

N.V. İSMAYILOV

# PSİXİATRİYA

*Dördüncü nəşr*

*Azərbaycan Respublikası  
Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən  
Tibb Universitetinin tələbələri üçün  
dərslik kimi təsdiq olunmuşdur.*

«APOSTROFF»

BAKİ – 2013

Rəyçilər

**Ə.V.MUSAYEV**

Rusiya TE akademiyasının fəxri professoru,  
əməkdar elm xadimi

**G.G.GƏRAYBƏYLİ**

tibb elmləri doktoru, professor

Elmi redaktorlar

**Ə.Ə.ABASQULİYEV**

əməkdar elm xadimi, professor

**F.N.İSMAYİLOV**

tibb elmləri doktoru

Redaktor

**S.Səmimi**

**Naşir**

*Akif Dənizadə*

**İsmayilov Nadir**

İ 78 **PSİXİATRİYA** (Dərslik. IV nəşr), Bakı, «**APOSTROFF**», – 528 səh.

ISBN 978-9952-404-36-4

Dərslik təsdiq edilmiş proqram əsasında müasir elmin və tibbi praktikanın nailiyyətləri nəzərə alınaraq yenidən işlənilmiş və təkmilləşdirilmişdir. Kitab 3 hissədən: I – psixiatriyanın ümumi problemləri; II – psixi xəstəliklərin simptomatikası; III – xüsusi və ya klinik psixiatriyadan ibarətdir.

Dərslikdə ənənəvi mövzularla yanaşı «Funksional xarakterli seksual pozuntular», «Qidalanma ilə əlaqədar pozuntular», «Böhran vəziyyətləri», «Zorakılıq və intihar», «Psixiatriya xidmətinin inkişafı tarixi» və s. mövzular da öz əksini tapmışdır.

Dərslik Tibb Universitetinin tələbələri və rezidentləri üçün nəzərdə tutulmuşdur, ondan eyni zamanda həkim-psixiatrlar, narkoloqlar, nevroloqlar, digər həkim və psixoloqlar da istifadə edə bilərlər.

***Kitabın istifadəsi ilə bağlı bütün müstəsna hüquqlar  
müəllifə məxsusdur.***

© «**MAARİF**» nəşriyyatı, 1992

© «**ÖZAK YAYINEVİ**» (İstanbul), 1998

© «**QAPP-POLİQRAF**», 2004

© «**APOSTROFF**», 2013

## **ELMI REDAKTORDAN**

*Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının sağlamlığa dair "Sağlamlıq xəstəliyin və ya hər-hansı bir fiziki çatışmazlığın olmaması deyil, əksinə tam fiziki, rühi və sosial əmin-amanlıq halının olmasıdır" kimi səslənən tərifində psixiatriyaya bir tibbi ixtisas kimi böyük önəm verilir. Bu baxımdan psixi sağlamlığın sağlam cəmiyyətin mövcud olması üçün gərəkli olan ən mühüm komponent kimi qəbul olunması nəzərə çarpır. Psixiatriya psixi pozuntuların diaqnostika, müalicə və profilaktika metodlarını öyrənən bir elm kimi ictimai sağlamlığın mühafizəsində xüsusi önəm daşıyır.*

*Hazırda psixiatriya ən çox dinamik inkişafda olan kliniki elmdir. İlbəil biz neyrobiologiya, farmakologiya, psixologiya və sosial elmlər sahəsində edilən kəşflərin psixiatriya yardımının göstərilməsinə yeni bilik və texnologiyaların gətirməsinin şahidi oluruq. Son on illikdə psixiatriyanın ənənəvi bölmələrinə icma psixiatriyası, neyropsixiatriya, kross-kultural psixiatriya, fəvqəladə hallar psixiatriyası kimi sahələr əlavə olunmuş və öz elmi təsdiqini tapmışdır.*

*Psixiatriyanın intensiv inkişafını öz ölkəmizdə də müşahidə edə bilərik. Qısa bir müddət ərzində psixiatriya yardımına dair yeni qanununun qüvvəyə minməsinə, psixi sağlamlıq sahəsində Milli Strategiyanın işlənib hazırlanmasını, ən böyük psixiatriya xəstəxanalarından birinin yenidən bərpa edilərək tikilməsini, ümumi profilli xəstəxanada psixiatriya şöbəsinin açılmasını, ölkədə ilk Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin açılmasını, ilkin səhiyyə sistemi səviyyəsində psixiatriya yardımının inteqrasiyasının həyata keçirilməsini, əsas psixi pozuntuların müalicəsi üzrə kliniki protokolların yaradılmasını və s. qeyd etmək kifayətdir. Bütün bunlar dövlətin psixi sağlamlığın qorunması məsələlərinə və psixiatriya yardımının mükəmməlləşdirilməsinə yönəldilmiş diqqətinin bariz nümunəsidir.*

*Psixiatriyada professional təhsil sahəsində də əhəmiyyətli dəyişikliklər baş verir. Müasir tələblərə uyğun olaraq, Tibb Universitetinin tələbələri üçün psixiatriya üzrə proqram işlənib hazırlanmış, psixiatriya*

üzrə rezidenturanın keçirilməsi tətbiq edilmiş, ailə təbabətinin rezidentura proqramına psixiatriya bölməsi əlavə edilmiş, tələbə və rezidentlər üçün imtahan testləri və həmçinin həkim psixiatrlar üçün sertifikat testləri hazırlanmışdır. Sadalanan yenilik və dəyişikliklər psixiatriya üzrə dərslərlərin müəllifləri qarşısında yeni vəzifələr qoyur.

Bununla əlaqədar olaraq, N.V.İsmayilovun "Psixiatriya" dərslərinin 4-cü nəşri tibbi təhsilə cavab verən yeni tələblər kontekstində psixiatriyanın müxtəlif bölmələrinin tədrisində müasir yanaşmaları əks etdirməyə yönəldilmişdir. Dərslərin materialları kifayət qədər yenilənmiş və əlavələrlə zənginləşdirilmişdir. Psixi pozuntuların diaqnostika və müalicəsinə yönəldilmiş mövzular Səhiyyə Nazirliyinin təsdiq olunmuş müddəaları və kliniki protokollarına əsasən şərh olunur. Dərsləyə "Böhran vəziyyəti", "Qida qəbulu pozuntuları", "Təşviş pozuntusu", "Zorakılıq və intihar" və s. bu kimi yeni bölmələr əlavə edilmişdir. Dərsləkdə Azərbaycan Respublikasının 2011-ci ildə düzəliş etdiyi Psixiatriya yardımı haqqında Qanunu və XBT-10, həmçinin, digər mühüm sənədlər verilmişdir.

N.V.İsmayilovun «Psixiatriya» kitabı tam olaraq müasir dərslər vəsaitlərinə müvafiqdir, sadə və anlaşılan dildə yazılmışdır və psixiatriya sahəsi üzrə professional biliklərin əldə edilməsi üçün lazımi informasiya tutumuna malikdir. Dərslə Tibb Universitetinin tələbələri, psixiatriya üzrə rezidenturada təhsil alanlar və həmçinin həkim-psixiatrlar, narkoloqlar, kliniki psixoloq və psixi sağlamlıq sahəsinin digər mütəxəssisləri üçün əsas dərslər vəsaiti kimi tövsiyə edilə bilər.

**Ə.Ə. Abasquliyev,**

əməkdar elm xadimi, professor

**F.N. İsmayilov**

tibb elmləri doktoru



## GİRİŞ

Psixiatriya klinik təbabətin mühüm bir sahəsi olub ruhi xəstəliklərin etiologiyası, patogenezi, müalicəsi və profilaktikasıdan bəhs edən bir elmdir. Psixiatriya yunan sözü olub «Psyche» – ruh, «iatria» – müalicə edirəm deməkdir. Müasir psixiatriya ağır psixi xəstəliklərlə yanaşı, nevrotik pozuntuları, şəxsiyyət pozuntularını, somatik xəstəliklər zamanı rast gəlinən psixopatoloji halları və s.-ni əhatə edir.

Psixiatriyanın hazırda bir sıra müstəqil sahələri: uşaq psixiatriyası, məhkəmə psixiatriyası, narkologiya, psixoterapiya, psixofarmakologiya, bioloji psixiatriya, herantopsixiatriya və s. mövcuddur.

Psixiatriya klinik təbabətin müstəqil bir sahəsi olmaqla yanaşı qeyri-tibbi elmlərlə, məsələn, fəlsəfə, hüquq, sosiologiya, psixologiya və digər sahələrlə də sıx surətdə əlaqədardır. Bu da ruhi xəstələri somatik xəstələrdən fərqləndirən bir sıra ictimai-psixoloji, hüquqi-etik və digər səbəblərlə bağlıdır.

Təbabətin elə bir sahəsi yoxdur ki, psixiatriya ilə sıx əlaqəsi olmasın. Təcrübə göstərir ki, psixi xəstələrlə, ilk növbədə, həkim-psixiatr deyil, digər ixtisaslı həkimlər (nevroloq, endokrinoloq, ailə həkimi və b.) qarşılaşırlar. Xəstəni operativ müdaxiləyə hazırlayan cərrah, doğuş qəbul edən mama-ginekoloq, kardioloq, pediatr da psixiatriyanı bilməli və gündəlik fəaliyyətində ona müraciət edən xəstənin psixi pozuntusu olduğunu vaxtında aydınlaşdırıb, onu həkim-psixiatrın müayinəsinə göndərməlidir.

Ruhi xəstəliklər normal psixi proseslərin pozulması ilə özünü büruzə verir. Belə ki, xəstələrdə real varlığın dəyişilmiş formada qavranılması, əhvali-ruhiyyənin qeyri-adekvat dəyişilməsi və s. əlamətlər müşahidə olunur. Psixi pozuntular zamanı şəxsi keyfiyyətlərin, xasiyyətin, ümumiyyətlə, real varlıqla şəxsiyyət arasındakı normal münasibətlərin pozulması qeyd edilir. Ona görə də psixi xəstəliklərə, başqa sözlə, şəxsiyyətin patologiyası da demək olar.

Psixi fəaliyyət əməyin və başqa ictimai amillərin təsiri nəticəsində yaranmış yüksək quruluşlu materiyanın – beynin spesifik funksi-

yasıdır. Deməli, beyin psixi fəaliyyət orqanı, ətraf mühit isə onun mənbəyidir.

Psixiatriyanı təbabətin digər sahələrindən fərqləndirən bir sıra cəhətləri xüsusilə qeyd etmək lazımdır. Bunlardan ən başlıcası ruhi pozuntular zamanı şəxsin anlaşıqz olmasıdır. Yəni xəstənin öz hərəkətlərinə nəzarət edə bilməməsi və özünə qarşı tənqidin olmamasıdır. Şübhəsiz, belə xəstələr cinayət hərəkətləri edərsə, onlar qanun qarşısında məsuliyyət daşıyırlar. Psixi xəstəliklərin bir çoxunun etiologiya və patogenezinin dəqiq öyrənilməməsini, xəstəliyi aşkar etmək üçün obyektiv müayinə metodlarının olmamasını nəzərə alsaq, psixiatriya elminin üzərinə düşən məsuliyyəti anlamaq mümkündür. Psixiatriyanın qeyd edilən problemləri həmin elmin inkişafdan qalması ilə deyil, onun tədqiqat obyektinin (insan beyninin) mürəkkəbliyi ilə əlaqədardır. XIX əsrin ortalarında yaşamış ingilis psixiatri Modzli demişdir: «Ağıl təbiətin inkişafının ən yüksək, ən ali, sonuncu həddidir. Ona görə də o, insanın öyrənə biləcəyi ən çətin, ən mürəkkəb bir predmetdir. Bu sahədə müvəffəqiyyət əldə etmək üçün digər elmlərin yüksək inkişafı lazımdır».

Müasir psixiatriya bir sıra dəqiq elmlərin: molekulyar biologiya, bioloji kimya, biofizika, immunogenetika, kibernetika və başqa elmlərin nailiyyətləri əsasında inkişaf edir.

Kitaba Psixiatriya və Narkologiya Yardımı haqqında Azərbaycan respublikasının qanunları, psixi xəstəliklər və davranış pozuntularının Beynəlxalq təsnifatı (X-baxış), predmet göstəriciləri və digər əlavə bölmələr də daxil edilmişdir.

Kitabın əvvəlki və sonuncu nəşrinin çapa hazırlanması prosesində mənə yardım göstərənlərin hamısına, ilk növbədə, elmi redaktorlar, mərhum Əməkdar elm xadimi, prof. Ə.Ə. Abasquliyevə və tibb elmləri doktoru F.N.İsmayılova öz minnətdarlığımı bildirirəm.

Müəllif dərslik haqqında öz mülahizələrini və tənqidi qeydlərini göndərən oxuculara qabaqcadan təşəkkürünü bildirir.

E-mail: nadirismayilov@psychiatry.az

## I HİSSƏ

# PSİXİATRİYANIN ÜMUMİ PROBLEMLƏRİ (*Propedevtika*)

## I FSSSİL

### PSİXİATRİYANIN QISA İNKİŞAF TARİXİ

Psixi pozuntunun beynin patologiyası olması fikri tarixin bütün mərhələlərində materialist və idealist baxışların mübarizə prinsipinə çevrilmişdir.

Bəzi tarixi mənbələrdə keçmişdə hansı ruhi xəstəliklərə təsadüf olunduğunu və ruhi pozuntusu olan adamlara cəmiyyətin münasibəti qeyd edilmişdir. Uzaq keçmişdə ruhi xəstələrə münasibət idealist fəlsəfi cərəyanlardan doğan və dini qanunlara əsaslanan yabançı münasibət olmuşdur. Məhz, buna görə də ruhi xəstələrlə davranma qaydaları da qeyri-adi idi. Məsələn, psixi oyanma halında olan xəstəni «Allahın qəzəbinə gəlmiş», «şeytan cildinə girmiş» hesab edərək bir çox hallarda vəhşicəsinə məhv edir, özünü sakit aparan, laqeyd, əhvali-ruhiyyəsi düşkün olan şəxslərə bayram libası geyindirir və xüsusi qayğı göstərirdilər.

Qədim Yunanıstanda elmi təbabətin inkişafı İonia məktəbinin yaratdığı naturfilosofiyaya əsaslanırdı. Bu fəlsəfi məktəbin qabaqcıl nümayəndələri Anaksimandr və Anaksimən idi. Həmin fəlsəfi məktəbin irəli sürdüyü müddəalardan biri ondan ibarət idi ki, təbiətdə mövcud olan bütün canlıların, əşyaların və s. əsasını ilkin materiya təşkil edir. Belə bir fəlsəfi baxışın təsiri altında olan keçmişin materialist fikirli həkimi Alkmeon Krotonski (Əl Loğman) ilk dəfə görmə sinirini kəşf etdi və onun beyinlə əlaqəsinin olduğunu qeyd etdi. Alkmeon Krotonski sübut edirdi ki, eşitmə və qoxubilmə duyğularının da beyində mərkəzləri vardır, onların vasitəsilə təsəvvürlərimiz və bilik ehtiyatlarımız yaranır.

Beynin insanın bilik orqanı olması ideyasını sonralar b. e. ə. V əsrdə

yaşamış Hippokrat inkişaf etdirmişdir. O, qeyd edirdi ki, bir tərəfdən sevinc (gülüş, əyləncələr) digər tərəfdən isə peşmançılıq (kədər, qüssə, qəm) beyindən gəlir. Bunun da nəticəsində biz ağlımızı itirir, sayıqlayır, təşviş keçirir və qorxuruq. O, ruhi xəstəlikləri beyin xəstəlikləri hesab edirdi. Hippokrat hələ o vaxtlar qeyd etmişdir ki, beynin sağ yarımkürəsinin zədələnməsi bədənin sol hissəsində, sol yarımkürəsinin zədələnməsi isə sağ tərəfində cəngolma (qıclıq) əlamətlərinə səbəb olur. Hazırda öz əhəmiyyətini itirməyən «melanxoliya», «maniya», «paranoya» kimi terminlər də ilk dəfə olaraq Hippokrat tərəfindən işlədilmişdir.

Dialektik materializm fəlsəfi baxışlara əsaslanan Hippokrat bədən quruluşu və temperamenti xarakterizə edən sinir sisteminin ilk təsnifatını yaratmışdır. Hippokrat təsnifatında 4 temperament tipi fərqləndirilir: sanqvinik, fleqmatik, xolerik, melanxolik.

Hippokrat bir sıra sinir xəstəliklərinin müalicəsi sahəsində də qiymətli tədqiqatlar aparmışdır. O, melanxolik temperamenti üstünlük təşkil etdiyi hallarda «yayındırma» terapiyası, qanburaxma, qusdurucu maddələr, pəhriz və s.-dən istifadə etməyi məsləhət görürdü. Hippokrat bir çox xəstələri tropik bataqlıqlara göndərməyi təklif edirdi. Orada onlar isitmə xəstəliyinə (malyariya) tutulur və ilkin xəstəliklərdən müalicə olunurdular.

Məlum olduğu kimi qədim Romada təbabət daha yüksək inkişaf mərhələsinə çatmışdı. Ruhi xəstəliklərin öyrənilməsi sahəsində eramızın I əsrində yaşamış Klavdiy Qalen, Aratey, Tsels və tibb elminin digər qabaqcıl nümayəndələri olmuş həməsrləri, xüsusilə psixi xəstəliklər haqqında bir sıra progressiv fikirlər irəli sürmüşlər.

Roma və yunan mədəniyyətinin süqutu, elmin, incəsənətin və təbabətin inkişafdan qalmasına səbəb oldu. Elmin bütün sahələrində olduğu kimi təbabətdə də tənəzzül dövrü başlandı. Feodalizm cəmiyyətinin dayacağı olan kilsə qılınc və zorakılıq yolu ilə elmi baxışları rədd edir, onun inkişafını dayandırır. Ardı-arası kəsilməyən müharibələr, yoxsulluq və aclıq, mədəniyyət ocaqlarının dağılması qədim Yunanıstanda və Romada elmin inkişafının durğunluğuna, dinin güclənməsinə səbəb oldu. Təbabət nadan din xadimlərinin əlinə keçdi. Təbib olmaq, həkimlik sənətinə yiyələnmək, dini etiqaddan uzaqlaşmaq kafirlik hesab edilir və ciddi cəzalandırılırdı. Psixi pozuntuya «şeytan libasına girmiş», «cadu edilmiş» və s. kimi fikirlərlə yanaşıldı. Belə xəstələrə işgəncə verilir və onları «müqəddəs inkvizitsiya tonqalları»nda yandırmaq yolu ilə məhv edirdilər.

Orta əsrlərdə dünyanın bütün ölkələrində mövcud olan psixi xəstələrə belə münasibət, eyni zamanda Rusiyada azacıq da olsa özünə mövqə tapırdı. Qeyd etmək lazımdır ki, Avropanın başqa ölkələrindən fərqli olaraq, Rusiyada ruhi xəstələrin kütləvi surətdə məhv edilməsi hallarına tə-

sadüf edilmirdi. Belə xəstələrə münasibət əksər hallarda humanist baxışlar əsasında quruldu.

XI – XIII əsrlərdə təbabətin inkişafı yalnız şərq ölkələrində qeyd olunurdu. Avropanın bir çox alimləri xristian dininin təqibinə məruz qalmamaq üçün qonşu ölkələrə, o cümlədən, Mesopotamiyaya, İrana və ərəb ölkələrinə qaçırdılar.

Qədim Şərqin bəzi həkimləri, o cümlədən, məhşur alim Əbu-Əli ibn Sina (XI əsr) ruhi xəstəliklərin təbiəti haqqında Hippokratın baxışlarına əsaslanmış və hətta onları mü-təşəkkil surətdə müalicə etməyə cəhd göstərmişdir. Tarixi məlumatlara əsasən, IX əsrdə ilk dəfə olaraq, ruhi xəstələrə məxsus xəstəxanalar Bağdad, Dəməşq və Qüds şəhərlərində açılmışdır.

Təbiət elmləri, o cümlədən, təbabət dirçəliş dövründə yenidən inkişafa başladı. Ruhi xəstəliklərin mənşəyinə dair Hippokratın baxışları yenidən qəbul edildi. Buna baxmayaraq, ruhi pozuntusu olan şəxsləri xəstə ki-



Filip Pinel (1745 – 1826)



**Şəkil 1.** F.Pinell psixi xəstələri zəncirlərdən azad edir.  
(R. Flerenin çəkdiyi şəkildən reproduksiya.)



**Şəkil 2.** XIX əsrdə xəstələrin aqressiv hərəkətlərinin qarşısını almaq üçün istifadə edilən «farağatlaşdırıcı köynək»lərdən biri.

mi qəbul etmir, incidir, işgəncə verir, xalq arasında onlara cinayətkar kimi baxır və təcrid etməyə çalışırdılar.

Ruhi xəstəliklərin mənşəyinə düzgün münasibət, xəstələrə humanistcəsinə yanaşmaq bir neçə yüz il keçdikdən sonra, psixiatriya tarixində yeni dövrün başlanğıcı sayılan, Böyük Fransa inqilabının elan etdiyi azadlıq, bərabərlik, qardaşlıq və əsl mənada humanist prinsiplər irəli sürdüyü vaxtdan (XVIII əsrin sonu XIX əsrin əvvəlləri) etibarən mümkün olmuşdur. Bu ideyaların bilavasitə həyata keçirilməsi görkəmli fransız həkimi, dövlət xadimi F. Pinelin və onun şagirdlərinin adı ilə bağlıdır. Onların elan etdiyi «nifrət yox, müalicə etmək» şüarı psixiatriyanın tarixində yeni dövr açdı. Avropada ilk dəfə olaraq (1793) psixi pozuntulara məruz qalan şəxslər rəsmən xəstə hesab edilirdi. Onları zəncir və buxovlardan azad etdilər, həbsxanalar isə xəstəxanalarla əvəz olundu. Filip Pinel ruhi xəstələri zəncirdən və qandaldan azad etməklə bərabər, onları farağatlandıran kombinizon tipli kətan köynəklərdən istifadə etdi (şəkil 1, 2).

XIX əsrin 30-cu illərində ingilis alimləri Kamerdiner Gil, Eduard Çarlizvord və Con Konelli psixi xəstələrin xəstəxanada, zorsuzluq – **N o r e s t r a n t** şəraitində saxlanılması prinsipini irəli sürdülər.

Beləliklə, F. Pinel psixi xəstələri zəncir və buxovlardan azad edib onların psixiatriya xəstəxanalarında müalicəsini təşkil etdisə, C. Konelli psixi xəstələrə zor etməmək, onları çarmıxa çəkən köynəklərdən azad etmək ideyasını irəli sürdü.

C. Konellinin ideyaları Rusiyada S. S. Korsakov tərəfindən qızğın müdafiə olundu və yayılmağa başladı.

ABŞ-da psixiatriya yardımının humanist prinsiplər əsasında təşkili ilk Amerika psixiatri B. Raşın (1745–1813) adı ilə bağlıdır. Xüsusi psixiatriya xəstəxanalarının təşkili psixiatriya sahəsində elmi-tədqiqat işlərinin aparılmasına da təkan verdi. XIX əsrin 30-cu illərində artıq bu sahədə müəyyən elmi nəticələr əldə etməyə imkan verən geniş empirik material toplanmışdı.

1822-ci ildə Beyl (1799–1858) proqressiv iflic xəstəliyini təsvir etdi.

Həmin illərdə isə Eskerol ruhi xəstəliklərin klinikasını sistemləşdirmək təşəbbüsü göstərmişdi. İllüziyalar və hallüsinasiyalar haqqında onun verdiyi anlayışlar hələ də öz əhəmiyyətini itirməmişdir. O, ruhi xəstəliklər zamanı müşahidə olunan fiziki əlamətlərə diqqət yetirməklə xəstəlik tarixi tərtib etməyi və gündəlik həkim müayinəsinin praktiki əhəmiyyətini göstərmişdi.

Falret (1794–1870) Eskerolun davamçısı olmaqla yanaşı, bir sıra xəstəliklərin, o cümlədən, maniakal-depressiv, alkoqol və epileptik psixozun təsvirini vermişdi.

XIX əsrin 30–40-cı illərində Rusiyada qabaqcıl psixiatriya ənənələrini davam etdirən həkimlərdən İ.E.Dyadkovski və T.S.İlinskiyin də adlarını qeyd etmək olar. Bu alimlərin əsərlərində müxtəlif ruhi xəstəliklərin nəinki klinik, həm də fizioloji analizi və xarici zərərli amillərin xəstəliyin inkişafına təsirinin öyrənilməsi cəhdi göstərilir.



*Şəkil 3.* XVI–XVII əsrlərdə tətbiq edilən müalicə üsullarından biri («soyuq su tökməklə müalicə»).



S.S.Korsakov (1854–1900)

XIX əsrin birinci yarısında ruhi xəstəliklərin öyrənilməsi sahəsində toplanmış təcrübə, elmi dairələrdə ciddi müzakirə olunurdu. Spiritualistik və somatik baxışların tərəfdarları arasında baş verən mübahisə daha kəskin şəkil almışdı. Mübahisənin əsas səbəbi – psixi xəstəliklər zamanı ruhun, yoxsa bədənin xəstələnməsi məsələsi idi. Spiritualistik nəzəriyyə tərəfdarları psixi xəstəliklərin təbiətinə idealist nöqteyi-nəzərdən yanaşır və ruhi xəstəliklərin müalicəsində hələ XVI əsrdən tətbiq edilməyə başlayan bir sıra kobud müalicə metodlarından (məsələn, xəstələrin başını isti sobalara soxmaq, uzun müddət xəstənin üstünə soyuq su tökmək, çoxlu miqdarda qan buraxmaq, xəstələri xüsusi qurğularda firlandırmaq və s.) istifadə etməyi məsləhət görürdülər (şəkil 3). Lakin XIX əsrdə təbiətsünaşlıq sahəsində qazanılan nailiyyətlər və materialist fəlsəfənin inkişafı somatik təbabət tərəfdarlarının qələbəsinə səbəb oldu. Psixiatrlar daha tez-tez somatik təbabətə müraciət etməyə başladılar.

Alman alimi V.Qrizinger (1817–1868) təkidlə sübut edirdi ki, ruhi pozuntuların əsasını beyində baş verən patoloji proseslər təşkil edir. Bununla da o, psixiatriyanı somatik təbabətə qovuşdurdu.

Beynin anatomiyası və fiziologiyası sahəsində qazanılan nailiyyətlər psixiatriyada fizioloji istiqamətin daha da inkişafına kömək etdi. 1870-ci ildə V.A.Bets tərəfindən kəşf olunmuş, beyin qabığının hərəki zonasında yerləşən nəhəng piramid hüceyrələr tapıldı və onların hərəkət aktında rolu sübuta yetirildi. Həmin illərdə Fritç və Qitsiq müəyyən etdilər ki, beyin qabığının motor zonasının qıcıqlandırılması periferik hərəki aparatda spesifik reaksiyaya səbəb olur. E.Krepelin başda olmaqla evalüasion istiqamətin digər tərəfdarlarından ingilis alimi Q.Modzli (1835–1918) və fransız alimi E.Düpreni (1862–1921) qeyd etmək lazımdır.

Darvin təliminin təsiri altında fəaliyyət göstərən alimlərdən biri də böyük rus psixiatri S.S.Korsakov (1854–1900) idi. Onu haqlı olaraq, Moskva psixiatriya məktəbinin banisi adlandırırlar. O, hətta E.Krepelin-dən əvvəl, 1871-ci ildə psixiatriyada nazoloji istiqamətin təməlini qoymuş, alkoqol polinevrotik psixozunun klinikasını təsvir etmiş, psixi xəstəliklərin etiologiya və patogenezinə izah edərəkən materialist dünyagörüşlərə əsaslanmışdır (1897-ci ildən etibarən bu xəstəlik S.S.Korsakovun adını daşıyır). S.S.Korsakovun ən böyük xidmətlərindən biri də, psixiatriya-



nı ümumi təbabət və fizioloji qanunauyğunluqlarla əlaqələndirməsi olmuşdur. O, psixi xəstəliklərin müalicəsində mənfi təsir vasitələrindən imtina etməyi, xəstəxanalarda «açıq qapı» sistemi yaratmağı, xəstələrin əməyə cəlb olunmasını təbliğ edirdi. Gözəl həkim, humanist şəxsiyyət, istedadlı alim kimi tanınan S.S.Korsakovu nəinki xəstələr, onların qohumları, hətta psixiatr olmayan həmkarları da çox sevirdi.

XIX əsrin sonunda sinir sisteminin fiziologiyası elmi sürətlə inkişaf etdi. Bu sahədə əsas nailiyyətlərdən biri İ.M.Seçenovun mərkəzi tormozlanmanı kəşf etməsi idi. Refleks anlayışının beynin başlıca funksiyası olması, eyni zamanda, onun bütün psixi funksiyaların əsasını təşkil etməsinin sübuta yetməsi, psixiatriyada materialistik mövqenin bərqərar olması elmin bu sahəsində dönüş yaratdı. Peterburq psixiatriya məktəbinin banisi İ.M.Balinskinin (1827–1902) ruhi xəstəliklərin meydana gəlməsində materialist dünyagörüşünün əhəmiyyətini xüsusi qeyd etmək lazımdır. Balinski ruhi xəstəlikləri beynin patologiyası hesab edir, beyin xəstəliklərinin səbəb və ruhi xəstəliklər qrupuna bölünməsinin nisbiliyini qeyd edirdi.

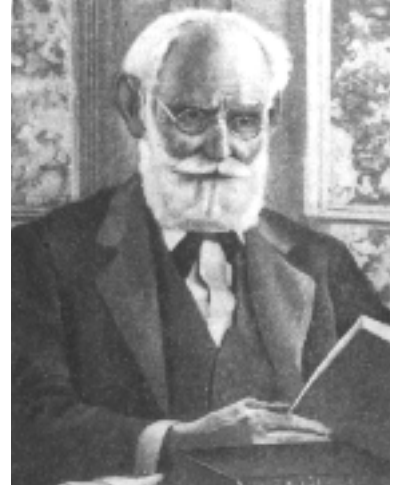
Rusiya psixiatriyasının inkişafında V.X.Kandinskinin (1849–1889) xidmətləri xüsusilə qeyd edilməlidir. O, Rusiyada ilk dəfə olaraq, psixiatriya klinikasında müşahidə olunan psixoloji pozuntuları fizioloji üsullarla təhlil etməyə cəhd göstərmişdir. Onun «Pseudohallüsinasiyalar haqqında» monoqrafiyası hazırda da öz əhəmiyyətini itirməmişdir.

İ.P.Merjeyevski (1838–1908) XIX əsrin sonlarında mikrosefaliyanı öyrənmiş və onun atavistik təbiətini ifşa etmişdir.

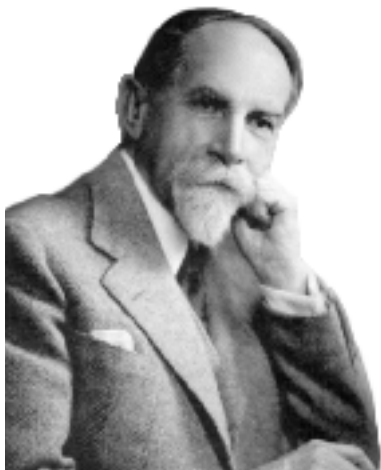
Merjeyevskinin davamçıları sırasında V.M.Bexterevin (1857–1927) xüsusi yeri vardır. V.M.Bexterevin xidmətlərindən biri onun baş-beynin anatomik-fizioloji xüsusiyyətlərini obyektiv tədqiqat üsulları ilə öyrənməsidir. Bexterevin «sinir xəstəliklərinin əsasında somatik pozuntuların olması» ideyası öz dövrü üçün olduqca aktual elmi nəticə idi. Onun bu sahədə elmi axtarışları «Onurğa beyninin və baş-beynin aparıcı yolları» (1893), «Beyin funksiyalarının öyrənilməsinin əsasları» (1907) əsərlərində öz əksini tapmışdır.

V.M.Bexterevin ikinci böyük xidməti psixoterapiya sahəsində olmuşdur. O, kollektiv hipnoterapiyanın əsasını qoyan alim kimi tanınır.

XIX əsrin axırlarında təbabət elmləri sahəsində bir çox kəşflər mey-



İ. P. Pavlov (1849–1936)



Adolf Meyer (1866–1950)

dana çıxdı. Mikroskopiyanın inkişafı mikrobiologiya, histologiya, embriologiya elmlərinin tərəqqisinə, kimyanın nailiyyətləri yeni elm sahəsinin – bioloji kimyanın yaranmasına səbəb oldu.

Psixiatriyada nazoloji prinsipin inkişafı, dövrünün ən məşhur psixiatr alimi E. Krepelinin (1856–1926) adı ilə bağlıdır. Onun hazırladığı psixi xəstəliklərin ilk nazoloji təsnifatı hazırda da öz elmi əhəmiyyətini itirməmişdir. E.Krepelinin ideyaları tibb elmində yaranan yeniliklər və ingilis nevroloqu C.N.Ceksonun (1835–1911) nəzəri baxışları əsasında inkişaf etmişdir.

C.Ceksona görə beynin fəaliyyəti, eyalu-siya prosesi nəticəsində beyində yaranmış müxtəlif anatomik-fizioloji törəmələrin bir-birinə tabe olması əsasında icra olunur. Onun fikrincə xəstəlik zamanı sonralar əmələ gəlmiş xüsusiyyətlər (ali funksiyalar) fəaliyyətdən düşür və onların yerini daha qədim törəmələrin fəaliyyəti əvəz edir. Beləliklə, sinir xəstəliklərinin əlamətləri Ceksona görə mənfi (beyinə məxsus ali funksiyaların enməsi) və müsbət əlamətlərdən (keçmiş törəmələrin funksiyalarının bərpa olması) ibarətdir. C.Ceksonun nəzəriyyəsinin bioloji təkamül prosesinə əsaslanmasına baxmayaraq, insanın ictimai inkişafının bir çox xüsusiyyətlərini nəzərə almırdı. Bununla yanaşı bu nəzəriyyəni progressiv nəzəriyyə hesab etmək, onun psixiatriyanın inkişafında müsbət rolunu qiymətləndirmək lazımdır.

Klinik psixiatriyanın inkişafına alman psixiatrı K.Bonqeffər (1868–1949) də böyük təsir göstərmişdir. Onun yaratdığı «ekzogen tipli reaksiyalar» konsepsiyası bioloji qanunauyğunluqlar sırasında elmi təlim kimi qiymətləndirilə bilər. K.Bonqeffər göstərmişdir ki, müxtəlif ekzogen mənşəli zərərli maddələr, qeyri-spesifik psixopatoloji sindromların (xüsusən, düşüncə pozuntusu) meydana çıxmasına səbəb olur. K.Bonqeffər alman faşizmi tərəfindən məcburi surətdə tətbiq olunan «ruhi xəstələrin sterilizasiyası»nın əleyhinə çıxmışdır.

Ümumdünya miqyasında psixiatriya elminin inkişafında əsas rol oynayan alimlərdən biri İ.P.Pavlovun (1849–1936) ali sinir fəaliyyətinin fizioloji mexanizmlərini öyrənməsi olmuşdur. İ.P.Pavlov müəllimi olmuş məşhur fizioloq İ.M.Seçenovun işlərini yaradıcılıqla davam etdirərək ali sinir fəaliyyətinin əsasını təşkil edən şərti refleksləri kəşf etmişdir. Bu yenilik ruhi xəstəliklərin patofizioloji mexanizminin obyektiv surətdə öyrə-

nilməsi sahəsində mühüm mərhələ idi. İ.P.Pavlov fiziologiyasının əsas bölmələrindən biri olan ali sinir fəaliyyəti fiziologiyasını yaradarkən, psixiatriyada müxtəlif elmə zidd, yanlış nəzəriyyələr, baxışlar mövcud idi.

Alman psixonevroloqu K.Vernike (1848–1905) beynin müxtəlif sahələrinin zəifləməsi nəticəsində müşahidə olunan psixoloji sindromların təsvirini verməyə cəhd göstərirdi. K.Vernike dövrünün görkəmli alimi olmuş, onun qoyub getdiyi elmi irs hələ də öz əhəmiyyətini itirməmişdir. Bir sıra klinik anlayışları, o cümlədən, yüksək qiymətli ideyaları, hallüsinoz, hipermetamorfoz və s. bu kimi simptomları, məhz, o, təsvir etmişdir.



Emil Krepelin (1856–1926)

K.Vernike psixozların morfoloji təsvirini vermiş və sensor afaziya konsepsiyasını yaratmışdır. Bu isə onun nitqin sensor mərkəzini kəşf etməsi ilə əlaqədar idi. Beləliklə, o, psixomorfoloji nəzəriyyənin əsasını qoymuşdu. K.Vernikenin geniş dünyagörüşə malik olmasına baxmayaraq, onun nəzəriyyəsində məhdud cəhətlər də var idi. Məsələn, o, mürəkkəb psixoloji prosesləri (təfəkkürü, düşüncəni) beynin məhdud sahələri ilə əlaqələndirir, həmin funksiyaların pozulmasını isə bu mərkəzlərin patologiyası hesab edirdi.

K.Vernikenin nəzəriyyəsi sanki XIX əsrin əvvəllərində yaşamış Qallın frenoloji nəzəriyyəsinin davamı idi. Məlum olduğu kimi, Qall bəzi psixoloji funksiyaları, məsələn, dindarlığı, yaltaqlığı, mənəvi təmizliyi, düşməncilik hissini, heyvanlara qarşı məhəbbət hissini və s. beynin müəyyən mərkəzlərinin müstəqil funksiyaları kimi nəzərdən keçirir və bunları ana-dangəlmə keyfiyyətlər hesab edirdi. Qallın frenologiyası xəstəlik amilini, xarici mühitin təsirini və s.-ni inkar edir, şəxsiyyətin formalaşmasında bu amilləri heçə endirirdi.

Psixiatriyada özünə mühüm mövqe tutan idealist nəzəriyyələrdən biri də freydizmdir. Bu nəzəriyyənin banisi Avstriya psixonevroloqu Z.Freyddir (1856–1939). Freydizmin dayaq nöqtəsi düşüncə ilə, düşüncədən kənarda mövcud olan qıcıq mənbələrinin bir-birinə münasibəti məsələsidir. Z.Freyd psixi pozuntuların səbəbini bu iki sahənin bir-birinə ziddiyyətində görürdü. Özü də düşüncəsizlik anlayışına insanı kor-koranə instinktləri, meyilləri kimi (xüsusən cinsi) baxırdı. Freyd bu meyilləri insanın həyat fəaliyyətinin bütün cəhətlərinə təsir göstərən başlıca amil hesab edir və qeyd edirdi ki, insanın düşüncəli fəaliyyəti bu instinktin əsa-

rəti altındadır. Yəni insanın ictimai fəaliyyəti bu komponentin mövqeyi ilə müəyyən olunur.

Z.Freydin klassik psixanalitik nəzəriyyəsi sonralar K.Yunq (1875–1961) və A.Adler (1870–1937) tərəfindən inkişaf etdirildi. K. Yunqun analitik psixologiya metoduna görə insanın davranışı kollektiv və fərdi şüursuzluqla müəyyən olunur, nevrozlara isə bu psixi prosesin pozuntusu kimi baxmağı tövsiyə edirdi. K. Yunqa görə nevroz iradənin sosial amillər qarşısında aciz qalması nəticəsində meydana çıxır.



Ziqmund Freyd (1856–1939)

Freydin «panseksualizminə» qərbin müasir neofreydistləri başqa məna verir və nevrozların amilini sosialoji mühitin təsirlə əlaqələndirirdilər (K.Horni, E.From, S.Sullivan). ABŞ-da və digər qərb ölkələrində geniş yayılmış psixodinamiki nəzəriyyənin yaranması da güclü təsir göstərməkdə idi. Adolf Mayer tərəfindən yaradılan psixobioloji nəzəriyyə isə Freydin şəxsiyyətin əsas meyarı hesab etdiyi şüursuzluğu fiziologiya və sosiologiya ilə əlaqələndirirdi.

Bəzi qərb ölkələrində psixosomatik təbabət hazırda geniş yayılmışdır. Bu nəzəriyyənin tərəfdarları (F.Aleksandr, D.Veyse, F.Danber) bütöv şəxsiyyəti (psixi fəaliyyəti) somatizmdən (orqanizmin başqa bioloji xüsusiyyətlərindən) ayırmadan öyrənməyi əsas götürürlər.

Psixiatriyada özünə müəyyən mövqe tutan, E.Kreçmer (1888–1964) tərəfindən əsası qoyulan konstitusional genetik nəzəriyyəni də qeyd etmək lazımdır. Bu nəzəriyyənin tərəfdarları sübut edirdi ki, xəstəliyin irsən keçməsi bədən quruluşu (konstitusiya) fərdi xüsusiyyətlər ilə əlaqədardır. Kreçmerə görə hər bir adam bədən quruluşuna müvafiq olaraq, müəyyən tip xasiyyət xüsusiyyətlərinə: şizoid, tsikloid, epileptoid və s.-yə malikdir. Onların güclənib klassik psixi xəstəliyə çevrilməsi də mümkündür. Beləliklə, xəstə adamlar sağlam adamlardan həmin «fərdi əlamətlərin» güclənməsi ilə fərqlənirlər.

Qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra xarici ölkə psixiatrları ruhi xəstəliklərə münasibətdə müxtəlif idealist fəlsəfi konsepsiyaların təsirinə məruz qalırlar. O.L.Binsvangerin (1852–1929) ekzistensializmini buna misal göstərmək olar. O, ruhi xəstəliklərə subyektiv olaraq mövcudolma forması kimi baxır, onları heç də tibbi-bioloji üsullarla deyil, intuitiv yolla tədqiq etmək prinsipini irəli sürürdü. Belə nəzəriyyələr materialist dünyagö-

rüşündən uzaq olub ali sinir fəaliyyəti haqqında obyektiv tədqiqat metodlarını inkar etmək deməkdir.

Psixiatriyada fenomenaloji konsepsiyanın yaradıcısı, mükəmməl psixopatoloji sindromologiyanın müəllifi sayılan K.Yaspersin (1883–1969) xidmətlərini xüsusi qeyd etmək lazımdır. Onun ötən əsrin əvvəllərində tərtib etdiyi «Ümumi psixopatologiya» monoqrafiyası bu günədək öz əhəmiyyətini itirməmişdir.

Ruhi xəstəliklərə irsi meyilliliyin olması fikri keçmişdə də alimlərin diqqətini cəlb etmişdir. Uzun illər praktiki təbabətlə məşğul olan həkimlər müşahidə etmişlər ki, ruhi xəstələrin qohumları arasında xəstələnmə halları sağlam ailələrə nisbətən daha çox təsadüf olunur. Lakin bu barədə elmi fikir soyləmək, hər hansı bir qanunauyğunluğun mövcudluğunu aşkar etmək yalnız son illər mümkün olmuşdur.

XIX əsrin ortalarından etibarən B.Morelin (1809–1873) cinayətkarlıq haqqında nəzəriyyəsi ilə əlaqədar olaraq, psixiatriyanın əsasları öyrənilməyə başlandı. Bu da öz növbəsində irsi nəzəriyyənin klinik psixiatriyada tətbiqinə imkan verdi. Beləliklə, ayrı-ayrı psixi pozuntular zamanı sosioloji və irsi amillərin tədqiqi başlandı. Bu sahədə aparılan tədqiqatlar (Eskirol, Broun, Seker, Fere və b.), əsas etibarilə, uşaqlar arasında anadangəlmə psixi pozuntulara, cəngolma tutmalarının olması və hərəkət sferası pozuntularına həsr edildi. XIX əsrin ortalarında İtaliya alimi Ç.Lombroso (1835–1909) tərəfindən yaradılmış cinayətkarlıq və irsiyyət nəzəriyyəsinə buna misal göstərmək olar.

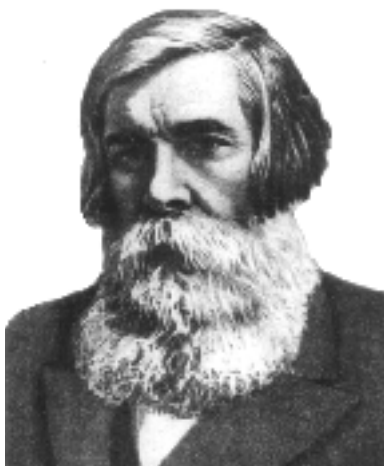
XIX əsrin əvvəllərində Almaniyada irsi nəzəriyyəyə xüsusilə geniş yayılmışdı. Məhz, buna əsaslanaraq XX əsrin 30-cu illərində hakimiyyət başına gələn faşistlər psixi xəstələrin sterilizasiyası metodunu vəhşicəsinə tətbiq etməyə başladılar.

Ruhi xəstəliklərin meydana gəlməsində irsi amillərin rolu hazırda inkar edilmir. Bununla yanaşı bir sıra ölkələrdə (o cümlədən, MDB ölkələrində) 50-ci illərdə bu məsələyə münasibət heç də qənaətbəxş olmamışdır.

Rusiyada psixiatriyanın inkişafı bir sıra Avropa ölkələrində olduğundan çox az fərqlənirdi. Orta əsrlərdə (XI–XVII) Rusiyada ruhi xəstələri, əsasən, monastrlarda saxlayırdılar. Onlara işgəncə verilməsi, öldürülmə-



Karl Yaspers (1883–1969)



V. M. Bexterev (1857–1927)

si isə çox az hallarda təsadüf olunurdu. 1776-cı ildən çar hökuməti tərəfindən ictimai nəzarət əməllərinin verilməsi ilə əlaqədar olaraq, psixiatriya müalicəxanaları açılmağa başladı. Belə müalicəxanalarda, artıq həkimlər işləyir və cüzi də olsa tibbi yardım göstərilirdi.

1857-ci ildə Petroqradda müstəqil psixiatriya kafedrası təşkil olundu. Həmin kafedraya ilk dəfə İ.M.Balinski, sonrakı illərdə isə İ.P.Merjeyevski (1838–1908) və V.M.Bexterev başçılıq etdi. 1866-cı ildə A.U.Frezenin rəhbərliyi altında Kazan, 1887-ci ildə isə S.S.Korsakovun rəhbərliyi ilə Moskva universitetlərində psixiatriya kafedraları açıldı.

Moskvadakı psixiatriya kafedrasına sonralar V.P.Serbski, daha sonra isə N.N.Bajenov (1857–1923) başçılıq etdi. Həmin illərdə psixiatriya elminin təməli qoyuldu. Adı həkim olan V.X.Kandinskinin «Psevdohalüsinasiyalar» əsəri də, məhz həmin illərdə (1890) çap olunmuşdur.

Rus alimlərinin elmi əsərlərini səciyyələndirən başlıca cəhətlər aşağıdakılardan ibarət idi: psixi xəstəliklərin fizioloji mexanizmini öyrənməklə onların materialistcəsinə izahını vermək və nazoloji istiqaməti inkişaf etdirmək, psixiatriya yardımını yaxşılaşdırmaq yolu ilə xəstələrə humanist münasibətin daima yüksəldilməsi prinsipinin həyata keçirilməsinə nail olmaq.

Oktyabr sosialist inqilabından sonra yeni inkişaf mərhələsi başlandı. İ.P.Pavlovun və İ.M.Seçenovun tədqiqatlarına əsaslanan sovet alimləri V.P.Protopopov, E.A.Osipov, A.Q.İvanov-Smolenski, M.O.Qureviç və b. ruhi xəstəliklərin etiopatogenezinin öyrənilməsi sahəsində müəyyən işlər aparmağa başladılar.

Psixi xəstələrin müalicə və profilaktikası sahəsində mühüm tədqiqatlar aparmış P.B.Qannuşkinin (1875–1933) adını xüsusilə qeyd etmək lazımdır. Onun psixopatiyalar haqqında yazdığı əsəri («Klinika psixopatii ix statika, dinamika sistematika», M., 1933) indi də həkim-psixiatrların stolüstü kitabıdır.

V.A.Qilyarovski (1875–1959) psixozların başlanğıc mərhələlərini öyrənmiş və uşaq psixiatriyası sahəsində böyük tədqiqat işləri aparmışdır.

XIX əsri psixiatriyanın inkişafının mühüm dövrü hesab etmək olar. Elektroensefaloqrafiya (EEQ), kompyuter tomoqrafiya (KT) müayinə üsulu, genetikanın, biokimyanın, immunologiyanın nailiyyətlərindən

istifadə, psixotrop maddələrin kəşfi və psixi xəstəliklərin müalicəsində tətbiqi və digər mühüm yeniliklər məhz bu əsrdə baş vermişdir.

Ən mühüm nailiyyətlərdən biri, bəlkə də ən başlıcası, psixi xəstələrə humanist münasibətlərin və onların hüquqi problemlərinin tənzimlənməsi olmuşdur. Bu məqsədlə bütün sivil ölkələrdə, o cümlədən Azərbaycanda mühüm qanunvericilik aktları (Psixiatriya yardımı haqqında və narkoloji nəzarət qanunlarının qəbul edilməsi), təlimatverici və strateji sənədlər (xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatı, Azərbaycan Respublikasında psixi sağlamlıq haqqında strategiya və digər sənədlər) hazırlanmış və fəaliyyətə buraxılmışdır.

Son illərdə psixiatriya yardımı sahəsində aparılan yeniləşmə və struktur dəyişikliklərini, Respublika psixi sağlamlıq mərkəzinin (PSM) açılmasında mühüm nailiyyətlər sırasına aid etmək lazımdır.

## **Azərbaycanda psixiatriyanın inkişafı**

Azərbaycan psixiatriyasının inkişafında ilk azərbaycanlı psixiatr alim kimi İ.R.Rəhimovun (1849–1925) adı xüsusi qeyd olunmalıdır. İ.R.Rəhimov Vyana (Avstriya) və İen (Almaniya) Universitetlərinin tibb fakültələrində təhsil almış, 1880-ci ildə universiteti bitirərək, həkimlik fəaliyyətinə başlamışdır. Bir neçə il Xarkov şəhərində məşhur fizioloq V.Y.Danilyevskinin laboratoriyasında işləmiş, sonra «Saburovo daça» adlanan psixiatriya xəstəxanasında fəaliyyət göstərmişdir. 1500 çarpayısı olan bu xəstəxana mərkəzi Rusiyanın ən böyük psixiatriya xəstəxanalarından biri idi. Oktyabr sosialist inqilabından sonra həmin xəstəxana Ukrayna Psixonevrologiya İnstitutuna çevrilmişdir.



İ. R. Rəhimov (1849–1925)

İ.R.Rəhimov Saburovkada (o vaxtlar xəstəxananı belə adlandırırdılar) əvvəllər şöbə müdiri, sonralar isə xəstəxananın baş həkimi vəzifəsində çalışmışdır. Bu illərdə (1895–1920) həmin xəstəxanada Rusiya psixonevrologiya elminin məşhur nümayəndələri (S.N.Davıdenkov, V.A.Qilyarovski, V.P.Protopopov, T.İ.Yudin, N.F.Melnikov-Razvedenkov) çalışmışlar. Xarkovda işlədiyi illərdə İ.R.Rəhimov əmək terapiyasının tətbiqinə və dərman müalicəsi üsullarının təkmilləşdirilməsinə aid bir sıra elmi əsərlər yazmışdır.

V.P.Protopopov İ.R.Rəhimov haqqında xatirələrində yazmışdır: «Xəstəxanada heç bir yenilik onsuz icra olunmurdu. O, «Saburovo daça»nın bütün fəaliyyətinə istiqamət verən, «birinci skripka» rolunu oynayan şəxs idi. Onun elmi hormonlarla zəngin dərin elmi zəkası, işıqlı, aydın ağı və tükənməz psixiatriya təcrübəsi var idi».

Azərbaycanda həm psixiatriyanın, həm də nevrologiyanın inkişafında həkim kadrların hazırlanmasında görkəmli rus alimi S.N.Davıdenkovun (1880–1961) xidmətləri az olmamışdır. O, 1920–1925-ci illərdə Azərbaycan Dövlət Universitetinin tibb fakültəsinin, psixonevrologiya kafedrasının müdiri olmuşdur. 1925-ci ildən etibarən psixiatriya ka-

D.S.Ozertskovskiy(1899-1996)

fedrası nevropatologiya kafedrasına ayrılaraq, müstəqil fəaliyyət göstərməyə başladı. Müxtəlif illərdə psixiatriya kafedrasına prof. A.A.Perelman (1925–1930), S.İzrailoviç (1931–1935) və prof. P.M.Zinovyev (1935–1938) başçılıq etmişdir.

Azərbaycanda psixiatriya elminin inkişafında, ixtisaslı həkim kadrların hazırlanmasında böyük xidməti olmuş alimlərdən, Moskva psixiatriya məktəbinin yetirməsi, P.B. Qannuşkinin tələbəsi, prof. D.S.Ozeretskovskinin adını xüsusi qeyd etmək lazımdır. O, 1939-cu ildə Bakıya, ADTİ psixiatriya kafedrasına işləməyə dəvət olunmuş, 20 il müddətində həmin kafedraya başçılıq etmişdir. O, eyni zamanda respublika Səhiyyə Nazirliyinin baş psixiatrı, bir neçə il isə müalicə fakültəsinin dekanı vəzifəsində çalışmışdır. Prof. D.S.Ozeretskovskinin rəhbərliyi altında 3 tibb elmləri doktoru və 5 tibb elmlər namizədi hazırlanmışdır. Onun yetişdirdiyi bir çox yüksəkixtisaslı həkim və alimlər indi də fəaliyyət göstərir. D.S.Ozeretskovskinin elmi fəaliyyəti çox geniş olmuşdur. O, keçən əsrin 30–50-ci illərində respublikamızda geniş yayılmış malyariyanın yaratdığı psixi pozuntuları tədqiq etmiş və bu mövzuda bir neçə elmi əsər yazmışdır. Onun 1950-ci ildə çap etdirdiyi «Sarısan hallar» adlı monoqrafiyası sovet psixiatriyasının qiymətli əsərlərindəndir. 1959-cu ildə D.S.Ozeretskovski Leninqradda (indiki Sankt-Peterburq) işləməyə dəvət olunmuş və təqaüdə çıxana qədər İ.P.Pavlov adına Leninqrad Tibb İnstitutunun psixiatriya kafedrasına başçılıq etmişdir. D.S.Ozeretskovski Bakıdan getdikdən sonra onu tələbəsi prof. Ə.Ə.Abasquliyev əvəz etmişdir. Ə.Ə.Abasquliyevin respublikamızda psixiatriya elminin inkişafında böyük



xidmətləri olmuşdur. Onun rəhbərliyi altında 14 tibb elmləri namizədi, tibb elmləri doktoru, onlarla yüksəkixtisaslı həkim-psixiatrlar hazırlanmışdır. Ə.Ə.Abasquliyev uzun illər respublikanın baş psixiatrı, 1960-cı ildən 1996-cı ilədək Azərbaycan Nevropatoloqlar, Psixiatrlar və Narkoloqlar Cəmiyyətinin sədri olmuşdur. Bu illərdə bilavasitə onun rəhbərliyi altında cəmiyyətin 16 cilddən ibarət elmi əsərləri buraxılmış, yüzlərlə elmi məqalələr çap edilmiş, bir çox respublika, ümumittifaq və beynəlxalq konfranslar keçirilmişdir. Prof. Ə.Ə.Abasquliyevin elmi fəaliyyəti geniş və çoxəhatəlidir. O, şizofreniyanın patogenezi və klinikasına, psixiatriya yardımının təşkilinə, o cümlədən, məhkəmə psixiatriyası məsələlərinə həsr edilmiş 160-a qədər elmi məqalə və 3 monoqrafiya çap etdirmişdir.



Ə.Ə.Abasquliyev (1919-2008)



X.Həsənov (1928-1999)

Prof. Ə.Ə.Abasquliyev N.Nərimanov adına ATU psixiatriya kafedrasının elmi məsləhətçisi olmaqla bir sıra elmi, ictimai təşkilatların işində də fəaliyyət göstərirmişdir. O, Ümumdünya İnsan Biologiyası Cəmiyyətinin icraiyyə komitəsinin üzvü, Ümumittifaq Psixiatrlar və Narkoloqlar Elmi Cəmiyyətinin idarə heyətinin üzvü «S.S.Korsakov adına nevropatologiya və psixiatriya» jurnalının redaksiya şurasının və bir neçə mərkəzi elmi problem komissiyasının üzvü, 1999-cu ildən 2003-cü ilədək «Azərbaycan psixiatriya jurnalı»nın baş redaktoru olmuşdur.

Respublikamızda psixiatriyanın inkişafında müəyyən xidmətləri olmuş alimlərdən prof. F.Ə.İbrahimbəyovun (1899–1987), həkim Ə.S.Əsgərovun (1898–1975), prof. X.A.Həsənovun (1928–1999), prof. A.H.Sultanovun və bu sahədə çalışan bir çox mütəxəssislərin (tibb elmləri doktoru və professorlar – N.Ağazadə, N.Əliyev, B.Əsədov, T.Qafarov) adlarını da qeyd etmək lazımdır. Ə.S.Əsgərov 1933-cü ildə çapdan çıxmış, azərbaycan dilində ilk «Psixiatriya» adlı dərs vəsaitinin müəllifidir. Prof. X.A.Həsənovun elmi fəaliyyəti, əsasən, alkoqol psixozlarının

klinikas və patogenezinin öyrənilməsinə həsr edilmişdir. O, 150-dən artıq məqalənin və 7 monoqrafiyanın müəllifidir. Əməkdar elm xadimi, prof. A.H.Sultanovun elmi yaradıcılığı, əsasən, aqressiya və seksopatoloji problemlərə həsr edilmişdir. O, elmi-tibbi kadrların hazırlanmasında ciddi səylər göstərmişdir.

1927-ci ildə digər respublikalarda olduğu kimi Bakıda da Elmi-Tədqiqat Psixiatriya İnstitutu təşkil olundu. Lakin təəssüflə qeyd etməliyik ki, həmin institut cəmi 2 il fəaliyyət göstərə bildi. 1929-cu ildə, o qarşısında qoyulan mühüm problemlərin: yüksəkixtisaslı kadrlar hazırlanması, elmi-tədqiqat işlərinin aparılması, respublikada ruhi xəstələrin qeydə

alınmasının təkmilləşdirilməsi kimi mühüm işləri yerinə yetirmədiyi üçün fəaliyyətini dayandırdı. Qeyd etməliyik ki, o vaxt respublikada cəmi 2 nəfər elmi dərəcəsi olan həkim-psixiatr var idi.

Hazırda respublikamızda 9 tibb elmləri doktoru, professor, 30 tibb elmləri namizədi vardır. Bu kadrların bəziləri N.Nərimanov adına ATU və Ə.Əliyev adına ADHTİ psixiatriya kafedralarında, bəziləri isə respublikamızın müxtəlif psixiatriya, narkologiya və digər tibb müəssisələrində çalışırlar. (Psixiatriya xidmətinin inkişaf tarixi ayrıca bölmədə – III fəsilə (səh. 53–68) verilmişdir.)

## **Psixiatriyanın tarixində baş vermiş mühüm hadisələr**

- |      |                                                                                                                                           |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1793 | Fransız psixiatrı və ictimai xadimi F.Pinel ruhi xəstələri qandallardan azad etmək ideyasını həyata keçirdi.                              |
| 1842 | İngilis psixiatrı C.Konelli ruhi xəstələri fərağatlandırıcı köynəklərdən azad etmək (yəni sərbəst şəraitdə saxlamaq) ideyasını elan etdi. |
| 1845 | Alman alimi V.Qrizinger «Ruhi xəstəliklərin patologiyası və terapiyası» kitabını yazdı.                                                   |
| 1849 | Azərbaycanlı ilk psixiatr-alim İbrahim Rəhimov anadan olmuşdur.                                                                           |
| 1866 | İ. M. Seçenov «Baş-beynin refleksləri» əsərini çap etdirdi.                                                                               |

- 1868 Alman alimi K. Kalbaum katatoniyanı təsvir etdi.
- 1880 Rus psixiatri V. X. Kandinski psevdohalüsinasiyaları tədqiq etdi.
- 1887 S. S. Korsakov alkoqol polinevritik psixozunu təsvir etdi.
- 1892 Bakıda (indiki S. Rüstəm küç, 40 sayılı bina) Azərbaycanda ilk dəfə olaraq 30 çarpayılıq psixiatriya xəstəxanası açıldı.
- 1896 Alman alimi E. Krepelin psixozların nazoloji təsnifatını təklif etdi.
- 1903 İ. P. Pavlov şərti refleksləri öyrənərək, refleksalogiya elminin təməlini qoydu.
- 1904 Fransız psixiatri P. Jane psixasteniya haqqında elmi anlayış yaratdı.
- 1906 Alman alimi A. Altsheymer qocalıq və qocalıqönü ağır zəifliklərinin anatomik tədqiqatlarının nəticələrini çap etdirdi.
- 1907 Moskvada Rusiya psixiatrlarının I qurultayı keçirildi.
- 1910 Alman psixiatri K. Bonhoffer «Ekzogen tipli reaksiyalar» haqqında elmi anlayış yaratdı.
- 1911 İsveçrə alimi E. Blöyler şizofreniyanı təsvir etdi.
- 1920 Bakı Dövlət Universitetinin nəzdində psixonevrologiya kafedrası təşkil olundu.
- 1922 Azərbaycan Tibb Cəmiyyəti nəzdində Respublika Nevropatoloqlar və Psixiatrlar Cəmiyyəti yaradıldı.
- 1924 Alman psixiatri N. Berqer insan beyninin elektroensefaloqrafik cizgilərini yazmağa nail oldu.
- 1933 Azərbaycan dilində ilk «Psixiatriya» dərs vəsaiti dərc olundu.
- 1934 Macar psixiatri A. Meduna dərman maddələri ilə cəngolma müalicəsi üsulunu tətbiq etdi.
- 1935 Avstriya psixiatri M. Zakel psixozların müalicəsində insulin koma üsulunu təklif etdi.
- 1938 İtalyan həkimi U. Çerletti psixozların müalicəsində elektrik cəngolma üsulunu təklif etdi.
- 1950 Fransız alimi Şarpantye ilk neyroleptik maddə – xlorpromazini sintez etdi.
- 1952 Fransız psixiatrları Y. Delley və P. Deniker birinci xlorpromazini (Aminazin) klinikada tətbiq edərək, psixi xəstəliklərin psixotrop maddələrlə müalicəsinin əsasını qoydular.
- 1959 Azərbaycanda psixiatriya sahəsində ilk doktorluq dissertasiyası müdafiə edildi və 1960-cı ildə Ə.Ə. Abasquliyev ilk professor elmi adı aldı.

- 1961 Bakı şəhərində Zaqafqaziya respublikaları psixiatrlarının I qurultayı keçirildi.
- 1982 Bakı şəhərində müasir psixiatriyanın aktual problemlərinə həsr olunmuş beynəlxalq konfrans keçirildi. Konfransda 12 ölkənin nümayəndələri iştirak etmişdir.
- 1987 Bakı şəhərində Azərbaycan psixiatrlarının I Milli Konqresi keçirildi.
- 1992 Azərbaycanda tələbələr və həkimlər üçün ilk böyük həcmli «Psixiatriya» dərsliyi nəşr edilmişdir.
- 1993 Psixiatriya üzrə «Cenevrə təşəbbüsü» təşkilatının ilk konfransı keçirildi (Bratslava şəhəri). Həmin konfransda Azərbaycanın nümayəndələri də iştirak etdi. Bu günədək azərbaycanlı nümayəndələr həmin təşkilatın fəal üzvləridir.
- 1996 İspaniyanın Madrid şəhərində X Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyasının Konqresi keçirildi. Konqresdə 9 nəfərdən ibarət Azərbaycan nümayəndələri iştirak etdi. Onların 3 məruzəsi konqresin proqramına salındı və 20 elmi işləri çap olundu.
- 1996 Psixi xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifatı (X baxış) Azərbaycan dilində çap edildi və Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən istifadə edilməsinə sərəncam verildi.
- 1999 Azərbaycan Psixiatriya jurnalı nəşr edilməyə başladı.
- 1999 Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyasına tam hüquqlu üzv qəbul edildi.
- 1999 Almaniyanın Hamburq şəhərində XI Ümumdünya Psixiatriya Konqresi keçirildi. 14 nəfərdən ibarət Azərbaycan nümayəndələri orada iştirak etdi. Onların 5 məruzəsi proqrama salındı və 28 elmi işləri çap olundu.
- 2001 Azərbaycanın Milli Məclisi tərəfindən «Psixiatriya yardımı haqqında» Dövlət qanunu qəbul olundu və ölkə Prezidenti tərəfindən imzalanaraq istifadə edilməyə başlandı.
- 2001 Milli Məclis tərəfindən «Narkoloji xidmət və nəzarət» qanunu qəbul edildi.
- 2002 Azərbaycan dilində ilk dəfə «Tibbi psixologiya və psixoterapiya» adlı dərslik çap edildi (müəlliflər N. V. İsmayilov və F. N. İsmayilov).
- 2012 Bakı şəhərində Azərbaycan SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzi açıldı

## II FSSSİL

### PSIXİ XƏSTƏLƏRİN MÜAYİNƏ ÜSULLARI

Hazırda psixi xəstələrin müayinəsində və diaqnostikasında, əsasən, psixoloji üsullardan istifadə olunur. Bununla yanaşı digər müayinə üsullarının da əhəmiyyəti unudulmamalıdır. Bir sıra hallarda, məhz həmin müayinə üsullarının köməyi ilə dəqiq diaqnoz qoymaq mümkün olur. Məsələn, beyin sifilisi Vasserman reaksiyası, beyin travmaları rentgenoqrafiya, epilepsiya xəstəliyi EEG, baş-beynin üzvi xəstəlikləri kompyuter tomoqrafiyası və s. paraklinik üsulların köməyi ilə dəqiqləşdirilir.

Psixi xəstəliklərlə yanaşı gedən somatik, infeksiya, dəri-zöhrəvi, ginekoloji və s. xəstəlikləri müəyyən etmək üçün müvafiq mütəxəssislərin məsləhətlərinə də daima ehtiyac duyulur. Beləliklə, somatik xəstəliklərdə olduğu kimi psixi xəstəliklər zamanı da müayinə kompleks şəkildə aparılmalıdır.

#### 1. Klinik müsahibə (söhbət)

Psixopatoloji müayinəyə sorğudan başlamaq lazımdır. Bunu **k l i n i k m ü s a h i b ə** də adlandırmaq olar. Xəstəliyin aşkar edilməsində düzgün aparılan sorğunun mühüm əhəmiyyəti vardır. Xəstə ilə ünsiyyət yaratmaq, verilən suallara dolğun cavab almaq həkimdən təmkin və bacarıq tələb edir. Xəstə ilə söhbət yorucu olmamalı və müəyyən ardıcılıqla aparılmalıdır. Klinik müsahibə adi söhbətdən, hətta həkim-internistin sorğusundan köklü şəkildə fərqlənir. Onun xüsusiyyəti psixi sağlamlığın spesifik problemindən irəli gəlir. Xəstə göstərilən problemlə əlaqədar öz həyəcanı haqqında danışmaq tələbi duya bilər, eyni zamanda o, öz fikir və düşüncələrini tanımadığı adam qarşısında açıqlamaqdan çəkinə bilər. Yaxud da qeyri-adi hal keçirən xəstə baş verənləri anlamayıb müsahibəni aparan həkimə inanmaya bilər və s. Müsahibəni aparan mütəxəssis xüsusi taktika nümayiş etdirib lazımsız sözlərlə xəstəni yormamalı və onunla kontaktın rəvan olmasına çalışmalıdır. Adi müsahibədən fərqli olaraq, klinik müsahibə xəstəlik haqqında məlumat toplamaqdan başqa, psixoterapevtik yönümlü əlaqə yaradılmasına da xidmət etməlidir.

Həkim xəstəyə təkcə diqqətlə qulaq asmaqla kifayətlənməməli, onun

mimikasına, səsinin intonasiyasına və jestlərinin xüsusiyyətinə, hansı suallara cavab verməyə can atmasına, hansına cavab verməkdən boyun qacırmasına fikir verməlidir. Müsahibənin strukturunun spesifik xüsusiyyətləri də vardır. Klinik müsahibənin uğurlu keçməsi üçün şərtlər və mütəxəssisin istifadə etdiyi taktiki gedişlər müxtəlifdir.

**Klinik müsahibənin şərtləri.** Müsahibənin keçirilməsi üçün xəstəyə rahat şərait və sakitlik lazımdır. İdeal şəraitdə müsahibə aparılan otaqda tam sakitliklə yanaşı, təhlükəsizlik də (xəstənin hiss edə bilmədiyi siqnalizasiya, telefon və i.a.) təmin olunmalıdır. Xəstə əmin olmalıdır ki, onların söhbətinə heç kəs mane olmur. Xəstə ilə üzbəüz oturmaq məsləhət deyil. Yaxşı olar ki, o, sol tərəfdə otuzdurulsun ki, həkimin sağ əli ilə yazdığı qeydlər xəstənin diqqətini cəlb etməsin. Hər iki stul rahat və eyni hündürlükdə olmalıdır ki, söhbət edənlərdən heç biri digərinə yuxarıdan aşağı baxmasın. Əgər xəstə sizdən yuxarıda otursa, belə hesab etmək olar ki, o, söhbət zamanı psixoloji distansiya yaratmaq istəyir. Xəstələr söhbətə meyilli olmadıqda qapıya daha yaxın oturmağa çalışırlar. Psixoterapevtik söhbət zamanı qeyri-formal mühit yaratmaq üçün kreslodan da istifadə edilə bilər.

**Salamlama.** Xəstə birinci görüşə gələrkən müxtəlif hisslər keçirə bilər. Ona görə də, həkim müsahibəni apararkən sıxıntı hissinə yol verməməlidir. O, adını çəkməklə xəstəylə salamlaşmalı, sonra isə özünü təqdim etməlidir. Əgər həm həkim, həm də xəstə kişidirsə, onda əl verib görüşə bilərlər. Əgər həkim və xəstə müxtəlif cinsə mənsubdurlarsa, bu zaman əl verib görüşmək lüzumsuz görünə bilər. Sonra onlar bir-birinə necə müraciət edəcəkləri ilə razılaşa bilərlər. Bir çox hallarda uşaqları və yeniyetmələri nəzərə almasaq, «siz» deyə müraciət etmək daha məqsədəuyğun hesab olunur. Gözlərlə əlaqə qurmağa çalışın, lakin xəstənin gözlərinin içinə dik baxmayın. Bu onları qıcıqlandırır və ya çaşdırır bilər.

**Yazı.** Bəzən klinik müsahibə zamanı qeydlər etmək faydalı olur. Xəstə əvvəlcədən xəbərdar edilməlidir ki, bu qeydlər onun vəziyyətini daha yaxşı anlamaq üçündür və məxfilik şərtləri pozulmayacaqdır. Audio və videolent yazılarına gəldikdə isə, məsələ mürəkkəbləşir. Lakin etiraf etmək lazımdır ki, istər təhlil, istərsə də superviziya üçün bu çox yaxşı üsuldur. Ən münasibi isə onun özündən yazılı icazə almaqdır. Xəstəni inandırmaq lazımdır ki, bu yalnız onun xeyrinə olub gizli saxlanılacaqdır. Unudulmamalıdır ki, inam və etimad hər hansı bir lent yazısından daha vacibdir.

**Vaxt.** Xəstə ilə klinik müsahibə müddəti şəraitdən, onun psixi vəziyyətindən və bir sıra digər amillərdən asılıdır. Təcrübə göstərir ki, psixoterapiya yönümlü 45–50 dəqiqəlik söhbət effektiv olur. Lakin birinci

söhbət daha çox və ya az vaxt apara bilər. Söhbətin təqribən nə qədər vaxt aparacağını pasiyentin bilməsi məqsədəuyğundur.

Bəzi xəstələr vaxtından tez qəbula gəlirlər. Bu onların həyəcanının artması ilə əlaqədar ola bilər. Digərləri isə gecikməyə meyilli olurlar, bu isə mütəxəssislə görüşməyin o qədər də arzuolunmadığını göstərir. Belə hallarda xəstənin izahatlarını («Mən zəngli saatı qurmamışdım», yaxud «İşim çox idi») formal izahat kimi qəbul etmək lazımdır. Yaxşı olar ki, ondan görüş və sizinlə söhbət haqqında nə düşündüyünü, məsələn, «Siz gəlmək istəmirdiniz?» öyrənsiniz. Müsahibənin başlanma anından asılı olmayaraq, bütün hallarda söhbəti təyin edilmiş vaxtda qurtarmaq lazımdır. Bu, xəstəyə vaxtında gəlməyinin marağında olduğunu anladar. Buna baxmayaraq vəziyyətdən səmərəli istifadə etməyə və daha çox məlumat toplamağa çalışın.

**Məqsədin müəyyənləşdirilməsi.** Klinik müsahibənin məqsədi ilk andan pasiyentə aydın olmalıdır. O, başa düşməlidir ki, sizinlə ünsiyyət onun üçün nə qədər əhəmiyyətli və vacibdir. Siz onun iztirablarını öyrənərək kömək edə bilərsiniz. Xəstə anlamalıdır ki, siz onun tərəfindəsiniz və bütün hallarda onun maraqlarını müdafiə edəcəksiniz. Bunlardan əlavə, qabaqcadan qarşıya qoyulan məqsəddən asılı olaraq, onunla görüşlərin sayını (görüş cədvəlini) müəyyən etməli və eləcə də, digər şərtləri müzakirə etməlisiniz. Əgər qarşıda hər hansı bir ezamiyyət, səyahət varsa, bu haqda pasiyentə əvvəlcədən xəbərdarlıq etməlisiniz.

**Klinik müsahibənin stili.** Bu, sönük sorğu-suala və ya tanışla adi söhbətə bənzəmir. Bir çoxlarının təfəkküründə psixi sağlamlıq sahəsində çalışan mütəxəssislərin formal suallar verərək, xəstənin vəziyyətində baş verənlərə laqeyd qalması kimi mülahizələr mövcuddur. Əslində isə həkim müsahibəni sərbəst, lakin qayğıkeş və emosianallıq fonunda aparmalıdır. Mütəxəssisin sözləri sadə və aydın olmalıdır. Forma etibarilə bu, adi danışiqdan fərqlənməməli, lakin xəstənin ən çətin problemlərini asanlıqla başa düşməyə xidmət etməlidir. Ümumiyyətlə, psixoloji söhbət taktikası (stili) hər bir mütəxəssis üçün olduqca mürəkkəb bir prosesdir. Bu texnologiyanı həkim daima öyrənməli, heç vaxt bu barədə tam səriştəli olduğunu düşünməməlidir. Unutmaq olmaz ki, hər bir insanın dünyagörüşü, mədəniyyəti, biliyi, xasiyyəti və i. a. fərdi və bənzərsizdir. Bunları söhbət əsnasında duyan mütəxəssis olduqca qeyri-standart üsullardan istifadə etməli olur.

Xəstənin adı, фамиliyası və sənətini aydınlaşdırdıqdan sonra, nədən şikayət etdiyini soruşmaq olar. Psixopatoloji əlamətləri aşkar etməyə aid suallar ehtiyatla verilməlidir. Sualları xəstənin başa düşəcəyi dildə, sadə və səmimi ruhunda vermək lazımdır. Həkimin işlətdiyi sözlər şübhə

doğurmamalıdır. Məsələn, hallüsinasiyaları aşkar etmək istərkən, «Qulağınıza səs gəlirmi?» və ya «Sizdə hallüsinasiyalar olurmu?» deyə, soruşmaq olmaz. Bunu belə etmək olar: «Bəzən evdə tək qalarkən və ya küçədə yeriyərkən elə olurmu ki, kimsə sizi çağırır və ya nəsə deyir, dönüb baxdıqda isə görürsünüz yanınızda heç kim yoxdur». Sayıqlamaların olmasını öyrənmək üçün soruşmaq olar: «Son vaxtlar sizə elə gəlirmi ki, tanışların, qonşuların, iş yoldaşlarının və ya ailə üzvlərinizdən kiminsə sizə qarşı münasibəti dəyişib?». Belə suallarla biz xəstə ilə daha tez ünsiyyətə girib, lazım olan məlumatı toplamaq olar. Xəstələr bəzən özlərinin bütün iztirablarını sərbəst söyləməyə başlayırlar. Xəstənin sözünü səbirlə dinləmək lazımdır, ara-sıra söhbətin məzmununu istədiyimiz istiqamətə yönəltmək üçün qısa suallar da verə bilərsiniz.

İmkan daxilində xəstə ilə söhbəti səmimi və bərabər olaraq aparmaq lazımdır ki, o, ən zərif hisslərini gizlətmədən deyə bilsin. Bəzən xəstə həkimə heç bir məlumat vermək istəmir, iztirablarını gizlədir və tezliklə söhbəti başa vurub getmək istəyir. Belə halda qohumlarının köməyinə ehtiyac hiss olunur. Onların əlavə məlumatı xəstəni sanki qıcıqlandırır. Xəstə qohumunun söylədiyinin «yalan» olduğunu sübut etmək üçün cəhdlər göstərir. Belə mübahisələr zamanı ciddi diaqnostik məlumatlar əldə edə bilərik.

**Klinik müsahibənin dayandırılması** arzuolunmazdır və bütün imkanlardan istifadə etməklə bundan çəkinmək lazımdır. Bu məqsədlə qəbul otağının qapısına «Narahat etməyin!» yazılan lövhə asılır, telefon zənglərinə isə katibənin cavab verməsi məsləhətdir. Əgər mütəxəssis qapının döyülməsinə və ya telefon zənginə reaksiya verməyə məcbur olursa, bunu çox qısa vaxtda etməli və pasiyentdən üzr istəməlidir. Əgər sizi harasa təcili çağırırlarsa, üzr istəmək və əgər çağırış qısamüddətli olarsa, onda xəstədən sizi bir neçə dəqiqə gözləməsini xahiş etmək lazımdır. Əvvəlcədən bilsəniz ki, müsahibəni yarımçıq kəsmək məcburiyyətində qalacaqsınız, onda bu haqda xəstəyə xəbərdarlıq etməlisiniz. Bir qayda olaraq, xəstələr məcburi vəziyyəti yaxşı başa düşür və bu səbəbdən narazılıqlar yaranmır.

**Doğmalar və yaxınlar.** Qohumlar yalnız pasiyentin icazəsi ilə söhbətdə iştirak edə bilirlər. Əgər xəstə özü, yaxud ətrafdakılar üçün təhlükəlidirsə və yardım göstərilməsinə etiraz edirsə, xəstəni müşayiət edənlər müsahibədə iştirak edə bilirlər. Bütün təsadüflərdə öyrənmək lazımdır ki, xəstə kiminsə yanında söhbətə razıdır. Əgər sizə elə gəlsə ki, xəstə buna razı deyil, onda bu işdən imtina edin, çünki xəstənin sizə olan inamı müşayiətçinin verdiyi hər hansı məlumatdan daha vacibdir. Həkim xəstənin öz doğmalarına qarşı münasibətinə xüsusi diqqət yetirməlidir.



Xəstənin məxfi verdiyi məlumatlar haqqında danışmaq olmaz, lakin xəstənin qohumlarının verdiyi məlumatları pasiyentlə müzakirə edə bilərsiniz. Buraya, eyni zamanda xəstənin vəziyyəti haqqında məlumat almaq üçün doğmalarının etdiyi telefon zəngləri də aiddir. Əgər xəstə icazə verməsə, sizin pasiyent haqqında danışmağa ixtiyarınız yoxdur.

**Bir sıra digər amillər:** müsahibəni aparan mütəxəssisin ixtisas dərəcəsi, vaxt seçimi, pasiyentin şikayətləri və təyin edilən əlamətlər müsahibənin məzmununa güclü təsir edə bilər. Müsahibənin düzgün təşkili və məzmunlu aparılması həkimin yüksək ixtisasa malik olduğunu göstərir.

**Klinik müsahibə zamanı yaranan terapevtik münasibətlər.** Klinik müsahibə prosesində həkimlə pasiyent arasında xüsusi münasibət yaranır. Buraya, ilk növbədə, *transfer* aiddir. Bu, pasiyentin öz keçmişində rast gəldiyi, onun üçün əhəmiyyətli insanlarla bağlı şüuraltı düşüncə və hisslərini hazırda ünsiyyətdə olduğu insana, əsasən də, klinik müsahibəni aparan mütəxəssisə aid etməkdir. Öz hisslərinin xəstəyə analoji proyeksiyası isə *ekstrantransfer* adlanır. Həkim pasiyentlə ünsiyyətdə olarkən, həyəcan hissi keçirə bilər ki, bu da, adətən, söhbətin əvvəlində baş verən adi haldır. Bəzən həyəcan o qədər güclü ola bilər ki, nəticədə əsas məlumatlar yaddan çıxır. Məsələn, müsahibə aparan pasiyentin qeyd etdiyi suicidal niyyətə diqqət yetirməyə bilər. Təbii ki, bu da pasiyentin probleminə münasibətdə yanlış nəticəyə gətirib çıxarar.

Terapevtik saziş həmsöhbəti ilə həkim arasındakı əlaqənin əsas cəhətlərindəndir. Psixi xəstənin sağlam və rəşional imkanlarına müraciət edərək, pasiyentin şəxsiyyətinə hörmətini qeyd edib, ona kömək etmək arzusunu nümayiş etdirərək, həkim öz həmsöhbətinin düşüncə və emosional vəziyyətini canlandırır, qarşılıqlı etimad yaradır.

Klinik müsahibədə bəzən *motivasiya* amilinə rast gəlinir. Müqavimət olanda düşüncəli xəstə öz problemlərini müəyyən səbəblərə görə danışmaya bilər (bu halda, o sadəcə susur), yaxud da düşüncəsiz ola bilər – o, hansısa hadisəni xatırlaya bilmir və ya hansısa mövzudan danışmaqdan cəkinir. Bütün bu hallar klinik müsahibə apararkən nəzərə alınmalıdır. Bir sıra hallarda gərginləşən əlaqələrə aydınlıq gətirmək və neqativ halları neytrallaşdırmaq üçün səriştəli məsləhətlər verən, daha çox təcrübəsi olan həmkarınıza müraciət etmək faydalı olur.

**Söhbətin quruluşu.** Başlanğıc – bir qayda olaraq, ilk görüşdə yaranan təəssürat önəmli olur. Görüşün başlanğıcında həkim müsahibəni necə aparacağını izah etməli, xəstənin buna necə reaksiya verməsi və hansı sözlərlə bunu ifadə etməsinə diqqət yetirməlidir. Pasiyentin mimikası, jestləri, intonasiya və digər hərəkətləri böyük əhəmiyyət kəsb edir. Məsələn, həyəcanlı görünən xəstəyə onun bu həyəcanının xəstəliklə, yoxsa

mütəxəssisin yanına ilk gəlişi ilə bağlı olub-olmaması maraqlıdır. Söhbəti yaxşı olar ki, «Sizi bura gəlməyə nə vadar edib?», yaxud «İstərdim ki, əvvəlcə sizin problemləriniz haqqında eşidəm. Sonra əgər ehtiyac olarsa, bir neçə sual verəm» kimi cümlələrlə başlayasınız. Söhbətin əvvəlində səmimilik şəraiti yarandıqda müayinənin gedişi xeyli asanlaşır. Xəstənin problemləri haqqında xəbərdar olduğunuzu qeyd etməklə prosesi asanlaşdırırsınız. Sonra həkim dinləyici mövqeyində durur və çalışır ki, xəstənin sözünü kəsməsin, yalnız lazım gəldikdə onu istiqamətləndirsin. Xəstə söhbətin əvvəlində susursa, bu zaman həkim «Baş verənlər haqqında daha ətraflı danışın» deyə bilər. Əgər xəstə danışarkən, lüzumsuz faktlardan xəbər verirsə, həkim ondan «Bununla bağlı nə hiss edirsiniz?» sualına cavab istəyə bilər. Əgər xəstə danışarkən, güclü emosianallıq nümayiş etdirsə, ondan hazırda nə hiss etdiyini soruşa bilərsiniz. Xəstəni daha çox nə narahat etdiyini aydınlaşdırdıqdan sonra həkim müsahibənin ikinci hissəsinə keçə bilər.

**Müsahibənin ortası.** Müsahibənin bu bölməsində həkim xəstənin şəxsi xüsusiyyətlərini anlamağa çalışır. Hər bir şəxsin həyatında təhlili tələb olunan kifayət qədər faktlar tapmaq mümkündür. Buraya onun uşaqlıq dövründəki və hazırkı inkişafı, təhsili, ailə həyatı və s. aiddir. Həkim adi gün rejimini və xəstəlikdən sonra onun həyatındakı dəyişiklikləri soruşa bilər. Adətən, xəstələr belə suallara cavab verərkən gərginlik hiss etmirlər. Sonra həkim söhbəti xəstənin neqativ emosiyası ilə bağlı daha əhəmiyyətli mövzulara, şəxsiyyətlərarası münasibətlərə, baş vermiş uyğunsuzluqlara və i.ə. istiqamətləndirə bilər. Məsələn, xəstənin seksual həyatı haqqında soruşarkən: «Sizin sevdiyiniz adam varmı? Onunla münasibətlərinizin xarakteri haqqında danışın» deyə, soruşa bilərsiniz. Beləliklə, siz xəstəliyə şərait yaradan ən intim məsələləri araşdırırsınız.

**Müsahibənin sonu.** Bu hissədə həkim aşağıda qeyd olunanları nəzərə almaqla müsahibəni sona çatdırır.

- Onların nə qədər vaxtının qaldığını göstərir
- Hansı mövzuların diqqətdən kənarda qaldığını öyrənir
- Pasiyentə sual vermək imkanı yaradır və həmin suallara cavab verir
- Söhbətlə bağlı təəssüratlarını bölüşür
- Öz tövsiyələrini verir, yaxud yardım proqramını hazırlayır
- Növbəti görüş barədə vədələşir

Söhbətin son hissəsində pasiyentin qeydlərə münasibəti ilə və digər şəxslərlə, məsələn, həkim-psixiatr, yaxud digər mütəxəssislərlə əlaqələr yaradılması ilə bağlı razılığını almaq lazımdır.

**Xüsusi ehtiyat tədbirləri.** İbarəli ifadələrdən istifadə etməkdən çəki-

nin. Gündəlik danışiqda «psixoloji terminlərdən» istifadə etməyinizə baxmayaraq, klinik müsahibədə peşəkar ifadələrdən istifadə məqsədəuyğun deyil. Xəstə bəzən həqiqi hisslərini gizlətmək üçün ibarəli ifadələr işlətməyinə baxmayaraq – ona tanış olmayan sözlər eşidərkən özünü kifayət qədər narahat hiss edir. Məsələn, suicidal cəhdin «reaktiv depressiya nəticəsində qısamüddətli dekompensasiya» olduğunu izah edərkən, o, həyatla vidalaşmaq cəhdinə nəyə görə əl atdığı haqqında ya heç nə demir, ya da məzmunsuz ifadələr söyləyir. Belə halda yaxşı olar ki, onun nə demək istədiyini soruşasınız, nə niyyətdə olduğunu aydınlaşdırasınız. Bəzən pasiyenti onun anlaya bilmədiyi tibbi terminlər də qorxuda bilər.

Mümkün qədər xəstənin öz sözlərindən tez-tez istifadə edin. Bu seksual məsələlərin müzakirəsində daha çox əhəmiyyət kəsb edir. Məsələn, əgər xəstə cinsi aktın final mərhələsini təsvir edərək, «qurtarmaq» sözündən istifadə edirsə, onda yaxşı olar ki, siz də «orqazm» əvəzinə bu sözdən istifadə edəsiniz. Təbii ki, kobud və ədəbsiz sözlər deyil, daha neytral ifadələr işlətmək məsləhətdir. Suallara «nə üçün?» sözü ilə başlamayın. İnsanların çoxu əksər hallarda hiss və əməllərinin niyə belə olduğunu bilmirlər. Pasiyentin problemlərinin həllinə yönələn ifadələrə üstünlük vermək lazımdır. Əgər «nə üçün?» soruşmaq lazımdırsa, yaxşı olar ki, bunu «nə olub?», «bu necə baş verdi?», «bu haqda siz nə düşünürsünüz?» ifadələri ilə əvəz edəsiniz.

İnsanlar öz hisslərini emosiyalarla dəyişik salmağa meyillidirlər və çox vaxt onlar xoşagəlməz hisslərdən özlərini qoruyaraq, yalnız nə düşündükləri haqda danışırlar. Emosiyalara qarşı aksent yaratmaq üçün onların düşüncələrinin hansı hisslərlə bağlı olduğunu soruşun. Düşüncələrə doğru aksent yaratmaq məqsədilə isə, onlardan öz hissləri haqqında nə düşündüklərini soruşmaq lazımdır. Adətən, tipik cavab «mən bilmirəm» ifadəsi olur, bu halda ya susa, ya da «ağlınıza nə gəlir?» sualını verə bilərsiniz.

Yumor çox vaxt terapeutik saziş yaratmaq üçün yaxşı üsul ola bilər. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, bu söhbətin məzmununu ört-basdır edə bilər. Bir çox hallarda xəstələr öz həqiqi həyəcanlarını gizlətmək üçün bundan istifadə edirlər. Ola bilər ki, xəstə yumoru düzgün anlamasın. Ona görə də, yumordan istifadə edərkən ehtiyatlı olmaq vacibdir. Klinik müsahibəni hazırcavablıq yarışına çevirmək lazım deyil. Birbaşa suallardan, məsələn, «Sizin pis əhvali-ruhiyyəniz arvadınızla olan mübahisə ilə bağlıdır?» kimi ifadələr və eləcə də, xəstənin gizli saxladığı fikirləri tənqidi mənada söyləmək («Bu qədər asan məsələni necə olur ki, başa düşmürsünüz?»), yaxud da digər hərəkətlərinizlə nədənsə narazı olduğunuzu

göstərmək məsləhət deyil. Bir mövzudan dərhal digər mövzuya keçmək pasiyenti qorxuda bilər. Hər hansı bir izahat olmadan, vaxtından əvvəl məsləhətlər verilməsi passivlik və inamsızlıq yaranmasına gətirib çıxara bilər. Xəstənin ziddiyyətli sözlərindən istifadə etmək lazım deyil. O, bu zaman neqativ hisslər keçirə bilər, sadəcə özünüz üçün bu faktları qeyd etmək və imkan daxilində aydınlaşdırmaq lazımdır. Nəhayət, «hər şey yaxşı olacaq» kimi əsassız vədlərdən də çəkinmək lazımdır.

Diaqnozu təyin etmək üçün əsas şərtlərdən biri dolğun anamnez toplamaqdır. Obyektiv anamnestik məlumatı əksər hallarda xəstənin yaxın adamlarından almaq mümkündür. Bəzən qohumlardan aldığımız məlumatı xəstənin özündən soruşmaq və sonra nəticə çıxartmaq faydalı olur.

Klinik müşahidənin əsas cəhətlərindən biri də müşahidə üsuludur. Müşahidə həm bilavasitə xəstə ilə söhbət zamanı, həm də xəstə şöbədə olduğu zaman aparılmalıdır. Əlbəttə, belə məlumatları başqalarından da almaq mümkündür. Söhbət əsnasında həkimin diqqətini cəlb edən xəstənin mimikası, suallara reaksiyası, emosional halı, davranışı və s. ola bilər. Xəstənin hərəkətlərinə həddindən artıq diqqət yetirmək, hər şeydə «patologiya» axtarmaq da düzgün deyil. Xasiyyətlə, yaşla, intellektual və mədəni inkişafı əlaqədar bəzi xoşagəlməyən halları düzgün qiymətləndirmək lazımdır.

Psixi xəstələrin somatik və nevroloji cəhətdən müayinə edilməsi həm stasionar, həm də ambulator şəraitdə vacib sayılan əməliyyatlardır.

## **Uşaqlarla və yeniyetmələrlə klinik müsahibə**

Uşaqlar və yeniyetmələrlə ünsiyyətin öz xüsusiyyətləri vardır. Bu, yaşından asılı olaraq, onunla aparılan klinik müsahibə zamanı müxtəlif taktiki gedişlərdən istifadə etməyi tələb edir. Böyüklərdən fərqli olaraq, onlarla aparılan söhbət zamanı aşağıdakı amillərə diqqət yetirilməlidir:

– Uşağı, adətən, razılığı olmadan mütəxəssisin yanına gətirir, gəlişin səbəbini heç də düzgün izah etmirlər. Ona görə də uşaqlar həmişə xəstəxanada saxlanılmaqdan, yaxud da həkimin iynə vurmağından qorxurlar.

– Əksər hallarda uşaqlardan məlumat almaq mümkün olmur.

– Uşaqlar bir qayda olaraq, sualları düzgün başa düşmür və ünsiyyət yaratmağa can atmırlar.

– Bir çox uşaqlar üçün fasiləsiz diqqət tələb edən müsahibə əlavə həyəcana gətirib çıxarır.

Uşaqla ünsiyyət yaratmaq üçün, hər şeydən əvvəl, onunla tanış olmaq, dostluq qayğısı göstərmək lazımdır. Sizin gözləriniz uşağın gözləri ilə bir

bərabərlikdə olmalıdır, bunun üçün ya alçaq oturacaqda, ya da yerdə oturmaq məsləhətdir. Otaqda müsahibə zamanı yalnız lazımı əşyalar olmalıdır. Oyuncaqların miqdarı məhdud olmalı, bunlar müsahibə məqsədilə seçilməlidir. Kiçik yaşlı uşaqlarla müsahibə zamanı qeyri-verbal ünsiyyət böyük əhəmiyyət kəsb edir. Müsahibə zamanı uşağın və yaxud valideynin hərəkətini qiymətləndirməkdən cəkinmək lazımdır. Bəzən onun davranışını müəyyən çərçivəyə salmaq üçün xəbərdarlıq etmək lazımdır ki, özünü tərbiyəli aparsın. Müsahibəni sükut şəraitində, yaxud da uşağı bezdirən monoton səslə aparmaq lazım deyil. Əgər uşaq çəkdiyi şəkilləri təqdim edirsə, onu qəbul edin və saxlayın, çünki hər an onu tələb edə bilər. Uşaqlara otaqda olan oyuncaqları götürməyə icazə verməyin. Onlara izah edin ki, bu oyuncaqlar bura gələn hər bir uşağa aiddir. Görüşün sonuna beş dəqiqə qalmış onlara bu haqda xəbərdarlıq edin.

Yeni işləməyə başlayan həkimlər uşaqlarla ünsiyyətdə bəzən çoxlu səhvlərə yol verirlər. Birinci, onlar uşaqların xoşuna gəlsin deyərək «çətin» mövzudan qaçırlar. İkinci, onlar öz sualları ilə uşaqları istədikləri, lakin düzgün olmayan cavablar verməyə sövq edirlər. Üçüncü isə, onlar uşağın başını yelləməyinə, yaxud da digər reaksiyalarına əsaslanıb yanlış nəticəyə gələr bilərlər.

**Kiçik yaşlı** – altı yaşına qədər uşaqlarla söhbət zamanı qorxu, şübhə yaranmasın deyərək, onlarla daha sərbəst rəftar etmək lazımdır. Yaxşı olar ki, uşağın yaşından və cinsindən asılı olaraq, ciddi seçilmiş oyuncaqlar, məşinlər, gəlinciklər, kubiklər, flamasterlər və s. olan otaqda söhbəti aparasınız. Uşağın yaşına uyğun onun başa düşə biləcəyi mövzu ətrafında danışarkən, emosional reaksiyalar canlanır, kontakt yaranır. Ən yaxşı oyun növlərindən biri – uşaqdan evlərinin və orada yaşayanların şəklini çəkmək, sonra isə onlar haqqında danışmağı xahiş etməkdir. Balaca uşaqları böyüklərin iştirakı olmadan müşahidə etmək daha yaxşıdır. Əvvəlcə uşağın anası söhbətdə iştirak etməli, sonra isə astaca uşağın xəbəri olmadan otağı tərk etməlidir. Uşaqdan hansısa çətin cavab gözləmək lazım deyil, lakin bəzən onlar öz maraqları barəsində məzmunlu danışa bilərlər.

**Altı yaşdan böyük** uşaqlara başa salmaq lazımdır ki, siz onların problemlərinə kömək edən mütəxəssissiniz, müəllim deyilsiniz. Azyaşlı pasiyentə həqiqi maraq və hörmət göstərmək üçün ondan bu yaxınlarda baş verən hadisələri, hərəkətləri, dərsləri, oyunları və gələcək planlarını soruşmaq lazımdır. Canlı emosiya nümayiş etdirməkdən cəkinməyin. Emosional mövzuları tədricən genişləndirməyə çalışın. Uşaqlarla ünsiyyət zamanı bir neçə cavabı olan suallardan istifadə edin. «Mənim təxminiən sən yaşda olan oğlan (qız) tanışım var, hansı ki,...» kimi suallarla müraciət edə bilərsiniz. Münasib formada onun öz yaşıdları ilə münəqişə

(məsələn, onlarla dava-dalaş edibmi və bu nə dərəcədə ciddi olub) və valideynləri ilə qarşılıqlı əlaqə, qorxuları, köməksizlik hissi ilə əlaqədar həyəcanı haqqında soruşmaq olar. Bu kimi suallardan sonra fikir verin ki, uşaq bu mövzulara yenə də qayıdırmı?!

**Yeniyetmələrlə** klinik müsahibə apararkən, bu yaş dövrünün özünəməxsus xüsusiyyətlərini (məsələn, gənclik maksimalizmi, öz hüququ barədə imtiyazlar tələb etməsi, hələ tam formalaşmayan dünyagörüşü, ətrafında olan adamlarla konfrontasiya və s.) nəzərə almaq lazımdır. İmkandan istifadə edərək, yeniyetmələr həkimin simasında özlərinə həmfikir, onların istəyini başa düşən və kömək edə bilən şəxsi tapmağa çalışırlar.

Valideynlərinin verə biləcəkləri məlumatlar yeniyetmələri narahat edir, onlarda inamsızlıq yarana bilər. Həkim pasiyentin tərəfində olduğunu göstərməli, neytral konstruktivliyi qorumaq və ona kömək etməyə hazır olduğunu bildirməlidir. Söhbət əsnasında onun valideynləri ilə razılığa gəlib-gəlməməsi haqda maraqlanmaq olar. Yadda saxlamaq lazımdır ki, çox vaxt həkimin valideynlərin yardımına ehtiyacı vardır. Əgər yeniyetməni özünün razılığı olmadan müayinəyə gətiriblərsə, bu zaman onunla təklikdə söhbət etmək lazımdır. Digər hallarda söhbət valideynlərinin iştirakı ilə ola bilər. Böyüklərin iştirakının məqbul olub-olmamasını da soruşmaq lazımdır. Uşaqlarla və yeniyetmələrlə işləyən mütəxəssisin bu yaşda hansı maraqların üstünlük təşkil etməsini bilməsi vacibdir. Yeniyetmələr kompyuter oyunlarına, gənc musiqi ifaçılarına, kinofilm qəhrəmanlarına, modaya və başqa bu kimi şeylərə böyük maraq göstərirlər. Uşaqlarla və yeniyetmələrlə ünsiyyətdə xeyirxahlıq, səmimilik, həzrcavablıq çox vacib keyfiyyətlər hesab olunur.

**Qohumlarla söhbət.** Yadda saxlamaq lazımdır ki, xəstəyə kömək göstərməkdə qohumlar əsas rol oynayırlar. Eyni zamanda, onlar pasiyentin özü haqqında bilmədiyi, yaxud da demək istəmədiyi qiymətli məlumat mənbəyi ola bilərlər. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi həkim yalnız pasiyentdən icazə aldıqdan sonra qohumları ilə söhbət edə bilər. Belə danışıqlarda o, ailədaxili münasibətlərin məzmunu və xəstənin tələbləri haqqında qiymətli məlumatlar əldə edə bilər. Eyni zamanda, xəstənin qohumları və yaxınları psixi sağlamlıq sahəsində çalışan mütəxəssisə olunan müraciətə yanlış münasibət bəsləyə bilərlər. Mütəxəssis qohumlarla ünsiyyət zamanı tam məlumatın əldə olunmasına çalışmalı, eyni zamanda, mövcud olan problemlər və yardım haqqında məlumat verməlidir. Təbii ki, xəstənin tələbi olarsa, qohumların verdiyi hər bir məlumat ona bildirilməlidir. Bəzən qohumların özlərini də tibbi-psixoloji yardıma ehtiyac

duyur, belə halda mütəxəssisin məsləhətləri faydalı ola bilər. Qohumlara verilən tövsiyələr arasında aşağıdakılar xüsusi əhəmiyyət kəsb edir:

- Çalışın ki, psixi sağlamlıq məsələləri haqqında daha çox məlumat əldə edəsiniz.

- Xəstəni mümkün qədər dəstək verin.

- Əgər nə isə qıcıqlanma yaradırsa, unutmayın ki, bu xəstənin özü ilə yox, xəstəliyin əlamətləri ilə bağlıdır.

- Öz xəstələrinə qarşı qohumların hövsələli və diqqətli olmalarını tövsiyə edin.

- Xəstənin öz problemləri və tələbləri barədə danışmasına imkan yaradın.

- Optimist olun. Psixi sağlamlıqla bağlı olan problemlərin uğurla həll olunma biləcəyinə nikbinliklə yanaşın.

- Özünə və başqalarına yardım qrupları və təşkilatları yaradın.

Məlum vəziyyətdə ailədə münaqişə mənbəyi olarsa, həkim (psixoterapevt) onları tənzimləmək və xəstəyə real yardım göstərmək üçün ən lazımlı adam ola bilər. Qohumlarla ünsiyyət vasitəsilə xəstəyə təsir etmək mümkün olmadıqda psixoterapiya ən faydalı üsuldur. Məhz psixoterapiya ətrafdakıların iştirakı olmadan real nəticə verə bilən müalicə formasıdır.

## **Klinik müəhibə zamanı meydana çıxan xüsusi vəziyyət**

**S a y ı q l a y a n   x ə s t ə .** Bildiyimiz kimi sayıqlama səhv nəticələr çıxarmaqla təzahür edən təfəkkür pozuntusu olub, tənqidi münasibətlər bəslənilməyən fikirlərdir. Sonuncu vəziyyət çox vacibdir. Təcrübəsiz mütəxəssislər tez-tez xəstəni onun gəldiyi yanlış nəticələrdən yayındırmağa cəhd göstərir. Həqiqi sayıqlama varsa belə hallarda xəstə ilə nə razılaşmalı, nə də mübahisə etməməli, neytral mövqe tutulmalıdır. Yalnız xəstə öz sayıqladığı fikirlərin düzgün olmasına şübhə edərsə, o zaman həkim onu dəstəkləyə bilər. Digər tərəfdən xəstənin kömək almağa hazır olduğu başqa əlamətlər üzərində də işlənilməlidir.

Bir çox hallarda sayıqlama ideyaları vacib informasiya əhəmiyyəti kəsb edir. Xəstənin təhtəşürunda yerləşən konfliktlərin araşdırılması, real həyata münasibətin mahiyyətinin açılmasına kömək edir. Bir qayda olaraq, xəstənin sağlması üçün onu sayıqlama həyəcanı haqqındakı xatirələrdən uzaqlaşdırmaq lazımdır. Sayıqlamanın bir çox formalarında xəstə ətrafındakılara qarşı düşmənçilik hissi bəsləyə bilər. Belə halda onun təhqiredici ifadələrinə cavab vermək lazım deyil, imkan daxilində

yumşaq və ya sükutla reaksiya vermək lazımdır. Əgər sayıqlayan xəstə sizə toxuna biləcək hərəkət və sözlər işlədirsə, yaxşı olar ki, onun fikrini hər hansı suallarla yayındırasınız. Digər hallarda müsahibəni kəsməli, yaxud da başqa adamların (tibb işçiləri, qohumlar) iştirakı ilə söhbət davam etdirilməlidir. Bəzən belə xəstələr müsahibənin vaxtı qurtardıqdan sonra da söhbəti uzatmağa can atırlar. Belə halda siz ayağa qalxıb deməlisiniz ki, görüş sona yetmişdir. Əgər xəstə hələ də oturubsa, onda şəxsiyyətin müsbət keyfiyyətlərinə, nəzakət qaydalarına muraciət olunmalıdır: «Əgər siz getməsəniz, onda digər xəstələr bizi gözləmək məcburiyyətində qalacaqlar» – deyə müraciət etmək olar. Əgər bu da öz təsirini göstərməsə, onda xəstəxana işçilərindən biri dəvət olunur və xəstə otaqdan çıxarılır. Bu variant onu razılığa gətirmək üçün danışıqları davam etdirməkdən və güc tətbiq etməkdən daha məqbuldur.

**E r o t i k ə l ə q ə y ə c a n a t a n x ə s t ə .** Bir çox xəstələrdə (əksərən əks cinsə mənsub olanlar) həkimlə seksual əlaqələr yaratmaq meyili yarana bilər. Bu halda siz xəstəyə aydın başa salmalısınız ki, bu mümkün deyil, ona görə ki, bu tibbi etikanın ciddi pozuntusu deməkdir. Eyni zamanda, qeyd etmək lazımdır ki, əgər bu cəhdə dərhal son qoyulmazsa, onda siz terapeutik əlaqələri kəsmək məcburiyyətində qalacaqsınız. Əgər xəstə yenə də öz fikrindən daşınırsa, onda siz onunla bütün əlaqələri kəsib, onu digər mütəxəssisə göndərməlisiniz. Bu andan etibarən hər hansı izləmə cəhdi hüquq-mühafizə orqanlarına aiddir. Mütəxəssis xəstədə erotik fantaziyalara imkan verə bilən öz geyim tərzinə tənqidi yanaşmalı, davranış qaydalarını və digər amilləri nəzərdə saxlamalıdır. Daha təcrübəli mütəxəssislərin məsləhətləri də faydalı ola bilər.

**A q r e s s i v p a s i y e n t .** Həkim-psixiatrların gündəlik iş təcrübəsində bəzən ədəbsiz davranış, açıq fiziki təhqirlər və hətta aqressiv tendensiyalara rast gəlinir. Bu cür davranış formaları o zaman baş verir ki, xəstədə güclü qorxu yaranır və xəstə vəziyyətin nəzarətdən çıxdığını hiss edir. Bu kimi hərəkətlər, əsasən, alkoqol və narkotik maddələr qəbul edən şəxslərdə müşahidə olunur. Müəyyən olunmuş təhlükəsizlik tədbirlərindən istifadə etməklə belə halları, o cümlədən, güc tətbiqi ehtimalını minimuma endirmək olar. İlk növbədə, xəstədə aqressiya epizodlara və yaxud psixoaktiv maddələrdən sui-istifadəyə diqqət yetirmək vacibdir. Müayinə aparılan otaq texniki vasitələrlə təchiz olunmalı (məsələn, siqnalizasiya) və kənar şəxslərin, həmçinin kömək göstərmək qabiliyyətli adamların istənilən an daxil olmasına imkan yaradılmalıdır. Qapı icəridən və cöldən rahat açılıb örtülməlidir. Xəstənin çıxışa yaxın olması məsləhət deyil. Belə xəstələrlə ünsiyyət zamanı müəyyən məsafənin saxlanması və rəsmi davranış qaydalarına riayət olunması vacibdir. Xəstə ilə ünsiy-



yət ciddi və mehriban olmalıdır. Qətiyyən belə xəstəyə toxunmaq və ya qarşısında əyilmək (başıaşağı əyilmək) olmaz. Ona elə gəlməlidir ki, siz onun vəziyyətini başa düşürsünüz və o, sizdə qorxu hissi yaratmır. Əgər aqressivlik get-gedə artırsa, yaxşı olar ki, siz söhbəti dayandırıb, kömək çağırmaq üçün otağı tərk edəsiniz. Bəhanə üçün müdiriyyətin sizi çağırğını deyə bilərsiniz.

Əgər söhbət əsnasında sizə aydın olursa ki, xəstədə silah var, söhbəti qurtarmağa çalışın və başa salın ki, siz silahlı şəxsə təsir göstərə bilməzsınız. Ancaq xəstə silahı saxlamağa verərsə, o halda söhbəti səmərəli davam etdirə bilərsiniz. Bu sözlərdən sonra dərhal otağı tərk edin. Xəstəyə çay və ya kofe içməyi təklif edə bilərsiniz. Əgər xəstə bunu etməyə imkan vermirsə, siz təmkininizi qoruyaraq, neytral bir mövzu haqqında söhbət açın. Mümkünsə, gizli şəkildə signalizasiyadan istifadə edin, ancaq vəziyyəti gərginləşdirməyə risk etməyin. Edə biləcəyiniz riskin nəticələrini yaxşıca götür-qoy edin, bütün imkanlardan istifadə edərək, vəziyyəti neytrallaşdırmağa çalışın.

Ambulator şəraitində görüşdüyünüz aqressiv xəstələri stasionara yerləşdirməyin vacib olması məsələsini qaldırın.

**S u i s i d a l p a s i y e n t l ər l ər l ər m ü s a h i b ər .** Suisidal (intihar) niyyətli xəstələrlə klinik mü sahibə xüsusi sayıqlıq tələb edir. Belə xəstələrlə ünsiyyət çox vaxt intihar cəhdindən sonra mümkün olur. Bəzən isə müayinə zamanı söhbət əsnasında şəxsin suisidal niyyətləri aşkar edilir.

Pasiyentin öz planını müxtəlif yollarla gizlətməyə çalışması və ya bu haqda qeyri-ciddi, zarafatyana danışması həkimin sayıqlığını daha da artırmalıdır. İntihar haqqında deyilən hər bir ifadəyə olduqca ciddi yanaşmaq lazımdır. Pasiyent ola bilər ki, intihar haqqında açıq şəkildə deməsin, yaxud «həyatda heç nəyə nail ola bilmirəm, gələcəkdən yaxşı heç nə gözləmirəm» kimi ifadələrlə dolayı məlumatlar versin. Həkim üçün belə ifadələr ciddi məna kəsb edir. Söhbət zamanı pasiyentin öz qiymətli əşyalarını kiməsə bağışlamaq arzusunda olması və ya yas xərcləri ilə maraqlanması ciddi xəbərdarlıq kimi qarşılanmalıdır.

Suisidal fikirli xəstələrlə söhbət maksimum sakit şəraitdə və təkbətək aparılmalıdır. Pasiyentə sizin ondan şübhələndiyinizi bildirmək və ya profilaktik tövsiyələr kimi dəbdəbəli vədlər vermək, xəstələri sizə qarşı səmimi olmaqdan çəkindirə bilər. Xəstəni inandırmağa çalışmaq lazımdır ki, sizin pasiyentin yaxın adamları ilə görüşməyiniz onun üçün çox faydalı ola bilər. Söhbəti elə aparmaq lazımdır ki, yardım göstərməyə maneçilik göstərən heç bir səhvə yol verilməsin. Söhbətin başlanğıcında ümumi suallara daha geniş yer vermək («Özünüzü necə hiss edirsiniz?», «Necə

yaşayırsınız?», «Nə kimi çatışmazlıqlarınız var?» və i.a.), müvafiq etimad yarandıqdan sonra xüsusi suallara keçmək lazımdır. Daha konkret məlumat almaq üçün suallar da konkret, lakin səmimi olmalıdır. Məsələn, «Həyatınızdan narazısınız mı?», yaxud «Yatıb bir də durmamaq fikrinə münasibətiniz necədir?», «Özünü əl qaldırmağa münasibətiniz?», «Bunu necə edərdiniz?», «Belə hərəkəti harada etmək istərdiniz?», «Hazırda həyatınızı sona yetirmək haqqında düşünürsünüzmü?», «Bu hərəkətdən sizi saxlayan nədir?». Bu suallara verilən cavabların hər biri mütəxəssisə vəziyyəti qiymətləndirməyə imkan verir.

İntihar haqqında məsələni müzakirə edərkən, intiharın hansı üsulla edilməsi və onun qarşısını almaq formaları da müzakirə edilməlidir. Lüzumlu və səmimi formada verilən suallar xəstənin sui-qəsd arzusunu zəiflədir. Tez-tez suicidal fikrin rədd olunması özünü doğruldur. İnsanlar sui-qəsd fikrinə düşə bilərlər, lakin onları bu fikirdən uzaqlaşdıran amillər də mövcuddur. Ailə mehribanlığı, dostların qayğısı, iş yerində dəstəklənmək və i.a. suicidal hərəkətlərdən qoruyan amillərdir. Belə etiraf müvəqqəti də olsa müsbət qiymətləndirilir. Xəstənin davranışında müşahidə edilən qeyri-struktiv tendensiyalar çox vaxt nəticəyə uyğun gəlmir. Şəxsin keçmişinə, ələlxüsus da intihar meyillərinə xüsusi diqqət yetirilməlidir. Ölüm hallarının ən az olduğu intihar hərəkəti – dərman qəbulu və özünü hər hansı bir əşya ilə kəsməkdir. Daha çox ölümə səbəb olan özünüasma və özünü suda batırmaqdır. Ən təhlükəlisi isə özünü hündür-lükdən atma və odlu silahdan istifadə etməkdir. Suicidal cəhdə şərait yaranan mövzular ətrafında suallar verməkdə davam etmək lazımdır:

- İntihar cəhdindən sonra düşüncəsi nə vəziyyətdə olmuşdur?
- Sağlamlığa nə kimi zərər dəyib?
- Nə qədər vaxtdan sonra xəstə vəziyyətdən çıxdı?
- Hansı tibbi yardım göstərilmişdir?
- Vəziyyətdən çıxmaq üçün hansı amillərin olduğunu aydınlaşdırmaq.

Məsələn, cəhd harada edilib?

- Kim kömək göstərməyə başladı?
- Xilas olmağın dərəcəsi.
- Şəxsin özü xilasolmada necə iştirak edib?
- Nə qədər vaxtdan sonra cəhd aşkar edilib?

Həmçinin şəxsi intihar etməyə vadar edən səbəbi aydınlaşdırmaq lazımdır. Suicidal hərəkətlərin yenidən başvermə riskini müəyyən etmək vacibdir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, suicidal stasionar şəraitində müalicə tələb edən haldır (hətta bunu şəxsin özü istəməsə də belə).

**T ə k r a r m ü s a h i b l ə r .** İlk aparılan müsahibədən sonra tez-tez görüş keçirmək zərurəti yaranır. Əgər psixoterapevtik yardım tə-

ləb olunarsa, daha geniş söhbətlər aparılmalıdır. Birinci və ikinci müsahibə arasındakı müddət bir neçə gün ola bilər. Bu da xəstə haqqında yetərincə məlumat toplamağa imkan yaradır. Növbəti görüş zamanı birinci görüşdə toxunulmamış məsələlər və bəzi digər problemlərin açılması, öyrənilməsi vacibdir. Onun həkimə müraciət etməsi, kiminləsə iztirablarını bölüşdürməsi barədə fikirlərini soruşmaq faydalıdır. Araşdırma zamanı aydın olsa ki, birinci söhbətləşmədən nəşə aydınlaşmayıb və ya qaranlıq məsələlər qalıb, həkim tərəfindən nəşərə alınmayıb, bu məsələlər ətrafında geniş müzakirə aparmaq olar. Əsas odur ki, ikinci görüş xəstə ilə həkim arasındakı münasibətləri yaxşılaşdırsın. Təkrar məsləhətləşmələr üçün standart sxem yoxdur, amma onu nəşərə almaq lazımdır ki, ikinci görüşdə xəstə, adətən, xeyli sərbəst və öz həyatının qapalı cəhətlərini açmağa daha çox hazır olur.

## **2. Eksperimental psixoloji müayinə (psixodiagnostik sınaqlar)**

Psixiatriya praktikasında özünəməxsus yeri olan bu müayinə üsulu klinik psixopatoloji müayinənin bir növ davamı kimi qiymətləndirilməlidir. Bir sıra hallarda, məsələn, mürəkkəb psixopatoloji sindromların diferensial diaqnostikasında aparılan müalicənin səmərəsini müəyyən etməkdə, ekspertiza və əmək rejimini təyin etməkdə və s. hallarda eksperimental-psixoloji müayinə mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bəzi psixoloji sınaqlardan kütləvi müayinələr zamanı istifadə edilir. Hər bir həkim-psixiatrın eksperimental-psixoloji müayinə metodlarını bilməsi və onlardan gündəlik praktikada istifadə etməsi yalnız fayda gətirə bilər.

Klinik-psixoloji müayinənin başlıca vəzifəsi müayinə edilənin vəziyyətini qiymətləndirmək və pozuntuların diferensial diaqnostikasıdır. Göstərilənlərdən əlavə, psixopatoloji əlamətlərin təzahür etmə dərəcəsi (ağırlığı), pasiyentin şəxsi keyfiyyətlərinin tədqiqi və digər məsələləri də bu-raya aid etmək lazımdır.

Psixoloji tədqiqat metodlarının köməyi ilə həllolunan vəzifələrin bəziləri üzərində dayanır. Bir çox hallarda psixi pozuntulardan əziyyət çəkən xəstələr öz vəziyyətini aydın şəkildə izah edə bilmirlər. Məsələn, təşviş keçirən xəstələr öz şikayətlərini bəzən xəstəliyi kimi təqdim edir və psixi iztirabın mümkünlüyü ilə razılaşmırlar. Belə pasiyentin ifadələri ilk dəfə müraciət etdiyi həkimdə (adətən, terapevtə) caşqınlıq yarada bilər. Belə hallarda həyəcan cədvəlinin (CAS) tətbiq edilməsi xəstənin vəziyyətini qiymətləndirməyə və onu mütəxəssis yanına göndərməyə imkan verir. Bir çox psixi xəstəliklər ümumi somatik əlamətlərlə təzahür

edir. Belə hallara depressiyalarda, şizoaffektiv psixozlarda, travma ilə əlaqədar yaranan əsəb pozuntularında rast gəlinə bilər. Göstərilən bu pozuntulara diferensial yanaşmaq tələb olunur.

Praktikada tez-tez pozuntuların ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq müalicə aparmaq və ya əlillik dərəcəsini təyin etmək kimi hallarla rastlaşırıq. Əlamətlərin təzahürünün müəyyən edilməsi psixoloji müayinə metodları vasitəsilə düzgün qərar qəbul olunmasına imkan yaradır. Bir çox hallarda, xüsusilə də ekspert məsələlərini həll edərkən həkimlər xəstələrin davranışında aqressiv və intihar meyillərinin olması ilə qarşılaşırlar. Belə hallarda psixoloji üsulların köməyi ilə aparılan müayinə düzgün məlumatlar əldə etmək üçün, demək olar ki, yeganə usuldur. Burada ayrı-ayrı psixi funksiyaları və xüsusiyyətləri tədqiq etmək daha vacibdir. Belə ki, diaqnozun təyin edilməsi pasiyentin davranış meyillərinin bu və ya digər variantlarına hələ cavab vermir. Digər tərəfdən, xüsusi olaraq qeyd etmək lazımdır ki, psixoloji testləşdirmə tez-tez sağlam adamla da aparılır. Bu halda söhbət təkcə psixiatrik diaqnozdan deyil, konkret şəxsə, onun fərdi psixi xüsusiyyətlərini nəzərə almaqla yanaşmaqdan və problemlərinin həll edilməsindən gedir.

Klinik praktikada konkret xəstəyə ünvanlanan müalicənin və şəxsi xüsusiyyətlər nəzərə alınmaqla düzgün terapeutik tədbirlərin seçilməsi də az əhəmiyyət kəsb etmir. Psixoloji üsulları tətbiq etməklə klinisistlər standart bəyazı sxemləri təyin etməkdən yayına və terapeutik prosesin düzgün məcraya yönəlməsinə nail ola bilərlər. Unutmaq olmaz ki, düzgün müalicə tətbiq etmək üçün xəstənin vəziyyətində baş verən bütün dəyişiklikləri daima müşahidə etmək lazımdır. Terapiyanın müxtəlif mərhələlərində klinik cədvəllərdən müntəzəm istifadə olunması dinamik müşahidənin və müalicənin monitorinqinin ən yaxşı üsuludur.

Nəhayət, psixoloji müayinə əməliyyatı psixoterapevtik baxımdan böyük əhəmiyyət kəsb edir. Xəstənin sınaqdan keçirilməsi onunla psixoterapevtik ünsiyyət yaratmağa imkan verir. Sorğu prosesi pasiyentə öz vəziyyətini başa düşməyə şərait yaradır. Pasiyentin müayinənin nəticələri ilə tanış olması, əldə edilən məlumatların birgə müzakirəsi psixoterapevtin işini xeyli yüngülləşdirir.

Psixoloji müayinənin bütün üsullarını şərti olaraq 3 qrupa bölürlər:

1. Sınaqlar (testlər);
2. Qiymətləndirmə cədvəlləri;
3. Sorğular.

Diqqətin, yaddaşın, təfəkkürün və bir sıra digər psixi funksiyaların müayinəsində tətbiq edilən geniş yayılmış psixoloji üsullardan aşağıdakıları qeyd etmək olar.

**1. Sınaqlar.** P i k t o q r a m m a s ı n a ğ ı yaddaş və təfəkkür proseslərini müayinə etmək üçün işlədilən bu sınaq, məşhur rus psixoloqu A. R. Luriye tərəfindən tətbiq edilmişdir. Xəstəyə bildirilir ki, o, indi eşidəcəyi 15–20 sözü və söz birləşmələrini yadında saxlamağa çalışmalıdır. Bu məqsədlə, o, müxtəlif işarələr, rəsmlər (fiqurlar, şəkillər və s.) çəkkə bilər. Təqribən bir saatdan sonra müayinə olunan şəxs çəkdiyi rəsmlərə baxıb sözləri yadına salmalıdır. Bu sınaqda əsas məsələ xəstənin söz və söz birləşmələrinə uyğun simvollar seçməsidir.

Piktoqrammada istifadə olunan sözlər (variantlardan biri):

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. Şən bayram        | 11. Ayrılıq         |
| 2. Ağır iş           | 12. Acı sual        |
| 3. Dadlı yemək       | 13. Ədalət          |
| 4. Var-dövlət        | 14. Xoşbəxtlik      |
| 5. Dostluq           | 15. İsti axşam      |
| 6. Xəstəlik          | 16. Kədər           |
| 7. İnkişaf           | 17. Ümid            |
| 8. Casarətli hərəkət | 18. Ac uşaq         |
| 9. Şübhə             | 19. Yalan           |
| 10. Qaranlıq gecə    | 20. Axsaq müəllimə. |

Əksər hallarda epilepsiya xəstəliyinə tutulan adam «inkişaf» sözünü bir neçə seriya şəkillərlə təsvir edir (ağacın suvarılması, tumurcuqların, yarpaqların, çiçəklərin əmələ gəlməsi və s.), şizofreniya xəstəliyinə tutulan şəxs «dostluq» sözünü iki paralel şaquli xətlə, «xəstəlik» sözünü isə iki üfüqi xətlə təsvir edir. Ağıl zəifliyi olan adamlar əksərən məzmunuz şəkillər çəkkir, bəzən isə heç nə çəkkə bilmirlər.

Piktoqramma sınağından istifadə etməklə xəstənin bəsit və ya mücərrəd təfəkkürə malik olmasını, müfəssəl və ya konkret düşünmə qabiliyyətini, yaddaşın iti və ya zəifliyini təyin etmək mümkündür.

**K o r r e k t u r a s ı n a ğ ı.** Xəstəyə bir vərəqdə mətbəə üsulu ilə çap olunmuş hər hansı bir mövzunun mətni verilir. Tələb olunur ki, 3–5 və ya 10 dəqiqə müddətində sətirbəsətir mətnə olan bütün «İ» və «M» hərflərinin üstündən xətt çəksin. Xəstənin hansı müddətə və nə dərəcədə səlis göstərilən hərfləri tapıb pozmasına əsasən, diqqətinə, intellektual fəaliyyətinə qiymət verilir. Maniakal sindromu olan xəstələr bu əməliyyatı ən qısa vaxtda, lakin çoxlu səhvlər buraxmaqla icra edirlər. Depressiya vəziyyətində olan şəxslər isə həmin əməliyyatı 3–4 dəfə gec yerinə yetirirlər. Beyin damarlarının aterosklerozu və kəllə travmalarının qalıqları olan xəstələr bunu olduqca ləng, həm də çoxlu səhvlərlə yerinə yetirirlər.

Çıxma əməliyyatı. Xəstəyə «100» rəqəmindən ardıcıl olaraq 8, 14, 18 və ya başqa rəqəmləri bir neçə dəfə çıxmağı təklif edirlər. İntellektin zəifləməsi halları olarsa, şəxs bu əməliyyatı düzgün apara bilmir.

10 söz öyrənmək. Xəstəyə ardıcıl olaraq 10 söz deyilir və tələb olunur ki, onları bir-bir təkrar etsin. Bir saat fasilədən sonra xəstə həmin sözləri təkrar etməlidir. Diqqətin və yaddaşın zəifləməsi zamanı sözlərin hamısını yadına sala bilmir.

Rəsm əsərinin (şəklin) sujetinin təhlili. Bu məqsədlə istənilən rəsm əsərlərindən, şəkillərdən istifadə etmək olar. Xəstə ona göstərilən şəkilə baxdıqdan sonra onun məzmununu nəql etməlidir. Kəmağıllıq olarsa şəxs əsərin məzmununu olduqca bəsit, epileptiklər birtərəfli, müəyyən detallara əhəmiyyət verməklə şizofreniyalı xəstələr isə cəfəng və ya sayıqlamaqla təhlil edirlər.

Xəstələrin abstrakt düşünmə qabiliyyətini yoxlamaq məqsədilə Rorşax sınağından geniş istifadə olunur. Xəstəyə mürəkkəb ləkəsinə bənzəyən şəkil və ya şəkillər silsiləsi göstərilir orada nə əks olunduğunu soruşurlar. Təfəkkür pozuntusu olan xəstələrdə (xüsusən şizofreniya xəstəliyində) Rorşax sınağı daha effektiv olur.

Təsnifat etmə. Üzərində adamlar, müxtəlif heyvanlar və əşyalar çəkilmiş 60–70 ədəd şəkli qruplaşdırmaq tələb olunur. Psixi sağlam şəxslər şəkilləri aşağıdakı qruplara bölürlər: adamlar, heyvanlar, meyvə-tərəvəz, ev əşyaları, tikinti materialları və i. a. Sonra qrupların sayını azaltmaq, yəni bütün şəkilləri 3 və ya 4 qrupa ayırmaq tələb edilir. Normada 3 qrupa bölünən şəkillər aşağıdakı məzmununda olmalıdır: 1) canlılar; 2) bitkilər; 3) cansız əşyalar.

Bəzi rühi xəstəliklərdə kəmağıllıq olduqda, şəkilləri məqsəduyğun formada qruplara ayırmaq çətinləşir və ya qarmaqarışıq, məzmunuz olur. Siçovulu və kotanı bir qrupa salan şizofreniyalı xəstə, bunu belə izah edir ki, onların hər ikisi yer qaza bilir, yaxud da at və alma, hər ikisi «a» hərfi ilə başladığı üçün bunları bir qrupa daxil edirlər.

Əşyaların ixtisasetmə. Bu sınaq zamanı xəstəyə 3–4 və daha çox əşyanın şəkli göstərilir və tələb olunur ki, uyğun gəlməyən əşyanın üstündən xətt çəksin. Bu sınaq vasitəsilə xəstənin təfəkkür qabiliyyətini yoxlamaq mümkündür. Şizofreniya xəstəliyinə tutulan şəxsə nəğara, papaq və çətir çəkilmiş şəkilləri göstərərkən, xəstə çətinin üstündən xətt çəkərək, bunu belə izah etmişdir: yağışdan qorunmaq üçün plash geyinmək daha məqsəduyğundur.

Anlayışları (əşyaları) fərqləndirmək. Xəstədən iki sözün (əşyanın) fərqi söyləməsini soruşurlar. Məsələn,

pəncərə ilə qapının, maşınla atın, yağışla qarın və s. Ağıl zəifliyi olan şəxslər belə suallara cavab verməkdə cətinlik çəkir, təfəkkür qabiliyyəti pozulmuş xəstələr isə məntiqsiz və gülünc cavablar verirlər.

Son illərdə *Lyuşerin münasibətlərin rəngli testi* geniş yayılmışdır. Müayinə olunana 8 rəngli vərəqə verilir. Şəxs üstün tutduğu qaydada onları ardıcıl düzməlidir. Sonra vərəqlər qarışdırılır, müayinə olunan bu, yaxud digər anlayışa və obyektə uyğun gələn rəngi seçir. Sınaq müəyyən dəqiqliklə, pasiyentin hazırkı emosional vəziyyəti, adamlarla münasibəti, davranışındakı meylləri barədə mühakimə yürütməyə imkan verir.

**2. Qiymətləndirmə cədvəlləri** – standartlaşdırılmış vasitələr olub, müşahidəçilərə: həkimlərə, tibbi psixoloqlara, sosial işçilərə və b.-na pasiyentin vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verir. *Funksiional uyğunlaşmanı müəyyən edən global cədvəl* (*Global Assessment of Functioning Scale*) Amerika təsnifatında (DSM III – R və DSM – IV) tətbiq olunan ən məşhur qiymətləndirmə cədvəlidir. Cədvəl pasiyentin müxtəlif səviyyəli sosial funksiyalarını 90-dan 1-dək azalma qaydası ilə qiymətləndirməyə imkan verir. Bu cədvəlin köməyi ilə əldə olunan məlumatlar xəstənin yaşayışı barədə mühakimə yürütməyə, əlilliyə dair qərar verməyə, müalicə və sağlamlığını bərpa etməyə aid məsələləri müzakirə etməyə də imkan yaradır.

*Depressiyaları müəyyən edən Hamilton cədvəli* depressiyanın müxtəlif formalarını (affektiv, vegetativ, psixotik, səbəbli, kognitiv-depressiv əlamətləri) əhatə edən 17, və ya 24 bənddən ibarətdir. Onların təzahür dərəcəsi 0-dan 4 xala qədər qiymətləndirilir. Yekun hesablama depressiv əlamətlərin təzahür dərəcəsi haqda dəqiq məlumatlar verir.

**3. Klinik sorğular** – tərkibində müəyyən suallar və cavab variantları olan yarımstrukturlu standartlaşdırılmış üsullar sistemidir. Qiymətləndirmə cədvəllərindən fərqli olaraq onlar pasiyentin özü tərəfindən doldurulur, buna görə də o, cavab verənin səmimiyyətini yoxlayan suallardan ibarətdir. 566 sualdan ibarət olan və pasiyentin vəziyyətini 13 müxtəlif parametrlərlə (şəxsiyyət tipi, təşviş, depressiya, psixotik əlamətlər və s.) qiymətləndirməyə imkan verən *şəxsiyyətin çoxşaxəli Minesot sorğusu* hamı tərəfindən qəbul edilmişdir. Sorğuların çatışmayan cəhətinə gəldikdə isə, qeyd etmək olar ki, burada labüd subyektivliyə yol verilə bilər. Belə ki, pasiyent öz şikayətlərini şişirdilmiş və ya kiçildilmiş tərzdə çatdırı bilər. Eyni zamanda, psixoloji sorğunun metodikası xəstənin vəziyyəti barədə olan düşüncələrini öyrənmək üçün yaxşı imkan yaradır. Buna görə də müxtəlif psixoloji üsulların kompleks şəkildə tətbiq olunması daha məqsəduyğundur.

## I - c i c ə d v ə l

**Müxtəlif psixi funksiyaların tədqiqində tətbiq edilən psixoloji vasitələr**

| Tədqiqat sahəsi                        | Tətbiq edilən metodika                                                    | Metodikanın xüsusiyyətləri                                                                                 |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Psixotik əlamətlər                     | Psixotik pozuntuları qısa qiymətləndirmə cədvəli (BPRS).                  | 5 amil üzrə 17 maddədən ibarət əlamətlərin təzahür dərəcəsini qiymətləndirir.                              |
|                                        | Diagnozlar üçün strukturlu klinik sorğu (SCID).                           | Vasitə DSM – III – R diaqnozları üçün işlənilib hazırlanmışdır.                                            |
| Həyəcan əlamətləri                     | Həyəcanın klinik cədvəli (CAS)                                            | 6 maddədən ibarət olub 4 bal üzrə qiymətləndirilir.                                                        |
|                                        | Həyəcan pozuntularını qeyd etmə sorğusu (ADIS)                            | Diagnozların DSM – III – R üzrə klinik əsaslandırılması.                                                   |
| Depressiya əlamətləri                  | Hamiltonun depressiyaları qiymətləndirmə cədvəli (HDS).                   | Cədvəldə 5 balla qiymətləndirilən 17–24 bənd vardır.                                                       |
|                                        | Depressiyalar üçün Bek sorğusu.                                           | Sorğu koqnitiv əlamətləri müəyyən edir.                                                                    |
| Obsessiv - kompulsiv əlamətlər         | Yel - Braun cədvəli (Y-BOS Scale).                                        | 10 bənddən ibarətdir, təzahür dərəcəsi 5 balla qiymətləndirilir.                                           |
| Qorxu əlamətləri                       | Qorxunu müəyyənləşdirən sorğu (Fear Questionnaire).                       | 17 bənddən ibarət olub, səciyyəvi qorxu hissinin (aqorafobiya, sosial fobiya və s.) diaqnostikası üçündür. |
| Təfəkkür funksiyaları                  | Təfəkkür pozuntularının indeksi (TDI).                                    | 22 mərhələ və 4 ağırlıq dərəcəsi üzrə təhlil edilir.                                                       |
|                                        | Rorşaxın ləkələr testi (RIT)                                              | Planlaşdırılmış metodikadır.                                                                               |
| Yaddaş və əqli qabiliyyət funksiyaları | Böyüklərdə əqli qabiliyyəti müəyyən etmək üçün Veksler cədvəli (WAIS - R) | 166 bənddən ibarətdir. Məktəb və məktəbəqədər uşaqlar üçün variantlar mövcuddur.                           |
| Şəxsiyyətin tipi                       | Minesotun çoxşəxəli şəxsiyyət sorğusu (MMPI).                             | 13 parametrlə üzrə 566 sualdan ibarətdir.                                                                  |
|                                        | Ayzenkin şəxsi sorğusu (EPI).                                             | Tərkibində ekstraversiya və nevrozlaşma üçün 57 sual vardır.                                               |
| Psixodinamik xüsusiyyətlər             | Lüşer rəng testi.                                                         | Münasibətlərin planlaşdırılmış testi.                                                                      |
|                                        | Rorşax                                                                    |                                                                                                            |
|                                        | Əlamətlər siyahısı – 90 (SCL-90).                                         | Sorğu əlamətlərin 9 qrupu üzrə 90 sualdan ibarətdir.                                                       |



*1-ci cədvəlin ardı*

| 1                                 | 2                                                                                                         | 3                                                                                                        |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosial uyğunlaşma dərəcəsi        | Uyğunlaşmanın ikili cədvəli (DAS).<br><br>Funksiyaların qiymətləndirilməsinin qlobal cədvəli (GAF Scale). | 4 ölçü üzrə qiymətləndirilən 31 maddədən ibarətdir.<br><br>DSM – IV – V ox üzrə qiymətləndirmə vasitəsi. |
| Aqressiv və autoaqressiv davranış | Bass – Darkın düşmənçilik sorğusu (V-DHI).                                                                | Aqressiyanın müxtəlif istiqamətləri üzrə 75 sualdan ibarətdir.                                           |
| Autoaqressiv davranış             | Potensial ehtimal olunan intihar indeksi (IRS)                                                            | 5 balla qiymətləndirilən 50 bənddən ibarətdir.                                                           |

*Psixoloji müayinə vasitələrinə qarşı irəli sürülən tələblər.* Son illər geniş yayılmış nəşrlərdə oxucuların asudə vaxtını keçirmək üçün müxtəlif əyləncəli psixoloji sınaqlar çap olunur. Bu sınaqların çoxu psixi sağlamlığa aiddir. Bəs qeyd olunan üsullar klinik vasitələrdən nə ilə fərqlənir? Hazırkı psixoloji üsulların başlıca fərqi ondan ibarətdir ki, elmi psixodiagnostik kriterilər, onların işlənilib hazırlanması prinsiplərinə və metodlarına daxil edilmişdir. Elmi üsulların əsas xüsusiyyətlərindən biri – tədqiqat sahəsinə aid olmayan amillərin təsirindən yayınmaq üçün zəruri şərt olan – onların standartlaşdırılmasıdır. Standartlaşdırılmanın dərəcəsi müvafiq metodikada birinciliyin kəmiyyət və keyfiyyət yanaşmasına verilməsindən asılı olaraq əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənə bilər. Standartlaşdırılmış kəmiyyət üsulları daha çox müvafiq sahədə, kifayət qədər yüksək ixtisası olmayan şəxslərdən qısa müddətdə konkret cavab almaq üçün daha səmərəlidir.

### **3. Instrumental və rentgenoloji müayinə metodları**

**Elektroensefalografiya (EEG)** beynin ayrı-ayrı sahələrinin elektrik potensialını qeyd etmək və onun təhlilinə əsasən aparılan dəqiq müayinə üsullarından biridir. Beyin hüceyrələrində yaranan elektrik potensialının olduqca az olmasını (100–150 Mkv) nəzərə alaraq, gücləndirici qurğulardan istifadə olunur. Müasir EEG cihazları 4–24 kanaldan ibarətdir ki, bu da eyni vaxtda kanalların sayı qədər nöqtələrdən qeydiyyat aparmağa imkan verir. EEG-ni oyaq halda, yatmış vəziyyətdə, işgörmə prosesində aparmaq mümkündür. Qeyd olunan əyriləri vizual və

ya hesablama maşınının köməyi ilə təhlil etmək olar. Hesablama maşınının istifadə edərkən alınan nəticələr daha dəqiq olmaqla yanaşı, bilavasitə tədqiqatın gedişi zamanı da məlumat əldə etməyə imkan verir. EEQ tədqiqatı zamanı nəzərə alınan göstəricilər bunlardır: ayrılərin tezliyi, amplitudası, elektrik potensialının titrəmə konfigurasiyası, titrəmənin ritmi və onların yayılması.

Tezlik 1 san. müddətində titrəmələrin sayı ilə ölçülür və xarakterinə görə aşağıdakı bioritmlərdən ibarətdir:  $\alpha$ -ritm – 8–12,  $\beta$ -ritm – 13–25,  $\gamma$ -ritm – 25–30 və daha çox,  $\delta$ -ritm – 0,5–3,  $\sigma$ -ritm – 4–7 titrəmə.

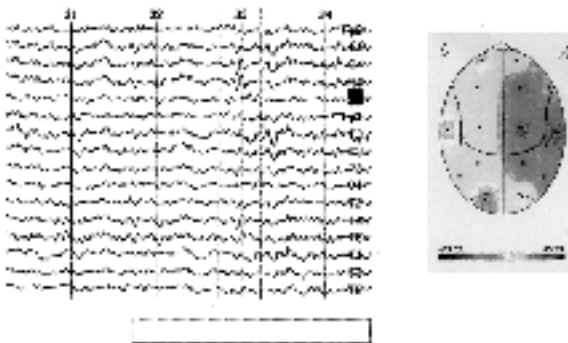
Tezlik ritmi 8 – 30 arasında olan dalğalar iti, 8-dən az olanlar isə zəif sürətli adlanır. EEQ-da elektrik potensialın titrəməsi nəticəsində dalğaların həddələri arasındakı məsafə amplituda adlanır.

Dalğaların sürətindən asılı olaraq, onların quruluşu da müxtəlif olur.  $\alpha$ -dalğalar sinusoidal,  $\beta$ -və  $\gamma$ -dalğalar üçbucaqvarı, delta, teta-dalğalar isə halqavarı və ya itibucaqlı konfigurasiyaya malik olur.

EEQ ayrıləri beynin müxtəlif zonalarında başqa-başqa olur. Məsələn,  $\delta$ -ritm ənsə nahiyyəsində, digər ritmlər isə beynin ön hissəsində daha tez-tez rast gəlinir. Normada EEQ ayrıləri simmetrik və eyni tipli olur.

EEQ vasitəsilə beyində olan patoloji ocağın mənbəyini, lokalizasiyasını və dərəcəsini müəyyən etmək mümkündür. MSS-nin üzvi xəstəliklərində, epilepsiya zamanı EEQ-dan istifadə etmək vacibdir (şəkil 4).

**R e o e n s e f a l o q r a f i y a** (REQ). Beyin toxumasının elektrik müqavimətinin ölçülməsinə əsaslanan beyin damarlarının tonusunu və qan dövranını təyin etmək üçün işlədilən metod reoensefaloqrafiya adlanır. REQ qeyd etmək üçün beyin toxumasına tezliyi 80–150 kh və gücü 1–



Şəkil 4. Elektroensefaloqramma

10 mA olan dəyişən cərəyan buraxılır. Reoqraf məlumatı gücləndirici aparat vasitəsilə elektroensefaloqrafa və ya elektrokardioqrafa birləşdirilir. Beyin damarlarının patologiyasında onların funksional vəziyyətini, qan dövranını və tonusunu təyin etməklə bir sıra mühüm diaqnostik məlumatlar əldə etmək mümkündür.

**Exoensefaloqrafiya (Exo EQ).** Ultrasəs vasitəsilə beyin müayinəsi exolokasiya prinsipinə əsaslanır. Exoensefaloqrafiya vasitəsilə gicgah sümükləri arasında yerləşən beyin toxuması strukturunu, onun patologiyasını (beynin şişləri, absessi və s.) təyin etmək mümkündür.

**Pnevmoensefaloqrafiya (PEQ).** Bu üsul beyin mədəciklərinə və subaraxnoidal boşluğa hava və ya oksigen doldurmaqla onların rentgen şəklinin çəkilməsindən ibarətdir. Normada beyin mədəciklərinin rentgenoqramması kəpənəyə bənzəyir. PEQ vasitəsilə beyin travmaları, iltihabi prosesləri, şişləri və anadangəlmə anomaliyaları haqqında mühüm diaqnostik məlumatlar almaq olar.

**Angioqrafiya** – beyin damarlarına radioaktiv və ya kontrast maddə yeritdikdən sonra aparılan rentgenoqrafiya üsuludur. Beyin qan dövranının pozulması ilə əlaqədar olan patologiya zamanı tətbiq edilir.

Müvəffəqiyyətlə istifadə edilən üsullardan biri də **Dopleroskopopiya**dır. Bu müayinənin köməkliyi ilə baş və onurğa beyni damarlarının keçiricilik qabiliyyətini təyin etmək mümkündür.

**Kompyuter tomoqrafiyası (KT).** Beynin qat-qat rentgenoloji müayinəsindən və alınan məlumatın kompyuter aparatında işlənilərək ekranda əks edilməsindən ibarət olan bu tədqiqat üsulu son illərdə kəşf edilmişdir.

Müayinə zamanı xəstə arxası üstə, üfüqi vəziyyətdə uzanır, rentgen aparatı asta-asta hərəkət edərək, beyni hissə-hissə müayinə edərək, alınan nəticələri ekranda əks etdirir. EHM yaddaşına yazılan məlumatı istənilən vaxt ekranda canlandırmaq və ya şəklini çəkmək mümkündür. KT üsulundan beyin şişlərinin, travmalarının və digər patoloji proseslərin diaqnostikasında istifadə olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, mərkəzi sinir sisteminin nəzərəçarpan anatomik dəyişiklikləri ilə müşayiət edilməyən xəstəliklərində (Şizofreniya, Affektiv pozuntular və s.) bu üsuldən istifadə etmək səmərəli olmur.

Son illərdə kompyuter tomoqrafiyasının daha dəqiq üsulları: nüvə-magnit rezonansı və pozitron-emission tomoqrafiyasından (PET) geniş istifadə edilir. PET radioizotopların paylanması prinsipinə əsaslanır. Müxtəlif maddələrdən istifadə etməklə, (məsələn, qlükoza, neyromediatorlar və i. a.) beyində gedən maddələr mübadiləsi pozuntularının xarakterini, sahəsini təyin etmək mümkündür.

#### 4. Laborator müayinə metodları

Psixiatriya klinikasında diaqnostik əhəmiyyət kəsb edən laborator müayinə metodlarından geniş istifadə olunmalıdır. Bəzi hallarda psixozla səbəb olan amillər (infeksiya, intoksikasiya, biokimyəvi, hemotoloji və digər dəyişikliklər), məhz laborator müayinə nəticəsində aşkar edilir. Məlum olduğu kimi psixoz vəziyyətində olan xəstə somatik şikayətlərini heç də həmişə demir, özünü sağlam şəxs kimi göstərməyə cəhd göstərir. Ona görə də, bir qayda olaraq, psixiatriya stasionarlarına, dispanserlərinə və kabinetlərinə müraciət edən bütün xəstələr hərtərəfli laborator müayinəyə cəlb edilməlidirlər.

Somatogen, infeksiya, intoksikasiya psixozları zamanı leykositlərin, EÇS-in, qanın formalı elementlərinin dəyişməsinə tez-tez rast gəlinir.

Beyin sifilisi və progressiv iflicin diaqnostikası da tam mənası ilə laborator müayinələrinin nəticəsinə əsaslanır. Şizofreniya və digər psixozlar zamanı, xüsusən xəstəliyin kəskin dövründə qanın formalı elementlərinin dəyişməsinə, EÇS-in artmasına tez-tez təsadüf edilir. Febril katatoniya zamanı qanda və sidikdə bir sıra dəyişikliklər (EÇS-in artması, leykositoz, neytrofiliya, sidiyin qatılaşması və s.) meydana çıxır, hərəkət oynaqılığı vəziyyətində olan xəstələrdə diaqnozundan asılı olmayaraq, hiperqlikemiya qeyd edilir. İnsulin müalicəsi qəbul edən bütün xəstələrdə müalicədən əvvəl və müalicənin gedişində qanda şəkərin miqdarı hər 2–3 həftədən bir təyin edilməlidir. Sulfazin, cəngolma və qanköçürmə müalicəsi alan xəstələrin qanının və sidiyinin ümumi müayinəsi ilə yanaşı, bəzi biokimyəvi müayinə üsulları da (kortikosteroidlər, bilirubin, qaraciyər və mədəaltı vəzin funksional vəziyyətini müəyyən edən sınaqlar) aparılmalıdır. Litioterapiya alan bütün xəstələrin qanında litinin miqdarı təyin edilməlidir. Onun qanda miqdarı 0,8–1,0 mmol l-dən çox olarsa, müalicə əks-göstərişdir. MSS-nin üzvi, iltihabi xəstəlikləri zamanı toksoplazmoza qarşı müayinə aparılmalıdır. Son illər bəzi immunoloji (qanda T və B-limfositlərin, immunoqlobulinlərin miqdarı və s.), endokrinoloji (timusun, böyrəküstü vəzin hormonları) və bir sıra biokimyəvi üsullardan da (serotonin, dofamin və digər bioloji fəal maddələrin təyini) istifadə edilir.

**H a r a m   i l i k   m a y e s i n i n   m ü a y i n ə s i .** MSS-nin üzvi xəstəliklərinə və infeksiyalarına şübhə olduqda haram ilik mayesinin laborator müayinəsinə ehtiyac duyulur. Normada insanın haram ilik mayesinin miqdarı 120–150 ml, təzyiqi isə oturaq vəziyyətdə 300 mm, uzanmış halda isə 100–200 mm su süt-na bərabərdir. Bir sıra patoloji hal-

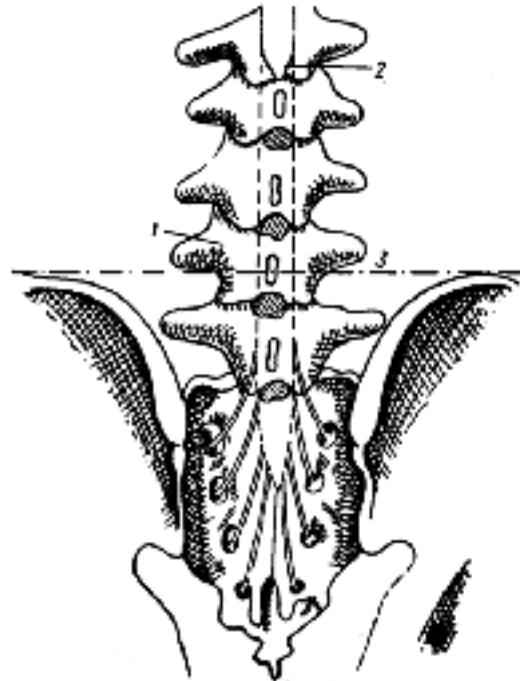
larda (məsələn, hidrocefaliya zamanı) mayenin miqdarı bir neçə dəfə arta bilər. Təzyiqin isə artması tez-tez müşahidə olunur.

Haram ilik mayesini III–IV və ya V bel fəqərələri arasından, uzunluğu 10–12 sm olan iynələr vasitəsilə götürürlər. Mayeni acqarına (öyümə-qusma olmasın deyə), oturaq vəziyyətdə götürmək daha məqsəduyğundur. Punksiyadan sonra iynə batırılan yerə steril sarğı qoyulmalı və xəstə bir neçə saat uzanmış vəziyyətdə istirahət verilməlidir. 2–3 gün müddətində xəstə yataq rejimində olmalı, kəskin hərəkətlər etməməlidir (şəkil 5).

Normal halda haram ilik mayesi rəngsiz-şəffafdır. İynə haram ilik kanalına düşən kimi maye sürətli damcılarla oradan axmağa başlayır. Mayenin aramsız, sürətlə axması təzyiqin yüksək olmasını göstərir. Mayenin boz-çəhrayı («ət-suyu» rəngində) olması oraya qanın, bulanıq olması isə irin və iltihabı prosesin digər elementlərinin qarışmasını göstərir. Mayenin qara rəngdə olması melanoma üçün xarakterikdir.

Sağlam adamlarda normal haram ilik mayesinin laborator tədqiqatının nəticəsi aşağıdakı göstəricilərə uyğun gəlməlidir: nisbi özülülük – 1,005–1,008; pH – 7,4–7,8; sitoz (görmə sahəsində) – 0,5; şəkər – 2,22–3,33 mmol l; zülal – 0,16–0,32 q\l; albumin\qlobulin əmsalı – 0,2:0,3, reaksiyası zəif qələvi olmalıdır. Ammonium sulfatla apanlan Nonne – Apelt qlobulin çökmə reaksiyası mənfi, karbol turşusu ilə aparılan zülalə həssaslığı göstərən Pandi reaksiyası mənfi və ya zəif müsbət, Süleyman ilə aparılan Veyxbrod zülal reaksiyası mənfi, Vasserman reaksiyası mənfi olur.

Vasserman, Zaks – Vitebsk, Kan reaksiyalarının müsbət olması progressiv iflic üçün xarakterikdir. Vasserman reaksiyası polimielit, malyariya və digər xəstəliklərdə də müsbət ola bilər. Şübhəli hallarda daha dəqiq tədqiqat metodlarından istifadə edilir. Onlardan immuno-flüressensiya reaksiyasını (IFR), solğun treponemin immobilizasiyası reaksiyasını (STİR) göstərmək



Şəkil 5. Lümbal punksiyanın təxmini sxemi:  
1) vertebra lumbalis IV; 2) konus medullaris;  
3) Yakobi xətti.

olar. Bu reaksiyaların tətbiqi zamanı diaqnostik dəqiqlik ən azı 95–98%-ə bərabərdir.

Beyin maddəsinin və qışalarının iltihabı zamanı sitoz, polinüklear hüceyrələrin miqdarca artması qeyd olunur. Hətta bəzi törədicilərin özlərini belə (stafilokokkları, streptokokkları, meningokokkları, pnevmokokkları, solğun spiroxetaları və s.) aşkar etmək mümkündür. MSS-in bir sıra üzvi xəstəliklərində: şislərində, ensefalitlərdə, meningitlərdə, araxnoiditlərdə – qlobulinlərin, ümumi zülalın artması qeyd olunur.

Mühüm diaqnostik əhəmiyyəti olan tədqiqat üsullarından biri də Lanqe reaksiyasıdır. Bu reaksiyanı aparmaq üçün 16 sınaq şüşəsi götürülür və onlara bərabər miqdarda tökülmüş haram ilik mayesi 1:10, 1:20, 1:40, 1:80, 1:160 və i. a. nisbətdə durulaşdırılır. Sonra onların hər birinin üzərinə 5 ml kolloidli qızıl məhlulu əlavə edilir. Rənglərin dəyişməsini rəqəmlərlə qeyd edirlər: 1 – qırmızı, 2 – qırmızı-bənövşəyi, 3 – bənövşəyi, 4 – göy-bənövşəyi, 5 – göy, 6 – mavi, 7 – rəngsiz. Lanqe reaksiyasının normal göstəricisi təqribən bu rəqəmlərə: 121111111111111, beyin sifilisi zamanı isə rənglərin dəyişməsi 3355542211.... rəqəmlərə uyğun gəlir. Alınmış nəticə qrafik şəkildə də (əyrilərlə) göstərilə bilər. Kəskin meningit zamanı rənglərin dəyişməsi 2–3-cü sınaq şüşəsindən başlayaraq 6–7-ci şüşəyədək tədricən tündləşir və tez də bərpa olunur.

## 5. Patoloji-anatomik müayinə

Məlum olduğu kimi, psixi xəstəliklərin bir çoxu patoloji prosesin mənbəyində – beyin toxumasında nəzərəçarpan morfoloji dəyişiklik vermədən təzahür edir. Elə buna görə də psixi xəstəlikləri funksional və üzvi xəstəliklər qrupuna bölmək qəbul olunmuşdur. Funksional psixi xəstəliklərə nevrozları, reaktiv psixozları, affektiv pozuntuları, psixopatiyaları və s.-ni, üzvi psixozlara isə qocalıq ağıl zəifliyini, Pik və Altsheymer xəstəliyini, beyin sifilisini, ensefalitləri və s.-ni misal göstərmək olar. Bəzi psixi xəstəliklərin, o cümlədən, şizofreniyanın üzvi xəstəliklərə aid edilməsi mübahisəlidir. Morfoloji tədqiqat üsullarının təkmilləşdirilməsi və yüksək həssaslığa malik yeni aparatların kəşfi (elektron mikroskopu, maqnit nüvə rezonansı kompüter tomoqrafiyası və s.) əvvəllər funksional hesab olunan bəzi xəstəliklərin əsasında, çox zəif nəzərəçarpan patohistoloji dəyişikliklər aşkar etmək imkanı vermişdir.

Klinik tədqiqat üsullarına əsaslanan psixi xəstəliklərin diaqnostikasında dəqiq üsullardan istifadə etməyə olan ehtiyacı hər bir həkim nəzərə almalı və klinik diaqnostikanı məzmun etibarilə zənginləşdirməyə çalışmalıdır.

Patoloji-anatomik tədqiqat zamanı, ilk növbədə, beyin zahirən nəzər-

dən keçirilməlidir. Onun ölçüləri, çəkisi qışaların və qarışların vəziyyəti, beyin toxumasında müşahidə olunan bütün dəyişikliklər, o cümlədən, en kəsiyinin quruluşu və s. müayinə olunmalıdır. Sonrakı tədqiqatlar üçün beyin 5%-li formalin məhlulunda fiksə olunmalı və ayrı-ayrı nəhiyələrdən götürülmüş kiçik hissəciklər histoloji tədqiqat üçün rənglənməlidir. Histoloji müayinənin nəticələri araşdırıldıqdan sonra patoloji-anatomik diaqnoz tərtib edilməlidir.

Qeyd edildiyi kimi, bəzi xəstəliklərdə rast gəlinən patoloji-anatomik dəyişikliklər üç qrupa bölünür: 1) beyin inkişaf anomaliyaları; 2) xəstəliyi əks etdirən dəyişikliklər: iltihabı, distrofik və s. əlamətlər; 3) üzvi qalıq əlamətlərini əks etdirən dəyişikliklər (capıqlar, toxumadakı qüsurlar və s.). Bir çox hallarda patoloji-anatomik məlumatlar patoloji prosesin xarakterini, lokalizasiyasını əks etdirməklə xəstəliyin patogenezi, bəzən, hətta səbəbini belə izah etməyə imkan verir. Patohistoloji müayinə zamanı progressiv iflicin amili – solğun spiroxetaları, vərəm etiologiyalı meningitin amili – Kox çöplərini və s. aşkar etmək mümkündür. Beyin travmaları, aterosklerotik pozuntular, ağır intoksikasiyalar zamanı beyində gedən müvafiq dəyişiklikləri görmək mümkündür. Qocalıq ağıl zəifliyi, serebral ateroskleroz, Pik və Altsheymer xəstəlikləri zamanı beyin maddəsinin (kütləsinin) kiçilməsi, qırıqların nazilməsi diqqəti cəlb edir. Beynin en kəsiyinə diqqət yetirdikdə boz maddənin xeyli azaldığını (sanki əridiyini), rənginin avazıdığını görmək olar.

## **6. Genetik (irsi) tədqiqatlar**

Paraklinik tədqiqat metodlarından irsi çatışmazlıqların və qüsurların aşkar edilməsinin – genetik müayinənin əhəmiyyəti xüsusilə qeyd edilməlidir. Hazırda klinik praktikada o qədər də geniş yayılmayan bu üsulların genişləndirilməsinə böyük ehtiyac vardır. Psixiatriyada tətbiq edilən irsi tədqiqat metodlarının bəziləri ilə tanış olaq.

A) *G e n i a l o j i m e t o d*. Bu metodun köməkliyi ilə xəstəliyin və ya onun ayrı-ayrı əlamətlərinin irsən verilməsini, klinik rəngarəngliyinin mexanizmini aydınlaşdırmaq və bunun əsasında mutogenezi təhlil etmək, tibbi-irsi məsləhətləri təşkil etmək mümkündür. Bu tədqiqat metodunun əsasını hər hansı bir irsi xəstəliyə tutulan adamın nəslinin klinik-genetik təhlili təşkil edir. Bu üsulu dəqiq laborator tədqiqatlarla (biokimyəvi, immunoloji, biomolekulyar) zənginləşdirmək mümkündür.

B) *Ə k i z l ə r m e t o d u*. Təkyumurtalı – monoziqot və cütyumurtalı-diziqot əkilzlərin müəyyən xəstəlik əlamətlərini müqayisəli təhlil etmək metodudur. Belə təhlil nəticəsində xəstəliyin meydana gəl-

məsində rol oynayan irsi və qazanılma (endoqen və eqzogen) amilləri aşkar etmək olar. Gen aparatının təhlili ilə əlaqədar tədqiqatlar ilbəil genişlənir və gen diaqnostikası sahəsi yaranmağa başlayır.

C) *S i t o g e n i k m e t o d*. Xromosom aparatında mövcud olan dəyişikliklərin hərtərəfli öyrənilməsinə və təhlilinə əsaslanan metoddur. Bu metodun köməkliyi ilə Daun xəstəliyi (xromosom translokasiyası), Edvards (trisomiya  $E_1$ ), Klaynfelter (cinsi xromosomların sayca pozulması – 47, XXV), Şereşevski – Terner (45-XO) sindromları aşkar edilə bilər. Gen aparatının təhlili ilə əlaqədar tədqiqatlar ilbəil genişlənir və gen diaqnostikası sahəsi yaranmağa başlayır.

Ç) *B i o k i m y ə v i m e t o d* – irsi amillər nəticəsində meydana çıxan biokimyəvi pozuntuları öyrənir. Son illərdə spektrofotometriya, elktrofarez, xromatoqrafiya tədqiqat üsullarından istifadə edərək, bəzi bioloji fəal maddələrin, fermentlərin və onların metabolitlərinin tərkibi öyrənilmişdir. Bu metod oliqofreniyaların etiologiyasının öyrənilməsində istifadə olunur.

D) *T i b b i g e n e t i k m ə s l ə h ə t l ə r* – klinik və laborator tədqiqatlarına əsaslanan tibbi yardım forması kimi böyük praktik əhəmiyyətə malikdir. Tibbi genetik məsləhət kabinetləri və şöbələri, əsasən, aşağıdakı vəzifələri icra etməklə məşğuldur: 1) genetik əsası olan xəstəliklərə düzgün diaqnoz qoymaq; 2) xəstənin ailə üzvlərinin və yaxın qohumlarının genioloji cədvəlini tərtib edib onu hərtərəfli öyrənməklə xəstəliyə meyilli şəxsləri aşkar etmək; 3) irsi xarakterli xəstəliklərin müalicə və profilaktikasını təşkil etmək.

## 7. Epidemioloji tədqiqatlar

Psixi xəstəliklərə xas olan ümumi qanunauyğunluqları öyrənməklə məşğul olan epidemioloji metod bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir. İlk növbədə, tədqiqat geniş sahəni – yaşayış yerini, böyük qrup xəstələri əhatə etməlidir. Tədqiqata cəlb edilən şəxslərin bütün cəhətləri, yaşı, cinsi, intellektual səviyyəsi, yaşayış tərzini və s. populyasiyanın tələblərinə uyğun olmalıdır.

Əhali arasında psixi sağlamlığın əsas göstəriciləri bunlardır: 1) xəstələnmə halları – son bir ildə xəstələnlərin sayı; 2) əhalinin hər 1000, 10000, 100000 və i. a. nəfərinə düşən xəstələrin sayı; 3) xəstələnməyə meyillik, bu və ya digər obyektiv səbəblər nəticəsində xəstələnmə biləcək adamların sayı.

Epidemioloji tədqiqatlar zamanı mühüm şərtlərdən biri – diaqnostikanın düzgünlüyüdür. Müasir psixiatriyada mövcud olan müxtəlif baxışların



və məktəblərin olması, obyektiv tədqiqat metodlarının azlığı və digər amillər bu işin çətinliyini göstərən səbəblərdəndir.

### III FSSSİL

## PSIXIATRIYA XİDMƏTİNİN TƏŞKİLİ

### Psixiatriya xidmətinin inkişaf tarixi

Psixiatriya yardımını ilkin olaraq ruhi xəstələrə nəzarət etmək və onların törədə biləcəkləri hüquqa zidd əməllərdən cəmiyyəti qorumaq məqsədilə yaradılmış, yalnız sonralar müalicə və profilaktika funksiyalarını da öz üzərinə götürmüşdür. Hər bir xalqın, dövlətin milli xüsusiyyətlərindən, dini, sosial adət-ənənələrindən, mədəni inkişaf səviyyəsindən və digər amillərdən asılı olaraq bu proses müxtəlif səviyyədə həyata keçirilməyə başlanmışdır.

Psixi xəstələrlə rəftar etməyin elementar qayda-qanunlarına aid tövsiyələrə Roma və şərq xalqlarının mədəniyyətində rast gəlmək mümkündür.

XVIII əsrin ortalarına qədər hər hansı bir xüsusi psixiatriya xidməti olmamışdır. Rəsmi mənbələrin məlumatında göstərilir ki, ilk psixiatriya xəstəxanaları ərəb ölkələrində yaradılmışdır. Avropada isə ilk psixiatriya hospitalı 1847-ci ildə İngiltərədə açılmışdır.

Bir çox ölkələrdə, o cümlədən, Rusiyada psixi xəstələr monastırlarda, türmələrdə saxlanılır və ya dilənçi kimi küçələrdə, bazarlarda dolaşırdılar.

1744-cü ildə İngiltərədə aqlını itirmişlər, dilənçilər və avaraları bir-birindən fərqləndirmək haqqında qanun qəbul edildi. 1762-ci ildə isə Rusiyada I Pyotr tərəfindən ruhi xəstələr üçün xüsusi binalar – dolqauzlar tikilməsi haqqında fərman verildi. XVIII əsrin sonrakı illərində Avropanın bir çox ölkələrində ruhi xəstələrin saxlanması məqsədilə xüsusi yerlər açılmağa başladı. Belə yerlərdə saxlanma pullu idi, lakin xəstələrin və onların valideynlərinin əksəriyyətinin belə imkanları olmadığı üçün bu işdə onlara kilsələr yardım göstərirdi. Həmin illərdə ağzına qədər xəstələrlə dolmuş Bedlamlara alternativ olaraq Tay (1728) və Müqəddəs Luki (1751) xəstəxanaları açıldı. Rusiya ərazisində ruhi xəstələr üçün «Sarı ev-

lər» tikilir, adi xəstəxanaların nəzdində psixiatriya şöbələri təşkil olunurdu.

1804-cü ildə ilk dəfə olaraq Almaniyada ictimai təhlükəli və kimsəsiz xəstələri yerləşdirmək üçün xüsusi müalicə müəssisələri açıldı. Belə xəstəxanalarda, eyni zamanda psixoterapevtik müalicə üsullarından da istifadə edilirdi. Həmin illərdə Fransada Eskirol tərəfindən kiçikhəcmli xüsusi xəstəxana açıldı və yalnız 1838-ci ildə Filip Pinelin ideyalarına cavab verən ruhi-əsəb xəstəxanası təşkil olundu. Orta əsrlərdə Avropada hökm sürmüş «inkvazisiya alovları» (ruhi xəstələrin tonqallarda yandırılması), ruhi xəstələrə verilən işgəncələr alim və ictimai xadimləri biganə qoya bilməzdi. F.Pinel, J.Eskirol, B.Qyuk kimi mütəfəkkirlərin ruhi xəstələrə humanist münasibət bəsləmək çağırışına qoşulanların sayı ilbəil artırdı. Bu alimlərin çağırışına cavab olaraq Avropanın müxtəlif ölkələrində ruhi xəstələrin saxlanması və müalicəsi üçün hər bir şəraiti olan tibb müəssisələrinin təşkili getdikcə genişlənirdi. F.Pinelin fikrincə, ruhi xəstəliklərin yayılmasının qarşısının alınması üçün abad xəstəxanaların tikilməsi ilə orada humanizm prinsiplərinin tətbiqi vacib idi.

Məlum olduğu kimi 1793-cü ildə F.Pinel ruhi xəstələri zəncirlərdən azad etməklə onlara sərbəstlik verilməsini təmin etdi və psixi pozuntuların müalicə oluna bilməsini sübuta yetirdi. F.Pinelin bu hərəkəti psixiatriyada inqilab, ruhi xəstələrə insani münasibət bəslənilməsinin dönüş nöqtəsi oldu. Məhz, həmin hadisədən sonra psixiatriyanın inkişafı yeni mərhələyə daxil oldu.

1837-ci ildə alman alimi Robert Qardinler Xill «məhdudlaşdırmamaq» prinsipini bərqərar etməyə çağırdı. Bu çağırışın təsiri altında İngiltərə psixiatri Con Konelli aktiv fəaliyyətə başladı və özünün «Ruhi xəstəlikləri mexaniki məhdudlaşdırmağa yol vermədən müalicə etmək» (1856) əsərini yazdı.

1838-ci ildən etibarən İngiltərədə C.Konellinin irəli sürdüyü «No-restrant» (məhdudlaşdırmamaq) şüarı sürətlə Avropa və digər qitələrin də ölkələrinə yayılmağa başladı. İngiltərə, Danimarka, İsveç, Şotlandiya, ABŞ kimi ölkələrdə ruhi xəstələrin marağına xidmət edən qanunlar, təlimatlar meydana çıxdı. Əlbəttə, F.Pinel və C.Konell prinsipləri hələ də hər yerdə təşəkkül tapmırdı. Ruhi xəstələr saxlanılan xüsusi yerlərdə və xəstəxanalarda xəstələrin illərlə saxlanması, müxtəlif hüquq pozuntuları, dərman maddələrinin, tibb personallarının çatışmaması müşahidə olunurdu.

XIX əsrin 70-ci illərindən başlayaraq şotland psixiatri B.Qyukun təklifi ilə ruhi əsəb xəstəxanalarında «açıq qapı» sistemi tətbiq edilməyə başlandı. Bir qədər sonra öz ictimai əhəmiyyətinə görə yüksək qiymət-

ləndirilən «əmək terapiyası» üsulu geniş yayılmağa başladı. Əmək qabiliyyəti olan xəstələr bilavasitə, xəstəxananın şöbələrində və xəstəxanalara təhkim olunmuş əmək fəaliyyəti sexlərində işləməklə həm müalicə olunur, həm əmək vərdişləri əldə edir, nəhayət ailələrinin və özlərinin maddi vəziyyətlərini yaxşılaşdırırdılar.

XIX əsrin ikinci yarısından etibarən Belçikada mövcud olan ruhi xəstələrə ailə daxilində nəzarət yardım-patronaj xidməti tədricən Avropa ölkələrində və Rusiyada da geniş yayılmağa başladı. Ailələrində yaşamaqla xəstələrin əmək fəaliyyətinə (əsasən, kənd təsərrüfatı işlərinə) cəlb edilməsi və onlara tibbi, hüquqi yardım göstərilməsi müsbət nəticələr verirdi. Hamilik etməklə (potronaj xidməti) ehtiyac olduqda xəstələrə maddi yardım da göstərilirdi. Almaniya, Fransa, İspaniya kimi ölkələrdə xronik xəstələr üçün xüsusi koloniya tipli müalicəxanalar yaradılması XIX əsrin 70-ci illərindən sonra təşəkkül tapdı. 1500–2000 nəfər üçün nəzərdə tutulan belə koloniyalarda, adətən, aktiv müalicəyə ehtiyacı olmayan xəstələr illərlə saxlanılırdı. Koloniya tipli xəstəxanalar eyni qayda üzrə tikilmiş, bir, bəzən ikimərtəbəli baraklardan ibarət idi. Fransada tikilən belə binalar həcmcə kiçik olsa da, istirahət və əməklə məşğul olmaq üçün bütün şərait var idi. Kaloniyalarda dindar xəstələrin ibadət etməsi üçün kiçik kilsələr də tikilirdi.

1870-ci ildən bir sıra Avropa ölkələrində ruhi xəstələrin sayını və ehtiyaclarını müəyyən etmək üçün ilk dəfə siyahıyaalma kampaniyası təşkil olundu. Həmin siyahıyaalmada göstərilirdi ki, əhalinin hər 1000 nəfərinə düşən ruhi xəstələrin sayı Almaniya da–2,27, Fransada–2,60, İngiltərədə–3,36, Şotlandiyada–5,51 nəfərdir. Hər 100 xəstədən stasionar şəraitində saxlanılanların sayı isə Almaniya da–59, İngiltərədə–74, Fransada–62, Şotlandiyada–80, Rusiyada isə 17 nəfər idi. Rusiyada psixi xəstələrə yardımın yeniləşdirilməsi və inkişafı Zemstvo dövrünə təsadüf edir. Həmin illərdə bir sıra qabaqcıl psixiatr və səhiyyə təşkilatçıların, ilk növbədə, V.X. Kandinski, S.S.Korsakov, V.P.Serbski, V.İ. Yakovenko, İ.M.Balinski, P.P.Kaşenkonun səmərəli fəaliyyəti nəticəsində Moskva, Tambov, Ryazan, Kazan, Poltava, Kiyev və digər şəhərlərdə xəstəxanalar, koloniyalar inşa edilmiş və ya hazır binalar psixiatriya xidməti üçün uyğunlaşdırılmışdır. Xəstəxana binalarının yaradılması ilə yanaşı, onların təminatında da ciddi çətinliklər var idi.

1887-ci ildə Rusiyada psixiatrların I qurultayında Preobrajenski xəstəxanasının həkimi S.S.Korsakov bir sıra Avropa ölkələrində, xüsusilə də Belçika, Şotlandiya, İngiltərə, İrlandiya, Fransada mövcud olan «ailələrdə ruhi xəstələrə yardım təcrübəsi» haqqında geniş məruzə edərək bir sıra təkliflər irəli sürdü. Onun verdiyi təkliflərdən ən öncəsi ailələrdə ruhi

xəstələrə yardımın təkmilləşdirilməsi idi ki, bu da dövlət tərəfindən müdafiə olunaraq tezliklə öz müsbət nəticəsini verdi. İlk ailə potranajı Moskva və Yekaterinburqda təşkil edilsə də, onun rəsmi qaydada təsdiq olunması 1902-ci ildən mümkün oldu.

Psixiatriya yardımını sahəsində yaxşı nəticələrə nail olmaq üçün xəstələrin hüquqlarını tənzimləyən ədalətli, humanist qanunlar yaratmaq və psixiatriya xəstəxanalarının fəaliyyətində yeniliklərə nail olmaq lazım idi. XIX əsrin 80-ci illərindən başlayaraq Rusiyada bir qrup səriştəli, humanist ideyaları təcrübəyə bərqərar etməyə çalışan psixiatrlar meydana çıxdı. Cinayət əməlləri törətmiş ruhi xəstələrin xəstəxanalarda yerləşdirilməsi və məcburi müalicəyə cəlb olunması, məhz həmin illərdən etibarən başlandı. 1911-ci ildə keçirilən Psixiatrların Ümumrusiya qurultayında S.S.Korsakovun və N.N. Bajenovun təqdim etdikləri 54 maddədən ibarət qanun layihəsində 3 qrup problemə toxunulurdu.

1) Ruhi xəstələrin şəxsi və əmlak hüquqlarının qorunması;

2) Ailənin, dövlətin və ictimai təşkilatların ruhi xəstələrə və xəstələrin də onlara münasibətlərini tənzimləyən qanunların olması. Xəstələrə bilavasitə xidmət göstərən personalın hüquqa zidd hərəkətlərinin qarşısının alınması;

3) Xəstələrə göstərilən tibbi yardımın həcmi və formasını müəyyən edən hüquqi aktların yaradılması.

Yuxarıda göstərilən əsas tədbirlərlə yanaşı, tibb işçiləri və səlahiyyətli orqanlar tərəfindən təşkil olunan geniş izahat işlərində, o cümlədən, səhiyyə maarifi təbliğatının aparılması, dini qurumlar və imkanlı şəxslər tərəfindən xeyriyyəçilik tədbirlərinin keçirilməsi də nəzərdə tutulurdu.

XX əsrin əvvəllərindən başlayaraq dünyanın bir sıra qabaqcıl ölkələrində iqtisadi inkişaf əlaqədar olaraq psixiatriya xidmətinin maddi-texniki bazasını yaxşılaşdıran tədbirlər həyata keçirilməyə başladı.

1923-cü ildə İngiltərədə o dövrün bütün tələblərinə cavab verən Modzli adına xəstəxana açıldı. Bu xəstəxana yalnız stasionar yardım deyil, könüllülüyə əsaslanan genişmiqyaslı ambulator yardım da göstərirdi.

30-cu illərdən başlayaraq ruhi xəstələr üçün bir-birinin ardınca yaranan yeni-yeni müalicə üsulları tətbiq olunmağa başladı. Bunlardan insulin-koma müalicəsini, cəngolma üsulunu, ailə və fərdi psixoterapiya üsullarını göstərmək olar.

İkinci Dünya müharibəsinin başlanması ilə əlaqədar olaraq Alman imperiyasının təsiri altında olan ölkələrdə psixiatriya xidmətinə ciddi ziyan vuran hərəkətlərə – ruhi xəstələrə qarşı sterilizasiyaya əl atıldı. Onları vəhşicəsinə məhv etməyə başlandı. Həmin illərdə sərbəst işləmək imkanları olmadığı üçün 600-ə qədər psixiatr Almaniyaya ərazisini tərk etdi-

lər. Psixoterapiya və psixoanalitik mərkəzlərin əksəriyyəti ləğv edildi. İkinci Dünya müharibəsi qurtardıqdan sonra psixiatriya xidməti sahəsində aparılan tədbirlər, ilk növbədə, humanizm prinsipləri bərpa olunmağa başlandı. Müharibə nəticəsində geniş yayılmış travmatik psixozların və nevroitik pozuntuların aradan qaldırılması üçün tədbirlər həyata keçirildi. Bu məqsədlə xüsusi şöbələrin yaradılması və paraklinik müayinə üsullarının (EEQ, Rentgenoloji, laborator müayinə və i.a.) geniş tətbiqinə xüsusi fikir verilməyə başlandı.

1952-ci ildə psixiatriya sahəsində ən böyük yenilik – psixotrop maddələrin kəşfi və onların klinikada geniş tətbiq edilməsi oldu. Psixotrop maddələrdən istifadə külli miqdarda xəstələrə şəfa verməklə yanaşı, psixiatriya xəstəxanalarının içində də ciddi dəyişikliklər etdi.

Psixi xəstəliklərin yaratdığı qüsurlu əlamətlərin aradan qaldırılması məqsədilə reabilitasiya tədbirləri həyata keçirilməyə başlandı. Ambulator yardımının həcmi genişləndi və xəstələrdə əmək terapiyasına maraq yaradıldı.

XX əsrin 50-ci illərindən etibarən xüsusişədirilmiş şöbələrin yaradılması genişləndi. Belə ki, böyük psixiatriya xəstəxanalarının nəzdində narkoloji, herantoloji, uşaq və yeniyetmələr üçün şöbələr təşkil olunmağa başlandı. Xəstələrə göstərilən sosial yardımların gücləndirilməsi də həmin illərə təsadüf edir.

Göstərilən müsbət işlərlə yanaşı, keçmiş SSRİ ərazisində psixiatriya-dan sui-istifadə etmək, öz şəxsi baxışlarına görə xəstələrə yanlış diaqnoz qoymaq, onları məcburi müalicə adı ilə illərlə xüsusi xəstəxanalarda saxlamaq kimi hallarda var idi. DİN-in təbəçiliyində olan belə xüsusi xəstəxanalar antihumanist qanunlarla idarə olunurdu. «Süstgedişli şizofreniya» adı altında minlərlə xəstələrin hüququ pozulur, cəmiyyətdən təcrid olunurdular. Belə vəziyyətə dözməyən dünyanın qabaqcıl alimləri, psixiatriya təşkilatçıları öz səslərini qaldırır, vəziyyəti dəyişməyə çalışırdılar. Bu sahədə aparılan tədbirlər 1975-ci ildə ABŞ-ın Qonolulu şəhərində (Havay adaları) keçirilən Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyasının V konqresində kulminasiya nöqtəsinə çatdı. Konqresin qərarı ilə Sovet İttifaqı Psixiatriya Cəmiyyəti Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyası üzvlüyündən xaric edildi. Yalnız 10 ildən sonra vəziyyət düzəldi. Xəstələrin hüquqlarının pozulmasının qarşısını alan qanunlar verildi. Xüsusi məcburi müalicə müəssisələri DİN-dən alınıb Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyinə verildi. Beləliklə SSRİ ərazisində psixiatriya yardımının dünya standartlarına cavab verən səviyyəyə qaldırılmasına cəhdlər göstərildi.

Psixi xəstələrlə qeyri-humanist münasibətlərə qarşı mübarizədə, xüsusilə psixiatriyadan siyasi məqsədlər üçün istifadə etməyin qarşısını

almaq məqsədilə 1980-ci ildə yaradılan «Psixiatriya üzrə Cenevrə Təşəbbüsü» təşkilatı böyük işlər görmüş və hazırda da görməkdədir.

ABŞ Psixiatriya Assosiasiyasının xarici əlaqələr şöbəsinin rəhbəri Ellen Mersevin və göstərilən təşkilatın Baş Katibi Robert van Vorenin təklifi ilə Azərbaycan psixiatriya assosiasiyası 1993-cü ildən «Cenevrə Təşəbbüsü» təşkilatının fəal üzvüdür. Həmin təşkilatın yardımı ilə onlarla Azərbaycan psixiatrları və narkoloqları Beynəlxalq elmi-təcrübi tədbirlərdə iştirak etmişlər.

### **Azərbaycanda psixiatriya yardımının inkişafı**

Azərbaycanda professional səviyyədə psixiatriya yardımını 1892-ci ildən, Bakı şəhərində ilk psixiatriya xəstəxanası açıldıqdan sonra inkişaf etməyə başladı. Buna qədər psixi xəstələrə əsasən, terapevtlər, nevroloqlar və digər mütəxəssislər yardım göstərmişlər. Bizə gəlib çatan məlumatlar onu sübut edir ki, ruhi pozuntusu olan insanların əksəriyyəti, qeyri-rəsmi təbabətlə məşğul olan adamlara, əsasən, ocaqlara, pirlərə, mollalara, baxıcılara müraciət edərmişlər.

XIX əsrin sonunda keçmiş Maqazin küçəsi, 40 sayılı binada (indiki Süleyman Rüstəm küçəsi, 40) təşkil edilən ruhi-əsəb xəstəxanası 30 xəstə üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bu günədək fəaliyyət göstərən həmin xəstəxananın Bakı şəhərində, ümumiyyətlə, Azərbaycanda mövcud olan psixiatriya yardımının inkişaf sahəsində olduqca mühüm rolu olmuşdur. 1919-cu ildə yaradılmış Azərbaycan Dövlət Universitetinin tibb fakültəsinin psixiatriya kafedrasının tədris bazası da 1922-ci ildən burada təşkil edilmişdir. 1959-cu ilədək Azərbaycanda yüksəkixisaslı psixiatr kadrlar olmadığı üçün psixiatriya kafedrasına qeyri-azərbaycanlılar, əksərən Rusiyadan dəvət olunan alimlər rəhbərlik edirdilər. Azərbaycanın ilk alim psixiatrı İbrahim Rəhimov (1849–1925) hələ 1880-ci ildən psixiatr kimi fəaliyyət göstərməsinə baxmayaraq, siyasi səbəblərdən Azərbaycanda işləmək üçün ona imkan verilməmişdir. O, ömrünün xeyli hissəsini Xarkov şəhərində yerləşən, Rusiyada o dövrün ən görkəmli xəstəxanalarından sayılan «Saburova daça» adı ilə məşhur olan ruhi əsəb xəstəxanasında işləmişdir. Əvvəllər adi ordinator kimi işə qəbul olunan İ.Rəhimov sonralar həmin xəstəxananın baş həkimi vəzifəsinədək yüksəlmişdir. 1926-cı ildən bu günə kimi həmin xəstəxana Ukrayna Psixonevrologiya İnstitutu kimi fəaliyyət göstərir.

Bakı şəhərində ikinci psixiatriya xəstəxanası 1914-cü ildə Bayıl qəsəbəsində təşkil edildi. Hazırda 250 xəstə üçün nəzərdə tutulan həmin xəstə-

təxana, eyni zamanda Ə.Əliyev adına Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun tədris bazasıdır.

1925-ci ilədək psixiatriya və nevrologiya kafedrasına başçılıq edən akademik S.N.Davidenikov Bakını tərk etdikdən sonra Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun psixiatriya kafedrasına ardıcıl olaraq A.A.Perelman (1925–1932), L.L.İzraileviç (1932–1935), P.M.Zinoyev (1935–1939), D.S.Ozaretskovski (1939–1959) başçılıq etmişlər.

1959-cu ildə psixiatriya üzrə doktorluq dissertasiyası müdafiə edən Ə.Ə.Abasquliyev 1990-cı ilədək həmin kafedraya başçılıq etmişdir. Professor Ə.Ə.Abasquliyevin respublika psixiatriyasına rəhbərlik etdiyi illərdə psixiatriya yardımının inkişafı üçün ciddi işlər görülmüşdür. Həmin illərdə prof. Ə.Abasquliyevin rəhbərliyi ilə 10 namizədlik və iki doktorluq dissertasiyası (A.H.Sultanov və N.V.İsmayılov) müdafiə edilmişdir. Məhz həmin illərdə respublikamızda psixiatriya və narkologiyanın inkişafı sahəsində bir sıra addımlar atılmışdır. 1970-ci ildə ATU-nin psixiatriya kafedrasının nəzdində immunobioloji laboratoriya təşkil edilmişdir. 1973–1993-cü illərdə həmin laboratoriyada iki doktorluq və dörd namizədlik dissertasiyaları yerinə yetirilmişdir. Laboratoriyada yerinə yetirilən elmi nəticələr əsasında, elmi jurnallarda və müxtəlif toplularda dərc olunan məqalələrin sayı 60-dan çox olmuşdur.

1980-ci ilədək respublikamızda (Bakı, Naxçıvan, Gəncə, Şəki, Ağdam, Qazax, Quba, Mingəçevir, Sumqayıt və Dağlıq Qarabağın Əsgəran qəsəbəsi) 13 ruhi-əsəb xəstəxanası və dispanserlər fəaliyyət göstərirdi. Hazırda onların sayı 20-dən çoxdur.

1980-ci ildə ilk dəfə olaraq Bakı şəhərində uşaq və yeniyetmələrə kömək məqsədilə dispanser təşkil edildi. Təəssüflər olsun ki, psixiatriya müəssisələrinin əksəriyyəti köhnə binalarda yaradılmışdır. Psixiatriya və narkologiya mərkəzləri üçün yeni binalar və müalicə korpusları yalnız Ağdamda, Maştağada və Naxçıvanda tikilmişdir.

1936-cı ildə əsası qoyulan SN 1 №-li psixiatriya xəstəxanasının çarpayı fondu həmin ildə 200 idisə, 1980-ci ildə bu rəqəm 2200-ə çatdırılmışdır.

Həmin xəstəxana keçmiş SSRİ ərazisində ən iri, abad və xidmət səviyyəsinə görə birincilər sırasında olmuşdur. Hazırda yeni tələbatlara görə çarpayı fondu 1500-dək azaldılmışdır. Buna baxmayaraq həmin xəstəxanada psixiatriyanın bir çox xüsusi şöbələri fəaliyyət göstərir. Bunlardan uşaqlar və ağır infeksiya xəstəliyə tutulan ruhi xəstələr üçün, herontologiya, məhkəmə-ekspertizası və məcburi müalicə şöbələrini göstərə bilərik. 1960–1990-cı illərdə respublikada yerinə yetirilən elmi işlərlə yanaşı, elmi-praktik konfransların, simpoziumların keçirilməsinə də ciddi fikir

verilirdi. 1961-ci ildə Zaqafqaziyada keçirilmiş psixiatrların I konfransını, 1980 və 1987-ci illərdə I–II Respublika psixonevroloqlar qurultayını, 1983 və 1989-cu illərlə keçirilən Beynəlxalq konfransları buna misal göstərmək olar. Ümumiyyətlə, 1990-cı ilədək respublikada 12 müxtəlif səviyyəli konqres, konfrans, simpozium və digər elmi tədbirlər keçirilmişdir. Bu elmi forumların məruzə və məqalələri «Psixonevrologiya məsələləri» adı ilə həcmi 240 çap vərəqindən ibarət olan 15 kitabda toplanmışdır.

1990-cı ildə prof. Ə.Abasquliyev təqaüdə çıxdıqdan sonra Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrasına prof. A.H.Sultanov rəhbərlik etdi. Prof. Sultanovun gəlişi kafedraya yeni gənc kadrların gətirilməsi ilə əlamətdar oldu. Prof. A.H.Sultanovun rəhbərliyi altında həmin gənclərdən 5 nəfəri namizədlik dissertasiyası müdafiə etmiş, 4 nəfəri isə doktorluq dissertasiyaları üzərində işləməkdədir.

1927-ci ildə kadr çatışmazlığı ucbatından cəmi 2 il fəaliyyət göstərən Elmi-Tədqiqat Psixiatriya İnstitutu bağlandı. Azərbaycan respublikasında psixiatriya və narkologiya sahəsində hazırda 7 tibb elmləri doktoru, professor və 30-a yaxın tibb elmləri namizədi çalışır.

1961-ci ildən 1996-cı ilədək (35 il müddətində) əvvəllər Nevropatoloq və Psixiatrlar Elmi-Tibbi Cəmiyyəti, 1992-ci ildən isə Psixiatriya Assosiasiyası adlandırılan qurumun prezidenti prof. Ə.Ə.Abasquliyev olmuşdur. 1996-cı ildə isə Psixiatriya Assosiasiyasının prezidenti prof. N.V.İsmayilov seçilmişdir.

Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası 1996-cı ildən assosiativ, 1999-cu ildən isə Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyasının həqiqi üzvüdür. Bu illər ərzində Azərbaycan psixiatrları Ümumdünya konqreslərində böyük həvəslə iştirak etmişlər. Digər konqres və elmi görüşləri də nəzərə alsaq Azərbaycan psixiatrları və narkoloqları bu illər ərzində 122 dəfə ümumdünya və regional elmi forumlarda iştirak etmişlər.

Azərbaycanda ilk genişhəcmli «Psixiatriya» dərsliyini 1992-ci ildə N.V.İsmayilov nəşr etdirmişdir. Buna qədər isə tələbələr Ə.S.Əsgərovun (1933) və X.A.Həsənovun (1967) «Psixiatriya» adlı dərs vəsaitindən istifadə edirdilər. 2002-ci ildə müəllif və F.N.İsmayilov tərəfindən «Tibbi psixologiya və psixoterapiya» dərsliyi nəşr olunmuşdur. Göstərilən dərsliklərlə yanaşı son 10 ildə daha bir neçə dərslik və dərs vəsaitləri də çap edilmişdir. Bunlardan A.H.Sultanovun «Psixiatriyadan mühazirələr» (rus dilində), M.Həsənovun «Məhkəmə psixiatriyası», S.Sadıqzadənin «Məhkəmə psixiatriyası» adlı kitablarını qeyd etmək olar.

1999-cu ildən Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasının təsis etdiyi «Azərbaycan psixiatriya jurnalı» nəşr edilməyə başlanmışdır.





## **Psixiatriya xidmətinin yeni tələblərə uyğun inkişafı haqqında**

Məlum olduğu kimi, son illərdə bütün inkişaf etmiş ölkələrdə psixiatriya üzrə stasionar xəstələrin sayı xeyli azalmışdır. Lakin kəskin psixotik vəziyyətə düşən xəstələr qısa müddət ərzində stasionara yerləşdirilir və bu proses əksər hallarda könüllülük əsasında yerinə yetirilir. Stasionar xəstələrinin bir çoxu xronik psixiatrik vəziyyətdə olan pasiyentlərdir ki, onların stasionarda saxlanması da ictimai təhlükəli hərəkətlərin qarşısının alınması, vaxtaşırı nəzarət və tibbi yardım göstərilməsi tələbindən irəli gəlir.

Ambulator xəstələrin sayı isə durmadan artır. Bu məqsədlə gündüz stasionarları, poliklinikalar nəzdində psixoterapiya kabinetləri, özəl tibbi müəssisələr təşkil olunur. Psixi xəstələrə xidmətin xeyli hissəsi, Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi Nazirliyi müəssisələri tərəfindən həyata keçirilir. Bu xidmət sahəsinin təşkil etdiyi internatlarda, qocalar və uşaqlar üçün nəzərdə tutulan müəssisələrdə hər il çoxlu sayda pasiyentlərə yardım göstərilir.

Təhsil nazirliyinin tabeliyində olan kəməğilliyə ehtiyac duyan uşaqlar üçün nəzərdə tutulmuş xüsusi məktəblər də fəaliyyət göstərir. Belə təhsil müəssisələrinə uşaqların seçilməsi prosesində uşaq psixiatrları və tibbi psixoloqlar iştirak edir.

Psixiatriya xidmətinin yaxşılaşdırılmasında və yenidənqurma prosesinin müasir tələblərə uyğunlaşdırılması istiqamətində müvafiq qanunvericilik aktlarının (sənədlərinin) yaradılmasının mühüm əhəmiyyəti vardır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) təlimatlarına əsaslanan bu yönümlü qanunvericilik aktları aşağıdakıları nəzərdə tutmalıdır:

- 1) Ümumi xərclərin azaldılması;
- 2) Real imkan və psixi sağlamlıq problemləri haqqında əhalinin məlumatlandırılması;
- 3) Ağır və davamlı ruhi xəstələrin dövlət tərəfindən himayə olunması;

Psixi sağlamlıq xidmətinin təşkilində isə aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır:

- 1) Psixiatriya xidmətinin strukturu – maddi-texniki baza, tibbi kadrların sayı, xidmətin təşkili qaydaları;

\* Uzun illər xidmət göstərmiş psixonevroloji dispanserlər tədricən ləğv edilir. Onların funksiyaları Psixiatriya Kabinetlərinə və Psixi sağlamlıq mərkəzlərinə (PSM) həvalə olunur.

2) Müalicə-profilaktika işlərinin (klinik, sosial və iqtisadi) keyfiyyəti və nəticələri;

3) Xəstələrin və onların qohumlarının psixiatriya müəssisələrinə münasibəti.

Göstərilən başlıca tələblərlə yanaşı bir sıra əlavə tələblər də mövcuddur. Məsələn, xəstələrin və onların qohumlarının tələblərinin ödənilməsi imkanları, psixiatriya xidməti müəssisələri ilə xəstələrin necə əlaqə saxlaması, xəstələrin və onların qohumlarının digər xidmət sahələrinə müraciəti. Yeni xidmət sahələrinə tələb və onları yaratmaq imkanları və s .

Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasının təşəbbüsü və Səhiyyə Nazirliyinin yaxından iştirakı ilə 2001-ci ildə Milli Məclis tərəfindən qəbul edilmiş və Respublika Prezidenti tərəfindən imzalanmış «Psixiatriya yardımı haqqında», «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» Azərbaycan respublikasının qanunları yuxarıda göstərilən tələblərin həyata keçirilməsinə imkan verən mühüm dövlət sənədləridir.

Həmin sənədlərin mətni kitaba daxil edilir.

## **Xəstəxanadankənar psixiatriya yardımı**

I. D i s p a n s e r l ər\* və k a b i n e t l ər. Xəstəxanadankənar yardımın əsasını (özəyi) ruhi-əsəb dispanserləri və psixiatriya (narkologiya) kabinetləri təşkil edir.

Ruhi-əsəb dispanserləri psixi xəstəliklərdən, nevrozlardan və digər psixi pozuntulardan əziyyət çəkən şəxslərə müalicə-profilaktiki, sosial və bu kimi başqa yardımlar göstərməklə məşğul olan tibb müəssisəsidir. Dispanserlər əhaliyə xəstəxanadankənar yardımla yanaşı bir sıra təşkilati-metodik işlərlə də məşğul olur. Dispanserlər fəaliyyətini sahə prinsipi əsasında qurur, yəni hər bir həkim, tibb bacısı və digər işçilər onlara təhkim olunmuş sahələrə nəzarət edirlər. 1985-ci ildən narkoloji xidmət ruhi-əsəb dispanserlərindən ayrılaraq ayrıca dispanser və kabinetlərdə birləşdirilmişdir. Eləcə də böyük şəhərlərdə uşaq dispanserləri fəaliyyət göstərir. Bəzi ölkələrdə, hətta ahıl yaşlı adamlar üçün də herantoloji ruhi-əsəb dispanserləri təşkil edilir.

Uşaq dispanserləri, adətən, 16 yaşınadək olanlara xidmət göstərir. Psixiətləri uşaq dispanserlərinə müxtəlif uşaq klinikaları, məktəblər, sosial yardımla məşğul olan müəssisələr göndərir. Lakin bir çox hallarda onları dispansərə valideynləri gətirirlər. Uşaq baxçalarında, məktəblərdə,

\* Azərbaycan respublikasının «Psixiatriya yardımı haqqında» və «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» qanunları 2001-ci ildə qəbul edilmişdir.

uşaq evlərində və s. yerlərdə işləyən pedaqoji heyət üzvləri, tərbiyəçilər uşaqlarda hər hansı bir psixi pozuntu gördükdə, məsələn, zehni gerilik, kobud intizamsızlıq, özünəqapanma əlamətləri və i.ə. dərhal onları tibbi-psixoloji müəssisələrə, ilk növbədə, uşaq dispanserlərinə göndərməlidir-lər.

Həm böyüklərə, həm də uşaqlara xidmət göstərən ruhi-əsəb dispanserləri, əsasən, aşağıdakı funksiyaları yerinə yetirir:

- 1) Müraciət edən pasiyentləri qəbul edir;
- 2) Xəstələri nəzarətə götürür;
- 3) Ekspertiza məsələləri (əmək, hərbi və məhkəmə ekspertizaları aparır) ilə məşğul olur;
- 4) Xəstələrin sosial və hüquqi müdafiəsində yaxından iştirak edir;
- 5) Əhali arasında səhiyyə maarifi və profilaktika işləri aparır.

MDB məkanında ilk dispanser 1919-cu ildə Moskva şəhərində, 1930-cu ildə isə Bakı şəhərində açılmışdır. Hazırda Azərbaycanın bütün iri şəhərlərində ruhi-əsəb və narkoloji dispanserlər fəaliyyət göstərir. Əhalinin sayından asılı olmayaraq hər bir kənd rayonlarında ayrıca ruhi-əsəb və narkoloji kabinetlər təşkil olunmuşdur. Bununla yanaşı ambulator yardımını göstərən xüsusi psixoterapiya kabinetləri də vardır. Belə kabinetlər, adətən, 30 mindən çox əhaliyə xidmət göstərən poliklinikaların nəzdində təşkil edilir.

Psixiatriya və narkologiya sahəsində fəaliyyət göstərən hər bir dispanser və kabinetin fəaliyyəti aşağıdakı funksiyaları icra etməlidir.

- 1) Psixi pozuntusu olan şəxsləri aşkar etmək, nəzarətə götürmək, sisteməlik olaraq onlara müalicə və digər yardımlar göstərmək.
- 2) Psixiatriya və narkologiya sahəsində mövcud olan dövlət qanunlarına\* uyğun olaraq xəstələrə bütün yardım formaları, ədalət, humanizm və şəxsiyyətə hörmət prinsipləri əsasında göstərməlidir.

Bu prinsip, xəstələri xüsusi stasionar müalicəsinə göndərmək, onların orada saxlanılması və evə buraxılması qaydalarına ciddi əməl olunmasını tələb edir. Göstərilən qanuna əsasən xəstələrin stasionara yerləşdirilməsi xüsusi hallar istisna edilməklə könüllülük əsasında olmalıdır.

- 3) Konsultativ və digər yardım formaları imkan daxilində şəxsin yaşadığı yerə yaxın ərazidə yerinə yetirilməlidir.

- 4) Nəzarətdə olan şəxslərə hüquqi, sosial-məişət, patronaj yardımları göstərməklə yanaşı, ailə daxilində, əmək kollektivlərində və digər sahələrdə yaranan psixoloji konfliktlərini həll etməkdə də yardım göstərilir. Köməksiz, fəaliyyət qabiliyyəti olmayan xəstələrə himayəlik məsələlərində də dispanserlərin böyük rolu vardır.

5) Diaqnostika, hərbi, əmək və məhkəmə ekspertizalarının aparılması dispanserlərin əsas fəaliyyət formalarındandır.

6) Əmək və sosial reabilitasiya məsələlərinin təşkili sahəsində də dispanserlər faydalı xidmətlər göstərə bilər.

Yuxarıda göstərilən funksiyaların keyfiyyətli icrası məqsədilə dispanserlərin strukturunda stasionar, o cümlədən, gündüz və gecə stasionarları, ekspert bölmələri, müalicə-əmək emalatxanaları, yeniyetmələr və ahıllar üçün psixoterapevtik, seksoloji xidmət, psixoloji diaqnostika, təşkilati-metodik və digər kabinetlər yaradılır. Təşkilati-metodik bölmə psixiatriya xidmətinin fəaliyyətini təhlil edir, ayrı-ayrı xəstəliklərin yayılma dərəcəsini öyrənir və dispanser xidmətinin bütün sahələrinin səmərəli işləməsini təmin edən təkliflər, təlimatlar hazırlayır.

II. G ü n d ü z ( g e c ə ) s t a s i o n a r l a r ı . Belə stasionarlar həm dispanserlərin, həm də xəstəxanaların nəzdində təşkil edilir. Gündüz stasionarları müalicəvi tədbirlərlə yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsinin profilaktikası ilə də məşğul olur. Bu stasionarlarda xəstələr günün müəyyən saatlarını tibb işçilərinin nəzarətində olur, lazım olan müalicə xidmətlərini qəbul edir, sonra isə evlərinə qayıdaraq normal ailədaxili yaşayışını davam etdirirlər.

Bəzi hallarda gecə stasionarları təşkil etmək zərurəti yaranır. Xəstələr axşam saatlarında buraya gəlib lazım olan müalicələr qəbul edir və səhər saatlarında evə dönürlər. Belə stasionarlar gündüz əmək fəaliyyəti ilə məşğul olanlar üçün münasibdir. Gündüz stasionarlarının nəzdində müalicə-istehsalat sahələrinin – emalatxanaların yaradılması həm də çox faydalı sosial-uyğunlaşma formasıdır. Burada xəstələr təlimatçıların nəzarəti altında əməklə məşğul olurlar, sənət öyrənir, ailəsinə iqtisadi kömək imkanı əldə edirlər. Dünənki xronik xəstənin bu gün əməklə məşğul olması, eyni zamanda yüksək emosionallıq mənbəyidir. Şəxsin öz imkanlarından istifadə edə bilməsi özünü bir şəxsiyyət kimi hiss etməsinə imkan verir.

III. K o n s u l t a t i v y a r d ı m – pasiyentin psixoloji vəziyyətini təyin etmək və ona müvafiq məsləhətlər vermək funksiyasını icra edir. Bir çox ölkələrdə psixiatriya sahəsində çalışan mütəxəssislər müalicə müəssisindən kənarda da konsultasiya kabinetləri təşkil edirlər. Belə kabinetlər məktəblərdə, iri müəssisələrdə və digər yerlərdə təşkil oluna bilər.

Şəhər icra hakimiyyətinin, bələdiyyələrin, səhiyyə orqanlarının icazəsi ilə yaradılan konsultativ mərkəzlər, əsasən, psixi travma keçirmiş, ailədaxili problemləri olan pasiyentlərə yardım göstərir. 2001-ci ildə Bakıda baş vermiş zəlzələdən sonra belə konsultativ mərkəzlər bir çox polik-

linikalarda da yaradıldı və onların fəaliyyəti əhali tərəfindən müsbət qarşılandı. Adətən, birdəfəlik yardım göstərən belə müəssisələrin həkimləri diaqnoz təyin etmək, stasionar müalicəsinə göndərmək və müvafiq məsləhətlər verməklə məşğul olurlar. Bəzi ölkələrdə, məsələn, İranda həkimlər saat 1-ə qədər xəstələri qəbul edir, müayinə edir, sonra isə lazımı müalicə və məsləhətlər verməklə onlara pullu xidmət göstərirlər.

IV. *Q a r ı ş ı q ( m u l t i d i s s i p l i n a r ) y a r d ı m* – müxtəlif xəstəlikləri olan pasiyentlərə bir neçə həkimin eyni vaxtda yardım göstərmək formasıdır. Məsələn, eyni bir şəxsin həm nevroloqa, həm endokrinoloqa və həm də psixiatra ehtiyacı ola bilər. Ruhi-əsəb pozuntularının bir çoxunun səbəbi kardioloji, onkoloji və i.a. amillərlə əlaqədar olaraq yarana bilər. Belə xəstələrə eyni zamanda müxtəlif ixtisaslı mütəxəssislərin məsləhəti və müalicəsi tibbi yardımın səmərəliliyini artırır.

Poliklinikalarda təşkil edilən psixiatriya, psixoterapiya kabinetləri və ya irihəcmli somatik xəstəxanaların tərkibində yaradılan psixosomatika şöbələri çoxsahəli yardım göstərmək təcrübəsindən daha geniş istifadə edə bilər.

V. *Ö z ə l y a r d ı m* . Son illərdə əhalinin özəl yardım göstərən mütəxəssislərə müraciəti xeyli artmışdır. Pullu xidmətin genişlənməsi pasiyentin fərdi seçim etməsinə şərait yaradır. Belə ki, öz xərci hesabına yardım almaq istəyən şəxs etimad bəslədiyi, yüksək mütəxəssis kimi tanıdığı həkimə müraciət etməyi üstün tutur. Mütəxəssislərin özəl yardımını tibb müəssisələrindən kənarda, xüsusi ofislərdə, evlərdə və ya müalicə müəssisələrinin özündə təşkil edilə bilər.

Özəl fəaliyyətlə məşğul olan həkim, səlahiyyətli orqanlar tərəfindən müəyyən qaydada vergi orqanlarına və ya müalicə müəssisəsinin pullu xidmət sahəsinə pul ödəyir. Özəl qaydada tibbi yardım göstərənlərin üstün cəhətləri bunlardır: yardım yüksək standartlara uyğunlaşdırılır, həkimə müraciətin günü, saati və qonorarın miqdarı əvvəlcədən razılaşdırılır, ananizmlik gözlənilir, ən başlıcası isə pasiyentlər könüllü seçim edə bilərlər.

VI. *P r e v e n t i v y a r d ı m* . Əhali arasında bəzən elə qruplar (ailə və bölgə əhalisi) olur ki, onların ruhi-əsəb pozuntularına və onun neqativ nəticələrinə məruzqalma etiməli meydana çıxır. Məsələn, zəlzələ zonalarında yaşayanlar, məcburi köçkünlər, qaçqınlar, alkoqoldan, narkotik maddələrdən istifadə edənlər, qohumlarını itirmiş tənha adamlar və s. Belə insanlar arasında ən müxtəlif psixi pozuntular – depressiyadan tutmuş kəskin psixoz, aqressiv hərəkətlərdəki hər bir patoloji hal baş verə bilər.

Risk qrupuna daxil olan belə şəxslərə psixoloji yardımın göstərilmə-

si, profilaktik tədbirlərin aparılması preventiv yardım forması adlanır. Bəzi ölkələrdə belə vəzifə ilkin psixi (psixoloji) yardım göstərən tibb müəssisələrinin üzərinə düşür. Məsələn, bu yardımın təşkilində ruhi-əsəb dispanserləri, tibbi-psixoloji mərkəzlər, bir çox hallarda, hətta tibbi psixoloqlar, hüquq-mühafizə orqanlarının əməkdaşları, müəllimlər də iştirak edirlər. Xüsusi hazırlıq keçmiş qeyri-tibbi personalın belə bir fəaliyyətlə məşğul olması əlavə maliyyə vəsaiti tələb etməklə yüksək səmərəli ola bilər. Tibbi profilaktika işlərinin yüksək səviyyədə təşkil olunduğu ölkələrdə preventiv yardım formalarına böyük yer verilir.

**VII. Tibb bacısı evləri.** Bu ad altında yaradılan müəssisələrdə, əsasən, uzun müddət ruhi-əsəb xəstəliklərindən əziyyət çəkən şəxslər saxlanılır. Burada yerləşdirilən insanların aktiv tibbi yardıma, demək olar ki, ehtiyacı olmur. Onlar daha çox orta tibb işçilərinin qulluğuna ehtiyac hiss edirlər. Orta tibb işçilərinin belə şəxslərə məqsədyönlü xidmət etməsi təkrar kəskinləşmə hallarının qarşısını alır və köməyə ehtiyacı olan xəstələri səviyyəli yardımla təmin edir. Tibb bacısı evləri böyük xəstəxanaların nəzdində, internatlarda, yataqxanalarda və bu kimi digər müəssisələrdə təşkil edilə bilər. Belə müəssisələrə vaxtaşırı həkimlərin baş çəkməsi səhiyyə təşkilatçılarının və xeyriyyəçilərin yardım göstərmələri təqdirəlayiqdir.

Hollandiyada təşkil edilmiş tibb bacısı evlərində hər 20 xəstəyə bir tibb bacısı xidmət edir. Bu müəssisələrdə xəstələr müxtəlif reabilitasiya tədbirlərindən istifadə edir, əylənir, bəzən fiziki əməklə də məşğul olurlar. Bəzi ölkələrdə fəal müalicəyə ehtiyacı olmayan xronik xəstələrin kiçik qruplarla (5–6 nəfər) xüsusi binalarda yerləşdirilməsi təcrübəsindən istifadə edilir. Tibbi personalın və sosial işçilərin nəzarəti altında olan bu xəstələr özlərini uzun illər nəinki qayğısız, sakit hiss edir, eyni zamanda, sosial-psixoloji baxımdan da xeyli reabilitasiya olunurlar.

**VIII. Kommunal psixiatriya xidməti** yeni xidmət sahələrindən biri olub son illərdə təşəkkül tapmışdır. Xəstəxana yardımına ehtiyacı olmayan xronik gedişli ruhi-əsəb xəstələrinə tibb bacısı evlərindəkinə bənzər xidmətlər göstərən qurumdur.

İctimai təşkilatların himayəsi altında olan kommunal psixiatriya məntəqələri daha çox sahələri əhatə edən xidmətlər göstərir. Məsələn, xəstələrə yeni peşə və vərdisləri öyrətməklə müxtəlif psixoterapevtik tədbirlər aparır. Yaradıcılıq qabiliyyəti olan şəxslərə istiqamət verir, onlar üçün xüsusi dərnekələr, hüquqi və sosial yardımlar təşkil edir və s.

Kommunal psixiatriya məntəqələri pasiyentlərin yaşayış yerinə yaxın olmalı, sahə dispanser həkimi ilə əlaqələr üzülməməlidir. Kommunal psixiatriya məntəqələri yalnız gündüz saatlarında fəaliyyət göstərir. Xəstə-

lərin sayı həmin məntəqəyə maddi yardım göstərən ictimai təşkilatların imkanlarından asılıdır. 100–150 nəfər üçün nəzərdə tutulan kommunal psixiatriya məntəqələri optimal sayılır.

Avropada və bəzi MDB ölkələrində təşkil edilən belə məntəqələrin fəaliyyəti onların çox faydalı olduğunu və gələcəkdə inkişaf edəcəyini göstərir.

**IX. K r i z i s ( b ö h r a n ) m ə r k ə z l ə r i** – ekstremal vəziyyətə düşən, bədbəxtliyə düşər olmuş xəstələrə təcili psixoloji, psixoterapevtik, tibbi-sosial, hüquqi və digər yardımlar göstərən xüsusi müəssisələrdir. Bu müəssisələrin pasiyentləri zərərçəkən uşaq və yeniyetmə, əri tərəfindən incidilən qadın, zorlamağa məruz qalan şəxs, dözülməz xasiyyətə malik qonşusu olan adamlar və i. a. ola bilər.

İri şəhərlərdə özünə sui-qəsd edən uşaqlar, qadınlar üçün ayrıca böhran mərkəzləri təşkil edilir. Məsələn «etimad telefonu», adlanan belə mərkəzlərə böhran vəziyyətinə düşmüş şəxs istənilən saatda zəng vurub dərini bölüşə, məsləhətlər ala bilər.

Böhran mərkəzlərinə özü gəlib kömək istəyən şəxslərin orada iki sutkayadək qalması üçün hər bir şərait olmalıdır. Bu müddət ərzində pasiyentə müvafiq qaydada tibbi, psixoloji, o cümlədən, xüsusi psixoterapevtik yardım göstərilir, lazımi mütəxəssislərlə söhbət və öz problemlərini həll etmək imkanı yaradılır. Sonra lazım gələrsə xəstə stasionar müalicəsinə və ya öz sahə həkiminin yanına göndərilir. Böhran mərkəzləri, bir qayda olaraq, hüquq-mühafizə orqanlarının nəzdində yaradılır, onların nəzarəti altında fəaliyyət göstərir. Orada hüquq-mühafizə işçiləri ilə yanaşı həkim psixiatrlar, psixoloqlar, psixoterapevtlər və sosial işçilər birgə işləyirlər.

**X. T ə c i l i y a r d ı m b r i q a d a l a r ı.** Xəstələrə tez və səmərəli yardım göstərmək imkanı olan belə briqadalar şəhər təcili yardım stansiyalarının nəzdində yaradılır. Hər bir briqadanın tərkibində xüsusi hazırlıq keçmiş, təcrübəli həkim-psixiatr, orta tibb işçisi və sanitar olmalıdır. Məlum olduğu kimi, ruhi xəstələrə səmərəli yardım göstərmək üçün ilkin müayinənin böyük əhəmiyyəti vardır. Təcili yardım briqadaları ən ağır xəstələrlə, ilkin olaraq təcildə, xəstələrin evində, qohumlarının arasında görüşürlər. Deməli, onların hər cür məlumat toplamaq və xəstəliyin ilkin əlamətlərini görmək imkanı vardır. Qohumlardan lazımi məlumat topladıqdan sonra xəstəni müayinə edən həkim təcili qərar qəbul etməlidir. Xəstə bəzən, hətta qohumlarla xəstəxanaya getməkdən imtina edə bilər. Belə olduqda xəstənin özü və ətrafdakılar üçün nə dərəcədə təhlükəli olması nəzərə alınmalıdır. Aqressiv və təhlükə törədə biləcək xəstə özünün və yaxınlarının razılığı olmadan xəstəxanaya yerləşdirilsə, iki



gündən gec olmayaraq bu barədə məhkəmədə qərar çıxarılmalıdır. 2001-ci ildə qəbul edilmiş «Psixiatriya yardımı haqqında» Azərbaycan Respublikasının qanununa bütün hallarda əməl olunmalı, xəstələrin hüququ pozulmamalıdır. Xəstələr bəzən müqavimət göstərir, qaçıb aradan çıxmaq istəyirlər. Belə hallarda əlavə köməyə, hətta bəzən polis işçilərinin köməyinə müraciət edilə bilər. Xəstələrə yerindəcə təcili tibbi yardım göstərmək üçün təcili yardım briqadasında müvafiq dərman preparatları (diazepam, haloperidol, aminazin və s.) olmalıdır. Təcili yardım briqadaları tibbi əməliyyatlarla yanaşı, xəstələrin izlə edilməsi ilə də məşğul olur.

XI. Keyz-menincment. Psixi xəstələrə müalicəvi və digər yardımların göstərilməsinə cavabdeh şəxsin olması vacib şərtlərdən biridir. Bu vəzifəni heç də hər bir valideyn icra edə bilmir. Bu vəzifəni xüsusi hazırlığı olan tibbi-psixoloq və ya sosial sahədə təhsil almış adamların yerinə yetirməsi daha məqsəduyğundur. Keyz-menincment xəstəsi olan bir neçə ailələrə qarşılıqlı müqavilə əsasında xidmət göstərir. O, bu ailələrlə vaxtaşırı əlaqə saxlayır, qarşıya çıxan problemləri öyrənir və lazımı xidmət göstərir. Məsələn, xəstəni xəstəxanaya (və ya dispanserə) aparır, təhsil müəssisəsinə göndərir, istehsalat sahəsində qarşıya çıxan problemlərini həll edir, lazım gələrsə natarius xidmətlərini də təşkil edir, evə həkim çağırır və s.

Keyz-menincment xidməti ilə yanaşı bir çox xarici ölkələrdə multidissiplinar mütəxəssis briqadaları da mövcuddur. Bir neçə profilli mütəxəssislərin birgə məsləhəti əsasında xəstələrə ixtisaslı yardımın səviyyəsini yüksəltmək olar. Məsələn, ABŞ-da stasionarda olan xəstələrə, İngiltərədə isə stasionardan çıxdıqdan sonra bu briqadaların məsləhəti ilə yardım göstərilir.

Multidissiplinar yardımla məşğul olan daha bir xidmət, ev şəraitində müalicə olunan xəstələrin eyni vaxtda bir neçə yardım formalarından istifadə etmələridir. Bu xidməti bir və ya iki nəfərə həvalə etmək kifayət etmir. Xəstənin yaxınları da bu xidmətin hamısını göstərə bilmirlər. Deməli, ambulator müalicəsini təşkil və icra edən komandanın tərkibinə – həkim, tibb bacısı, psixoloq, xəstəyə məişət xidməti göstərən şəxs, təşkilatçı işçi (bu sosial yardıma cavabdeh şəxs və ya ailə başçısı ola bilər), hətta bəzən hüquqşünas da daxil edilə bilər.

Komandaya daxil olan hər bir personalın öz xüsusi xidmət sahəsi vardır və belə komandanın xidmətindən istifadə edən xəstənin düzgün və vaxtında müalicə olunmasına daha çox ümid vardır.

## IV FƏSİL

### PSIXİ SAĞLAMLIĞIN DƏSTƏKLƏNMƏSİ VƏ POZUNTULARIN PROFİLAKTİKASI

Psixogigiyena termininin psixi sağlamlığın dəstəklənməsi ilə əvəz edilməsi daha məqbuldur. Bu xidmət sahəsi ümumi gigiyenanın bir bölməsi olub psixi sağlamlığın mühafizəsi və möhkəmlənməsi məsələləri ilə məşğul olur. Bu baxımdan əhalinin əmək və məişət şəraitini, ətraf mühitin psixi sağlamlığa təsirini öyrənmək və onun mənfi cəhətlərini aradan qaldırmaq mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Vətəndaşların rifah halının, o cümlədən, mənzil şəraitinin, istirahətinin yaxşılaşdırılmasına yönəldilən bütün tədbirlər, eyni zamanda psixi sağlamlıq üçün görülən tədbirlərdir. Hələ XIX əsrin axırlarında məşhur rus psixonevroloqu V. M. Bexterev əhalinin maddi vəziyyəti ilə psixi sağlamlığı arasında birbaşa əlaqə olduğunu qeyd etmişdir.

Ölkəmizdə psixogigiyena tədbirlərinin hazırlanmasında və onların həyata keçirilməsində səhiyyə orqanları ilə yanaşı bir çox digər təşkilatlar da yaxından iştirak edir. Bu baxımdan yerli hakimiyyət orqanlarının, bələdiyyələrin, ictimai təşkilatların, xüsusən Həmkarlar İttifaqının fəaliyyətini qeyd etmək lazımdır.

Somatik xəstəliklərin meydana çıxmasında psixi sağlamlığın rolu unudulmamalıdır. Ürək-damar, endokrin, mədə-bağırsaq sistemi xəstəliklərində əsəb sisteminin rolunu xüsusi qeyd etmək lazımdır. Eyni zamanda bir sıra xəstəliklər də vardır ki, onlar əsəb sisteminə mənfi təsir göstərərək psixi sağlamlığın pozulmasına gətirib çıxarır. Bunlara yoluxucu xəstəlikləri, alkoqolizmi və narkomaniyanı misal göstərmək olar. «Sağlam ruh sağlam bədəndə olar» deyən ata-babalarımız, məhz bunu nəzərdə tutmuşlar. Ümumi gigiyena, əmək və məişət şəraitinin yaxşılaşdırılması, istirahətin düzgün təşkili, idman tədbirləri, alkoqolizm, narkomaniyalar və zöhrəvi xəstəliklərlə mübarizə ilə yanaşı zehni əməyin gigiyenasını da nəzərdə tutur. Belə ki, şagird və tələbələrin, əqli əməklə məşğul olan alimlərin, qulluqçuların əmək və istirahət rejiminin düzgün təşkili psixogigiyenik problem hesab olunur.

Psixogigiyenik tədbirlərə uşaq ana bətnində olduğu vaxtdan, ananın sağlamlığının qayğısına qalmaqdan başlanılmalıdır. Hamilə qadınların gi-

gigiyenik qaydalara düzgün əməl etməsinə, qidalanma, iş və istirahət rejiminə ciddi fikir verilməlidir. Ananı müxtəlif zərərli təsirlərdən, ilk növbədə, infeksiyalardan, psixi travmalardan, alkoqol, narkotik maddələr və nikotinin təsirindən qorumaq lazımdır.

Uşaq dünyaya gəldiyi ilk günlərdən gigiyenik tədbirlərə cavab verən sağlam mühitəyə əhatə olunmalıdır. Körpəyə göstərilən qayğı və nəvaziş tərbiyəvi xarakter daşmalıdır. Uşağın ərköyün böyüməsi gələcəkdə xasiyyətin patologiyasına səbəb olan amillərdəndir. Onların estetik tərbiyəsi, nizam-intizam və digər tərbiyə elementlərini başa düşməsi mühüm şərtidir. Uşağın fiziki əməklə, idmanla yanaşı müvafiq həcmdə zehni əməklə də məşğul olmasına şərait yaratmaq lazımdır. Bəzi valideynlər övladlarını həddindən artıq ağıllı, mədəni, bilikli görmək arzusu ilə uşağın həvəs və imkanlarını nəzərə almadan həddən artıq məşğələlərə cəlb edirlər. Bəzən uşaq öz yoldaşları ilə oynamağa, kifayət qədər yatmağa belə vaxt tapa bilmir.

Xasiyyətin formalaşmasında, uşağın tərbiyə müəssisələrində, kollektivdə olmasının böyük əhəmiyyəti vardır. Belə şəraitdə o, qarşılıqlı hörməti, dostluğu, ədaləti düzgün dərk edir, səbirli və dözümlü olmağı öyrənir.

Uşağın tərbiyə olunmasında ən məsuliyyətli mərhələ bioloji və psixoloji keçid dövrü olan yeniyetmə dövrüdür. Məhz, bu yaşlarda xasiyyət və maraqların formalaşması, cinsi yetkinliklə əlaqədar olan xüsusiyyətlər meydana çıxır. Uşaq tərbiyə müəssisələri ilə (məktəb, sağlamlıq düşərgələri və s.) valideynlərin birgə səyi bu dövrdə daha çox tələb olunur.

Yeniyetmə yaşlarında orqanizmdə mürəkkəb bioloji dəyişikliklər baş verir. Məsələn, qızlarda aybaşı ilə əlaqədar müxtəlif psixoloji reaksiyalar müşahidə edilməyə başlayır, başqa sözlə, xasiyyətin formalaşması prosesi gedir. Oğlanlarda da seksual hisslərin oyanması ilə əlaqədar oxşar xarakter dəyişikliklər müşahidə edilir. Maraq dairəsi genişlənir, yeni-yeni əyləncə və meyillərə tələbat yaranır, hər şeyi qiymətləndirmək, nəticə çıxarmaq onları öz mühitinə daxil etmək kimi keyfiyyətlər inkişaf edir.

Yeniyetmənin tərbiyəsi prosesində meydana çıxan seksual hisslər, müstəqilliyə can atmaq meyili kimi problemlər diqqətli və təmkinli olmağı tələb edir. Ətrafdakılar, xüsusən müəllim və valideynlər yeniyetmələrdə müşahidə edilən bu reaksiyaları, düzgün səmtə yönəldə bilərsə, uşağın tərbiyə prosesində gözlənilməz heç nə baş vermir və keçid dövrü ağırlaşmasız, harmonik inkişafa xələl gətirmədən cərəyan edir.

Gənclik dövrünün psixoloji məsələlərindən bəhs etməzdən əvvəl onu qeyd etmək lazımdır ki, bu yaş dövrünün nə vaxt başlanması haqqında qəti göstəriş yoxdur. Bir çox alimlər 17–21 yaşları gənclik dövrü, lakin

digərləri 15–16 yaşları yeniyetməlik dövrünün sonu və ilk gənclik dövrünün başlanğıcı kimi qəbul edir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu mülahizələr şərtidir və qəti kriterilərə əsaslanmır.

Yeniyetmə dövründən fərqli olaraq gənclik dövrü ictimai düşüncənin, ictimai özünüdərkətmənin formalaşdığı dövrüdür. Bu yaşlarda fərdin ictimai fəaliyyətə xüsusi maraq göstərməsi diqqəti cəlb edir. Şəxsin sərbəst fəaliyyətə, müstəqil həyata meyili güclənir və o, vətəndaşlıq hüququ əldə etməyə, fərdi xüsusiyyətlərini nümayiş etdirməyə can atır. Gənc, müəyyən mənada, ailə ənənələrindən, daha doğrusu, hamilik hisslərindən uzaqlaşmağa, şəxsi təəssüratlarının, dünyagörüşünün hakim olmasına can atır. Təsəvvür edir ki, o, artıq tam müstəqil hərəkət etmək üçün kifayət qədər təcrübəyə malikdir və kənar yardıma ehtiyacı yoxdur. Məşğuliyyətindən asılı olmayaraq gəncliyin özünəməxsus cəhətləri vardır. Belə ki, tələbə gəncin həyat tərz, təfəkkürü, istehsalatda və ya ticarət sahəsində çalışan gəncdən fərqlənir. Öz peşəsindən narazı olan, hər gün sevmədiyi işlə məşğul olan adam xüsusi bir narahatlıq, yeknəsəlik hiss edir. Başqa sözlə, onda qənaətlənməmək kompleksi yaranır. Bu da, öz növbəsində, şəxsin psixi fəaliyyətində özünü göstərir.

Yeniyetmələrin və gənclərin psixi sağlamlığının düzgün istiqamət alınmasında əsas rol oynayan şərtlərdən biri də onların peşə seçməsi məsələsidir.

Peşənin düzgün seçilməsi hər bir insanın həyatında mühüm amildir. İş yerində, məktəbdə, qonşular arasında və i.ə. xoş rəftar psixi sağlamlığa təsir göstərən amillərdəndir. Yaş və ixtisas nəzərə alınmaqla zehni əməklə məşğul olanlar üçün diferensasiya olunmuş iş rejimi tərtib olunmalıdır. Tələbə gənclərin psixologiyasına xüsusi diqqət yetirilməlidir. Gün ərzində intellektual yükün düzgün bölüşdürülməsinə, gərginliyin olmaması üçün lazımi tədbirlər görülməsinə, xüsusilə imtahan – məqbul sessiyaları dövründə psixogigiyena qaydalarına ciddi əməl edilməlidir. İnsan əmək fəaliyyətinə müxtəlif yaş dövrlərində başlaya bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, ağır fiziki və zehni əmək hələ tam yetkinlik dərəcəsinə çatmamış gənclərə mənfi təsir edə bilər. Eyni zamanda unutmək olmaz ki, əmək həm də orqanizmi möhkəmləndirmək, sinir sistemini səfərbər etmək – başqa sözlə, harmonik inkişaf və sağlamlıq vasitəsidir.

İstənilən əmək həm maddi, həm də mənəvi qənaətlənmə mənbəyidir. Bu baxımdan müxtəlif əmək fəaliyyəti formaları özünəməxsus cəhətləri ilə də fərqlənir. Əmək fəaliyyəti prosesində tez-tez yeknəsəq, yorucu, maraqsız, sinir sistemini qıcıqlandıran və mənfi emosiya yaradan hadisələrə rast gəlinir. Uzun müddət belə hadisələrlə qarşılaşan şəxslərdə, xüsusilə sinir sistemi zəif olanlarda psixi pozuntulara, depressiv

əlamətlərə rast gəlmək mümkündür. Belə halların qarşısını almaq üçün əmək fəaliyyətini düzgün planlaşdırmaq, konkret şəxsin fərdi xüsusiyyətlərinə, onun sarsıntı yaradan şəraitdən vaxtında uzaqlaşdırılmasına fikir verilməlidir.

Valideynlərin arzusu ilə tibb institutuna daxil olmuş bir qız ciddi xəstədən, operativ müdaxiləni görən kimi ürəyi darıxır, gözləri qaralır, hətta bəzən bihuş olurdu. Bu hal sonralar ağır nevrozla nəticələnir, o, xəstəxanada müayinə olunur. Nəhayət, qız tibb institutundan çıxıb başqa ali məktəbə daxil olur və bundan sonra onun sağlamlığı bərpa olunur.

Məişətə aid olan psixogigiyena tədbirləri arasında ev və təsərrüfat işlərinin yüngülləşdirilməsinin əhəmiyyəti böyükdür. Bu işlərin görülməsi bəzən ailə üzvlərindən bir və ya iki nəfərin üzərinə düşür. Əksər hallarda həmin adamlar istehsalatda da çalışır. Beləliklə, həmin şəxsin nəinki mədəni istirahəti, hətta normal yuxusu üçün də vaxt qalmır.

Psixi sağlamlığa ən güclü zərər yetirən amillərdən alkoqolizmi və narkomaniyaları xüsusilə qeyd etmək lazımdır. Narkotik maddələr və alkoqol sinir sistemini zəhərləyən, başqa sözlə, sinir-psixi xəstəliklərin meydana çıxmasında rol oynayan başlıca amillərdəndir.

Mühüm psixogigiyena tədbirlərindən biri kimi ailə üzvləri arasında qarşılıqlı hörmətə əsaslanan münasibətlərin yaranmasıdır. Çoxuşaqlı ailələrdə bu məsələ daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. Məlum olduğu kimi, ailə üzvlərindən bəziləri televizoru, bəziləri maqnitofonu, bəziləri isə kitablarla müəlləf etməyi sevir. Mənzil sahəsi kifayət qədər olmayan ailələrdə bu məsələ daha kəskin xarakter ala bilər. Lakin valideynlərin öz uşaqlarına münasibəti, onların hərəkətləri üzərində nəzarəti daima saxlamaq bacarığı heç də asan olmayan bu problemləri həll edə bilər. Başqa sözlə, ailədə hökm sürən intizam, valideynlərin nüfuzu mühüm şərt kimi başa düşülməlidir.

Ailədə psixi xəstənin olması ailə üzvlərindən daha təmkinli və qayğıkeş olmağı tələb edir. Belə xəstələri vəziyyətindən asılı olaraq vaxtında xəstəxanaya göndərmək və ya ev şəraitində müalicəsini təşkil etmək lazımdır.

Ciddi problemlərdən biri kimi ailədaxili münasibətlərə, ər ilə arvadın arasındakı intim əlaqələrə əhəmiyyət verilməlidir. Ailədaxili münasibətlərin düzgün olması həm ailə başçısının, həm də uşaqların psixi sağlamlığına təsir göstərir. Ərlə arvadın münasibətlərində ən ciddi amil harmoniyadır, yəni hər iki tərəfdən etik, estetik və sırf intim münasibətlərə cavab verən tələbatın ödənilməsi məsələsidir.

Əhəmiyyətli psixogigiyena tədbirlərinin həyata keçirilməsində əhəmiyyəti olan amillər çoxcəhətli və mürəkkəbdir. Psixogigiyenik tədbirlər

kimi, ilk növbədə, səhiyyə maarifi xətti ilə aparılan işləri, əhalinin dispanserizasiyasını və əmək şəraitinin yaxşılaşdırılmasını, yəni adamların əsəb sisteminə mənfi təsir göstərən amillərin (səs-küy, yeknəsəq həyat, yorucu iş, toksik amillər və s.) aradan qaldırılması üçün görülən tədbirləri ön plana çəkmək və həll etmək lazımdır.

Hazırda geniş miqyasda tətbiq olunan psixoterapiya tədbirlərini də buraya aid etmək lazımdır. Bəzi psixoterapevtik üsullar son illərdə müəyyən qrup adamların vacib psixogigiyenik tələblərinə çevrilmişdir. İdmançılar, kosmonavtlar, ümumiyyətlə, emosional gərginlik tələb edən peşələrin əksəriyyəti üçün tövsiyə olunan və yaxşı nəticələr verən autogen məşq (buna psixogimnastika da deyilir), kollektiv psixoterapiya daha çox rəğbət qazanmışdır. Bu məsələlərdə yalnız ruhi-əsəb dispanserləri, kabinetləri deyil, bir sıra şəhərlərdə yaradılmış müxtəlif adlar daşıyan sağlamlıq mərkəzləri də məşğul olur. Bunlara ailə və nikah məsləhətxanaları, sağlamlıq mərkəzləri, zavodlarda, fabriklərdə, yaradılan psixo-fizioloji istirahət otaqları və digər sağlamlıq ocaqları aiddir.

Səhiyyə Nazirliyinin qərarına əsasən böyük poliklinikaların nəzdində yaradılan psixoterapiya kabinetləri psixogigiyena və psixoprofilaktika tədbirlərinin aparılmasında metodik mərkəzlərə çevrilməli və bu işdə avanqard rol oynamalıdır.

**P s i x o p r o f i l a k t i k a** ümumi tibbi profilaktikanın bir bölməsi olub psixi xəstəliklərin qarşısının alınması məqsədilə aparılan tədbirlər sistemidir. Bir sıra psixi xəstəliklərin xronik fazaya keçməsinin qarşısının alınması və xəstələrin normal fəaliyyətinin bərpa olunması (reabilitasiya – yenidənuyğunlaşma tədbirləri) psixoprofilaktikanın başlıca vəzifələrindəndir. İctimai bərabərsizlik, iqtisadi böhranlar, müharibələr, psixi gərginlik, iyrənc adətlər, o cümlədən, spirtli içkilərə, narkotik maddələrə aludəçilik, yüngül həyat tərz, zöhrəvi xəstəliklər bu baxımdan psixi xəstəlikləri törədən başlıca amillərdəndir. Psixoprofilaktikanı dövlət tədbiri kimi qiymətləndirmək lazımdır.

Məlum olduğu kimi, hər bir xəstəliyin səbəbi aşkar edildikdən sonra onun qarşısının alınması qat-qat asanlaşır. Psixi xəstəliklərə gəldikdə deməliyik ki, indiyə qədər biz, ancaq bəzi xəstəliklərin amillərini öyrənə bilmişik. Həmin xəstəliklərlə mübarizə məsələsi də xeyli asanlaşmışdır. Yaxşı öyrəndiyimiz infeksiyon psixozların qarşısını almaq üçün etibarlı tədbir həmin infeksiyalarla mübarizədir. Alkoqolun və narkotik maddələrin təsiri nəticəsində meydana çıxan xəstəliklərin profilaktikasında isə bu maddələrin qəbulunun qarşısının alınması əsas şərtidir.

Son illərdə bir sıra psixi xəstəliklərin (şizofreniya, oliqofreniya, epilepsiya) meydana çıxmasında irsi amillərin rolunun öyrənilməsi, bu sahə-

də müəyyən profilaktika tədbirlərinin aparılmasına imkan vermişdir. Bu baxımdan ailə və nikah məsləhətxanalarının ruhi-əsəb dispanserlərinin, müvafiq elmi laboratoriya və institutların üzərinə mühüm vəzifələr düşür. Psixi sağlam olmayan, alkoqolizm və narkomaniyaya tutulmuş adamların ailə qurması, onların övladları arasında sinir-psixi xəstəliklərin meydana çıxması ehtimalını artırır. Qohumların bir-biri ilə evlənməsi də bu qəbildən zərərli amil kimi qiymətləndirilməlidir.

Əhali arasında aparılan ümumi profilaktik tədbirlərin bir çoxu eyni zamanda psixi xəstəliklərin profilaktikası üçün də əhəmiyyətlidir. Buraya orqanizmin ümumi müqavimət qüvvəsinin yüksəldilməsi, sağlam həyat tərz, qidalanmanın gigiyenik şərtlər əsasında təşkili və s. tədbirlər aiddir.

Ruhi-əsəb xəstəliklərinin meydana çıxmasında böyük əhəmiyyət kəsb edən bir amili xüsusilə qeyd etmək lazımdır. Bu insanların təəssürat sferasına (emosiyası) təsir göstərən mənfi amillərin aradan qaldırılmasıdır. Adamlar arasında, yəni ailədə, ictimai yerlərdə, idarə və müəssisələrdə bir-birinə qarşı mədəni rəftar, qarşılıqlı hörmət, sinir-psixi xəstəliklərin profilaktikası tədbirlərindən sayılmalıdır.

Psixi xəstəliklərə tutulmuş şəxslərə göstərilən xəstəxana və xəstəxanadankənar yardımın təşkili psixoprofilaktika baxımından böyük əhəmiyyətə malikdir. Belə şəxslər üçün lazımi əmək və məişət şəraitinin yaradılması, məqsəduyğun psixoterapiya formaları, cəmiyyət, ictimai təşkilatlar tərəfindən qayğı mühüm tədbirlərdəndir.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) təklif etdiyi təsnifata uyğun olaraq birincili, ikincili və üçüncülü psixoprofilaktika ayırd edilir. Birincili psixoprofilaktikaya psixi pozuntuların qarşısının alınması tədbirləri aiddir. Bu isə infeksiyalarla, travmalarla, psixogen təsirlərlə, psixi xəstəlikləri yaradan amillərlə, intoksikasiyalarla mübarizəni və irsi xəstəliklərin qarşısının alınmasını nəzərdə tutur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, bir çox psixi xəstəliklərin, o cümlədən, irsi çatışmazlıqla əlaqədar olan pozuntuların meydana çıxmasında iqtisadi, ekoloji və ictimai amillər mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, atom-elektrik stansiyalarının istismarı, çayların təbii istiqamətinin dəyişdirilməsi, müxtəlif tullantıların (ilk növbədə, kimyəvi maddələrin) su hövzələrinə və çaylara axıdılması həm təbiətə, həm də insanların sağlamlığına ciddi ziyan gətirir.

İrsi xəstəliklərin öyrənilməsi və proqnozlaşdırılmasında embriogenin profilaktikasının, nikahın gigiyenasının ananın zərərli amillərdən qorunmasının, o cümlədən, alkoqolizm, narkomanlıq, toksiki amillərin profilaktikasının böyük əhəmiyyəti vardır. Bu baxımdan hamilə qadınların ağır

fiziki əməyə cəlb edilməməsinin, psixi travmalardan uzaq olmasının da əhəmiyyəti böyükdür. Bu dövrdə qadının istirahət, əmək və qidalanma rejiminə xüsusi fikir verilməlidir. Doğuş, tibb müəssisələrində qorxu və ağrı amillərinin minimuma endirilməsi və ya tamamilə olmaması şəraitində təşkil edilməlidir. Uşaq doğulduğu gündən etibarən onun sağlamlığı qayğısına qalmalı, vaxtında inkişaf anomaliyaları aşkar edilməli, lazım gəlsə müalicə-profilaktik tədbirlər aparılmalıdır.

Psixoprofilaktika tədbirlərini apararkən yaş qrupları mütləq nəzərə alınmalıdır. Uşaqlar və gənclərlə aparılan tədbirlər yaşlı, xüsusən qocalarla aparılan tədbirlərdən fərqlənməlidir. Herantoloji psixoprofilaktika özünəməxsus spesifik problemlərlə əlaqədardır. İnsanın yaşla əlaqədar əmək qabiliyyətinin dəyişməsi, təqaüdə çıxması nəzərə alınmalıdır. Sosial aktivliyin azalması, təqaüdə çıxmaq, müxtəlif adamlara başqa-başqa təsir göstərir. Belə ki, bəzi şəxslər təqaüdə çıxmağı, əvvəlki vəzifəsindən və peşəsindən əl çəkməyi həyat təlatümünü kimi qarşılayır. Bəziləri isə bunun fərqiə varmır.

Yaşa dolmuş şəxslərin tək qalması, övladların uzaqda yaşaması problematik məsələlərdəndir. Tək qalmış qocalara, qohum və yaxın adamlarını itirmiş adamlara, ruhi xəstələrə, qaçqın və köçkün ailələrinə, əmək qabiliyyətini itirənlərə ciddi qayğı göstərilməli, ilk növbədə, ictimai təşkilatlar tərəfindən sosial yardım olunmalıdır.

**Birincili psixogigiyena və psixoprofilaktik** tədbirlər, əsas etibarilə tibb müəssisələri tərəfindən həyata keçirilir. Bu işdə səhiyyə maarifinin, maarifçiliklə məşğul olan təşkilatların, Həmkarlar İttifaqının, yerli icra orqanlarının və s. təşkilatların işləri təqdirəlayiqdir.

Son illərdə diqqəti cəlb edən problemlərdən biri də özünə sui-qəsd hərəkətlərinin artmasıdır. Belə hallara səbəb olan amillər əvvəlcədən öyrənilməli, araşdırılmalı və məqsədyönlü profilaktika tədbirləri aparılmalıdır.

**İkincili psixoprofilaktika** artıq yaranmış psixi xəstəliyə qarşı aparılan tədbirlər sistemini nəzərdə tutur. Buraya erkən diaqnostika, proqnozlaşdırma, həyat üçün təhlükə yarada biləcək halların qarşısının alınması, adekvat müalicə üsullarının tətbiqi və keyfiyyətli remissiyaya nail olunması aiddir.

**Üçüncü psixoprofilaktika** arzuolunmaz ictimai nəticələrin qarşısının alınmasına yönələn tədbirlər sistemidir. Psixoprofilaktikanın bu formasının başlıca məqsədi reabilitasiya tədbirləri həyata keçirmək, əlilliyin qarşısını almaq, xəstəliyin qalıcı əlamətlərini minimuma endirmək və i.ə. tədbirlərdən ibarətdir.



Birincili psixoprofilaktikada başlıca məqsəd psixogigiyena, psixososial tədbirlərdisə, ikincili psixoprofilaktikada aparıcı rol müalicə üsullarının (psixofarmakoterapiya, bioloji müalicə) üzərinə düşür. Üçüncülü psixoterapiyanın başlıca məqsədi isə reabilitasiya və yenidənuyğunlaşma tədbirləridir. Ruhi-əsəb xəstəliklərinin təkrar tutmalarının qarşısının alınmasında psixofarmakoloji üsullarla yanaşı psixoterapiya üsullarına da əhəmiyyət verilməlidir. Reabilitasiya tədbirlərinin səmərəli olmasında ailə üzvləri ilə ünsiyyət yaradılması, onlar arasına xoşagələnlər mikromühitin olması, xəstənin ictimai əməyə qoşulmasının böyük əhəmiyyəti vardır. Sübuta yetirilmişdir ki, xəstəlik keçirən şəxslərin normal həyata uyğunlaşa bilməməsinin başlıca səbəbləri monoton həyat tərz, diqqətdən kənarda qalma, sosial baxımdan köməksizliyini hiss etməsidir. Bu baxımdan xəstəxanadankənar yardım formalarının, ilk növbədə, psixi sağlamlıq mərkəzlərinin, ruhi-əsəb dispanserlərinin, psixiatriya və psixoterapiya kabinetlərinin xidmətləri ön planda olmalıdır.

Son illərdə inkişaf etmiş Avropa ölkələrində kommunal psixiatriya məntəqələrinin yaradılması, ictimai təşkilatlar tərəfindən xəstələrə qayğı göstərilməsi, psixi sağlamlıq mərkəzlərinin (klublarının) təşkili və göstərilən yerlərdə əmək səxslərinin yaradılması təkrar xəstələnmənin qarşısının alınmasında və xəstələrin tezliklə normal həyata qayıtmasında böyük rol oynayır. Göstərilən tədbirlərin ictimai-psixoloji məzmunu ilə yanaşı iqtisadi səmərəsini də nəzərə alsaq, bu kimi işlərin nə dərəcədə faydalı olmasını təsəvvür etmək çətin deyil.

Elm və texnikanın inkişafı əsrində təbii və ictimai amillərin təsiri altında ruhi-əsəb xəstəlikləri klinikasında ciddi dəyişikliklər baş verməkdədir. İstehsalatın mexanikləşdirilməsi, avtomatlaşdırılması, elektronikanın inkişafı, kompyuter texnikasının məişətimizə sürətlə daxil olması insanların psixikasına öz təsirini göstərir. Psixi və fiziki inkişafın tempinin dəyişməsi, o cümlədən, cinsi yetişkənliyin erkən başa çatması bir çox hallarda disharmoniyaya və patoloji meyil pozuntularına səbəb olur. Bütün bunlar psixiatriyanın dairəsinin genişlənməsinə, onun tərkibindən bir çox müstəqil sahələrin – psixoterapiya, narkologiya, uşaq və yeniyetmə psixiatriyası, herantologiya və i.ə. inkişaf etməsinə səbəb olmuşdur. Bu isə, öz növbəsində, psixiatriya yardımının genişlənməsinə, psixoprofilaktika üsullarının zənginləşməsinə səbəb olmuşdur.

## V FƏSİL

### FREYDİZM, NEOFREYDİZM VƏ ONLARIN MAHİYYƏTİ HAQQINDA

Freydizm XIX əsrin sonu XX əsrin əvvəllərində meydana gəlmiş, qərb aləmində qısa müddət ərzində fəlsəfə, ədəbiyyat, incəsənət, psixologiyaya, təbabətə və ümumiyyətlə, insanın həyatı ilə bağlı olan bütün sahələrə nüfuz etmişdir. Onun banisi Avstriya psixiatri və psixoloqu Ziqmund Freyddir. Freydin adı ilə bu elmi cərəyan *f r e y d i z m*, Freydin özü isə onu «*p s i x o a n a l i z*» adlandırmışdır.

Z.Freyd milliyyətçə yəhudidir. Burjua Avstriyasında yəhudi özünə üç sənətdən birini seçə bilərdi. O, ya hüquqşünas, ya tacir, ya da həkim ola bilərdi. Təbabət Z. Freydə tamamilə xoş gəlməsə də, məcbur oldu ki, Vyana universitetinin tibb fakültəsinə daxil olsun. Beləliklə, gələcək burjua cəmiyyətinin ən görkəmli şəxsiyyətlərindən biri hesab olunan Z.Freyd özünün həyat salnaməsinə belə həvəssiz başladı.

Z.Freydə görə insanın davranışı ictimai inkişaf qanunları ilə deyil, irrasional (latınca «*irrationalis*» – şüurla idarə olunmayan deməkdir), şüursuz psixi qüvvələr tərəfindən idarə olunur. Guya o, öz mühiti ilə daima gizli münaqişə vəziyyətindədir, intellekt-instinktiv meyilləri başqalarından gizlətmək üçün aparatdır. Freyd insanın bütün hərəkətlərini, tarixi və ictimai hadisələri şüursuz meyillərin, ilk növbədə, seksual meyillərin təzahürü kimi təhlil edirdi.

Freyd insanın psixikasını 3 hissəyə bölür, «psixikamızın ən vacib və bütünlüklə üstünlük təşkil edən hissəsi *t ə h t ə l ş ü u r d u r*» (*ş ü u r - s u z l u q*) deyirdi. Bu sfera Freyd tərəfindən «O» adlandırılmışdır. Təhtəlsüür və ya şüurdankənar sferada insanın özünü idarə etməsini, daxili aləmi müəyyən edən hərəkətverici qüvvələr cəmləşmişdir. Freydə görə, şüurdankənar sfera öz enerjisini onun əsasında dayanan instinktlərdən, ehtiraslardan, şəhvət və arzulardan, başlıcası isə cinsi və məhvetmə-dağıtma instinktlərindən alır. Təhtəlsüürün əsas prinsipi isə məmnunluq, razılıq prinsipidir ki, bu da ağrı və əziyyətdən, xoşagəlməz hallardan qaçmaq, zövqə, nəşəyə can atmaqdır.

Freyd belə hesab edirdi ki, insanın ruhunda, iç dünyasında elə şeylər olur ki, həmin şəxs onlardan xəbərsiz qalır, əslində insan öz daxilində nə

varsa, deməli onunkudur, deməli onu bilir (və bilməlidir), ancaq bilmir ki, bilir. Freyd insanın ruhunda yaşayan, bilmədiyi «bildiklərinin» çoxunu şüurdan kənara, şüuraltına aid edirdi. Şüuraltı necə yaranır? Freydə görə körpəlikdən bizdə «libido» – seksual meyil, həzz almaq istəyi güclü olur, qadağan olunanları pozmaq, ona nail olmaq insana xüsusi ləzzət verir. Ona görə də libido tez-tez ya qəlbində, ya da aşkar şəkildə insanı bəzi əxlaq pozuntularına yol verməyə məcbur edir. Lakin insan etdiyi və düşündüyü ayıbın ayıblığını başa düşür. Şüurda belə bir xüsusiyyət vardır: bir şeyi özünə qəbahət, pis, dözülməz sayırsa onu unutmağa çalışır. İnsan pis əməlləri, faciəni unutmasa xəstəliyə düşər olar, yaşaya bilməz. Şüur ona əziyyət verən, onu utandıran şeyləri özündən qovmağa cəhd göstərir. Bəs sıxışdırıb hara atır? Sözsüz öz bədənindən kənara yox, daxilində yerləşən şüurun qaranlıq (dərin) qatına. Beləliklə, şüurun aydın hissəsindən sıxışdırılan nə varsa hamısı şüurun bu qaranlıq qatında toplanır. Təhtəlşüuru – qaranlıq dünyanı Freyd cəhənnəm adlandırırdı, çünki burada pis, ayıb, ağrılı istəklər toplanmışdır. Burada dəhşətli psixi enerji vardır. Mənfi qüvvəyə malik enerjinin miqdarı o dərəcəyə çatdı ki, axırda vurub bütün mənəviyyəti darmadağın edir. Ona görə də şüuraltında olanlar şüurun aydın səthinə qayıdıb işlənməyə, onlara əzab verən enerjiden azad olmağa can atır. Freyd şüuraltında olanların enerjilərin sərf etmək üçün öz formasını (bəzən məzmununu) dəyişməklə üzə çıxması variantlarını da aşkar etmişdir. Onlardan biri *s u b l i m a s i y a d ı r*. O, belə hesab edirdi ki, fantaziyalar, xəyallar, bir çox yuxular sublimasiya formasıdır. Bu barədə bir qədər sonra məlumat veriləcəkdir.

Psixikanın III qatını *s e n z u r a* təşkil edir. Bu şüurla şüursuzluğun arasında yerləşən, xüsusi vəzifəsi olan qatdır. Senzuranın vəzifəsi lazımsız, ayıb sayılan arzuların şüursuz (qaranlıq) qatdan şüurlu (aydın) qatı keçməsinin qarşısını almaqdır. Freydə görə bütün psixi fəaliyyət belə bir sxem əsasında həyata keçirilir: şüursuzluq geniş bir dəhlizdir. Bu dəhlizdə hər bir şəxsin özünə uyğun psixi hərəkətləri qaynayır. Dəhliz ensiz eyvan vasitəsilə bir otaqla birləşir. Həmin otaqda şüur sakinlik edir. Eyvanda daima «gözetçi» növbə çəkir (Freydin senzura adlandırdığı sahə). Gözetçi hər bir psixi fəaliyyətə diqqət yetirir, xoşuna gəlməyənləri dəhlizə buraxmır. Senzuranın dəhlizə buraxdığı istəklərin hamısı şüurda canlanır. Buraxılmış istəklər o vaxt şüurlu hesab edilir ki, həmin arzu və fikirlər şüuru özünə cəlb edə bilsin. Təhtəlşüurun əsas hərəkətverici qüvvəsi yuxarıda dediyimiz instinktlərdir. Başlıcası isə cinsi instinktdir. İnsanın özünə təbə olmayan, necə deyərlər, ram edilməyən cinsi aclıq enerjisi – libido özünün «şüaları» ilə insanın bütün fəaliyyətinə, emosiyalarına təsir göstərir. Freydə görə beynin anatomiyası ilə heç bir əlaqəsi olmayan psixika-

nın quruluşu belədir. Göründüyü kimi, Freyd insanın psixi fəaliyyətini bir növ qeyri-ənənəvi, özünəməxsus formada başa düşürdü. Şübhəsiz, bu Freydin, hər şeydən əvvəl, idealist bir mövqedə durmasından irəli gəlirdi.

Freyd öz nəzəriyyəsini panseksualizm prinsipi üzərində qurmuşdu. Ona görə seks insanın xasiyyətini, hərəkət və fəaliyyətini, ümumiyyətlə, bütün varlığını müəyyən edən bir amildir. «Seksual tələbatın ödənilməməsi əsəb-psixi xəstəliklərin yaranmasında başlıca rol oynayır» – deyirdi.

Yeri gəlmişkən qeyd etməliyəm ki, seksual sferanın xəstəliklərin törənməsində rolu barədə fikir yeni deyildir. Bu haqda görkəmli rus fizioloqu İ.M.Seçenov Freyddən xeyli əvvəl öz mülahizələrini söyləmişdir. İ.M.Seçenov göstərmişdir ki, hər 10 qadından 9-unda seksual ehtiraslarla cinsi münasibətin yarıtmazlığı arasındakı ziddiyyət nəticəsində nevroitik halların əmələ gəlməsi mümkündür. Bəs bu nəzəriyyənin ilk elementləri Freydin fikrinə necə gəlmişdir? O, öz ilkin müşahidələrində insanın daxili aləminin mürəkkəbliyinə, nevroza tutulanların və tam sağlam şəxslərin sarsıntılarına, boğulmuş ehtirasların, konfliktlərin uzaq nəticələrinə diqqət yetirmişdir. Bəlkə də rast gəldiyi maraqlı bir təsadüf yeni bir konsepsiya yaratmaqda ona kömək etmişdir. Bu məşhur «Anna» hadisəsidir. Bu əhvalatı Freydin həkim dostu Brayer söyləmişdi. Həkimin yanına gələn gənc bir qız uzun müddət ölüm ayağında olan atasına qulluq etdikdən sonra xəstələnmişdi. Xəstənin uzun müddət keçirdiyi gərginlik nəticəsində ayaqları iflic olmuşdu. Anna bu məlumatları həkim tərəfindən hipnoz vəziyyətinə salındıqdan sonra söyləmişdir. Bəlli olmuşdur ki, onun psixikasına sarsıdıcı təsir göstərən amil atasının ölümü olmuşdur. Brayer belə bir qənaətə gəlmişdir ki, qız atasına qulluq etdiyi dövrdə onun fikirlərində hər hansı bir arzu yaranmış (məsələn, ola bilsin ki, rəqs etmək arzusu yaranmış, lakin şəraitlə əlaqədar olaraq bu fikirdən əl çəkməyə məcbur olmuş), sonra isə bu arzunu unutmağa çalışmışdır. Əlbəttə, bu arzu onun yaddaşından izsiz keçib getməmişdir. Məhz, ayaqların iflici də bu arzunun həyata keçməməsi nəticəsində yaranmışdır. Brayer belə qənaətə gəlir ki, o, yeni bir xəstəliyin səbəbini tapmışdır, Bunun əsasında da o öz müayinə metodunu irəli sürür. Brayer metodunun mahiyyəti ondan ibarət idi ki, xəstəni hipnoz vəziyyətinə salaraq xəstəliyin əmələgəlmə şəraitini və həmin dövrdə xəstənin keçirdiyi iztirabları söyləməyə məcbur etməklə müsbət nəticə əldə etmək olar. Bu əhvalatı eşitdikdən sonra Freyd cavab verməyə tələsmədi. Bunun üçün xeyli düşünməli oldu.

Freydə görə insanın fəaliyyəti iki əsas prinsipə tabedir: 1) razılıq (qənaətlənmək); 2) reallıq. Birinci prinsipin əsasında şüursuzluq dayanır və bu prinsipin tələbinə müvafiq olaraq insan instinktiv nəşəyə, zövqə can atır, qəmdən, kədərdən qaçır. Bu prinsip adamı xarici aləmi dərk edənə-

dək onun psixi fəaliyyəti üzərində hökmranlıq edir. Körpə uşağın hərəkətlərinə diqqət yetirin. Uşaq yeni gördüyü bütün əşyalardan zövq almağa çalışır. Bunu Freyd uşağın erotik zövqü ilə əlaqələndirirdi. Anasının döşünü əmərkən də, barmağını sorarkən də, defekasiya aktı zamanı da uşaq sanki zövq alır. Freydə görə bunların hamısı uşaq üçün cinsi akta ekvivalent proseslərdir. Freyd yazmışdır: «Əgər körpə uşaq öz məqsədini izah edə bilsəydi, o yəqin deyərdi: anasının döşünü əmmək onun üçün ən vacib həyatı prinsipdir. Bu, onun uşaqlıq təsəvvürünə görə o qədər də səhv deyildir. Çünki o, bu aktla özünün «ən böyük həyatı tələbatını ödəmiş olur».

Freydin «birinci qida, ikinci cinsi tələbat» konsepsiyası qərb aləmində məşhurdur. Uşağın həyatında iki ən vacib arzusu vardır: aclıq və erotik hisslərini ödəmək. Freydə görə uşaq üçün aclıq və məhəbbət arasında heç bir fərq yoxdur. Hər ikisi paralel gedən proseslərdir. Uşaq böyüdükcə tədricən reallıq prinsipi öz hökmünü göstərməyə başlayır. Uşağı razılıq prinsipinin tələb etdiyi kimi hərəkət etməkdən çəkindirirlər, bəzi qadağalar qoymağa başlayırlar. Daha doğrusu, real həyatın tələbinə uyğun hərəkət etməyə (çılpaq gəzməyə, barmağını sormağa qoymurlar və s.) məcbur edirlər. Reallıq prinsipi razılıq prinsipi ilə mübarizəyə girir, konfliktlər düynü yaranmağa başlayır.

Freyd məqalələrinin birində yazmışdır: «Uşağa parıldayan, əlvən əşyalar xoş gəlir. O, əlini həmin şeylərə doğru uzadır, çalışır ki, onları əldə edib zövq alsın. Lakin bu an başqa bir qüvvə, ana uşağın əlinin üstündən vurur, «olmaz» əmri verir. Bəli daxili instinktiv cəhdlər reallıqla qarşılaşır. Külli miqdarda ictimai, əxlaqi məhdudiyyətlər tədricən «qadağan» sisteminə çevrilir. Artıq uşaq başa düşür ki, nəyi olar, nəyi olmaz.

Uşaq həyatının ikinci ilində əks cinsli valideynlərinə qarşı sevgi hissi göstərməyə başlayır. Bu andan etibarən hər bir uşağın psixikasında «Edip çarının faciəsi» başlayır. Rəvayətə görə «Edip çarı faciəsində» amansız taleyin hökmü ilə Edip atasını öldürür və anası ilə evlənir. Bu faciənin uşağın psixikasında yaranmasını Freyd *E d i p k o m p l e k s i* adlandırmışdır. Bunun mahiyyəti odur ki, oğlan uşağı öz anasına, qız uşağı isə atasına qarşı təmiz sevgi ehtirası göstərməyə başlayır. Oğlan uşağı həm atasına paxıllıq edir, eyni zamanda özünü atasına oxşadır, onunla özünü eyniləşdirir, onu sevir. Ata, oğul üçün həm idealdır, onu sevir, həm də atasına ölüm arzulayır, eyni zamanda ondan qorxur. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, oğlan uşağı anasına, seksual həvəs göstərdiyi vaxtdan onda yaxın qohumla cinsi əlaqənin qadağan olunması haqqında ictimai-əxlaqi davranış qanunları formalaşır.

Freydin təsəvvürlərindən xəbərdar olan gənc ailələr təntənəli surətdə

söz verdilər ki, onlar uşaqlarının seksual tərbiyəsinə xüsusi diqqət yetirəcək, hər hansı bir çətinliyə rast gəlsələr dərhal Freydə müraciət edəcəklər. Normal inkişaf edən 4 yaşlı Hans adlı bir uşaqda nevrotik vəziyyət əmələ gəlir. Uşağın valideynləri Freydə müraciət edib, kömək etməsini xahiş edirlər. Freyd Hansın valideynlərinə məsləhət görür ki, onlar uşağa tam sərbəstlik versinlər, belə ki, uşaq fikrinə gələn bütün ifadələri söyləsin. Bir müddət keçdikdən sonra uşağın atdan qorxduğu məlum olur. Uşaq söyləyir ki, kiminsə atdan yıxılmasını görmüş, nevroz halı da bundan sonra yaranmışdır. Freyd bu hadisəni belə izah etmişdir. Edip kompleksinə görə uşaq öz anasına cinsi həvəs göstərdiyindən atasının ölməsini arzular. Ancaq buna gücü çatmadığından daxili gərginlik keçirməyə məcbur olur. Hans atasını atla eyniləşdirir və ona elə gəlir ki, atası onu anasına məhəbbət göstərməsinə görə axtalayacaqdır. Ona görə də atdan qorxma hissi (Freydə görə at atanın simvoludur) meydana çıxmışdır. Uşaq arzu edir ki, atası da at kimi yıxılıb məhv olsun. Eyni zamanda bunu istəmir, çünki atasını sevir, özünü ona bənzətməyə çalışır.

Freydə görə həyatda insanın başlıca məqsədi instinktiv tələblərini ödəmək, zövq almaqdır. Lakin cəmiyyətdə mövcud qanunlar buna mane olur. Ona görə də şəxsiyyətlə cəmiyyət qanunları arasında münaqişə yaranır. Freyd yazmışdır: «...mədəniləşməyin bizim bədbəxtliyimizdə xeyli rolu vardır. Biz o vaxt xoşbəxt ola bilərik ki, mədəniləşməkdən əl çəkək və ibtidai həyat tərzinə keçək». Başqa sözlə, xoşbəxt olmaq istəyirsənsə heyvani instinktlərin ödənilməsinə çalış və ya mədəniyyətin müasir nailiyyətlərindən istifadə etməklə öz xoşbəxtliyindən əl çək. Freyd ictimai qaydalara, mədəni yaşayış və əxlaq normalarına əməl etməyin xoşbəxtliyə mane olmasını qeyd edərək məsləhət görürdü ki, sivilizasiyadan əl çəkməklə insan «xoşbəxt» ola bilər. Təsədüfi deyil ki, 60-cı illərdə Avropada meydana gəlmiş Xippi hərəkətinin fəalları özünün təsis qurultayında (1964-cü ildə İngiltərənin Liverpul şəhərində) rəyasət heyətinin başı üstə Freydin portretini və şüarlarını asmışdı. Bildiyimiz kimi Xippilər burjuva cəmiyyətinə, müasir sivilizasiyaya öz narazılıqlarını bildirərək meşələrdə, mağaralarda yaşamağa başladılar. Belə gənclər bütün nemətlərdən, mədəni yaşayış formalarından imtina edir, instinktiv tələblərini; o cümlədən, seksual tələblərini necə gəldi həyata keçirir, cinsi əlaqə məhdudiyyətini rədd edir, özlərini əsl azad şəxsiyyətlər hesab edirdilər. Onlar qədim qəbilə icmalarını xatırladırdılar. Cinsi əlaqə heç bir qohumluq nəzərə alınmadan həyata keçirilirdi.

Freydin bütün əsərlərinin üzərindən qırmızı xətlə belə bir fikir keçir: insanların ruhi-əsəb xəstəliklərinə tutulmasının yeganə səbəbi ictimai qanunlarla cinsi instinktlər arasında baş verən ziddiyyətdir, O, deyirdi ki,

əgər cinsi münasibətlər sahəsində bütün məhdudiyyətlər aradan götürülərsə, insan onun azad məhəbbəti yolunda duran hər şeyi məhv etməyə qadir olarsa, o, öz xoşbəxtliyini təmin edər və xəstələnmez. Freyd insan cəmiyyətinin meydana gəlməsində, şüurunun formalaşmasında marksist dünyagörüşləri inkar edir, başlıca amil əməyi deyil libidonu hesab edirdi. Belə güclü libido insanın daxilində sakit tabelik vəziyyətində qala bilməzdi. Bu insanları yaradıcı əməklə, incəsənətlə, elmlə və başqa ictimai fəaliyyətlə məşğul olmağa vadar etdi. İnsan öz cinsi tələblərini təmin edə bilmədiyindən ictimai fəaliyyətə müraciət edir – «Sublimasiya yolunu seçir». Bəs Freyd sevgi haqqında nə deyirdi. O, insanlar arasındakı sevgini heyvanların cinsi münasibətləri ilə eyniləşdirir və bunların arasında prinsipial bir fərq görmədiyini söyləyirdi.

Yuxarıda qeyd edildiyi kimi Freydə görə, insanın məhəbbətinin əsasını məşhur Edip kompleksi təşkil edir. İlk baxışda adama elə gəlir ki, kişi qadını ona görə sevir ki, o, xoşu gəlidiyi adamdır, sadəcə olaraq qadındır. Əslində isə ona görə sevir ki, qadın onun hələ uşaq ikən seksual ehtiras göstərdiyi anasının əvəzedicisidir. Kişi qadın üçün onun atasının yerini tutmuş adamdır. Bundan əlavə kişi qadında olmayan və qadın üçün çox zəruri olan bir çox anatomik xüsusiyyətləri özündə əks etdirən obyektiv varlıqdır. Kişi qadın üçün ona uşaq bəxş edə biləcək yeganə canlıdır. Buradan belə nəticə çıxarmaq olur ki, qadın ana olmağa cəhd edir. Lakin Freydə görə qadın ana olmaq kimi çox nəcib bir işə cəhd etmir. Uşağın doğulması ana üçün yalnız onda olmayan cəhəti ödəməyə çalışarkən etdiyi mübarizənin, təşəbbüsün nəticəsidir. Bu təşəbbüsün səbəbi isə onun kişiye qarşı həsəd aparmasıdır. Beləliklə, Freyd analıq kimi şərəfli bir adı, uşağın dünyaya gəlməsini mürtəce şəkildə, yanlış başa düşür, guya bunlar, qadın öz cinsi ehtirasını ödəyərkən törənən nəticədir. «Əslində heç bir qadını ana olmaq qətiyyən düşündürmür!».

Freydə görə rəssamın, yaxud hər hansı bir incəsənət xadiminin yaradıcı fəaliyyəti seksual enerjinin senzuranın hakimiyyəti altından çıxmasından başqa bir şey deyil. Bütün bu yaradıcılıq prosesinin əsasında cinsi fəaliyyət enerjisinin ictimai fəaliyyətə çevrilməsi dayanmışdır. Ona görə də yaradıcılıqla çox məşğul olan adamlarda seksual enerji getdikcə tükənməyə doğru gedir. Şair ona görə şer yazır ki, onun libido enerjisi ilhama çevrilir və şair qələmindən gözəl əsərlər yaranır.

Freyd, Leonardo da Vinçinin işlərində nəinki onun həyatını, həm də elmi-bədii fəaliyyətini seksuallaşdırır və göstərir ki, Leonardo da Vinçi keçmişdə öz anasına yönəltdiyi seksual ehtiraslarını təhtəşüur sferasına doğru sıxışdırıb çıxara bildi və həmin ehtirasları fantaziya aləminə çevirdiyi bir dövrdə guya rəssam olmuşdur. Leonardonun dünyada çox məşhur

«Monna Liza» (Çakonda) əsəri Freyde görə, oğlunun anaya olan seksual həvəsinin rəssam qələmi ilə əksindən başqa bir şey deyil. Guya Leonardo, Monna Lizanı gördükcə sanki anasını görür, bu şəkil anasının simvolidur.

Freydistlər müharibə tərəfdarlarına bəraət qazandıraraq, müharibənin səbəbini insanların öz daxili aləmində, onların vəhşi təbiətində görürdü. 1932-ci ildə məşhur fizik Albert Eynşteynin sülh uğrunda mübarizəyə qalxmaq çağırışına Z. Freyd açıq məktubla cavab vermişdir. O, məktubunda yazırdı ki, hər bir canlı varlığın, eləcə də insanın psixikasında «ağresiya» yaxud «dağıtma» instinkti dayanmışdır. Bu instinkt insanı həyatı məhv etməyə, onu materiyanı başlanğıc halına gətirməyə məcbur edir. Buna görə də müharibə təbii bir hadisədir. Freyde görə hər hansı bir cinayət etmiş adam yalnız qəlbinin səsinə, harayına cavab verir. Belə bir tələb guya insanın heyvani mənşəyindən irəli gəlir.

Freyd mürəkkəb genezə malik olan psixi xəstəliklərin səbəbini infantil-seksual hisslərdə görürdü. O, öz nəzəriyyəsinin əsas müddəalarına istinad edərək spesifik müalicə metodu irəli sürmüş və onu psixoanaliz adlandırmışdı. Bu metoda görə xəstəni müalicə etmək üçün ən əvvəl şüurdankənar sferaya sıxışdırılmış amilləri, nevrozların gizli səbəbini araşdırmaq lazımdır. Ona görə də, freydistlər yuxugörməni, səhvləri, böhranları analiz etməyi irəli sürürlər. Bu metoda görə həkim, düşüncəsi bir qədər keyləşmiş, yarıyuxulu vəziyyətdə olan xəstələrə öz fikirlərini ucadan söyləməyi təklif edir. Ancaq bir qaydanı gözləmək lazımdır ki, xəstə ağlına gələn bütün fikirləri utanmadan, cəsarətlə söyləməlidir. Belə spesifik psixoanalitik söhbətdə əsas rolu həkim oynayır. Söhbət zamanı xəstənin qəflətən dediyi hər hansı bir yanlış fikir psixoanalitik üçün xüsusi əhəmiyyətə malikdir və bunlar nevrozun əsl səbəbini aşkar edə bilər. Freyd göstərmişdir ki, xəstə ilə söhbətdə, həkimin ustalığı, xəstənin əsas məqsəddən uzaq fikirlər söyləməsinin qarşısını almaq, söhbəti sarsıdıcı təsir göstərən amil istiqamətinə yönəltməyi bacarmasıdır.

Psixoanalitik-həkim xəstənin psixikasını dərinləndirən təhlil etməyi, onun simvollar və arzularla dolu olan uşaqlıq həyatını öyrənib təhlil etməyi bacarmalıdır. Xaricdə bir çox psixoanalitiklər belə hesab edirlər ki, bu metod effektiv bir müalicə üsuludur. Qərb alimlərinin verdiyi məlumatlara görə nevrozlu xəstələri altı ay ərzində bu metodla müalicə etdikdə onların 63%-də sağalma və ya əhəmiyyətli yaxşılaşma müşahidə edilir.

1902-ci ildə Freydin ətrafında gənc və istedadlı həkimlərdən ibarət məsləkdaşlar qrupu toplanır. Bu andan etibarən psixoanalizin zəfər yürüşü başlanır və 5 ildən sonra bu təlim Avstriyadan çox-çox uzaqlarda özünə yer tapır. Klassik alman psixiatriyasının banilərindən biri E. Blöyler



Freyd məktub göndərir. İsveçrədə K.Yunq psixozanaliz cəmiyyəti təşkil edir. Buna bənzər cəmiyyətlər K.Abrahamın başçılığı altında Almaniyada və Ş.Ferençinin rəhbərliyi ilə Macarıstanda yaranır. Bir-birinin ardınca Freydin əsərləri nəşr olunur: «*Seksuallıq nəzəriyyəsi üzrə üç oçerk*» (1905), «*İsteriyanın analizindən bir parça*» (1905), «*Hazırcavablıq və onun şüursuzluğa münasibəti*» (1905). Bu əsərlərdə psixozanaliz təlimini təsdiqləyən və inkişaf etdirən çoxlu faktlar nəzərdən keçirilmişdir.

Neofreydizm freydizmin bəzi müddəaları eksperimental psixologiyanın, antropologiyanın, sosiologiyanın yeni nailiyyətləri ilə bir araya sığmadığından XX əsrin 30-cu illərində yeni nəzəriyyənin – neofreydizmin meydana çıxmasına səbəb olur. Əlbəttə, neofreydizm yeni, mütərəqqi bir nəzəriyyə olmayıb, freydizmin müasir şəraitə uyğunlaşdırılmış forması idi. Neofreydizmin yaradıcıları həmin dövrün görkəmli psixiatrları və psixoloqları E.From, A.Kardiner, K.Horni, Q.Sallivan və başqaları idi.

Neofreydizmin baniləri sosial-fəlsəfi problemlərə daha çox diqqət yetirərək, bəlkə də freydizmi düşdüğü böhran vəziyyətindən çıxarmağı qarşılarına məqsəd qoymuşdular. Neofreydistlər yazırdı ki, insanın mahiyyətini yalnız onun bioloji təbiəti müəyyən etmir, əsas rolu ictimai amillər oynayır. Ona görə də ictimai amillərin insan psixikasına təsirini öyrənməyi məsləhət görürdülər. Ancaq bu müddəanı da axıra qədər davam etdirməyərək, son nəticədə yenə də təhtəşüür anlayışına gəlib çıxırdılar. Freydistlərlə neofreydistlərin baxışları arasındakı fərqə diqqət yetirərkən belə bir fikrə gəlmək olur: təhtəşüür məfhumunu Freyd anadangəlmə, neofreydistlər isə ictimai-fəlsəfi amillərin təsiri ilə əlaqələndirirlər.

Hələ Freyd sağ ikən onun tələbələrindən bəziləri insan seksuallığının həlledici əhəmiyyət daşdığını iddia edən müəllimlərinə qarşı çıxış edirdilər. Söhbət ilk növbədə *Karl Qustav Yunqdan (1875–1961)* gedir. Hələ psixozanaliz nəzəriyyəsi ilə tanış olmazdan əvvəl Yunq kəşf etdiyi assosiativ testi ilə məşhurlaşmışdı. Freydlə işləyən müddətdə Yunq psixozanaliz metodlarını psixi xəstəliklər klinikasında tətbiq etməyə başladı. Onun yuxuların izahı haqqında yazmış olduğu əsərləri böyük əks-səda doğurdu. Lakin cinsi meyilin şəxsiyyətin əsası və nevroitik konfliktin mənbəyi kimi qiymətləndirilməsi məsələsində Freydlə razılığa gələ bilməməsi bu iki alimin bir-birindən uzaqlaşmasına səbəb oldu. Gələcəkdə Yunq «*Analitik psixologiya*» adlandırdığı yeni cərəyanın əsasını qoyur. Yunqun baxışlarına əsasən libidonu enerjiyə aid olan bir anlayış kimi başa düşmək lazımdır. Buna müvafiq olaraq, libido təkcə seksual deyil, istənilən digər tələbatların da ödənilməsinə yönələ bilər.

Yunq psixikanın 4 əsas funksiyasını göstərmişdir: *təfəkkür, emosiyalar, duyğular və intuisiya*. Bunların idarəsi daxili aləm (*introversiya*) və ya

xarici aləm (*ekstroversiya*) vasitəsilə həyata keçirilir. Buna əsaslanaraq, Yunq xarakterlərin yeni tipologiyasını təklif etmiş və iki şəxsiyyət tipi ayırd etmişdir: introvert (*özünə yönəlmiş, qapalı*) və ekstrovert (*xaricə yönəlmiş sosial fəallığa meyilli*). Əlkimyanın tarixindən götürülmüş bu anlayışlardan istifadə edərək, Yunq analitik terapiyaya öz modifikasiyasını vermişdir: *Müalicə «özününkü»nün açıqlanması və şüurun genişləndirilməsindən ibarətdir*. Yunqun terapiyasında patologiya zamanı şəxsiyyətin tamlığının pozulmasını göstərən yuxuların izah olunmasına xüsusi diqqət verilir.

Freyddən uzaqlaşmış psixoanalizin digər görkəmli nümayəndəsi A l f r e d A d l e r d i r . «İndividual psixologiya» adlanan təlim, məhz onun adı ilə bağlıdır. Freyddən fərqli olaraq, Adler şəxsiyyətə təsir edən faktorlardan bioloji deyil, sosial faktorları ön plana çəkir. Adlerin təliminin əsasında «*natamamlıq kompleksi*», kompensasiya, ifrat kompensasiya anlayışları durur. Belə ki, bədən orqanlarının inkişafında həqiqi və ya mövhum qüsurlar insanda natamamlıq hissi əmələ gətirir. Onu aradan qaldırmaq məqsədilə şəxs şüurlu və ya şüursuz surətdə özünün yaradıcılıq imkanlarını səfərbər edir. Məsələn, alçaqboylu adamlar cəmiyyətdə mənşə və hörmət qazanmağa can atır, səhhəti zəif olanlar inadkarlıqla idmanla məşğul olaraq öz qüsurlarını kompensasiya etməyə çalışırlar. Kompensasiya müvəffəqiyyətsizliyə uğradıqda nevroitik pozuntular meydana çıxır – insan xəstəliyin köməyi ilə özünə hüsn-rəğbət qazanmağa çalışır. Bəzən ifrat konsepsiya meydana çıxdığı hallarda həqiqi və ya təsəvvür olunan qüsurlar həddən artıq güclü təxəyyülə gətirir ki, bu da müstəsna nailiyyətlər şəklində özünü büruzə verir. Yalnız əlverişli sosial münasibətlər zəminində insan natamamlıq hissiyyətinə üstün gələ bilər. Əks halda şəxsiyyəti məğlubiyyətin etirafından süni surətdə müdafiə edən nevroitik simptomlar meydana çıxır.

Uzun illər Freydin ənənələrinə sadıq qalan, lakin sonralar ondan uzaqlaşan psixoanalizin daha bir nümayəndəsi Otto Rankdır (1884–1939). Onun freydizmdən uzaqlaşmasının səbəbi nevrozların inkişafında Edip kompleksini qəbul etməməsi olmuşdur. Freyddən fərqli olaraq, Rank uşağın doğularkən aldığı sosial travmanı aparıcı amil hesab edirdi. Rankın fikrincə, infantil seksuallıq doğum zamanı yaranmış təşvişə qarşı ikincili xarakter daşıyır. Məsələn, Ranka görə, mazoxizm doğuş zamanı duyulan ağrının ekvivalenti, sadizm isə uşağın bətdaxili həyatdan ayrılmasına qarşı etiraz reaksiyasıdır. Uşağın sonrakı inkişafı fərdi xüsusiyyətlərin meydana çıxması ilə bağlıdır. Özünü şəxsiyyət kimi müəyyənləşdirən insan «yox» sözünü işlədir və bununla da öz iradəsini ifadə etmiş olur, lakin öz iradəsini həyata keçirən şəxsə nədənsə imtina etdiyi şəxsə qarşı

günah hissi yaranır. İlk təşvişi xatırlayan şəxs qorxur ki, onu ana bətnindən qovduqları kimi ailədən də qovarlar. Nəticədə insanın özünü təsdiq imkanları məhdudlaşır. Şəxsiyyətin inkişafında Rank üç mərhələ ayırd edir:

1. *Öz tələbatlarını təmin etmək;*
2. *Özünün və özgələrinin tələbatları arasında münaqişə;*
3. *Avtonom yaradıcılıq «Mən»inin formalaşması.*

Öz müşahidələrinə əsaslanan Rank psixanalitik terapiyanın yeni formasını təklif etdi. Müalicənin əsas məqsədini Rank inisial təşvişi aradan qaldırmaqda və günah hissi doğurmada şəxsi iradəni həyata keçirməkdə görürdü. İradənin həyata keçirilməsi geniş sərbəstlik qazanmaq, indiki və gələcək hadisələri analiz etməkdə özünü göstərirdi.

K a r e n H o r n i (1885–1953) nevrozların səbəbini pasiyentlərin durmadan dəyişən sosial şəraitə uyğunlaşa bilməmələri və potensial imkanlarla real nəticələr arasında uçurumun əmələ gəlməsi ilə əlaqələndirirdi. Valideyn himayəsindən, qayğı və nəvazişdən məhrum olan uşaq, özünü tənha və köməksiz hiss etdiyi kimi, təhlükəsizlik hissini itirmiş yetkin insan da dünyada özünü aciz və zəif hiss edir. Məhz, təhlükəsizliyə nail ola bilməməklə bağlı yaranan təşviş nevrozların əsasını təşkil edir.

Seksual pozuntular və aqressiv davranış isə həmin təşvişin nəticəsi kimi izah olunur. Horninin fikrincə, artmaqda olan təşvişdən qorunmaq üçün insanlara tərəf hərəkət, insanlardan uzaqlaşmağa doğru hərəkət və insanların əleyhinə doğru hərəkət meydana çıxı bilər. Bu istiqamətlərdən hər hansı birinin üstünlük təşkil etməsi nevroitik şəxsiyyəti formalaşdırır. Bu zaman ya xidmətkeş, hamıya rəğbət göstərən adam, ya cəmiyyətdən ayrı düşmüş, soyuq təbiətli insan, ya da hökmlü, aqressiv şəxsiyyət formalaşır. Horninin qadın seksuallığına həsr olunmuş işləri böyük şöhrət qazanmışdır. O, haqlı olaraq göstərirdi ki, psixanaliz kişilər tərəfindən işlənilib hazırlandığından qadınların psixoseksual inkişafını əks etdirən bir çox aspektlər düzgün izah olunmamışdır. Horni pasiyentin öz problemlərini həll etmək üçün seçdiyi yolu analiz etməyi təklif etmiş və bununla psixanaliz texnikasını xeyli dəyişmişdir.

Horninin baxışları bir çox məqamlarda E r i x F r o m u n (1900–1980) ideyaları ilə səsleşir. Müasir cəmiyyəti tarixi inkişafda təhlil edən From belə bir qənaətə gəlir ki, insan fərdi azadlığa nail olduqca təhlükəsizlik hissini itirir. Odur ki, itirilmiş təhlükəsizlik hissini qaytarmaq məqsədilə şəxsiyyət «azadlıqdan qaçma» patoloji mexanizmlərinə əl atır. Fromun aqressiv və auto-aqressiv davranışa həsr etdiyi əsərləri böyük müvəffəqiyyət qazanmışdır. «*İnsanın ruhu*», «*İnsan destruktivliyinin anatomiyası*» kitablarında From müxtəlif tarixi şəxsiyyətlər – Hitler,

Himler, Stalini misal gətirərək destruktiv davranışın müxtəlif formalarını araşdırır. Fromun öz əsərlərində nağıl və əfsanələrə müraciət etməsi də çox böyük maraq doğurur. Freyddən fərqli olaraq, From burada seksual deyil, sosio-psixoloji və mədəni-tarixi aspektləri ön plana çəkir. Psixoterapiyanın əsas məqsədini From insanın mənliliyinə nüfuz etmək və onun yaradıcı qüvvələrini neqativ amillərdən azad etməkdə görürdü.

Müasir psixoanalizin formalaşmasında H a r r i S t e k S a l l i - v a n (1892–1942) böyük rol oynamışdır. Sullivan Freyd nəzəriyyəsinə yeni baxışlar gətirmiş ilk Amerika analitiki olmuşdur. Sallivana görə şəxsiyyət konsepsiyası hipotetik konstruksiyadır. Həqiqətən cərəyan edən real qarşılıqlı münasibətlərdir. Şəxsiyyətin fərdi təhlükəsizliyi ilə bağlı təşviş hissini Sullivan insanlar arasındakı qarşılıqlı münasibətlər baxımından qiymətləndirirdi.

İnsanın təşəkkül tapması onun valideynləri ilə qarşılıqlı münasibətləri kontekstində baş verir. Bu münasibətlər baxımından insanda özü haqqında rəy formalaşır (*məsələn, ana narahat olarkən, onun təşvişi möcüzəli şəkildə uşağa ötürülür və sonradan hər dəfə təhlükəsizliyinin pozula biləcəyini duyduqda təşviş meydana çıxır*). Şəxsiyyətin təşəkkül prosesinin birinci mərhələsində reallıq qeyri-mükəmməl qavranılır (*protaktik təfəkkür*). Sonradan bu, simvolik təfəkkürlə əvəz olunur, o da, öz növbəsində yerini sintaktik təfəkkürə verir. Bir tərəfdən şəxslər arasında qarşılıqlı münasibətlər yaratmaq tələbatı, digər tərəfdən təhlükəsizliyi itirmək qorxusu bu prosesi hərəkətə gətirir. Ona görə də Sullivan psixoanalitik terapiya fokusunda pasiyentin ətrafdakılara qarşı münasibətini qiymətləndirməyi təklif etmişdi. Psixoterapevtik prosesdə həkimin xəstəyə qarşı fəal mövqeyi həlledici rol oynayır.

Müasir psixoanalitiklərin baxışlarında olan fərqlərə və Freydin ilkin nəzəriyyəsiindən xeyli uzaqlaşmalarına baxmayaraq, psixoanaliz təliminin psixikanın struktur quruluşu, psixi proseslərin qeyri-şüuri xarakteri, psixoloji müdafiə mexanizmləri və s. haqqındakı müddəaları bu günə kimi öz əhəmiyyətini saxlamaqdadır.

## VI FSSSİL

**PSIXİ XƏSTƏLİKLƏRİN MÜALİCƏSİNİN  
ÜMUMİ PRİNSİPLƏRİ VƏ FORMALARI**

Psixi xəstənin müalicəsi eyni zamanda onun sosial-psixoloji korreksiyası və reabilitasiyasına yönəldilmiş tibbi təsir vasitələrindən: *müayinə və diaqnozun təyini, təcili yardım, müxtəlif dərman maddələri, psixoterapiya və başqa müalicə üsullarından istifadə etməklə kurs müalicəsinin aparılmasından* ibarətdir. Müalicə, əsasən, aşağıdakı istiqamətdə aparılır:

a). *Etioloji müalicə* – xəstəliyin meydana gəlməsinə səbəb olan amillərə qarşı yönəldilən.

b). *Patogenik müalicə* – xəstəliyin inkişaf və gedişindən irəli gələn patoloji mexanizmlərə qarşı yönəldilən.

c). *Kompensator müalicə* – patoloji prosesə qarşı orqanizmin müqavimət qüvvəsinin yüksəlməsinə və mühitə uyğunlaşmaya yönəldilən.

Əksər psixi xəstəliklərin əmələgəlmə səbəbi, aradan qaldırması mümkün olmadığına görə etioloji müalicə nisbətən az hallarda tətbiq edilir. Çox vaxt xəstəliyin bu və ya digər mexanizminə qarşı yönəldilən patogenik müalicədən istifadə olunur.

Etioloji müalicəyə infeksiyon, intoksikasyon, bəzi somatik, nevroloji xəstəliklərin, kəllə-beyin travması ilə əlaqədar olan psixi pozuntuların aradan qaldırılmasına yönəldilən tədbirlər aiddir. Müasir müalicə vasitələri və metodlarından istifadə edərək, əsas xəstəliyin və ya travmanın əmələ gətirdiyi psixi pozuntular və ya onun nəticəsinin aradan qaldırılmasına nail olunur. Psixiatriyanın tarixində bu ən çox proqressiv iflicin müalicəsində müşahidə edilir. Etioloji müalicəyə, həmçinin bəzi psixoloji problemlərin psixoterapiyasını və psixi xəstəliklərin psixo-sosial reabilitasiyasını da aid etmək olar.

Psixi xəstəliklərin müalicəsi praktikasında müxtəlif patogenik səviyələrdə terapeutik təsir haqqında, ancaq dolaylı mühakimə yürütmək olar. Çünki psixofarmakoloji preparatlar və ümumbioloji təsir göstərən müalicə vasitələri nevroloji fenomenlərə birbaşa təsir göstərmir. Psixotrop maddələri təyin edərkən terapeutik effekt o zaman maksimum həddə çatır ki, preparatın psixotropluğu patoloji halın bioloji mexanizmlərə uyğun olsun.

Kompensator müalicə xəstəliyin əmələgəlmə səbəblərinin, bu və ya

başqa mexanizmlərin bilavasitə aradan qaldırılmasına deyil, kompensator proseslərin stimulyasiyasına yönəldilmiş bioliji və sosial terapevtik təsirləri özündə birləşdirir. Psixi xəstəliklər zamanı işlədilən əksər dərman preparatları: qeyri-spesifik stimulyedici və sakitləşdirici dərmanlar kompensator təsir göstərir.

İstənilən müalicə üsulunun və dərman preparatının seçilməsi xəstənin fərdi xüsusiyyətlərini nəzərə almaqla aparılmalıdır.

Psixiatriya təcrübəsində tətbiq olunan əsas müalicə metodlarına aşağıdakıları aid etmək olar: 1) psixofarmakoterapiya; 2) cəngolma müalicəsi (ECT); 3) immunoterapiya; 4) pəhriz terapiyası; 5) məşğuliyyətlə müalicə; 6) neyrokoqnitiv korreksiya; 7) psixoterapiya və digər metodlar (autohemoterapiya, detoksikasiya, hemodializ, plazmofarez və s.). Göstərilən üsullarla yanaşı psixosomatik pozuntuların və psixi xəstəliklərin müalicəsində dərman maddələrinin geniş spektrindən, o cümlədən, antibiotiklərdən, vitaminlərdən, dezintoksikasion preparatlardan, fizioterapiyadan, sanator-kurort müalicə üsullarından və s.-dən geniş istifadə edilir. Psixiatriya praktikasında xəstə və əlillərin reabilitasiya sistemi xüsusi yer tutur. Müxtəlif dərman maddələrinin və müalicə metodlarının çoxluğu fərdi müalicə planının hazırlanması üçün geniş imkanlar yaradır.

Müasir psixiatriyada dərman maddələrinə qarşı fərdi həssaslığa aid həlli çətin olan problemlər çoxdur. Məsələn, nə üçün eyni bir preparat eyni patoloji pozuntu zamanı bir xəstədə yüksək, digər xəstədə isə zəif terapevtik effekt verir? Terapevtik rezistentliyi hansı mexanizmlər yaradır? Bu kimi digər suallar psixi xəstələrin patogenezinin, həmçinin dərman preparatlarının farmakodinamikası və formakokinetikasının dərin tədqiqatlarına aid olub, müxtəlif dərslər, monoqrafiya və elmi məqalələrdə işıqlandırılmışdır.

1. **P s i x o f a r m o k o l o j i m ü a l i c ə .** İlk dəfə 50-ci illərin əvvəllərində fransız psixiatrları Deley və Deniker aminazini (larqaktil) tətbiq etmişlər. Bir qədər sonra isə bu maddələrin külli miqdarda istehsalı başlanmışdır. Hazırda dünyanın bir çox ölkələrində müxtəlif cür təsir göstərən yüzlərlə psixotrop maddələr istehsal olunur. Bu maddələr, sözün əsl mənasında, psixiatriyada inqilab yaratmışdır. Məhz onların tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, psixiatriya xəstəxanalarında narahat, aqressiv xəstələri sakitləşdirmək mümkün olmuşdur. Bir çox xəstəxanalarda «açıq qapı» sistemi tətbiq olunmağa başlamış, ambulator yardımının həcmi genişlənməmişdir. Psixotrop maddələr xəstəliyin nəinki patogenezinə, eyni zamanda simptomatik, sindromoloji təsir qabiliyyətinə də malikdir. Psixotrop maddələri digər müalicə vasitələri ilə kombinə etmək, ev şəraitində uzun müddət qoruyucu müalicə kimi və profilaktika məqsədilə tətbiq etmək mümkündür.

2. **İ m m u n o t e r a p i y a .** Orqanizmin immunoloji reaktivliyini yüksəldən qeyri-spesifik müalicə vasitələri ilə (sulfazin, qanköçürmə, insulin və s.) yanaşı, son illərdə spesifik immunoterapevtik maddələrdən də (levamizol, dekaris, timolin, taktivin və s.) istifadə edilir. İmmunoterapevtik maddələr 3 növ təsir göstərir: 1) immunostimulyator, 2) immunosupressor, 3) immunomodulyator.

Şizofreniyanın müalicəsində immunomodulyatorlardan daha geniş istifadə üçün göstəriş vardır. Bu maddələrin təsiri altında immun sistemdə gedən pozuntular normallaşır. Məsələn, immunoqlobulinlərin, T və B-limfositlərin miqdarı yüksəkdirsə enir, enmişsə yüksələrək normallaşır. Məqsəd orqanizmin təbii müqavimət qüvvəsini yüksəltməklə, xəstəliyə qarşı mübarizəni gücləndirməkdir.

Levamizol (dekaris) 3–7 gündən bir, 150 mq dozada daxilə qəbul edilir. Müalicə kursu 2–3 həftə və daha çox davam edə bilər.

Taktivin 5–7 gün müddətində 1 ampula əzələ daxilinə yeridilir. Müalicə kursunu 2–3 həftədən sonra təkrar etmək olar. Daha güclü təsir göstərmək məqsədilə taktivin, dekaris, qammoqlobulin və «S» vitaminindən ibarət kombinəedilmiş metoddan istifadə edilir. Taktivin (5 inyeksiya, hər gün) və qammoqlobulin (həftədə 1 doza, cəmi 3 dəfə) inyeksiya şəklində; dekaris (həftədə 2 dəfə olmaqla, cəmi 4 dəfə) və «S» vitamini (hər gün 2–3 q, 10 gün) əzələ daxilinə yeridilir. Müalicə laborator müayinələrinin nəzarəti altında aparılmalıdır.

3. **İ n t e n s i v m ü a l i c ə ü s u l u .** Bəzi hallarda xəstəni yüksək dozada müxtəlif psixotrop və digər dərman maddələri yeritməklə intensiv müalicə etmək tələb olunur. Kəskin əlamətlərlə gedən febril katatoniya (hipertoksik şizofreniya), kəskin psixomotor əlamətlər və psixi avtomatizm sindromu ilə gedən formalarda, yüksək temperatur, bəzi infeksiya və intoksikasiya psixozlarda, yeməkdən və dərman qəbulundan imtina etmə hallarında intensiv müalicə üsulu yaxşı nəticə verir.

Bir qayda olaraq, intensiv müalicə zamanı dərman maddələri sistem vasitəsilə venaya və ya imalə etməklə düz bağırsağa yeridilir. Belə müalicəni aparmaq üçün xüsusi palata – intensiv müalicə palatası, yaxud reanimasiya və intensiv müalicə şöbəsi yaradılmalıdır. Son illərdə bir çox klinikalarda müvəffəqyyətlə tətbiq edilən detoksikasiya, hemodializ, plazmoforez və digər bu kimi müalicə üsulları da mövcuddur. Bu üsullar, xüsusilə plazmoforez bir sıra hallarda, məsələn, narkomaniyalar, alkoqolizm, hipertoksik şizofreniya və digər patoloji hallar zamanı yüksək terapevtik nəticələr əldə etməyə imkan verir. Plazmoforez əməliyyatını yaxşı olar ki, ultrabənövşəyi şüalandırma və əməliyyat zamanı itirilmiş plazmanın əvəz olunması ilə birlikdə aparılsın. Müalicə bir ay günəşırı 4–

5 seansdan ibarət olmalıdır. Tələb olunarsa əməliyyat 5–6 aydan sonra yenə də təkrar edilə bilər.

4. **L i t i o t e r a p i y a .** Farmokoterapiyanın bir növüdür. Litium duzlarının psixotrop xassəyə malik olmasını ilk dəfə Avstriya psixiatri Kade (1949) müəyyən etmişdir. Bu preparat, əsasən, affektiv pozuntular zamanı – maniakal və hipomaniakal vəziyyətləri aradan qaldırmıq, bəzi hallarda isə profilaktika məqsədilə tətbiq edilir.

Başlıca olaraq, litium karbonat və oksibutiratdan istifadə edilir. Sutkalıq doza 300–600 mq-dan (profilaktika məqsədilə) 1800–2400 mq-dəkdir (müalicə məqsədilə). Litium duzları ilə müalicə zamanı müntəzəm olaraq qanda onun miqdarı yoxlanmalıdır. Litiumun miqdarı 1,2 mmol/l-dən çox olarsa, müalicəni dayandırmaq tələb edilir. Xəstələr ürəkbulanma, öyümə, qusma, ümumi zəiflik və qarın ağrısından şikayətləndikdə litiumun qəbulu təcili dayandırılmalı, qanın müayinəsi aparılmalıdır. Bir sıra hallarda vegetativ, allergik dermatid, ürək ritminin pozulması, endokrin əlamətlər, diabetəbənzər hal müşahidə edilə bilər ki, bunlar da daha ciddi ağırlaşmaların olduğunu göstərir.

5. **P ə h r i z t e r a p i y a s ı .** Pəhriz müalicəsi keçən əsrin 60-cı illərindən başlayaraq müxtəlif psixiatriya klinikalarında tətbiq olunur. Müalicənin əsas məqsədi xəstələri bir neçə həftə müddətində (adətən, 20–30 gün) yeməkdən qismən və ya tamamilə məhrum etməkdir. Bu müddət ərzində xəstələr istənilən qədər maye – mineral sular (əsasən, barjom), itburnu meyvəsinin dəmləməsi və ya qaynadılmış su içə bilərlər. Acqalma müddətində xəstələrə təmizləyici imalə edilir, isti vanna və ya duş, fəal tənəffüs hərəkləri təyin olunur. Mütəxəssislərin fikrincə (prof. İ. C. Nikolayev) pəhriz müalicəsindən süstgedişli şizofreniya zamanı, digər müalicə üsulları səmərəli olmadıqda, hipertoniya, beyin aterosklerozu psixozlarında da istifadə edilə bilər. Maddələr mübadiləsini tənzimləmək, dezintoksikasion effekt yaratmaq və orqanizmi müxtəlif şlaklardan təmizləmək yolu ilə ümumi sağlamlığa, o cümlədən, psixi sağlamlığa təsir göstərmək tələb olunan bütün hallarda pəhriz terapiyasından istifadə etmək olar.

Müalicənin məsuliyyətli dövrü aclıqdan çıxmaqdır. Bu bir neçə gün müddətində, xüsusi qidalanma rejimi tətbiq etməklə həyata keçirilməlidir.

6. **M ə ş ǵ u l l u q t e r a p i y a s ı** – xronik psixi xəstəliklərdə, əmək qabiliyyəti itirəndə tutmalararası dövrdə geniş tətbiq edilən müalicə və profilaktika üsulu olmaqla, böyük ictimai əhəmiyyətə malikdir. Tibb işçilərinin nəzarəti altında, xəstələrin dərman müalicəsini dayandırmadan məqsədəuyğun əməyə cəlb olunması (qısaldılmış iş günü, mexanikləşdirilmiş yüngül iş və s.) güclü müalicə amilidir. Bu müalicə üsuluna ictimai təhlükəli hərəkətlərin profilaktikası və xəstələrin ictimai



vəziyyətini bərpa edən vasitə kimi baxmaq lazımdır. Məşğulluq terapiyasının tətbiqi nəticəsində xəstələr müalicə olunmaqla yanaşı, həm də ictimai təhlükəli əməllər etməkdən uzaqlaşır və ailəsinə maddi kömək göstərmək imkanı əldə edə bilər. Əmək terapiyasında hər bir xəstənin ümumi vəziyyəti və keçmiş peşəsi nəzərə alınmalıdır.

7. *P s i x o t e r a p i y a* – psixi təsir vasitələri ilə xəstəyə yardımın bütün cəhətlərini əhatə edən müalicə sistemidir. Başqa sözlə, bu xəstəni əhatə edən mühitin sağlamlaşdırılması və onun vasitəsilə xəstəliktörədən amillərin aradan qaldırılmasına yönəldilən müalicə metodudur.

Tibbi praktikaya daxil olan hər bir psixoterapiya metodunun əsasını müasir elmi istiqamətlərə istinad edən ali sinir sistemi fiziologiyası qanunları ilə uzlaşan baxışlar təşkil etməlidir. Psixoterapevtik təsir vasitəsinin ən geniş yayılmış və praktikada özünü doğrultmuş forması *h ə k i m i n s ö z ü d ü r*. Lakin həkimin işlətdiyi bütün sözləri terapevtik mahiyyətli ifadə hesab etmək olmaz. Həkimin sözü o vaxt xəstəyə müalicəvi təsir göstərir ki, o, xəstənin təəssürat sferasında müsbət reaksiya oyadaraq onu rühlandırsın, sağalacağına inam və həkimə qarşı etimad yaratsın. Məşhur psixonevroloq və psixoterapevt V. M. Bexterev demişdir ki, həkimlə söhbətdən sonra xəstə özünü yüngül hiss etmirsə, o, həkim deyil.

Təbiblərin deyil, bəzi din xadimləri, dərvişlər, dindarlar və bu kimi adamların xəstələrə göstərdikləri təsir, məhz psixoterapevtik təsir və təlqin effekti kimi qiymətləndirilməlidir. Bu baxımdan psixoterapiya vasitələrinin çox qədimdən mövcud olması məlum olur. Məşhur alim, həkim-terapevt B. C. Votçal demişdir ki, hər bir həkim onun öz istəyindən asılı olmayaraq, ilk növbədə, psixoterapevtidir. Onun təyin etdiyi dərmanların və digər müalicə üsullarının 60%-i psixoterapevtik təsir göstərir.

Psixoterapiyanın ümumi və xüsusi formaları vardır. Ümumi psixoterapiya hər bir həkimin müalicə arsenalında özünəməxsus yer tutur. Bu xüsusiyyət nəinki həkimin şəxsi keyfiyyətləri, biliyi, sözləri, eyni zamanda onun xarici görünüşü, müayinə və müalicə taktikası, müalicə müəssisəsinin səliqə və rahatlığı, divardan asılmış plakatlar, yazılar, orta və kiçik tibb işçilərinin rəftarı və s. amillərdə öz əksini tapır. Psixoterapiyanın mahiyyətini başa düşən hər bir həkim, bütün bu cəhətləri nəzərə almalı və öz gündəlik fəaliyyətində onlardan səmərəli istifadə etməlidir. Psixoterapiya üsullarından aşağıdakıları göstərmək olar:

1. Rasional (məqsədyönlü) psixoterapiya;
2. Psixoanalitik üsul;
3. Koqnitiv-davranış terapiyası;
4. Oyaq və hipnoz yuxusu altında təlqin;
5. İnterpersonal psixoterapiya;

6. Kollektiv və ailə psixoterapiyası;
7. Autoanalitik psixoterapiya (AAP);
8. Autogen məşq və s.

Ümumiyyətlə, müasir psixoterapiyanın müxtəlif ölkələrdə tətbiq edilən onlarla forma və variantları mövcuddur. Onların bəziləri haqqında bir qədər ətraflı:

*Rasional (məqsədyönlü) psixoterapiya* – tam oyaq halda, xəstə ilə məntiqi cəhətcə əsaslandırılmış izahedici söhbət formasında aparılan psixoterapiyadır.

Rasional psixoterapiyanı ilk dəfə tətbiq edən İsveçrə psixiatri və psixoterapevti P. Ş. Dübua olmuşdur (1912). Təlqinetmə formasından fərqli olaraq rasional psixoterapiya zamanı həkim xəstənin yalnız təəssürat sferasına deyil, daha çox intellektual-mühakimə sferasına təsir göstərir. Xəstənin sağlması, həkimin apardığı söhbət (söhbətlər silsiləsi) əsnasında xəstənin öz xəstəliyinin mahiyyətini başa düşməsi və ona qarşı münasibətin dəyişməsi nəticəsində baş verir. Deməli burada, həkimin əsas vəzifəsi xəstənin «qeyri-normal» mühakimələrini əks istiqamətə yönəltmək, yəni xəstəliyin əsl mahiyyətinin xəstənin təsəvvüründə yaranan düzgün münasibət olmadığını izah etməkdir. Dübua təklif etdiyi metodun sırf izahedici xarakterini ön plana çəkir, burada heç bir təlqinin olmadığını sübut etməyə çalışırdı. Əslində isə bu, heç də belə deyildir. Rasional psixoterapiyada həm təlqin, həm də inandırma, ən başlıcası isə həkimin şəxsiyyətinə yüksək etimad olmalıdır. Həkimin göstərdiyi psixoloji təsir xəstənin emosional sferasına təsir etmədən «müalicə effekti» kəsb edə bilməz.

Həkim, psixoterapevtik söhbətə başlamazdan əvvəl hərtərəfli anamnez toplamalı, dəqiq müayinə üsullarının nəticələrini (laborator, rentgen və s.) və digər həkim-mütəxəssislərin mülahizələrini öyrənməlidir. Bu psixoterapiya üsulu abstrakt fikirləşmə qabiliyyətinə malik olan, təfəkkür tipli şəxslərə tətbiq edildikdə daha səmərəli olur. Rasional psixoterapiya müxtəlif ipoxondrik sindromlar, fobiylar zamanı və daxili orqanların disfunktsiyalarında (psixosomatik pozuntularda) geniş tətbiq edilir.

*Psixooanalitik üsul.* Z. Freyd tərəfindən əsaslandırılmış bu üsul ən çox qərb aləmində yayılmışdır. Bu üsulun əsasını xəstəliyi yaradan «qapalı komplekslərin» şüursuzluq sferasından şüur sferasına çıxarmaq təşkil edir. Freyd sübut edirdi ki, tam etimad şəraitində aparılan söhbətlər nəticəsində xəstənin izzətlərinə səbəb olan amillər tapıldıqca xəstənin vəziyyəti yüngülləşir və tədricən sağalma baş verir. Psixooanalitik söhbət zamanı müxtəlif simvollara, o cümlədən, yüngülmələrə böyük əhəmiyyət verilir. Onlar xəstəliyin «qapalı əlamətləri» kimi qiymətləndirilir. Həkimin

başlıca vəzifəsi bu simvolları aşkar etmək, məzmununu təhlil etmək və beləliklə xəstəni onların mənfəi təsirindən azad etməkdir.

*Oyaq halda təlqinetmə* geniş yayılmış metodlardan biri olub, eyni zamanda digər mütəxəssislər tərəfindən də müvəffəqiyyətlə tətbiq edilir. Yerində deyilmiş həkim sözünün müalicəvi əhəmiyyətini nəzərə almaq qeyri-mümkündür.

Müalicə seansını aparmaq üçün həkim xəstəni rahat kresloda (divanda) otuzdurmali və ya ən yaxşısı çarpayıda uzandırmalıdır. Xəstəyə gözlərini yumub bütün əzələlərini boşaltmaq, gərginlik və təlaşdan azad olmaq təklif edilir. 5–10 dəqiqədən sonra xəstə, adətən, sakitləşir, bəzən isə hətta mürgüləməyə başlayır. Həkimin sözləri qısa, sadə və məzmunlu, bilavasitə xəstənin iztirablarını yüngülləşdirməyə yönəldilməlidir. Bütün xəstələr üçün vahid təlqin resepti yoxdur. Bunu həkim xəstənin yaşını, cinsini, intellektual-mədəni səviyyəsini, ən başlıcası isə xəstəliyin əsas sindromlarını nəzərə almaqla tərtib etməlidir. Bəzi psixoterapevtlər məşhur kəlamlar, alim və yazıçıların ifadələrindən istifadə edirlər. «Ümidini üzən ümitsiz qalar», «Səndən hərəkət, məndən bərəkət», «Hər gecənin bir gündüzü, hər dərddən də, bir çarəsi var», «Dərdini söylə dağlara, dərddən dağılsın», «Dərd dərd gətirər» və s.

Oyaq halda təlqindən, hipnoza qarşı həssaslıq zəif olduqda və digər əks-göstərişlər zamanı istifadə edilir. Müxtəlif fobiyalarda (kardiofobiya, kanserafobiya, spidofobiya və s.), nevrotik sindromlarda, uşaq nevrozlarında müvəffəqiyyətlə tətbiq oluna bilər. İnfarkt və insult keçirmiş xəstələrə imperativ tonda təlqinetmə məsləhət görülmür.

*Hipnoz yuxusu altında təlqin.* Bu üsulun başlıca cəhəti xəstəni hipnoz vəziyyətinə salmaq və sonra lazım olan təlqin müalicəsini tətbiq etməkdir. Hipnoz anlayışının fizioloji mahiyyəti indiyədək tam aydınlaşdırılmamışdır. Bir çox alimlər onu normal yuxunun bir variantı kimi qəbul edir. İ.P.Pavlova görə adi yuxu beyin qabığının yayılmış, hətta bəzi qabıqaltı sahələri də əhatə edən ləngiməsidir. Hipnoz yuxusu isə hissəvi ləngimə olub beyin qabığında «gözetçi məntəqələrin» olması ilə fərqlənir. Hipnoz edən, həmin «gözetçi məntəqə» vasitəsilə hipnoz olunanla əlaqə saxlayır, lazım olan əmrlər verir və ya təlqin sözləri deyir.

Xəstəni hipnoz yuxusu ilə yatırmazdan əvvəl onu hərtərəfli müayinə etməli, eyni zamanda hipnoza, daha doğrusu, təlqinə həssaslıq dərəcəsi müəyyənləşdirilməlidir. Bəzi alimlərin verdiyi məlumatlara görə hipnoterapiyaya cəlb edilən adamlar arasında təlqinə həssaslıq 60–70% təşkil edir. Əlbəttə, hipnoz edənin təcrübəsindən və məharətindən asılı olaraq bu göstərici xeyli azalıb çoxala bilər.

Hipnoz yuxusu yaratmaq məqsədilə müxtəlif qıcıq mənbələrindən (parıldayan əşya, işıq, isti, monoton səs, tıqqıltı və s.) istifadə edərək, ana-

lizatorlara (eşitmə, görmə, dəri və s.) təsir göstərilir. Söz vasitəsilə təlqin etməklə hipnoz yuxusu yaratmaq daha geniş tətbiq olunur. Bu məqsədlə xəstə lazımı müayinə və hazırlıqdan sonra kreslodə otuzdurulur (divanda uzana da bilər). Onun diqqətini hər hansı bir nöqtədə cəmləşdirdikdən sonra təqribən aşağıdakı məzmununda təlqin ifadələrindən istifadə etmək olar:

«Gözlərinizi həmin nöqtədən ayırmadan mənim sözlərimi diqqətlə dinləyin. Bir qədər sonra qolların, ayaqların və nəhayət bütün bədəninizi ağırlaşdığını hiss edəcəksiniz. Eyni qaydada göz qapaqlarınız ağırlaşmağa başlayacaq və sonra onları yumaraq, yatmağa başlayacaqsınız. Ona qədər sayıram, 10 sayanda göz qapaqlarınız yumularaq rahat və sakit müalicə yuxusuna qərq olacaqsınız. Bir..., iki..., üç..., qollarınız yavaş-yavaş ağırlaşır, ağırlıq bütün bədəninizi əhatə edir... Dörd..., beş..., indi isə göz qapaqlarınız ağırlaşmağa başlayır... Altı..., yeddi..., aramla, dərinədən nəfəs alın. Gözləriniz qaralır, bədəninizi xoş bir rahatlıq bürüyür... Səkkiz..., doqquz..., artıq gözlərinizi açıq saxlaya bilmirsiniz, iradənizdən asılı olmayaraq, onlar yumulmaq istəyir... On... Gözləriniz tamamilə yumulur, rahat və tam istirahət edin, daha dərin yatın...»

Əlbəttə, təlqinin məzmunu daha geniş və başqa ifadələrdən də ibarət ola bilər. Başlıca şərt deyilən sözlərin təlqin gücünü artırان amillərdən asılıdır. Sözləri monoton səslə, aramla, inandırıcı şəkildə söyləmək lazımdır. Başlıca şərtlərdən biri də müntəzəm məşq etmək və müvafiq təcrübə toplamaqdır. Hipnozla müalicə üsulunun bütün cəhətləri müvafiq psixoterapevtik ədəbiyyatda geniş təsvir edilmişdir.

Hipnoz yuxusu altında təlqin etməklə müalicə bir çox xəstəliklərdə: nevrozlarda və nevrotik sindromlarda, psixosomatik pozuntularda, bronxial astma, stenokardiya, hipertoniya və şəkər xəstəliyində, bir sıra dəri xəstəliklərində, uşaqlarda enurez zamanı müvəffəqiyyətlə tətbiq edilə bilər.

Bu müalicə üsulunu tətbiq etməyə əks-göstəriş oyaq halda təlqin etmə üsulunda olduğu kimidir. *Narkohipnoz* zamanı xəstənin venasına heksonal (10%) və ya tiopental-natrium məhlulu yeritməklə yuxu əmələ gətirilir. Lakin xəstəni yatmağa qoymur və birbaşa müalicəvi təlqinə başlayırlar. Bəzi hallarda xəstəyə yatmağa imkan verirlər. Müalicə seanslarının sayı xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini və şəxsin bu müalicə üsuluna münasibətini nəzərə almaqla 8–10 və daha çox ola bilər. Adi üsulla hipnoz mümkün olmadıqda narkohipnoz üsulundan istifadə edilir. Mütəxəssislər bu üsulu, məşqedici, korreksiyaedici və tonuslandırıcı psixoterapiya hesab edirlər.

*Kollektiv psixoterapiya.* Eyni zamanda bir neçə nəfər xəstə ilə aparılan qrup və kollektiv formaları vardır. Qrupda aparılan psixoterapiya zamanı həkim eyni təlqin ifadələri ilə bütün iştirakçılara təsir göstərir. Kollektiv psixoterapiyada müalicə qrupunda olan xəstələrin bir-birinə tə-

sirindən istifadə olunur. Bu məqsədlə xəstələr, diaqnozu, yaşı, intellektual səviyyəsi nəzərə alınmaqla əvvəlcədən seçilir. Psixoterapevtik məşğələnin əsasını həkimin kollektivlə dialoqu təşkil edir. Həkim xəstələrə onları narahat edən xəstəlik haqqında, onun əmələgəlmə səbəbləri və digər cəhətləri barədə məlumat verir. Xəstəlik haqqında onlarda yaranmış yanlış münasibəti aradan qaldırmağa çalışır. Həkimin məharəti xəstələrdə formalaşmış neqativ münasibəti dəyişmək, onlarda sağlanaacağına inam yaratmaqdır. Bu müalicə başlıca olaraq, alkoqolizm, nevrozlar, nevrotik sindromlar və sinir sisteminin digər funksional pozuntularında tətbiq edilir.

*Autogen məşq.* Bu üsulun başlıca üstünlüyü odur ki, onu mənimsəmiş hər bir adam həkimin iştirakı olmadan istənilən vaxt ondan istifadə edə bilər. Autogen məşq alman psixiatri və psixoterapevti Şults (1932) tərəfindən təklif edilmişdir. Autogen məşq və ya psixoloji gimnastika onunla məşğul olan şəxsin iradəsinin gücünə arxalanan özünəməliqə effekti yaratmaq üsuludur. Bu məqsədlə, ilk növbədə, əzələlərin relaksasiyasına nail olmaq, bunun ardınca Şultsun təklif etdiyi altı vəziyyəti yaratmaq lazımdır. Məşq zamanı xəstə rahat kreslodə və ya adi stulda oturmalı, yaxud da carpayıda uzanmalıdır. Düzgün tənəffüs etmək başlıca şərtlərdəndir. Məşqləri gündə 3 dəfə (səhər yuxudan ayılarkən, nahar fasiləsi zamanı və gecə yatmadan əvvəl) aparmaq məqsəduyğundur.

Əvvəlcə məşq edən adam qollarının, qıçlarının, sonra isə bütün bədəninin ağırlaşmasını təlqin etməyi öyrənməlidir. Bu məqsədlə ürəyində bir necə dəfə «qollarım və qıçlarım ağırlaşır», «bütün bədənim ağırlaşmışdır» deyərək təkrar etməli, ağırlaşmanın təfəsilatını xəyalında canlandırmalıdır. Bundan sonra, eyni qayda ilə istilik hissi, ürək vurğularının nizamlanmasını, tənəffüs aktının sərbəst və müntəzəm olmasını, qarnında (günəş kəməri nahiyəsində) istilik və nəhayət alnında sərinlik hissi yaratmağı öyrənməlidir. Göstərilən ümumi məşğələləri mənimsədikdən sonra hər bir adam üçün tələb olunan xüsusi təlqin formalarına keçilir və müalicə effekti yarananadək məşqlər davam etdirilir. Autogen məşq kompleksini müstəqil mənimsəmək üçün 3–4 ay, hər gün məşğul olmaq tələb olunur. Həkimin rəhbərliyi altında məşq keçərkən bu müddət qısaldıla bilər. Kitabın müəllifi tərəfindən 1984-cü ildə təklif edilmiş üsuldən istifadə edərək, cəmi 4 məşğələdə (məşğələlər həftədə bir dəfə keçirilir) AM-i arzu edən hər kəs mənimsəyə bilər. Özünəməliqə hər bir şəxsin öz orqanizminə müalicəvi təsir göstərməsinə və sinir sisteminin bir sıra funksional pozuntularını müalicə etməyə geniş imkanlar yaradır.

*Autoanalitik psixoterapiya (AAP)* – nevrozların, depressiyaların, psixosomatik pozuntuların və digər bu kimi psixopatoloji pozuntuların müalicəsində tətbiq edilən yeni bir psixoterapiya üsuludur. Bu psixoterapiya üsulu müəllif tərəfindən artıq bir neçə ildir ki, tətbiq edilir və alınan nəti-

cələr xarici ölkələrdə dərc edilən elmi ədəbiyyatlarda öz əksini tapmışdır (N. V. İsmayilov, 1994, 1996, 1999). AAP-nın məğzi xəstənin özü tərəfindən təhliletmə yolu ilə nevroitik pozuntuya səbəb olan amillərin aşkar edilməsi, tənqidi qiymətləndirilməsi və intellektual-iradi imkanlarına əsaslanan özünü-tənzim mexanizminin yaradılmasından ibarətdir. Qeyd etmək lazımdır ki, tətbiq edilən üsulun xəstənin intellektual səviyyəsi, xasiyyəti və digər şəxsi keyfiyyətləri ilə bağlı olan bir sıra tələbləri vardır.

Psixoterapevtik proses bir neçə mərhələdən ibarətdir. Birinci söhbət zamanı xəstəyə onun xəstələnməsinə səbəb olan hadisələri və şəraiti yadına salaraq tənqidi təhlil etmək təklif edilir. Daha sonra tələb edilir ki, iradəsini fəallaşdırıb səfərbərliyə almaqla xəstəlik amili kimi səhhətini pozan hadisələrə kənardan (ikinci bir şəxs kimi) nəzər salsın və vəziyyətdən çıxış yolu tapmağa çalışsın. Bir sıra hallarda elə ilk söhbətdən sonra, xəstə həkimin tövsiyələrini qəbul edərək böyük fəallıq göstərir, tezliklə sağalacağına və nevroitik vəziyyətə səbəb olan münaqişələri təkbaşına həll edə biləcəyinə ümid yaranır.

Xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq, adətən, 2–3 gündən və ya bir həftədən sonra aparılan psixoterapevtik söhbət xəstənin müsbət vərdislərinin daha da dərinləşməsinə səbəb olur. Belə ki, o, başlıca xəstəlik amilini ikinci dərəcəli, az əhəmiyyətli amillərdən ayırır və söylərini daha konkret istiqamətə yönəldə bilir. Ardıcıl aparılan bir neçə söhbətdən sonra şəxsin tam fəallaşmasına nail oluruqsa, bu zaman həkimdən əlavə şey göstərmək tələb olunmur. O, sadəcə olaraq müalicənin gedişinə və pasiyentin müstəqil qərar qəbul etməsi işinə nəzarət edir və lazım gələrsə, məsləhətlərlə kifayətlənir.

Müalicəyə cəlb edilən xəstələr, onlarda abstrakt təfəkkür qabiliyyətinə, öz şəxsiyyətinə və xəstələnməsinə səbəb olan münaqişələrə tənqidi yanaşa bilməsi, özünü başqaları ilə məntiqi meyarlarla müqayisə edib düzgün nəticə çıxara bilməsi və digər bu kimi qabiliyyətin olması nəzərə alınmaqla seçilməlidir.

Pasiyentlərə autoanalitik müalicə texnikasının aşağıdakı variantlarından biri təklif edilir.

1. « E t i r a f » – bir növ psixodramadakı «monoloqu» xatırladan bu üsul ən sadə autoanaliz formasıdır. Bu zaman xəstə maksimum səmimiyyət şəraitində özünün qapalı fikirlərini və hisslərini idarə etməyə, tələblərini aktuallaşdırmağa və hərəkətlərini, o cümlədən, şikayətlərini anlamağa çalışmalıdır.

2. « O p p o n e n t » – şəxsiyyətin polyar (bir-birinə əks) tərəflərini dilləndirmək formasıdır. Bu zaman xəstə xəyalən öz xasiyyət və davranışındakı antoqonist cəhətləri aşkara çıxara bilən ikinci bir şəxslə dialoqa girməli və xəstəliyin yaratdığı subyektiv iztirablardan azad olmağa çalışmalıdır.

3. « H a k i m » ( A r b i t r ) – bu üsulla xəstə kənar adam simasında özünə nəzər salmalı, dialoqa girməli və xəstəliyin yaratdığı subyektiv iztirablardan azad olmağa çalışmalıdır.

4. « T a n ı ş   a d a m » – xəstəyə onun vəziyyətinə düşmüş, yaxşı tanıdığı, iradəsi möhkəm bir adamın cildinə girmək, həmin adamın mövqeyindən öz halına yanması tövsiyə olunur. Həyat təcrübəsi və abstrakt təfəkkür qabiliyyəti zəngin olan şəxslərdə bu üsul böyük səmərə verir.

Autoanalitik üsullardan hər hansı birini tətbiq edərkən xəstənin yaşını, intellektual səviyyəsini, xasiyyətini və s. nəzərə almaq lazımdır. AAP zamanı bir sıra hallarda, nevroitik konflikt məqsədyönlü təfəkkürü fəaliyyətə gətirməklə olduqca qısa müddət ərzində həll edilir. Digər hallarda isə istifadə edilən üsullar «mən» anlayışının yaratdığı müqaviməti yərarəq təhtəlsüura nüfuz edir, oranın qapısını açmağa kömək edir. Belə olduqda xəstəliyin qapalı amilini aşkar etmək və güclü psixoterapevtik səmərə əldə etmək mümkün olur.

Autoanalitik psixoterapiyanın gedişinə mane olan bəzi amillər də mövcuddur. Onlardan ən başlıcası eqosentrizm kimi qiymətləndirilən, xəstənin özünə və onu əhatə edən mühitə tənqiddin azalması ilə müşayiət edilən, iztirablarına fəvqəladə, ümdə münasibət bəsləməsidir. Xəstə anlaya bilmir və ya anlamaq istəmir ki, onu narahat edən duyğular mahiyyət etibarilə o qədər də əhəmiyyətli deyil. Müalicənin gedişinə müqavimət göstərən digər amil «xəstəliyə rəğbət» simptomunun meydana çıxmasıdır. İsteriya nevrozunda rast gəlinədiyi «xəstəliyə rəğbətdən» fərqli olaraq bu zaman şəxs autoanalizdən sanki qorxduğı üçün onunla məşğul olmağa cürət etmir. Xəstəyə elə gəlir ki, autoanaliz xəstəliyinə səbəb olan hadisələri yada salacaq və bu səbəbdən əhvalı daha da pisləşəcək. Müalicəyə müqavimət göstərən üçüncü amil «fikir dağınıqlığı» əlamətidir. Bu zaman xəstə fikirlərini əsas səbəblər üzərində cəmləyə bilmir, sanki fikirləri dolaşır, əsas səbəbləri ikinci dərəcəli səbəblərdən ayırd edə bilmir.

«Müqavimət» amillərinin əsasını xəstənin nevroitik konfliktinin xarakterini müəyyən edən şəxsiyyət motivlərini aşkar etməkdən qaçması təşkil edir. Həm də xəstənin belə hərəkət etməsi sanki düşünlümdən baş verir.

Yuxarıda göstərilən amilləri aradan qaldırmaq məqsədilə bəzi hallarda, psixoterapevt hadisələri konkretləşdirməyi, ikinci dərəcəli hadisələrə əhəmiyyət verməməyi məsləhət görməli və mürəkkəb suallara cavab tapmaqda xəstəyə yardım göstərməlidir.

Təqdim edilən müalicə üsulunun səmərəsi xəstənin özü ilə apardığı dialoq nəticəsində aydınlaşdırdığı nəticə ilə müəyyən olunur. Başqa sözlə, şəxs nə qədər tez məntiqi cavablar taparaq radikal hərəkət edərsə, bir o qədər də iztirablardan tez xilas ola bilər. Hər bir şəxsin özünü və

**Praktikada geniş istifadə edilən psixofarmakoloji  
preparatlar**

| Preparatın<br>beynəlxalq<br>patentləşdi-<br>rilmiş adı | Ticarət adı.<br>Buraxılış<br>forması | Təsiri və<br>tətbiq<br>edilməsi | Qeyd:<br>1. Əks-göstəriş<br>2. Kənar təsiri<br>3. Uyuşmazlığı |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1                                                      | 2                                    | 3                               | 4                                                             |

**Antipsixotiklər**

|                |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chlorpromazine | Aminazin<br>(Aminazinum)<br>Həb. 0,025,<br>0,05<br>amp.2,5%<br>– 1,2,5ml.<br>0,5% – 5ml                                                           | Psixomotor oyanmanı<br>aradan qaldırır (hallü-<br>sinator – sayıqlama,<br>katatonik sindromlar-<br>da) sedativ, adrenoli-<br>tik təsir göstərir.                                                                                                            | 1. Sirroz, hepatit, sarı-<br>lıq, nefrit, kəskin ürək<br>xəstəlikləri, qanyaradı-<br>cı orqanların xəstəliklə-<br>rində, bronxoektaziya-<br>larda, alkoqolla, barbi-<br>turalarla zəhərlənmə-<br>lər və kəllə travmaları<br>nəticəsində meydana<br>çıxan komatoz hallarda.<br>2. Kollapsabənzər və-<br>ziyyət, allergiya, der-<br>matitlər.<br>3. MAO-nun ingibi-<br>torları, antidepress-<br>santlar. |
|                | Etaperazin<br>(Aethapera-<br>zinum)<br>Həb. 0,004;<br>0,008; 0,01;<br>0,012;<br>0,016                                                             | Müxtəlif mənşəli psi-<br>xomotor oyanmalar-<br>da, ümumi özginlik,<br>donuqluq, pis əhvali-<br>ruhiyyə zamanı yaxşı<br>təsir göstərir. Qusma<br>əleyhinə maddə kimi<br>də işlədilir.                                                                        | Aminazində olduğu<br>kimi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Haloperidol    | Haloperidol<br>(Haloperidolum)<br>Həb. 0,0015,<br>0,003, 0,005<br>Amp. 0,5% –<br>1 ml<br>Dəmcı<br>0,2%-li 10 ml<br>Flakonda<br>(10 dəmcı<br>1 mq) | Mərkəzi sinir siste-<br>minə sakitləşdirici<br>təsir göstərir. Müx-<br>təlif oyanma hallarını<br>aradan qaldırır. Halü-<br>sinator və halüsina-<br>tor-sayıqlama sindro-<br>munda geniş işlədilir.<br>Apatiya və ümumi<br>zəiflik əlamətləri tö-<br>rətmir. | 1. Piramid və ekstra-<br>piramid pozuntuları<br>ilə müşayiət olunan<br>MSS xəstəliklərində,<br>ürək çatışmazlığı, qə-<br>raciyər, böyrək xəstə-<br>likləri, qlaukomada.<br>2. Parkinsonizm, aka-<br>taziya, dəri reaksiya-<br>ları.<br>3. Aminazində olduğu<br>kimi.                                                                                                                                   |



## 2-ci cədvəlin ardı

| 1                | 2                                                                         | 3                                                                                                                                                                                                                  | 4                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chlorprothixenum | Truksal<br>Həb. 0,025;<br>0,05;                                           | Sedativ, antipsixotik təsirlə yanaşı, anti-depressiv təsirə də malikdir. Müxtəlif mənşəli psixozlarda, təcavüz meyilləri ilə müşayiət olunan hallarda, həmçinin depressiv sayıqlama sindromunda tətbiq edilir.     | 1. Qaraciyər və qan-yaradıcı orqanların xəstəliklərində, alkoqol və barbituratarla zəhərlənmələrdə. Epilepsiya və parkinsonizm xəstəlikləri.<br>2. Yuxusuzluq, ağızda quruluq, taxikardiya əlamətləri, hipertoniya.<br>3. Aminazində olduğu kimi.                         |
| Zipzagidone      | Zeldoks<br>40, 60, 80<br>mq, kaps.                                        | Sedativ, antipsixotik təsirə malikdir. Psixotik və psixopatik pozuntularda tətbiq olunur.                                                                                                                          | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq<br>2. Tək-tək hallarda allergik reaksiyalar.                                                                                                                                                                                           |
| Clozapine        | Leponeks<br>(Leponex)<br>Azaleptin<br>Həb. 0,01;<br>0,025<br>Amp. 2 ml    | Antipsixotik təsir göstərir. Şizofreniya, affektiv pozuntular, ağır psixomotor oyanmaların (xüsusən başqa preparatlar səmərəsiz olduqda) aradan qaldırılmasında tətbiq olunur.                                     | 1. Qanın tərkibi dəyişdikdə, müxtəlif zəhərlənmələr nəticəsində, o cümlədən, alkoqolla əlaqədar meydana çıxan psixozlarda. Parenximatöz orqanların xəstəliklərində.<br>2. Aqranulositoz, ağızda quruluq, taxikardiya.<br>3. MAO-nun inkibitorları, bəzi antidepressantlar |
| Throvidazine     | Melleril<br>(Mellaril)<br>Sonapaks<br>(Sonapax)<br>Həb. 0,01<br>0,025 0,1 | Zəif sedativ təsirə malikdir. Şizofreniya, affektiv pozuntular, orqanik psixozlarda və nevrozlarda rast gəlinən yüngül psixotik hallarda, emosiya pozuntularını (depressiyanı) aradan qaldırmaq məqsədilə verilir. | 1. Komatoz vəziyyət, allergiya reaksiyası, qanın tərkibinin dəyişməsi.<br>2. Zəifdir.<br>3. Leponeksdə olduğu kimi.                                                                                                                                                       |

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1                      | 2                                                                                                                                                     | 3                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4                                                                                                                                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thiopropazine          | Majeptil<br>(Majeptil)<br>Həb. 0,001<br>0,01<br>Amp. 1%<br>– 1 ml                                                                                     | Fasiləsiz gedişli şizofreniyada (katatonik, hebefrenik formada) təyin olunur. Güclü kataleptik təsirə malikdir.                                                                                                                                                       | 1. Aminazində olduğu kimi və beynin üzvi xəstəliklərində.<br>2. Parkinsonizm, yuxusuzluq və vegetativ pozuntular.<br>3. Aminazində olduğu kimi.               |
| Fluphenazine deconoate | Moditen - depo<br>(Moditen-depo)<br>Amp. 2,5% –<br>1 ml                                                                                               | Uzun sürən yaman xassəli psixi pozuntularda işlədilir. Sayıqlama, affektiv, depressiv və katatonik sindromlarda, stupor, qorxu və apatiya əlamətləri ilə müşayiət olunan şizofreniyada yaxşı təsir göstərir. Prolonq (uzunmüddət) təsir edən maddələr qrupuna aiddir. | 1. Qanın tərkibinin dəyişməsi, intoksikasiya (o cümlədən, alkoqol mənşəli). Parenximatöz orqanların xəstəlikləri.<br>2. Parkinsonizm, akataziyalar.           |
| Periciazine            | Neuleptil<br>(Neuleptil)<br>Kapsul – 0,01<br>damcı<br>1–4%-li                                                                                         | Analeptik və narkotik maddələrin təsirini gücləndirir. Psixopatiyalarda, davranış pozuntularında (xüsusən uşaqlarda) geniş tətbiq edilir.                                                                                                                             | Mellerildə olduğu kimi.                                                                                                                                       |
| Rispevidone            | Rispolept<br>(Rispolept)<br>Rispedal<br>Konsta (Digər adlarda da buraxılır)<br>Həb. 2–4 mq məhlul – daxilə qəbul etmək üçün<br>25 mq ampula (prolonq) | Benzizoksazon törəmələrinə aid yeni qeyri-ənənəvi antipsixotik preparatdır. Nəqativ əlamətlərə təsiretmə qabiliyyəti yüksəkdir.                                                                                                                                       | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq.<br>2. Yuxuculluq, başgicəllənmə, cinsi marağın bir qədər zəifləməsi, tək-tək hallarda allergik reaksiyalar.<br>3. Yoxdur. |

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1               | 2                                                                                                     | 3                                                                                                                                                                                                  | 4                                                                                                                                                                    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Levomepromazine | Tizersin<br>(Tizercin)<br>Həb. 0,025<br>0,002 amp, 2,5%<br>– 1 ml                                     | Müxtəlif mənşəli psixomotor oyanmaları aradan qaldırır. Yüngül depressiya zamanı (depressiv-paranoid sindrom) tətbiq etmək olar.                                                                   | 1. Qaraciyər və qanaradıcı orqanların xəstəliklərində.<br>2. Yuxuculluq, başgicəllənmə, ürəkbulanma, hipotoniya və dəri reaksiyaları.<br>3. Aminazində olduğu kimi.  |
| Triflnoperazine | Triftazin<br>(Triftazinum)<br>Stellazin<br>(Stellazin)<br><br>Həb. 0,005,<br>0,01 Amp. 0,2%<br>– 1 ml | Xronik gedişli şizofreniyada (sayıqlama, süstgedişli və nüvə formalarında), sedativ təsir göstərir. Sayıqlama və hallüsinator sindromlarla müşayiət olunan digər psixozlarda da təyin edilə bilər. | 1. Aminazində olduğu kimi.<br>2. Ekstrapiramid pozuntular.<br>3. Aminazində olduğu kimi.                                                                             |
| Olanzapine      | Roksizapin<br>Həb.<br>5, 10 mq.                                                                       | Yeni qeyri-ənənəvi neyroleptik preparatlar qrupuna aiddir. Psixozlarda (əlxüs şizofreniyada) kəskin əlamətləri aradan qaldırmaq üçün istifadə olunur.                                              | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq.<br>2. Yuxuculluq, tək-tək hallarda parkinsonizm əlamətləri, ürəkbulanma, qəbizlik, ağızda quruluq müşahidə edilir.<br>3. Yoxdur. |
| Paliperidone    | İnveqa<br>Tab. 6 mq.                                                                                  | Daha güclü qeyri-ənənəvi neyroleptikə aiddir.<br>Müalicəyə çətin təbə olan psixozlara tətbiq olunur.                                                                                               | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq.<br>2. Yuxuculluq, tək-tək hallarda parkinsonizm əlamətləri, ürəkbulanma, qəbizlik, ağızda quruluq müşahidə edilir.<br>3. Yoxdur. |

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1                                       | 2                                                                                                                                                                 | 3                                                                                                                                                                                                           | 4                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trankvilizatorlar-Anksiolitiklər</b> |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |
| Bromazepam                              | Lexotan<br>Tab. 0,0015,<br>0,003, 0,006                                                                                                                           | Təsiri Bezodiazepirlərdə olduğu kimidir. Tez və tam saralması ilə fərqlənir.                                                                                                                                | 1. Ağır qaraciyər, böyrək xəstəlikləri<br>2. Dispersiya, yuxuculuq, yaddaşın zəifləməsi<br>3. Yoxdur.                                                                                                                |
| Benzodiazepin                           | Elenium<br>(Elenium)<br>Librium<br>(Librium)<br>Napoton<br>(Napoton)<br>Həb. 0, 005<br>0,01; 0,025 Amp.<br>0,1 (100 mq)+<br>10 ml məhlulla<br>birlikdə buraxılır. | MSS-i sakitləşdirici, əzələlərdə gərginliyi azaldan (relaksasiya), cəngolma əleyhinə və yuxuqətiirici təsir göstərir. Nevrotik reaksiyalarda, qorxu, həyəcan və digər gərginlikli sarışan hallarda verilir. | 1. Parenximatoz orqanların kəskin xəstəlikləri, miasteniya, sükan arxasında olarkən.<br>2. Yuxuculluq, başgicəllənmə, ürəkbulanma, qaşınma. Yerişin pozulması.<br>3. Fenetiazinin törəmələri, MAO-nın ingibitorları. |
|                                         | Fenazepan<br>(Phenazepamum)<br>Həb. 0,0005<br>0,001                                                                                                               | Təsiri seduksenə, eleniuma bənzəyir. Emosional labillik, sarışan hallar, gərginlik, ipoxondrik şikayətlərlə və vegetativ hallarla müşayiət olunan psixopatik və nevrozabənzər hallarda təyin edilir.        | 1. Ağır miasteniya, qaraciyər və böyrək xəstəlikləri, dərman maddələri ilə zəhərlənmə.<br>2. Ataksiya, yuxuculluq, başgicəllənmə, ürəkbulanma.<br>3. Yoxdur.                                                         |
| Zopiclone                               | İmovan<br>(İmovan)<br>Həb. 7,5 mq (10 mq)                                                                                                                         | Nevrotik tip yuxu pozuntuları zamanı tətbiq edilir. Qəbuldan 30 dəq sonra yaranan yuxu 6–8 saat davam edə bilər. Birdəfəlik dozayı 2 tabletdə qədər artırmaq olar.                                          | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq, tənəffüs sistemi çatışmazlığı, hamiləlik, süd əmizdirmə dövrü.<br>2. Ağızda acılıq, ürəkbulanma, allergik reaksiyalar.<br>3. Yoxdur.                                             |
| Alprazolam                              | Ksanaks<br>(Xanax)<br>Həb. 0,25<br>0,5 1 mq                                                                                                                       | Narahatlıq, qorxu – ələlxüsus, sarışan hallarla müşayiət olunan fobiyalarda geniş tətbiq edilir.                                                                                                            | 1, 2, 3. Seduksen və sibazonda olduğu kimidir.                                                                                                                                                                       |

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1          | 2                                                                                                                                                | 3                                                                                                                                                                                                        | 4                                                                                      |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Tofizopam  | Qrandaksin<br>(Grandaxinum)<br>Həb. 0,05                                                                                                         | Təsirinə görə kiçik trankvilizatorlarla zəif psixoenergetik maddələr arasında orta yer tutur. Psixovegetativ pozuntunu tənzim edən, gərginliyi və ruh düşkünlüyünü aradan qaldıran maddə kimi işlədilir. | 1. Yoxdur.<br>2. Mədə-bağırsaq sisteminə aid pozuntular, dəri qaşınması.<br>3. Yoxdur. |
| Mepropanum | Meprobomat<br>(Meprobomatum)<br>Həb. 0,2; 0,4                                                                                                    | SS sakitləşdirici, əzələlərin gərginliyini azaldan maddə olub, həssaslıq yüksəldikdə, yüngül oyanma halları zamanı, həyəcan və qorxu əlamətləri ilə müşayiət olunan nevroitik hallarda verilir.          | 1. Yoxdur.<br>2. Yuxuculluq, ağızda quruluq, eyforiya.<br>3. Yoxdur.                   |
| Diazepam   | Seduksen<br>(Seduxen)<br>Diazepam<br>(Diazepam)<br>Relanium<br>(Relanium)<br>Sibazon<br>(Sibazonum)<br>Həb. 0,001, 0,005, 0,01.<br>Amp. 0,5% 2ml | MSS sakitləşdirici, relaksasiyaedici və yuxugətirici təsir göstərir. Oyanma, qıcığa qarşı, nevrozlarda işlədilir. Cəngolma əleyhinə maddə kimi də istifadə olunur.                                       | 1. Ağır miasteniya.<br>2. Eleniumda olduğu kimi.<br>3. Kalium yodid, adrenalın.        |

***A n t i d e p r e s s a n t l a r***

|                |                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                                  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amitriptilinum | Amitriptilin<br>(Amitriptilinum)<br>Triptizol<br>(Triptizol)<br>Həb. 0,025, 0,05<br>Amp. 1%<br>1-2 ml | Həm timoleptik, həm də sedativ təsir göstərir. Xolinolitik aktivliyə malikdir. Müxtəlif mənşəli depressiyalarda tətbiq olunur. | 1. Qlaukoma, prostat vəzi və sidik kisəsinin adenomasi.<br>2. Melipramində olduğu kimi.<br>3. MAO inhibitorları. |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1            | 2                                                                                    | 3                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clomipramine | Anafranil<br>(Anafranil)<br>Həb. 10 mq<br>25 mq, 50 mq.<br>Amp. 1,25% – 2 ml (25 mq) | Müxtəlif depressiyalarda, xüsusən ağır və uzunmüddətli depressiya sindromu zamanı timoleptik təsiri ilə digər antidepressantlardan fərqlənir.                                                                                                                         | 1. Epilepsiya, hamiləliyin ilk üç ayında tətbiq edilmir.<br>2. Baş ağrı, başgicəllənmə, ürəkdöyülmə, yuxusuzluq.<br>3. MAO inhibitorları, qalxanvari vəziyyət preparatları ilə birlikdə tətbiq etmək olmaz.                                                                                       |
| Moclobemide  | Auroriks<br>(Aurorix)<br>Həb.<br>100 mq<br>150 mq<br>300 mq                          | Antidepressantların yeni nəslinə aid olub müxtəlif psixi pozuntularda, depressiv sindromunu aradan qaldırmaq üçün tətbiq olunur. Əhvali-ruhiyyə ilə yanaşı psixomotor fəallığı da artırır. Diqqət və yaddaşın canlanmasına səbəb olur.                                | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq. Düşüncə pozuntuları. Kiçik yaşlı uşaqlara təyin edilmir.<br>2. Narahatlıq, başgicəllənmə, təşviş və digər bu kimi əlamətlərin yaranması mümkündür.<br>3. Yoxdur.                                                                                              |
| Fluvoxamine  | Fevarin<br>(Fevarin)<br>Tab. 0,05, 0,1                                               | Anksioletik təsirə malik antidepressantlar. Müxtəlif etiologiyalı depressiyalarda işlədilir.                                                                                                                                                                          | 1. Qaraciyər və böyrək çatışmazlığı. Şəkər xəstəliyi, epilepsiya əlamətləri<br>2. Yuxusuzluq, maniakas vəziyyət, allergik reaksiyalar.<br>3. Yoxdur.                                                                                                                                              |
| Fluoksetin   | Prodep,<br>Prozac<br>Kaps. 10-20 mq.<br>Tab. 0,01, 0,002                             | Yeni tip antidepressantlardan olub əhvali-ruhiyyəni yüksəltmək, qorxu, gərginlik, disforiya kimi əlamətləri aradan qaldırmaq məqsədilə işlədilir. Bir sıra psixosomatik pozuntular zamanı (kardialqiya, qarın boşluğu orqanlarında ağrı və s.) müsbət təsir göstərir. | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq. Hamiləlik və uşaq əmizdirmə dövrü, kəskin infarkt xəstəliyi olduqda. 8 yaşadək uşaqlara təyin edilmir.<br>2. Baş ağrıları, başgicəllənmə, ürəkbulanma, yuxu pozuntusu. Tək-tək hallarda allergik reaksiyalar.<br>3. Litium preparatları, triptofan, fenitoin. |

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1           | 2                                                                                                                  | 3                                                                                                                                                                                                                                                     | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paroxetine  | Paksil<br>(Paxil)<br>Həb. 0,02                                                                                     | Antidepressiv effek-<br>tə, stimülədicə təsirə<br>malikdir. Yuxugətiri-<br>cilərin, analgetiklə-<br>rin, neyroleptiklərin<br>təsirini gücləndirir.<br>Təşviş və həyəcan ilə<br>müşayiət olunan ağır<br>depressiya halları za-<br>manı işlədilir.      | 1. Qaraciyər və böy-<br>rək xəstəlikləri, epi-<br>lepsiya və oyanma ha-<br>lı.<br>2. Kollaps, böyrək<br>xəstəlikləri və anemi-<br>ya.<br>3. Neyroleptiklər, re-<br>zerpin, barbituratlar,<br>əzələ səyriməsi.                                                                                                                                                                                                      |
| Maprotiline | Ludiomil<br>(Ludiomil)<br>Həb. 10 mq<br>25 mq<br>50 mq<br>75 mq<br>Amp. 5,25 mq 1<br>ml-də                         | Endogen və psixogen<br>mənşəli depressiya-<br>larda, somatogen psi-<br>xi pozuntular zamanı<br>yaranan depressiya<br>əlamətlərini aradan<br>qaldırmaq üçün işlə-<br>dilir. Qorxu və nara-<br>hatlıq kimi əlamətlər-<br>də müsbət təsir gös-<br>tərir. | 1. Preparata qarşı fər-<br>di həssaslıq. Epilepsi-<br>ya, kəskin miokard in-<br>farktı, qlaukoma,<br>prostatit və kəskin<br>böyrək, qaraciyər xəstə-<br>likləri.<br>2. Ürəkbulanma, qus-<br>ma, əzələlərdə heysiz-<br>lik, yuxuculluq, bəzən<br>hallüsinasiyalar və di-<br>gər psixotik əlamətlər-<br>in fəallaşması ola bi-<br>lər.<br>3. MAO-nun inhibitor-<br>ları, noradrenalin, ad-<br>renalin, efedrin və s. |
| Imipramine  | Melipramin<br>(Melipramin)<br>İmizin<br>(İmizunum)<br>Tofranil<br>(Tofranil)<br>Həb. 0,025<br>Amp. 1,25% – 2<br>ml | Antidepressiv effek-<br>tə malik timoleptik<br>maddədir. Endogen<br>depressiyalarda, af-<br>fektiv pozuntular,<br>psixogeniyalar zama-<br>nı işlədilir.                                                                                               | 1. Qaraciyər, böyrək<br>xəstəlikləri, epilepsi-<br>ya, qlaukoma.<br>2. Ağızda quruluq, ta-<br>xikardiya, qəbzlik, hi-<br>potoniya.<br>3. MAO-nun ingibi-<br>torları.                                                                                                                                                                                                                                               |
| Herphonal   | Herfonal<br>(Herphonal)<br>Həb. 0,025                                                                              | Təsirinə görə amit-<br>riplinə bənzəyir. Na-<br>rahatlıq və həyəcanla<br>müşayiət edilən dep-<br>ressiv hallarda verilir.                                                                                                                             | Qaraciyər və böyrək<br>xəstəlikləri, epilepsi-<br>ya və oyanma halı.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1          | 2                                 | 3                                                                                                                            | 4                                                                                                                                                                                                          |
|------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sertraline | Zoloft<br>Həb. Kaps.<br>50, 100mq | Müxtəlif mənşəli depressiyalarda tətbiq edilir. Ağır endogen depressiyaların müalicəsində səmərəli nəticələri ilə fərqlənir. | 1. Qaraciyər və böyrək xəstəliklərində, cəngolma əlamətləri olduqda.<br>2. Yuxusuzluq, diqqətin və iştahanın azalması kimi əlamətlər müşahidə edilə bilər.<br>3. MAO-nun ingibitorları. Alkoqollu içkilər. |

***Nootrop preparatlar və  
Psixostimulyatorlar***

|             |                                                                                                |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pyriditolum | Ensefabol<br>(Encefabol)<br>Həb. 0,1q<br>Məhl.<br>(200 ml. fl.)                                | MSS üzvi pozuntuları zamanı yaddaş, intellekt pozuntuları olduqda tətbiq edilir. Emosional sferaya müsbət təsir göstərir. Ümumi asiteniya halını aradan qaldırır. | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq, qaraciyər və böyrəyin ciddi pozuntuları, qan xəstəlikləri. Autoimmun xəstəliklər olduqda.<br>2. Bəzi allergik reaksiyalar, mədə-bağırsaq pozuntuları və hərətin yüksəlməsi təsadüf edilə bilər.<br>3. D-penisillin, qızıl preparatları. |
|             | Fezam (Fezam)<br>Kaps. Tərkibi<br>0,4 q pirasetam<br>və 0,025 q<br>sinnarizindən<br>ibarətdir. | Baş-beyinin damar xəstəlikləri nəticəsində meydana çıxan çatışmazlıqları aradan qaldırır.                                                                         | 1, 2, 3. Pirosetamda (Nootropil) olduğu kimidir.                                                                                                                                                                                                                            |
|             | Neyrosetam<br>(Neyrocetam)<br>Həb. 800 mq                                                      | MSS disfunksiyalarında: yaddaşın, diqqətin və nitqin pozuntularında. Beyin qan dövrənini canlandırır, neyronlarda RNK-nın sintezini yaxşılaşdırır.                | 1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq.<br>2. Mədə-bağırsaq sisteminə aid bəzi əlamətlər, ürəkbulanma, ağrı törədə bilər.<br>3. Yoxdur.                                                                                                                                         |



## 2-ci cədvəlin ardı

| 1           | 2                                                                                     | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Piracetamum | Pirasetam<br>(Pyracetam)<br>Nootropil<br>(Nootropil)<br>Kaps. 0,4<br>Amp. 20%<br>5 ml | Baş-beyinin damar xəstəliklərində, beyində gedən maddələr mübadiləsini, qidalanmanı tənzimləmək məqsədilə tətbiq edilir. Psixiatriya təcrübəsində astenik, depressiv vəziyyətlər olduqda geniş tətbiq edilir.                                                                                                          | 1. 1 yaşa qədər uşaqlara təyin edilmir. Kəskin qaraciyər xəstəlikləri. Preparata qarşı fərdi həssaslıq.<br>2. Tək-tək hallarda allergik reaksiyalar, mədə-bağırsaq əlamətləri müşahidə edilə bilər.<br>3. Yoxdur. |
| Aminolonum  | Aminalon<br>(Aminalonum)<br>Qammalon<br>(Gammalon)<br>Həb. 0,25                       | Beyində gedən energetik proseslərə təsir göstərir. Qlükozanın mənimsənilməsini, damarların qanla təchiz olunmasını yaxşılaşdırır. Bu da yaddaş və qavrama proseslərinin normallaşmasına kömək edir. Beynin travmatik xəstəliklərində, insult, alkoqol ensefalopatiyasında, ağıl zəifliyi əlamətləri olduqda işlədilir. | 1. Yoxdur.<br>2. Qan təzyiqinin dəyişməsi. Depressiv hallarda.<br>3. Yoxdur.                                                                                                                                      |
|             | Sentedrin (Centedrin) Meridil (Meridilum)<br>Həb.0,005                                | Təsiri sidnofenə yaxındır.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1,2,3–Pirasetamda olduğu kimi.                                                                                                                                                                                    |

*Cəngolma əleyhinə preparatlar*

|            |                                            |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                     |
|------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dipheninum | Difenin<br>(Dipheninum)<br>Həb. 0,15       | Cəngolma tutmaları ilə müşayiət edilən epilepsiya xəstəliyində. O cümlədən, jekson və fokal tipli tutmalarda müvəffəqiyyətlə tətbiq edilir. | 1. Böyrək, qaraciyər və ciddi ürək xəstəliyi. Preparata qarşı fərdi həssaslıq.<br>2. Bəzən iştahanın zəifləməsi müşahidə edilə bilər.<br>3. Yoxdur. |
|            | Benzonal<br>(Benzonalum)<br>Həb. 0,05 0,1q | Cəngolma əleyhinə işlədilir                                                                                                                 |                                                                                                                                                     |

## 2-ci cədvəlin ardı

| 1             | 2                                                                                                            | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acediprolum   | Depakin<br>(Depakin)<br>Konvuleks<br>(Convulex)<br>Həb.0,3 q.<br>Məhlul<br>5% – 50,<br>100 ml                | Epilepsiya xəstəliyində böyük cəngolma tutmalarını aradan qaldırmaq məqsədilə tətbiq edilir. Mener sindromunda və ürək aritmiyası zamanı işlədilə bilər.                                                                                                                                                                                        | 1. Qaraciyər və böyrək xəstəliklərində, ürək çatışmazlığı, kəksliyi, hamiləlik.<br>2. Başgicəllənmə, sinir oyanıqlığı, ürəkbulanma, qusma, ataksiya, allergik əlamətlər müşahidə edilə bilər.<br>3. Yoxdur.                                                                                                                                     |
| Carbamazepine | Karbamazepin<br>(Carbamazepine)<br>Finlepsin<br>(Finlepsin)<br>Tegretol<br>(Tegretol)<br>Həb. 0,2q,<br>0,4 q | Cəngolma əleyhinə, spazmofiliyada istifadə edilir. Psixi oyanıqlığı aradan qaldırmaq məqsədilə də tətbiq edilə bilər.<br><br>Cəngolma tutmalarını aradan qaldırmaq üçün və yüngül anti-depressant kimi tətbiq edilir. Bəzən nevrалgiyalarda analgetik maddə kimi işlədilir. Maniakal əlamətlərin aradan qaldırılmasında da istifadə etmək olar. | 1. Ağır ürək-damar xəstəlikləri. Qaraciyər və böyrək xəstəlikləri.<br>2. Uzun müddət qəbul edilərsə asılılıq yaranabilir.<br>3. Yoxdur.<br><br>1. Preparata qarşı fərdi həssaslıq, hamiləliyin ilk 3 ayları. Qaraciyər çatışmazlığı.<br>2. İştahanın zəifləməsi, ürəkbulanma, yuxuculluq, bəzi allergik əlamətlər.<br>3. MAO-nun inhibitorları. |
| Topiramate    | Topomaks<br>(Topomax)<br>100 mq tab.<br>Müalicəyə 1/4 tabletdən başlamaq lazımdır.                           | Güclü, genişspektrli antiepileptik təsirlə malikdir.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1, 2, 3 – Karbamazepində olduğu kimi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

ətraf mühiti dərk etməsi prosesində öz-özü ilə dialoqa girmək təcrübəsi bizə yaxşı məlumdur. İnsana xas olan belə dialoq bilik və təcrübələrini zənginləşdirən başlıca amillərdəndir. Əlbəttə, xəstəliyin səbəblərinin dərk edilməsi heç də həmişə müalicəvi effekt vermir. Bəzi hallarda, belə dərkətmə digər müalicə üsullarına da əl atmağa zəmin yaradır.

AAP-nın bəzi psixoterapiya üsullarına oxşarlığı barədə danışarkən qeyd etməliyik ki, belə oxşarlıq zahirən mövcuddur. Məsələn, psixodramada «monoloq» üsulundan istifadə edilir. Gestalt terapiyada isə şəxs bir yerdən durub başqa yerdə əyləşməklə («iki stulda işləmək» üsulu) öz fikirlərini təhlil edir. Bu üsullarda əsas cəhət «*burada və indi*» prinsipi başlıca şərt kimi götürülür və xəstənin diqqəti hazırkı şəraitdə cəmlənir. AAP-da isə xəstə öz keçmişinə qayıdır, hərəkətlərini müqayisəli şəkildə təhlil edir (xəstəlikdən əvvəl necə idim, indi necəyəm və sağaldıqda necə olacağam?) və nəticə çıxarır. Bunlardan əlavə, psixodrama və gestalt terapiyada başlıca rol psixoterapevtin üzərinə düşür. O, gah fəal müsahib, yaxud da rejissor kimi çıxış edir. AAP zamanı isə həkimin iştirakı minimuma endirilir. O, xəstənin çıxardığı nəticələr və hərəkətlərinə qiymət verməkdən və ya tənqid etməkdən çəkinməli, xüsusi fəallıq göstərməməlidir. AAP-ya bənzəri olan müalicə üsullarından biri də autogen məşqdır (AM). Məlum olduğu kimi, AM xəstəliyin səbəb və nəticələrini təhlil etmir, ancaq əlamətlərini aradan qaldırmağa çalışır.

Qeyd edilənlərdən belə nəticə çıxarmaq lazımdır ki, AAP-ın başlıca məqsədi, xəstənin patoloji halına səbəb olan amilləri dərk etməsi, ona qarşı fəal mübarizəyə qoşulması və son nəticədə sağlamlığa nail olmasıdır. AAP-ın səmərəliliyi bir neçə dayaq nöqtələri hesab edilən səbəblərlə bağlıdır. Onlardan ən öncəsi müsbət emosional fonda səmimilik və inam hissinin yaranmasıdır. Qarşıya qoyulan məqsəd, daha doğrusu, müalicənin müvəffəqiyyəti heç də həmişə qısa müddət ərzində baş vermir.

Xəstənin şəxsi xüsusiyyətlərindən, psixonevroloji iztirablarının dərinliyindən və orqanizmin fiziki imkanlarından asılı olaraq bu müddət bəzən həftələrlə çəkə bilər. Müalicənin müsbət nəticəsi kimi qiymətləndirilə bilən əlamətlərdən xəstənin həkimlə görüşməyə ehtiyac hiss etməməsi, müstəqil olaraq patoloji hisslərini cilovlaya bilməsini və ümumi vəziyyətinin qısa müddətdə yaxşılaşmasını göstərmək olar.

Tətbiq etdiyimiz müalicə üsulunun digər psixoterapevtik üsullardan fərqi onun kifayət qədər sadə olması, həkimdən çox vaxt tələb etməməsi və bir çox sərhədi psixi xəstəliklərdə (reaktiv hallar, depressiyalar, nevrozlar və psixosomatik pozuntularda) yüksək səmərə verməsidir. Bu müalicə üsulunu intellekti kifayət qədər inkişaf etmiş, analitik təfəkkür qabiliyyətinə malik şəxslər arasında tətbiq etmək məsləhət görülür.

## Xəstəlik tarixinin sxemi

### I. P a s p o r t m ə l u m a t ı

Adı, soyadı, atasının adı

Anadan olduğu il

Ünvan

İşlədiyi yer, vəzifəsi, sənəti

Xəstəxanaya daxilolma tarixi

Neçənci dəfədir xəstəxanaya daxil olur

Xəstəxanaya kimin müşayiəti ilə gəlib

Hansı tibb müəssisəsi (və ya kim) tərəfindən göndərilib

Daxilolma diaqnozu

### II. H ə y a t a n a m n e z i ( A n a m n e s i s v i t a e).

- 1) Xəstənin yaxın qohumları arasında ruhi xəstələrin olub-olmaması (əsəb-psixi xəstəliklər, xasiyyət anomaliyası, narkomaniya, alkoqolizm, kəmağıllıq, qohumlarda özünə sui-qəsd halları, epilepsiya tutmaları).  
Digər irsi xəstəliklər: vərəm, sifilis, xərçəng və s. (əgər qohumlarında bu xəstəliklər varsa, bu kimdədir? Harada müalicə olunub).
- 2) Öz ailəsi haqqında məlumat (evlidirsə uşaqların sayı, onların sağlamlığı).
- 3) Xəstənin valideynləri və bacı-qardaşları haqqında məlumat: atası və anası. Onların təhsili, sənəti, xasiyyət və vərdişləri, keçirdiyi xəstəliklər. Bacı-qardaşları haqqında eyni məzmunlu məlumat. Əgər vəfat ediblərsə, neçə yaşında və hansı səbəbdən.
- 4) Xəstənin özü haqqında məlumat. Ailədə sayca neçənci uşaqdır? Anası hamiləliyi necə keçirmişdir? Hamiləlik zamanı ananın mexaniki və psixi travma alması, infeksiya xəstəlikləri və toksikoz keçirməsi, hamiləliyin nə qədər davam etməsi, vaxtından əvvəl doğulması (ayını göstərmək). Doğuş şəraiti (xəstəxanada və ya evdə), ağırlaşmalar, stimulyatorlardan istifadə olunması, Kesar kəsiyi, doğuş zamanı dölün aldığı travmalar, asfiksiya və s. ağırlaşmalar olubsa, onları qeyd etməli.
- 5) Körpənin boyu və çəkisi. Dərinin rəngi, qidalanması: təbii, süni. İlk yaşlarda uşağın fiziki vəziyyəti (boy, çəki və psixi inkişafı: ətraf mühiti tanıması, danışmağa başlaması, ümumi fəallığı və

- s.). Keçirdiyi xəstəliklər haqqında məlumat. Bu xəstəliklərin sinir-psixi sferaya təsiri.
- 6) Məktəbəqədər dövr: evdə və uşaq kollektivlərində xasiyyəti və davranış xüsusiyyətləri. Valideynlərin ərköynlük şəraiti yaratması. Səbəbsiz qorxu, enurez, kəkələmə, dəhşətli yuxugörmələr, cəngolma əlamətləri və i. a.
  - 7) Məktəb yaşı dövrü. Məktəbə neçə yaşında getmişdir. Dərsi mənimləmə qabiliyyəti necə olmuşdur. Bu dövrdə xasiyyəti və davranışı. Müəllimlərə və yoldaşlarına qarşı münasibəti.
  - 8) Məktəb yaşından sonrakı dövr, orta məktəbi qurtardıqdan sonra təhsilini davam etdirib, yoxsa istehsalata getmişdir. Hansı sənət üzrə və harada işləmişdir. Peşəsini dəyişmişsə, onun səbəbi.
  - 9) Ailə həyatı haqqında məlumat. Ailədə münasibət. Ailəsinin pozulmasının və təkrar evlənməsinin səbəbi (əgər belə hal olmuşsa). Uşaqlarının sağlamlığı haqqında məlumat. Qadınlara aid xüsusi suallar: aybaşı, hamiləlik, uşaqsalma, neçə dəfə abort etmişdir. Doğuş və klimaks dövrlərinin təsviri. Bunların sinir-psixi sferaya təsiri.
  - 10) Zərərli adətlər və vərdislər. Papirosa, narkotik maddələrə və spirtli içkilərə münasibəti, ananizmlə məşğul olması və s.

### III. Xəstəliyin anamnezi (Anamnesis morbi).

Hazırkı xəstəlik nə zaman (il, ay) və nə ilə əlaqədar olaraq başlamışdır. Özünü hansı əlamətlərlə bürüzə vermişdir. Müalicə üçün hansı tibbi müəssisəyə müraciət etmişdir, nə kimi müalicə almışdır, müalicənin nəticəsi necə olmuşdur? Hansı səbəbə görə xəstəni psixiatriya xəstəxanasına göndərməyə məcbur olmuşlar. Əgər xəstəlik əvvəllər də müşahidə olunubsa, onda xəstənin hansı illərdə, hansı xəstəxanada yatdığı və nə kimi müalicə aldığı qeyd olunur.

### IV. Xəstənin hazırkı vəziyyəti (Status praesens).

Somatik vəziyyəti: xəstənin ümumi halı, boyu, çəkisi, bədən quruluşu, dəri və selikli qışaların rəngi, səthi limfatik vəziləri, dayaq hərəkət aparatı və əzələ sistemi haqqında məlumat. Ağız boşluğu, dişlərin vəziyyəti və dilin rəngi (ərp örtüyü).

Ürək-damar sistemi (zirvə vurğusu, nəbz, arterial təzyiq, ürəyin həddləri, tonları).

Tənəffüs sistemi (tənəffüsün tipi, sayı, ağciyərlərin hüdudu, xırıltıların olması).

Həzm sistemi (udma aktı, dalağın, qaraciyərin, bağırsaqların palpasiyası, qəbizlik və ya tez-tez ayaqyoluna getmə).

Sidik-ıfrazat sistemi (diurez, böyrəklərin əllənməsi, Pasternak simptomu).

Sinir sistemi (mərkəzi sinir sisteminin patologiyasını göstərən üzvi, o cümlədən, iflic əlamətlərinin olması). Alın, təpə, gicgah, ənsə nahiyyələrinin palpasiyası, 12 cüt beyin sinirlərinin müayinəsi, aktiv-passiv hərəkətlər, meninqial simptomlar, patoloji reflekslər, beyinciyin müayinəsi, vegetativ sinir sisteminin vəziyyəti: tərləmə, dermoqrafizm, allergiya əlamətləri və s.

#### V. P a r a k l i n i k m ü a y i n ə l ər .

Laborator və rentgenoloji müayinələr (qanın və sidiyin ümumi müayinələrindən başqa, Vasserman reaksiyası, haram ilik mayesinin müayinəsi də aparılmalıdır). Elektroensefaloqrafiya, tomoqrafiya və digər tədqiqat metodlarının (o cümlədən, psixoloji sınaqlar) nəticələri.

Ehtiyac olarsa, digər ixtisasçıların: terapevt, göz həkimi, nevropatoloq, infeksiyoz və b.-nin məsləhətləri təşkil edilir. Psixi xəstəliklərin diaqnozunu müəyyənləşdirərkən bu məlumatların böyük əhəmiyyəti vardır.

#### VI. P s i x i s t a t u s ( S t a t u s p s y c h i c u s ) .

Psixoloji müayinə zamanı alınan məlumatlar terminlərdən istifadə etmədən, adi sözlərlə təsvir etmək lazımdır. Məsələn, fərz edək ki, xəstədə eşitmə psevdohallüsinasiyaları və münasibət sayıqlamaları vardır. Bunu belə təsvir etmək olar. Söhbət zamanı xəstə söyləyir ki, o, müxtəlif təhqiramiz, nalayiq sözlər eşidir. Səslər beynin içindən gəlir, tanımadığı qadının səsidir. Daha sonra xəstə qeyd edir ki, ətrafdakı adamlar: iş yoldaşları və yaxın qohumları ona qarşı münasibəti dəyişmişlər, onunla salamlaşmaq belə istəmirlər. Xəstənin dediyi ifadələri olduğu kimi, dırnaq arasında yazmaq məsləhət görülür.

Xəstə ilə söhbət aparılmasının xüsusi (standart) qaydası yoxdur. Lakin çalışmaq lazımdır ki, o bizi maraqlandıran bütün sferaları əhatə etsin. Psixi halı aşağıdakı ardıcılıqla təsvir etmək məqsəduyğundur:

- 1) Xəstənin xarici görkəmi: geyimi, səliqəsi, mimikası, özünü idarə etməsi, danışiq tərz.
- 2) Həkimlə xəstə arasında psixoloji kontakt: suallara necə cavab

- verir (cəld ya ləng, dolğun və ya yarımçıq). Verilən suallara münasibəti: həssas, formal, laqeyd, neqativ.
- 3) Düşüncə sferası (bələdliyi). Öz vəziyyətini, adını, familiyasını, olduğu yeri, kiminlə söhbət etməsini dərk etməsi. Düşüncənin kəmiyyət (keyləşməsi, sopor halı) və keyfiyyət pozuntuları (amentiv, oneyroid, deliriyoz, alaqaranlıq) varsa təsvir olunur.
  - 4) Əsas diaqnostik əhəmiyyət kəsb edən sindromların: hallüsinator-sayıqlama, psixi avtomatizm katatonik-oyanma və ya stupor, ipoxondrik, apatik-abulik və s. təsviri.
  - 5) Qavrama sferası. Aqnoziyalar, illüziyalar, hallüsinasiyalar, yalançı hallüsinasiyalar, psixosensor pozuntu, senestopatiyalar və s. Bu pozuntulara qarşı xəstənin hərəkətlərində və hisslərində ifadə olunan münasibət. Tənqidi və ya qeyri-tənqidi qiymətləndirməsi.
  - 6) Yaddaş və diqqət sferası. Ümumi yaddaşın zəifləməsi və ya güclənməsi, söylədiyi hadisələrin dəqiqliyi, hissəvi və ya tam amneziya varsa onun təsviri. Yaddaşın keyfiyyətə pozuntuları, Korsakov sindromu, diqqətini cəmləmə qabiliyyəti, onun zəifləməsi və ya güclənməsi (patoloji diqqət).
  - 7) İntellektual (əqli) qabiliyyəti. Bilik ehtiyatı və həyat təcrübəsinin yaşa, təhsilinə görə həcmi. Suallara cavab verərkən işlətdiyi ifadələr, onların siyasi və mənəvi ideya baxımından zəngin və ya kasad olması. Ağıl zəifliyi əlamətləri varsa, onun dərəcəsini təyin etməli.
  - 8) Təfəkkür sferası. Nitqin quruluşu. Verilən suallara məqsədəuyğun və məzmunlu cavabvermə qabiliyyəti. Təfəkkürün formal (sürətlənməsi, ləngiməsi, dayanması, söz axını, boşboğazlıq, müfəssəllik, qırıqlıq və s.) və ya məzmunca pozuntuları (sayıqlama, sarışan hallar, yüksək qiymətli fikirlər) varsa, onların təsviri. Psixi avtomatizm (Kandinski – Klerambo) sindromu.
  - 9) Təəssürat (emosiya) sferası. Əhvali-rühiyyənin ümumi xarakteri. Aşkar edilən ayrı-ayrı emosiya pozuntularının; maniya, depressiya, eyforiya, təşviş, həyəcan, laqeydlilik, kütlük, kövrəklik, qorxu hissi və s. təsviri.
  - 10) İradə və meyil sferası. Xəstənin hərəkətlərinin fəallığı, ardıcılığı və ya tərəddüd etməsi. Fəaliyyət imkanları, inadkarlıq və ya iradəsizlik əlamətləri nümayiş etdirməsi, fəaliyyətin enməsi, katalepsiya, neqativizm, stereotipiya, impulsiv hərəkətlər varsa onların təsviri. İctimai zərərli hərəkətlər (oğurluq, yalancılıq,

xuliqanlıq) və ya normal instinktiv aktların pozuntuları (qidalanma, cinsi, özünü mühafizə instinqləri) olarsa, onların təsviri.

- 11) Xəstələrin şöbədə özlərini necə idarə etmələri. Tibbi personala, yaxın qohumlara olan münasibəti, məşğuliyyəti, o cümlədən, yaradıcılıq qabiliyyəti: şəkil çəkmək, şer yazmaq və s. diaqnostik əhəmiyyətə malik məlumatlar kimi qeyd olunmalıdır.

Ən nəhayət xəstələrin şikayətləri və öz iztirablarına (xəstəliyinə) tənqidi və ya qeyri-tənqidi münasibət bəsləməsi göstərməlidir.

## VII. D i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a .

Bu hissədə xüsusi terminlərdən istifadə etmək olar. Ən başlıca əlamətləri və sindromları təsvir etməklə hansı xəstəliklərdən şübhələndiyimizi göstəririk. Lazım gələrsə, xəstəliyin patogenezinə, anamnezdən alınmış məlumatlara müraciət edilir. Müqayisə və təhlil etməklə əsas diaqnozu əsaslandırırıq. Əsas diaqnoz böyük hərflərlə sonuncu sətirdə yazılır.

VIII. Y a r d ı m p l a n ı . Diaqnoza və patogenetik qanunauyğunluqlara müvafiq terapiya planı tərtib edilir və müalicəyə başlanılır. Dərmanların və digər müalicə vasitələrinin tətbiqi qaydaları, onların hansı saatlarda, hansı sxem üzrə, dərman maddələrinin dozası səlis göstərməlidir.

## IX. P r o q n o z .

Hazırkı tutmanın və ümumiyyətlə, xəstəliyin gözlənilən nəticələrini əsaslandırmaqlı.

## X. E k s p e r t i z a .

1) Əmək (əlilliyin təyin edilməsi üçün əsaslar); 2) hərbi (hərbi qulluğa yararlı olması); 3) məhkəmə ekspertizası (anlaqlı və ya anlaqsız olması, hüquq və fəaliyyət qabiliyyəti).



## **Psixi xəstəliklər və davranış pozuntularının Beynəlxalq təsnifatı – diaqnostik göstəricilər (*X baxış*)**

### **F0 ÜZVİ, O CÜMLƏDƏN, SİMPTOMATİK PSİXİ POZUNTULAR**

#### **F00 ALTSHEYMER XƏSTƏLİYİNDƏ DEMENSİYA**

– Altsheymer tipli ilkin degenerativ demensiya.

F00.0 Altsheymer xəstəliyində erkən başlayan demensiya

– Altsheymer xəstəliyi, tip 2;

– Altsheymer tipli qocalıqönü (presenil) demensiya

F00.1 Altsheymer xəstəliyində gec başlayan demensiya

– Altsheymer xəstəliyi, tip 1;

– Altsheymer tipli qocalıq (senil) demensiyası

F00.2 Altsheymer xəstəliyində atipik və ya qarışıq tip demensiya

F00.9 Altsheymer xəstəliyində dəqiqləşdirilməmiş demensiya

#### **F01 DAMAR DEMENSİYASI**

– arteriosklerotik demensiya.

F01.0 Kəskin başlayan damar demensiyası

F01.1 Multiinfarkt demensiya

– əsasən qabıq demensiyası

F01.2 Subkortikal damar demensiyası

F01.3 Qarışıq qabıq və qabıqaltı damar demensiyası

F01.8 Digər damar demensiyası

F01.9 Dəqiqləşdirilməmiş damar demensiyası.

#### **F02 DİGƏR BÖLMƏLƏRDƏ TƏSNİF EDİLƏN XƏSTƏLİKLƏRDƏ DEMENSİYA**

F02.0 Pik xəstəliyində demensiya

F02.1 Kreysfeldt – Yakob xəstəliyində demensiya

F02.2 Qentington xəstəliyində demensiya

Qentington xəstəliyində demensiya

F02.3 Parkinson xəstəliyində demensiya

– titrəyişli iflic zamanı demensiya;

– parkinsonizm zamanı demensiya

F02.4 İnsan immun çatışmazlıq virusu (İİÇV) ilə əlaqədar  
xəstəliklərdə demensiya

– QİÇS (SPİD) – kompleks demensiyalar;

– İİÇV ensefalopatiya və ya yarımkəskin ensefalit.

F02.8 Digər bölmələrdə təsnif edilən, dəqiqləşdirilmiş digər  
xəstəliklərdə demensiya

– ... zamanı demensiya

– karbon oksidi (dəm qazı) ilə zəhərlənmələr (T58);

- serebral lipidoz (E75);
- epilepsiya (G40);
- ruhi xəstələrdə progressiv iflic (A52.1);
- hepatolentikulyar degenerasiya (Vilson) xəstəliyi (E83.0);
- hiperkalsemiya (E83.5);
- qazanılma hipotireoidizm (EOO-E02);
- intoksikasiyalarda (T36-T65);
- çoxsaylı skleroz (G35);
- neyrosifilis (A52.1);
- nikotin turşusunun çatışmazlığı (pellaqra) (E52);
- düyünlü poliartrit (M30.0);
- sistemli qırmızı qurdeşənəyi (M32.-);
- tripanosomozlar (Afrika B56, Amerika B57);
- B<sub>12</sub> vitamininin çatışmazlığı (E53.8).

### F03 DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ DEMENSİYA

- DGO /digər göstəricisi olmayan / qocalıqönü və ya qocalıq demensiyası;
- DGO qocalıq və ya qocalıqönü psixoz;
- DGO ilkin degenerativ demensiya.

### F04 ALKOQOL VƏ YA DİGƏR PSİXOAKTİV MADDƏLƏRLƏ ƏLAQƏDAR OLMAYAN ÜZVİ AMNESTİK SİNDROM

- Korsakov sindromu və ya psixozu (alkoqolsuz).

### F05 ALKOQOL VƏ YA PSİXOAKTİV MADDƏLƏRLƏ ƏLAQƏDAR OLMAYAN DELİRİY

- kəskin düşüncə çəşqınlığı vəziyyəti (alkoqolsuz);
- kəskin beyin sindromu;
- kəskin üzvi-psixi sindrom;
- kəskin infeksiyon psixoz;
- kəskin üzvi reaksiya

F05.0 Demensiya fonunda yaranmayan deliriy

F05.1 Demensiya fonunda yaranan deliriy

F0.8 Digər deliriy

- qarışıq etiologiyalı deliriy;
- yarımkəskin düşüncə çəşqınlığı vəziyyəti və ya deliriy.

F05.9 Dəqiqələşdirilməmiş deliriy

### F06 BAŞ-BEYNİN ZƏDƏLƏNMƏSİ VƏ YA DİSFUNKSİYASI, YAXUD FİZİKİ XƏSTƏLİK NƏTİCƏSİNDƏ DİGƏR PSİXİ POZUNTULAR

F00-F03 sütunlarında təsnif edilən demensiya ilə psixi pozuntular.

F06.0 Üzvi hallüsinoz

F06.1 Üzvi mənşəli katatonik pozuntu

F06.2 Üzvi sayıqlama (şizofrenəbənzər) pozuntusu

- paranoid və ya hallüsinator – paranoid üzvi vəziyyətlər;
- epilepsiya zamanı şizofrenəbənzər psixoz

F06.3 Əhvali-ruhiyyənin üzvi (affektiv) pozuntuları

- F06.30 Üzvi mənşəli manikal pozuntu;
- F06.31 Üzvi mənşəli bipolyar pozuntu;
- F06.32 Üzvi mənşəli depressiv pozuntu;
- F06.33 Üzvi mənşəli qarışıq pozuntu.
- F06.4 Üzvi mənşəli təşviş pozuntusu
- F06.5 Üzvi dissosiativ pozuntu
- F06.6 Üzvi emosional ləbil (astenik) pozuntu
- F06.7 Yüngül koqnitiv pozuntu
- F06.8 Baş-beyinin zədələnməsi, disfunksiyası və fiziki xəstəlik nəticəsində digər dəqiqləşdirilməmiş psixi pozuntular
  - DGO epileptik psixoz
- F06.9 Baş-beyinin zədələnməsi, disfunksiyası və fiziki xəstəlik nəticəsində dəqiqləşdirilməmiş psixi pozuntular

**F07 BAŞ-BEYİNİN XƏSTƏLİYİ, ZƏDƏLƏNMƏSİ VƏ DİSFUNKSİYASI NƏTİCƏSİNDƏ ŞƏXSİYYƏT VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI**

- F07.0 Şəxsiyyətin üzvi pozuntusu
  - alın payı sindromu;
  - limbik epilepsianın şəxsiyyət sindromu;
  - lobotomianın nəticələri sindromu;
  - leykotomiyadan sonrakı vəziyyət;
  - üzvi psevdooliqofrenik şəxsiyyət;
  - üzvi psevdopsixopatik şəxsiyyət
- F07.1 Postensefalitik sindrom
- F07.2 Postkommotsion sindrom
  - postkommotsion sindrom (ensefalopatiya);
  - posttravmatik beyin sindromu, psixozsuz
- F07.8 Baş-beyinin xəstəliyi, zədələnməsi, disfunksiyası nəticəsində digər üzvi şəxsiyyət və davranış pozuntuları
- F07.9 Baş-beyinin xəstəliyi, zədələnməsi və disfunksiyası nəticəsində dəqiqləşdirilməmiş üzvi şəxsiyyət və davranış pozuntuları
  - üzvi psixosindrom.

**F09 DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ ÜZVİ VƏ YA SİMPATOMATİK PSİXİ POZUNTULAR**

- DGO üzvi psixoz;
- DGO simptomatik psixoz

**F1 PSİXOAKTİV MADDƏLƏRİN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI**

**F10 ALKOQOL QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI**

**F11 OPOİDLƏRİN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI**

- F12 KANNABİNOİDLƏRİN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
- F13 SEDATİV VƏ YA YUXUGƏTİRİCİ MADDELƏRİN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
- F14 KOKAİN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
- F15 KOFEİN DAXİL OLMAQLA DİGƏR STİMULYATORLARIN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
- F16 HALLÜSİNOGENLƏRİN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
- F17 TÜTÜNDƏN İSTİFADƏ NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
- F18 UÇUCU HƏLLEDİCİLƏRİN QƏBULU NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
- F19 NARKOTİKLƏRDƏN VƏ DİGƏR PSİXOAKTİV MADDELƏRDƏN BİRLİKDƏ İSTİFADƏ NƏTİCƏSİNDƏ PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI

4-cü və 5-ci işarələrdən klinik vəziyyəti dəqiqləşdirmək üçün istifadə edilə bilər:

- F1x.0 Kəskin intoksikasiya
- alkoqolizm zamanı kəskin sərxoşluq;
  - hallüsinogenlərin qəbulu zamanı;
  - DGO sərxoşluq
- .00 ağırlaşmış;
- .01 travma və ya digər bədən xəsarəti ilə;
- .02 digər tibbi ağırlaşmalarla, məsələn, qanlı qusma ilə, qusma möhtəviyyatını iyləməklə;
- .03 deliriy ilə;
- .04 qavrama pozuntuları ilə;
- .05 koma ilə;
- .06 cəngəlməklə;
- .07 patoloji sərxoşluq.
- F1x.1 Zərərli nəticələr verən qəbul
- F1x.2 Asılılıq sindromu
- xronik alkoqolizm;
  - dipsomaniya;
  - dərman hərisliyi.
- F1x.20 Hazırda qəbuldan imtina
- F1x.21 Hazırda imtina etmək, lakin qəbulu inkar edən şəraitdə (hospitəlda, müalicə şəraitində, həbsdə və i.a.).

- F1x.22 Hazırda klinik müşahidə altında davametdirici və ya əvəzedici terapiya üçün (nəzarət edilən asılılıq).
- F1x.23 İyrənmə yaradan müalicə və ya blokadaedici dərmanlarla hazırda imtina etmək (naltrekson və ya disulfiramla).
- F1x.24 Hazırda narkotik maddələr qəbul edilir (fəal asılılıq).
- F1x.25 Daimi qəbul.
- F1x.26 Epizodik qəbul (dipsomaniya).
- F1x.3 Qəbulun dayandırılması vəziyyəti
  - .30 ağırlaşmasız
  - .31 cəngolmalarla
- F1x.4 Qəbulun dayandırılması deliriy ilə
  - .40 cəngolmasız
  - .41 cəngolmalarla
- F1x.5 Psixotik pozuntu
  - alkoqol hallüsinozu;
  - alkoqol qısqıncılıq sayıqlaması;
  - alkoqol paranoyası;
  - DGO alkoqol psixozları.

Psixotik pozuntunun diaqnozu 5 işarəli kodlarla dəqiqləşdirilə bilər;

  - .50 şizofrenəbənzər
  - .51 sayıqlamanın üstünlüyü ilə
  - .52 hallüsinator üstünlüklə (alkoqol hallüsinozu daxil edilir)
  - .53 polimorf əlamətlərin üstünlüyü ilə
  - .54 depressiv əlamətlərin üstünlüyü ilə
  - .55 maniakal əlamətlərin üstünlüyü ilə
  - .56 qarışıq
- F1x.6 Amnestik sindrom
  - alkoqol və digər psixoaktiv maddələrlə yaranmış Korsakov psixozu və ya sindromu
- F1x.7 Rezidual (qalıq) psixotik və gecikmiş debütlü psixotik pozuntu
  - .70 reminisensiyalar
  - .71 şəxsiyyət və davranış pozuntusu
  - .72 qalıq affektiv pozuntu
  - .73 demensiya
  - .74 digər davamlı koqnitiv pozuntu
  - .75 gecikmiş debütlü psixotik pozuntu
- F1x.8 Digər psixi və davranış pozuntuları
- F1x.9 Dəqiqləşdirilməmiş psixi və davranış pozuntusu

## **F2 ŞİZOFRENİYA, ŞİZOTİP VƏ SAYIQLAMA POZUNTULARI**

### **F20 ŞİZOFRENİYA**

- F20.0 Paranoid şizofreniya
  - parafren şizofreniya
- F20.1 Hebefren şizofreniya
  - nizamsız şizofreniya;
  - hebefreniya
- F20.2 Katatonik şizofreniya

- katatonik stupor;
- şizofrenik katalepsiya;
- şizofrenik mumabənzər plastiklik
- F20.3 Diferensasiyaedilməmiş şizofreniya
- atipik şizofreniya
- F20.4 Postşizofrenik depressiya
- F20.5 Rezidual (qalıq) şizofreniya
- diferensasiyedilməmiş xronik şizofreniya;
- şizofrenik rezidual (qalıq) vəziyyət
- F20.6 Sadə şizofreniya
- simpleks – şizofreniya.
- F20.8 Şizofreniyanın digər formaları
- senestopatik şizofreniya;
- DGO şizofrenoform pozuntular.
- F20.9 Dəqiqləşdirilməmiş şizofreniya
- Aşağıdakı beşinci işarədən istifadə etməklə şizofrenik pozuntuların gediş tipləri təsnif edilə bilər:
- F20.x0 fasiləsiz
- F20.x1 epizodik, artan qüsurla
- F20.x2 epizodik, sabit qüsurla
- F20.x3 epizodik, artan əlamətlərlə
- F20.x4 natamam remissiya
- F20.x5 tam remissiya
- F20.x8 digər
- F20.x9 müşahidə dövrü bir ildən az

## F21 ŞİZOTİP POZUNTU

## F22 XRONİK SAYIQLAMA POZUNTULARI

- F22.0 Sayıqlama pozuntusu
- paranoia;
- paranoid vəziyyət;
- senzitiv münasibət sayıqlaması.
- F22.8 Digər xronik sayıqlama pozuntuları
- involüsiya paranoid;
- paranoianın kverulyant forması;
- dismorfofobiyanın sayıqlama forması
- F22.9 Dəqiqləşdirilməmiş xronik sayıqlama pozuntuları

## F23 KƏSKİN VƏ TRANZİTOR PSİXOTİK POZUNTULAR

- F23.0 Şizofreniya əlamətləri olmayan kəskin polimorf psixotik pozuntu
- şizofreniya əlamətləri olmayan və ya dəqiqləşdirilməmiş sayıqlama tutmaları;
- şizofreniya əlamətləri olmayan və ya dəqiqləşdirilməmiş tsikloid psixoz
- F23.1 Şizofreniya əlamətləri ilə kəskin polimorf psixotik pozuntu
- şizofreniya əlamətləri ilə sayıqlama tutmaları;

- şizofreniya əlamətləri ilə tsikloid psixoz
- F23.2 Kəskin şizofreniyabənzər psixotik pozuntu
  - kəskin (diferensasiyaedilməmiş) şizofreniya;
  - oneyrofreniya;
  - şizofrenik reaksiya;
  - qısamüddətli şizofrenoform pozuntu və ya psixoz.
- F23.3 Digər kəskin, əsasən, psixotik sayıqlama pozuntuları
  - paranoid reaksiya;
  - psixogen paranoid psixoz
- F23.8 Digər kəskin və tranzitor psixotik pozuntular
- F23.9 Dəqiqləşdirilməmiş kəskin və tranzitor psixotik pozuntular
  - DGO qısamüddətli reaktiv psixoz
  - Kəskin əlaqələndirici stresin olub-olmamasını göstərmək üçün beşinci işarədən istifadə edilə bilər
  - .x0 kəskin əlaqələndirici stressiz
  - .x1 kəskin əlaqələndirici stresslə

**F24 İNDUKSİYAEDİLMİŞ SAYIQLAMA POZUNTUSU**

- folie a deux (ikilikdə psixoz);
- induksiyaedilmiş paranoid və ya psixotik pozuntu;
- simbiotik psixoz

**F25 ŞİZOAFFEKTİV POZUNTULAR**

- F25.0 Şizoaffektiv pozuntu, maniakal tip
  - şizoaffektiv psixoz, maniakal tip;
  - şizofrenofrom psixoz, maniakal tip.
- F25.1 Şizoaffektiv psixoz, depressiv tip
  - şizoaffektiv psixoz, depressiv tip;
  - şizofrenofrom psixoz, depressiv tip
- F25.2 Şizoaffektiv pozuntu, qarışıq tip
  - sirkulyar şizofreniya;
  - qarışıq şizofrenik və affektiv psixoz.
- F25.8 Digər şizoaffektiv pozuntular.
- F25.9 Dəqiqləşdirilməmiş şizoaffektiv pozuntu.
  - DGO şizoaffektiv psixoz

**F28 DİGƏR QEYRİ-ÜZVİ PSİXOTİK POZUNTULAR**

- DGO xroniki hallüsinator psixoz

**F29 DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ QEYRİ-ÜZVİ PSİXOZ**

- DGO psixoz

**F3 ƏHVALİ-RUHİYYƏNİN (AFFEKTİN) POZUNTULARI**

**F30 MANİAKAL EPİZOD**

- F30.0 Hipomaniya
- F30.1 Maniya, psixotik əlamətlərsiz

- F30.2 Maniya, psixotik əlamətlərlə
- F30.8 Digər maniakal epizod
- F30.9 Dəqiqləşdirilməmiş maniakal epizod  
– DGO maniya

#### F31 BİPOLYAR AFFEKTİV POZUNTU

- F31.0 Bipolyar affektiv pozuntu, cərəyan edən hipomaniakal epizod.
- F31.1 Bipolyar affektiv pozuntu, psixotik əlamətlərsiz cərəyan edən maniya epizodu
- F31.2 Bipolyar affektiv pozuntu, psixotik əlamətlərlə cərəyan edən maniya epizodu
- F31.3 Bipolyar affektiv pozuntu, cərəyan edən orta və ya yüngül depressiya epizodu.
  - .30 somatik əlamətlərsiz
  - .31 somatik əlamətlərlə
- F31.4 Bipolyar affektiv pozuntu, psixotik əlamətlərsiz cərəyan edən ağır depressiya epizodu
- F31.5 Bipolyar affektiv pozuntu, psixotik əlamətlərlə cərəyan edən ağır depressiya epizodu
- F31.6 Bipolyar affektiv pozuntu, qarışıq cərəyan edən epizod.
- F31.7 Bipolyar affektiv pozuntu, remissiya vəziyyəti.
- F31.8 Digər bipolyar affektiv pozuntular
  - bipolyar pozuntu, tip II
  - rekurrent maniakal epizodlar
- F31.9 Dəqiqləşdirilməmiş bipolyar affektiv pozuntu

#### F32 DEPRESSİYA EPİZODU

- depressiv yeganə epizod;
- böyük depressiya (psixotik əlamətlərsiz);
- psixogen depressiya və ya reaktiv depressiya (F32.0; F32.1 və ya F32.2).
- F32.0 Yüngül depressiya epizodu
  - .00 somatik əlamətlərsiz
  - .01 somatik əlamətlərlə
- F32.1 Orta dərəcəli depressiya epizodu
  - .10 somatik əlamətlərsiz
  - .11 somatik əlamətlərlə
- F32.2 Psixotik əlamətlərsiz ağır depressiya epizodu.
  - ajitəli (narahat) depressiyanın yeganə epizodu.
  - psixotik əlamətlərsiz melanxoliya və ya vital depressiya.
- F32.3 Psixotik əlamətlərlə ağır depressiya epizodu
  - psixotik əlamətlərlə böyük depressiyanın;
  - psixotik depressiyanın;
  - psixogen depressiv psixozun;
  - reaktiv depressiv psixozun...
  - tək-bir epizodu
- F32.8 Digər depressiya epizodları



- atipik depressiya;
- DGO «maskalanmış» depressiyanın tək-bir epizodları
- F32.9 Dəqiqləşdirilməmiş depressiya epizodları
- DGO depressiya;
- DGO depressiv pozuntu.

**F33 REKURRENT DEPRESSİV POZUNTU**

- F33.0 Rekurrent depressiv pozuntu, cərəyan edən yüngül dərəcəli epizod
  - .00 somatik əlamətlərsiz (bax, F32.00)
  - .01 somatik əlamətlərlə (bax, F32.01)
- F33.1 Rekurrent depressiv pozuntu, cərəyan edən orta dərəcəli epizod
  - .10 somatik əlamətlərsiz (bax, F32.10)
  - .11 somatik əlamətlərlə (bax, F32.11)
- F33.2 Rekurrent depressiv pozuntu, psixotik əlamətlərsiz cərəyan edən ağır epizod
- F33.3 Rekurrent depressiv epizod, psixotik əlamətlərlə cərəyan edən ağır epizod
- F33.4 Rekurrent depressiv pozuntu, remissiya vəziyyəti.
- F33.8 Digər rekkurent depressiv pozuntular
- F33.9 Dəqiqləşdirilməmiş rekurrent depressiv pozuntu.
  - DGO monopolyar depressiya

**F34 XRONİK (AFFEKTİV) ƏHVALİ-RUHİYYƏ POZUNTULARI**

- F34.0 Tsiklotimiya
  - şəxsiyyətin affektiv pozuntusu;
  - tsikloid şəxsiyyət;
  - tsiklotim şəxsiyyət
- F34.1 Distimiya
  - xronik təşviş depressiyası;
  - depressiv nevroz;
  - şəxsiyyətin depressiv pozuntusu;
  - nevrotik depressiya (davamiyyəti–2 ildən çox)
- F34.8 Digər xronik affektiv pozuntular
- F34.9 Dəqiqləşdirilməmiş xroniki (affektiv) əhvali-ruhiyyə pozuntusu

**F38 DİGƏR (AFFEKTİV) ƏHVALİ-RUHİYYƏ POZUNTULARI**

- F38.0 Tək-bir rast gəlinən digər (affektiv) əhvali-ruhiyyə pozuntuları
  - .00 qarışıq affektiv epizod
- F38.1 Digər rekurrent (affektiv) əhvali-ruhiyyə pozuntuları
  - .10 qısamüddətli rekurrent depressiv pozuntu
- F38.8 Digər, dəqiqləşdirilmiş (affektiv) əhvali-ruhiyyə pozuntuları

**F39 DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ (AFFEKTİV) ƏHVALİ-RUHİYYƏ POZUNTULARI**

- DGO affektiv psixoz

#### **F4 NEVROTİK, STRESSLƏ ƏLAQƏDAR VƏ SOMOTOFORM POZUNTULAR**

##### **F40 TƏŞVİŞLİ QORXU (FOBİK) POZUNTULARI**

- F40.0 Aqorafobiya
  - .00 vahiməsiz pozuntu
  - .01 vahiməli pozuntu
    - aqorafobiya ilə vahimə pozuntusu.
- F40.1 İctimai fobiyalar
  - antropofobiya;
  - içtimai nevroz (sosial nevroz);
- F40.2 Spesifik (təcridolunmuş) fobiyalar
  - heyvanlardan qorxma (zoofobiya);
  - klaustrofobiya;
  - akrofobiya;
  - imtahanlardan qorxma;
  - sadə qorxu (fobiya)
- F40.8 Digər təşvişli qorxu pozuntuları
- F40.9 Dəqiqləşdirilməmiş qorxu – təşviş pozuntuları
  - DGO qorxma (fobiya);
  - DGO qorxma vəziyyətləri

##### **F41 DİGƏR TƏŞVİŞLİ POZUNTULAR**

- F41.0 Vahimə pozuntusu (epizodik paroksizmal vahimə)
  - vahiməli hücum;
  - vahiməli vəziyyət
- F41.1 Generalizəolunmuş təşvişli pozuntu
  - təşvişli vəziyyət
  - təşvişli nevroz;
  - təşviş reaksiyası
- F41.2 Qarışıq təşviş və depressiya pozuntusu
  - təşvişli depressiya (yüngül və ya davamsız).
- F41.3 Digər qarışıq təşvişli pozuntular
- F41.8 Digər dəqiqləşdirilmiş təşvişli pozuntular
  - təşvişli isteriya
- F41.9 Dəqiqləşdirilməmiş təşvişli pozuntu
  - DGO təşviş

##### **F42 OBSESSİV-KOMPULSİV POZUNTU**

- obsessiv-kompulsiv nevroz;
- F42.0 Əsasən, sarışan fikirlər və ya düşüncələr (fikir gövşəməsi)
- F42.1 Əsasən, kompulsiv hərəkətlər (obsessiv rituallar)
- F42.2 Qarışıq obsessiv fikirlər və hərəkətlər
- F42.8 Digər obsessiv-kompulsiv pozuntular
- F42.9 Dəqiqləşdirilməmiş obsessiv-kompulsiv pozuntu.

##### **F43 AĞIR STRESƏ REAKSIYA VƏ UYĞUNLAŞMANIN POZUNTUSU**

- F43.0 Stresə kəskin reaksiya
  - böhran vəziyyəti;

- kəskin böhran reaksiyası;
- mübariz yorğunluq;
- psixi şok
- F43.1 Postravmatik stress pozuntusu (PTSP)
  - travmatik (sarsıntı) nevroz
- F43.2 Uyğunlaşmanın pozuntuları
  - .20 qısamüddətli depressiv reaksiya (1 aydan az)
  - .21 uzunmüddətli depressiv reaksiya (2 ilədək)
  - .22 qarışıq təşviş və depressiya reaksiyası
  - .23 digər emosiya pozuntularının üstünlüyü ilə
  - .24 davranış pozuntularının üstünlüyü ilə
  - .25 qarışıq emosiya və davranış pozuntusu
  - .26 digər üstünlük təşkil edən spesifik əlamətlər
- F43.8 Ağır stressə qarşı digər reaksiyalar
- F43.9 Ağır stressə qarşı dəqiqləşdirilməmiş reaksiya.
- F44 DİSSOSİATİV (KONVERSİON) POZUNTULAR
  - isterik nevroz;
  - isteriya psixozu
  - F44.0 Dissosiativ amneziya
  - F44.1 Dissosiativ fuqa
  - F44.2 Dissosiativ stupor
  - F44.3 Translar və mənimsəmə (nail olmaq) vəziyyətləri
  - F44.4 Hərəkətlərin dissosiativ pozuntuları
    - psixogen afoniya;
    - psixogen disfoniya.
  - F44.5 Dissosiativ cəngəlmələr
  - F44.6 Dissosiativ anesteziya və hissi qavramanın itirilməsi
    - psixogen karlıq.
  - F44.7 Qarışıq dissosiativ (konversiyon) pozuntular
  - F44.8 Digər dissosiativ (konversiyon) pozuntular
    - .80 Qanzer sindromu
    - .81 şəxsiyyətin çoxluğu pozuntusu
    - .82 uşaq və yeniyetmə yaşlarında meydana çıxan tranzitor (konversiyon) pozuntular
    - .88 digər dəqiqləşdirilmiş dissosiativ (konversiyon) pozuntular
  - F44.9 Dəqiqləşdirilməmiş dissosiativ (konversiyon) pozuntular.
- F45 SOMATOFORM POZUNTULAR
  - F45.0 Somatikləşmiş pozuntu
    - çoxsaylı şikayət sindromu;
    - çoxsaylı psixosomatik pozuntu.
  - F45.1 Diferensasiyedirilməmiş somatoform pozuntu
    - diferensasiyaedilməmiş psixosomatik pozuntu
  - F45.2 İpoxondrik pozuntu
    - dismorfofobiya (sayıqlamasız);
    - ipoxondriya nevrozu;
    - ipoxondriya;

- nozofobiya
- F45.3 Somatoform vegetativ disfunksiya
- .30 ürək və ürək-damar sistemi
  - ürək nevrozu;
  - Da Kosta sindromu;
  - neyrosirkulyator distoniya.
- .31 mədə-bağırsaq yollarının yuxarı hissəsi
  - mədə nevrozu;
  - psixogen aerofagiya;
  - hıçqırma;
  - dispepsiya;
  - pilorospazm.
- .32 mədə-bağırsaq yollarının aşağı hissəsi
  - psixogen meteorizm;
  - qıcıqlanmış bağırsaq sindromu;
  - qaz diareyası sindromu.
- .33 tənəffüs sistemi
  - psixogen formalı öskürmə və tənəffüs
- .34 sidik-cinsiyyət sistemi
  - sidikburaxmanın sayının psixogen artması;
  - psixogen dizuriya.
- .35 digər üzv və sistemlər
- F45.4 Xronik somatoform ağrı pozuntusu
  - psixalgiya;
  - kürəkdə psixogen ağrı və ya baş ağrı;
  - somatoform ağrı pozuntusu.
- F45.8 Digər somatoform pozuntular
- F45.9 Dəqiqləşdirilməmiş somatoform pozuntu
  - dəqiqləşdirilməmiş psixofizioloji pozuntu;
  - psixosomatik pozuntu.

#### F48 DİGƏR NEVROTİK POZUNTULAR

- F48.0 Nevrasteniya
  - Xroniki yorğunluq sindromu.
- F48.1 Depersonalizasiya-derealizasiya sindromu
- F48.8 Digər spesifik nevroitik pozuntular.
  - Brike pozuntusu;
  - Dat sindromu;
  - Koro;
  - Lata;
  - yazı daxil olmaqla, peşə nevrozu;
  - spazm;
  - psixasteniya;
  - psixastenik nevroz;
  - psixogen bayılma.
- F48.9 Dəqiqləşdirilməmiş nevroitik pozuntu
  - DGO nevroz

**F5 FİZİOLOJİ POZUNTULAR VƏ FİZİKİ AMİLLƏRLƏ  
ƏLAQƏDAR DAVRANIŞ SİNDROMLARI**

**F50 QIDA QƏBULU POZUNTULARI**

- F50.0 Nevrotik anoreksiya
- F50.1 Atipik nevrotik anoreksiya
- F50.2 Nevrotik bulimiya
  - DGO bulimiya;
  - sinir hiperoreaksiyası.
- F50.3 Atipik nevrotik bulimiya
  - normal çəki bulimiyası
- F50.4 Digər psixoloji pozuntularla əlaqələnen çoxyemə
  - psixogen çoxyemə
- F50.5 Digər psixoloji pozuntularla əlaqələnen qusma
  - psixogen qusma.
- F50.8 Digər qida qəbulu pozuntuları
  - yetgin yaşlarda qeyri-üzvi mənşəli, yeyilməyən əşyaların yeyilməsi;
  - psixogen iştahsızlıq
- F50.9 Dəqiqləşdirilməmiş qida qəbulu pozuntusu

**F51 QEYRİ-ÜZVİ MƏNŞƏLİ YUXU POZUNTULARI**

- F51.0 Qeyri-üzvi mənşəli yuxusuzluq
- F51.1 Qeyri-üzvi mənşəli hipersomniya (yuxuculluq)
- F51.2 Qeyri-üzvi mənşəli yuxu-oyaqlıq rejimi pozuntusu
- F51.3 Yuxudagəzmə (somnambulizm)
- F51.4 Yuxu zamanı vahimələr (gecə vahimələri)
- F51.5 Dəhşətli yuxular
  - təşvişli yuxugörmə pozuntusu.
- F51.8 Qeyri-üzvi mənşəli digər yuxu pozuntuları
- F51.9 Dəqiqləşdirilməmiş qeyri-üzvi mənşəli yuxu pozuntusu
  - DGO emosional yuxu pozuntusu

**F52 ÜZVİ POZUNTU VƏ XƏSTƏLİKLƏ ƏLAQƏDAR  
OLMAYAN CİNSİ DİSFUNKSİYA**

- F52.0 Cinsi meyilin yoxluğu və ya itirilməsi.
  - frigidlik;
  - azfəal seksual meyil pozuntusu.
- F52.1 Seksual nifrət və seksual qənaətlənmənin olmaması
  - .10 seksual nifrət
  - .11 seksual qənaətlənmənin olmaması
    - anqedoniya (seksual)
- F52.2 Qenital reaksiyanın yoxluğu
  - qadınlarda cinsi oyanıqlığın pozulması
  - kişilərdə erektil pozuntu;
  - psixogen impotensiya.
- F52.3 Orqazmın disfunksiyası
  - ingibisiyalı kişi (qadın) orqazmı;

- psixogen anorqazmiya.
- F52.4 Vaxtından əvvəl eyyakulyasiya
- F52.5 Qeyri-üzvi mənşəli vaginizm
  - psixogen vaginizm.
- F52.6 Qeyri-üzvi mənşəli dispareyniya
  - psixogen dispareyniya
- F52.7 Yüksək cinsi meyil
  - ninfomaniya;
  - satiriaz
- F52.8 Üzvi pozuntu və ya xəstəliklə əlaqədar olmayan digər cinsi disfunksiya
- F52.9 Üzvi pozuntu və ya xəstəliklə əlaqədar olmayan dəqiqləşdirilməmiş cinsi disfunksiya
- F53 DOĞUŞDANSONRAKİ DÖVRLƏ ƏLAQƏDAR OLAN, DİGƏR BÖLMƏLƏRDƏ TƏSNİF EDİLMƏYƏN PSİXİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI
  - F53.0 Doğuşdansonrakı dövrlə əlaqədar olan və digər bölmələrdə təsnif edilməyən yüngül psixi və davranış pozuntuları
    - DGO postnatal depressiya;
    - DGO doğuşdansonrakı depressiya.
  - F53.1 Doğuşdansonrakı dövrlə əlaqədar olan və digər bölmələrdə təsnif edilməyən ağır psixi və davranış pozuntuları
    - DGO doğuşdansonrakı psixoz
  - F53.8 Doğuşdansonrakı dövrlə əlaqədar olan və digər bölmələrdə təsnif edilməyən psixi və davranış pozuntuları
  - F53.9 Dəqiqləşdirilməmiş doğuşdansonrakı psixi pozuntu
- F54 DİGƏR BÖLMƏLƏRDƏ TƏSNİF EDİLƏN POZUNTU, YAXUD XƏSTƏLİKLƏRLƏ ƏLAQƏDAR OLAN PSİXOLOJİ VƏ DAVRANIŞ AMİLLƏRİ
  - Somatik halı pozan psixoloji amillər
- F55 ASILILIQ YARATMAYAN MADDƏLƏRDƏN SUİ-İSTİFADƏ
  - F55.0 Antidepressantlar
  - F55.1 Bağırsaqışlədicilər
  - F55.2 Analgetiklər
  - F55.3 Turşuluğu azaldan maddələr
  - F55.4 Vitaminlər
  - F55.5 Steroidlər və ya hormonlar
  - F55.6 Spesifik otlar və xalq təbabəti maddələri
  - F55.8 Asılılıq yaratmayan digər maddələr
  - F55.9 Dəqiqləşdirilməmiş maddələrdən sui istifadə (F10–F19).
- F59 FİZİOLOJİ POZUNTULAR VƏ FİZİKİ AMİLLƏRLƏ ƏLAQƏDAR OLAN DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ DAVRANIŞ SİNDROMLARI
  - DGO psixogen fizioloji disfunksiya

**F6 YETKİN YAŞLARDA KAMİL ŞƏXSİYYƏT VƏ  
DAVRANIŞ POZUNTULARI**

**F60 ŞƏXSİYYƏTİN SPESİFİK POZUNTULARI**

- F60.0 Şəxsiyyətin paranoid pozuntusu
- F60.1 Şəxsiyyətin şizoid pozuntusu
- F60.2 Şəxsiyyətin disosial pozuntusu
  - sosiopatik;
  - əxlaqsız;
  - asosial;
  - antisosial;
- F60.3 Emosional davamsız şəxsiyyət pozuntusu
  - .30 İmpulsiv tip
    - şəxsiyyətin eksploziv və aqressiv pozuntusu
  - .31 sərhədi tip
    - şəxsiyyətin sərhədi pozuntusu.
- F60.4 Şəxsiyyətin isterik pozuntusu
- F60.5 Şəxsiyyətin anankastik (obsessiv-kompulsiv) pozuntusu
- F60.6 Şəxsiyyətin təşvişli (yayınan) pozuntusu
- F60.7 Şəxsiyyətin asılılığı (başqasından) pozuntusu
- F60.8 Digər spesifik şəxsiyyət pozuntuları
- F60.9 Dəqiqləşdirilməmiş şəxsiyyət pozuntusu
  - DGO patoloji şəxsiyyət;
  - DGO xasiyyət nevrozu

**F61 QARIŞIQ VƏ DİGƏR ŞƏXSİYYƏT POZUNTULARI**

- F61.0 Şəxsiyyətin qarışıq pozuntuları
- F61.1 Narahatlıq yaradan şəxsiyyət dəyişkənliyi.

**F62 BEYNİN ZƏDƏLƏNMƏSİ VƏ XƏSTƏLİYİ İLƏ ƏLAQƏDAR  
OLMAYAN XRONİK ŞƏXSİYYƏT DƏYİŞMƏLƏRİ**

- F62.0 Fəlakətli hadisədən sonra xronik şəxsiyyət dəyişməsi
  - Həbs düşərgəsində olduqdan sonra, daima öldürülmək qorxusu şəraitində, dustaqlıq, uzun müddət həyatı üçün təhlükəyə, terrorizmə və işgəncəyə məruz qalmaq kimi hallardan sonra şəxsiyyətin dəyişməsi.
- F62.1 Psixi xəstəlikdən sonra xronik şəxsiyyət dəyişməsi
- F62.8 Digər xronik şəxsiyyət dəyişməsi
  - xronik ağırli şəxsiyyət kimi F62.0 və F62.1 sütunlarında qeyd olunmayan, iztirablardan və yaxın adamlarını itirdikdən sonra xronik şəxsiyyət dəyişməsi
- F62.9 Dəqiqləşdirilməmiş xronik şəxsiyyət dəyişməsi

**F63 VƏRDİŞ VƏ MEYİLLƏRİN POZUNTULARI**

- F63.0 Ehtiraslı oyunlara (qumara) patoloji meyillik
  - ehtiraslı oyunlarda kompulsiv iştirak.
- F63.1 Yanğın törətməyə patoloji meyil (piromaniya)
- F63.2 Oğurluğa patoloji meyil (kleptomaniya)

- F63.3 Trixotilomaniya
- F63.8 Vərdiş və meyillərin digər pozuntuları
- F63.9 Dəqiqləşdirilməmiş vərdiş və meyil pozuntusu

#### F64 CİNSİ MƏNSUBİYYƏTİN POZUNTULARI

- F64.0 Transseksualizm
- F64.1 İki rolda transvestizm
  - yeniyetmə və yetkin yaşlarda qeyri- transseksual tipli cinsi mənsubiyyət pozuntuları
- F64.2 Uşaqlarda cinsi mənsubiyyət pozuntusu
- F64.8 Digər cinsi mənsubiyyət pozuntuları
- F64.9 Dəqiqləşdirilməmiş cinsi mənsubiyyət pozuntusu
  - DGO cinsi rolun pozuntusu

#### F65 SEKSUAL MARAĞIN POZUNTULARI

- parafiliyalar
- F65. 0 Fetişizm
- F65.1 Fetişli transvestizm
  - transvestik fetişizm
- F65.2 Eksgibisionizm
- F65.3 Vuayerizm
- F65.4 Pedofiliya
- F65.5 Sado-mazaxizm
- F65.6 Seksual marağın çoxsaylı pozuntuları
- F65.8 Seksual marağın digər pozuntuları
  - frotterizm:
  - nekrofiliya
- F65.9 Seksual marağın dəqiqləşdirilməmiş pozuntusu.
  - DGO seksual devianlıq

#### F66 SEKSUAL İNKİŞAF VƏ MƏNSUBİYYƏTLƏ ƏLAQƏDAR PSİXOLOJİ VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI

- F66.x0 Heteroseksual tip
- F66.x1 Homoseksual tip
- F66.x2 Biseksual tip
  - Hər iki cinsin bir-birinə həqiqi seksual münasibəti olduqda istifadə edilir.
- F66.x8 Prepubertat daxil edilməklə digər tip
- F66.0 Cinsi yetişkənliyin pozuntusu
- F66.1 Ego-distonik seksual mənsubiyyət
- F66.2 Seksual münasibətlərin pozuntusu
- F66.8 Psixososial inkişafın digər pozuntuları
- F66.9 Psixososial inkişafın dəqiqləşdirilməmiş pozuntusu

#### F68 YETKİN YAŞLARDA, DİGƏR KAMİL ŞƏXSİYYƏT VƏ DAVRANIŞ POZUNTULARI

- F68.0 Psixoloji səbəblərdən fiziki əlamətlərin şişirdilməsi



- kompensasion nevroz.
- F68.1 Fiziki və ya psixoloji əlamətlərin qəsdən yaradılması, simulyasiyası və ya əlilləşdirilməsi (simulyativ pozuntu)
  - xəstəxana hərisliyi sindromu;
  - Münxauzen sindromu;
  - köçəri xəstə...
- F68.8 Yetkin yaşlarda digər spesifik davranış və kamil şəxsiyyət pozuntuları
  - DGO xasiyyət pozuntusu;
  - DGO qarşılıqlı əlaqə pozuntusu.

**F69 YETKİN YAŞLARDA DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ KAMİL ŞƏXSİYYƏT VƏ DAVRANIŞ POZUNTUSU**

**F7 KƏMAĞILLIQ**

**F70 YÜNGÜL KƏMAĞILLIQ**

- kəmağıllıq;
- yüngül əqli subnormallıq;
- yüngül oliqofreniya;
- debillik

**F71 ORTA KƏMAĞILLIQ**

- imbesillik;
- orta dərəcəli əqli subnormallıq;
- orta dərəcəli oliqofreniya

**F72 AĞIR KƏMAĞILLIQ**

- ağır əqli subnormallıq;
- ağır oliqofreniya

**F73 DƏRİN KƏMAĞILLIQ**

- idiotiya;
- dərin əqli subnormallıq;
- dərin oliqofreniya

**F78 DİGƏR KƏMAĞILLIQ**

**F79 DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ KƏMAĞILLIQ**

- DGO əqli çatışmazlıq;
- DGO əqli subnormallıq;
- DGO oliqofreniya
- F7x.0 Cüzi davranış pozuntuları və ya onların olmaması
- F7x.1 Diqqət və ya müalicə tələb edən xeyli dərəcəli davranış pozuntuları
- F7x.8 digər davranış pozuntuları
- F7x.9 davranış pozuntuları müəyyən edilməyib

## **F8 PSİXOLOJİ İNKİŞAFIN POZUNTULARI**

### **F80 NİTQİN İNKİŞAFININ SPESİFİK POZUNTULARI**

- F80.0 Nitqin artikulyasiyasının spesifik pozuntuları
- artikulyasiyanın inkişafı pozuntusu;
  - artikulyasiyanın funksional pozuntusu;
  - pəltək nitq;
  - dislaliya;
  - fonoloji inkişafın pozuntusu.
- F80.1 Nitqin təsir qabiliyyətinin pozuntusu
- inkişafda əlaqədar olan disfaziya və ya afaziya, ekspansiv tip.
- F80.2 Nitqi anlamaq qabiliyyətinin pozuntusu
- inkişafın afaziya və ya disfaziyası, reseptiv tip;
  - söz karlılığı;
  - eşitmənin anadangəlmə qavranılmaması;
  - inkişafda əlaqədar Vernike afaziyası.
- F80.3 Qazanılma afaziya epilepsiya ilə (Landau
- Kleffner sindromu)
- F80.8 Nitq inkişafının digər pozuntuları
- pəltək nitq
- F80.9 Nitq inkişafının dəqiqləşdirilməməsi pozuntuları
- GO nitq pozuntusu

### **F81 MƏKTƏB VƏRDIŞLƏRİ İNKİŞAFININ SPESİFİK POZUNTULARI**

- oxuma vərdişinin spesifik pozuntusu disleksiya;
  - yazma vərdişinin spesifik pozuntusu;
  - hesablama vərdişinin spesifik pozuntusu, «diskalkuliya»;
  - məktəb vərdişinin qarışıq pozuntusu, «öyrənmənin çətinliyi»;
- F81.0 Oxumanın spesifik pozuntusu
- oxu qabiliyyətində spesifik gerilik;
  - əks istiqamətdə oxumaq;
  - inkişafda əlaqədar disleksiya;
  - oxumanın pozulması ilə əlaqələndən tələffüz pozuntusu.
- F81.1 Tələffüzün (sözün hecalanmasının) spesifik pozuntusu
- tələffüzün spesifik geriliyi
- F81.2 Saymaq vərdişinin spesifik pozuntusu
- inkişafda əlaqədar saymanın spesifik pozuntusu;
  - Qersman inkişaf sindromu;
  - inkişaf akalkuliyası
- F81.3 Məktəb vərdişlərinin qarışıq pozuntuları
- F81.8 Məktəb vərdişləri inkişafının dəqiqləşdirilməmiş pozuntusu
- DGO bilik qazanma səriştəsizliyi;
  - DGO öyrənmə səriştəsizliyi;
  - DGO öyrənmə pozuntusu.

**F82 HƏRƏKİ FUNKSİYALARIN İNKİŞAFININ  
SPESİFİK POZUNTUSU**

- uşaq yöndəmsizliyi sindromu;
- inkişaf dispraksiyası

**F83 İNKİŞAFIN QARIŞIQ SPESİFİK POZUNTULARI**

**F84 İNKİŞAFIN ÜMUMİ POZUNTULARI**

**F84.0 Uşaq autizmi**

- autistik pozuntu;
- infantil autizm;
- infantil psixoz;
- Kanner sindromu

**F84.1 Atipik autizm**

- autistik əlamətlərlə orta dərəcəli kəməğilliq;
- atipik uşaq psixozu

**F84.2 Rett sindromu**

**F84.3 Uşaq yaşlarında digər dezintegrativ pozuntu**

- dezintegrativ psixoz;
- Qeller sindromu;
- uşaq demensiya (infantil demensiya);
- simbiotik psixoz

**F84.4 Kəməğilliq və stereotip hərəkətlərlə birgə rastgəlinən  
hiperaktiv pozuntu**

**F84.5 Asperqer sindromu**

- uşaq yaşlarında şizoid pozuntu

**F84.8 Digər ümumi inkişaf pozuntuları**

**F84.9 Dəqiqləşdirilməmiş ümumi inkişaf pozuntusu**

**F88 PSIXOLOJİ İNKİŞAFIN DİGƏR POZUNTULARI**

- inkişaf aqnoziyası

**F89 PSIXOLOJİ İNKİŞAFIN DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ POZUNTUSU**

- DGO inkişaf pozuntusu

**F9 ADƏTƏN, UŞAQ VƏ YENİYETMƏ YAŞLARINDA  
BAŞLAYAN DAVRANIŞ VƏ EMOSİYA POZUNTULARI**

**F90 HİPERKİNETİK POZUNTULAR**

**F90.0 Diqqət fəallığının pozuntusu**

- fəallığın artması ilə diqqət çatışmazlığı  
pozuntusu və ya sindromu;
- diqqətin çatışmazlığının hiperaktiv pozuntusu

**F90.1 Davranışın hiperkinetik pozuntusu**

**F90.8 Digər hiperkinetik pozuntular**

**F90.9 Dəqiqləşdirilməmiş hiperkinetik pozuntu**

- uşaq və yeniyetmə yaşlarında DGO hiperkinetik reaksiya  
və ya sindrom

**F91 DAVRANIŞ POZUNTULARI**

- F91.0 Ailədaxili şəraitlə məhdudlaşan davranış pozuntusu
- F91.1 İctimailəşməmiş davranış pozuntusu
  - ictimailəşməmiş aqressiv davranış;
  - davranış pozuntusu;
  - tənha aqressiv tip
- F91.2 İctimailəşmiş davranış pozuntusu
  - davranış pozuntusu, qrup tipi;
  - qrup delinkventliyi;
  - cinayətkar dəstədə (banda) üzvilik şəraitində hüquqi pozuntular;
  - başqaları ilə birlikdə oğurluq;
  - məktəbdə dərslər buraxmaq
- F91.3 Müxalifətçi-ədəbsizlik pozuntusu
- F91.8 Digər davranış pozuntuları
- F91.9 Dəqiqləşdirilməmiş davranış pozuntusu
  - DGO, uşaqlarda davranış pozuntuları;
  - DGO, uşaq yaşlarında davranış pozuntusu

**F92 DAVRANIŞIN VƏ EMOSİYALARIN QARIŞIQ POZUNTULARI**

- F92.0 Davranışın depressiv pozuntusu
  - depressiv pozuntu ilə əlaqələnən (F30–F39) davranış pozuntuları (F91.-)
- F92.8 Davranışın və emosiyaların digər qarışıq pozuntuları
  - emosional pozuntu (F93.-) və ya nevroitik pozuntu ilə (F40–F48) əlaqələnən davranış pozuntusu (F91.-)
- F92.9 Davranışın və emosiyaların dəqiqləşdirilməmiş, qarışıq pozuntusu

**F93 UŞAQ YAŞLARI UÇÜN SPESİFİK EMOSİYA POZUNTULARI**

- F93.0 Uşaq yaşlarında ayrılıqla əlaqədar təşviş pozuntusu
- F93.1 Uşaq yaşlarında fobik təşviş pozuntusu
- F93.2 Uşaq yaşlarında ictimai təşviş pozuntusu
  - uşaq və yeniyetmə yaşlarında yovuşmazlıq pozuntusu.
- F93.3 Bacı/qardaşın rəqabəti pozuntusu
  - bacı/qardaşın qısqanclığı
- F93.8 Uşaq yaşlarında digər emosional pozuntular
  - mənsubiyyətin pozuntusu;
  - güclü təşviş pozuntusu;
  - həmyaşıdları ilə rəqabət (əkizlərdə deyil)
- F93.9 Uşaq yaşlarında dəqiqləşdirilməmiş emosional pozuntu
  - DGO, uşaq yaşlarında emosional pozuntu

**F94 UŞAQ VƏ YENİYETMƏ YAŞLARINDA BAŞLAYAN SPESİFİK İCTİMAİ FƏALİYYƏT POZUNTULARI**

- F94.0 Elektiv mutizm
  - seçmə mutizm
- F94.1 Uşaq yaşlarında mehribançılığın reaktiv pozuntusu

- F94.2 Uşaq yaşlarında mehribançılığın ifrat pozuntusu
  - tənə gətirməyən psixopatiya;
  - institutsion (müəssisə) sindrom
- F94.8 Uşaq yaşlarında ictimai fəallığın digər pozuntuları
  - ictimai səriştənin çatışmazlıq ilə şərtlənən ictimai fəallığın autizasiyası və utancaqlıq pozuntuları
- F94.9 Uşaq yaşlarında ictimai fəallığın dəqiqləşdirilməmiş pozuntusu

#### F95 TİKOZ (SƏYRİMƏ) POZUNTULARI

- F95.0 Tranzitor tikoz pozuntu
- F95.1 Xronik hərəkət və ya səsin səyriməsi (tikoz) pozuntusu
- F95.2 Birləşmiş səs və çoxsaylı hərəkət səyrimələri pozuntusu (de lya Turett sindromu)
- F95.8 Digər tikoz (səyrimə) pozuntuları
- F95.9 Dəqiqləşdirilməmiş tikoz pozuntu

#### F98 ADƏTƏN, UŞAQ VƏ YENİYETMƏ YAŞLARINDA BAŞLAYAN DİGƏR DAVRANIŞ VƏ EMOSİYA POZUNTULARI

- F98.0 Qeyri-üzvi enurez
  - funksional və ya psixogen enurez;
  - qeyri-üzvi mənşəli sidik saxlamamaq;
  - qeyri-üzvi təbiətli birincili (ikincili) enurez
- F98.1 Qeyri-üzvi enkoprez
- F98.2 Körpələrdə və uşaqlarda qidalanma pozuntusu
  - körpələrdə qusma pozuntuları
- F98.3 Körpələrdə və uşaqlarda qida kimi yeyilməyən əşyaların yeyilməsi (pika)
- F98.4 Stereotip hərəkət pozuntuları
- F98.5 Kəkələmə
- F98.6 Nitqin boğulması
- F98.8 Adətən, uşaq və yeniyetmə yaşlarında başlayan digər spesifik davranış və emosiya pozuntuları
  - dırnaqlarını gəmirmək;
  - burnunu qurdalamaq;
  - barmaqlarını sormaqlıq;
  - masturbasiya (həddən artıq);
  - çox fəal olmayan qayğı azlığı pozuntusu
- F98.9 Adətən, uşaq və yeniyetmə yaşlarında başlayan dəqiqləşdirilməmiş, davranış və emosiya pozuntuları

#### F99 DƏQİQLƏŞDİRİLMƏMİŞ PSİXİ POZUNTU

- Digər göstəricisi olmayan psixi pozuntu

## II HİSSƏ

### PSİXİ XƏSTƏLİKLƏRİN SİMPTOMATİKASI

#### VII FSSSİL

### ÜMUMİ PSİXOPATOLOGİYA

#### **Duyğu və qavramanın pozuntuları**

Xarici aləm haqqında bütün məlumatları insan duyğu orqanları vasitəsilə əldə edir. Duyğu orqanlarına və ya analizatorlara görmə, eşitmə, qoxu, dad, orqanizmin xaricində və daxilində yerləşən ümumi hissiyyat reseptorları aiddir. Cisim və hadisələrin duyğu orqanlarına təsiri nəticəsində əmələ gələn və bu cisim, yaxud hadisələrin ayrı-ayrı xassələrinin inikasından ibarət olan ən sadə psixi proses **d u y ğ u** adlanır.

Duyğu vasitəsilə insan soyuğu, istini, işığı, qaranlığı, acını, şirini, ağrını və s.-ni hiss edir. Duyğu bizi əhatə edən maddi varlığın, ümumiyyətlə, bütün biliklərimizin başlanğıcı, ilkin mərhələsidir.

Duyğu prosesinin pozulması nəticəsində **s e n e s t o p a t i y a l a r** baş verir. Bunlara göynəmə, dartılma, təzyiq, qıdıqlanma, sancma, soyuqluq və bir sıra digər xoşagəlməyən hisslər aiddir. Senestopatiyalar əksər hallarda əzabverici və davamlı olur. Onlar bədənə bütün sahələrində müşahidə oluna bilər.

Senestopatiyalar bir sıra hallarda samotoform və ya ipoxondrik şikayətlərlə birlikdə təsadüf edilir. Bu əlamətlər həm somatik, həm də psixi xəstəliklərdə, travmatik ensefalopatiyalarda, beynin damar xəstəliklərində, təşvişli pozuntularda və s. xəstəliklərdə rast gəlinir. Reseptor duyğu prosesinin pozuntularına sadə psixopatoloji əlamətlər kimi təzahür edən hipersteziyalar və hiposteziyalar da aid edilməlidir.

**H i p e r s t e z i y a** qıcıqların kəskinləşmiş (güclü) qavranılmasıdır. Adi lampa işığı gözqamaşdırıcı proyektor, ətrafdakı əşyaların rəngi olduqca əlvan, səslər gurultu kimi və s. qavranılır. Hipersteziyalar əksər hallar-

da somatik xəstəliklərdə, yorğunluqla əlaqədar və digər stress hallarında rast gəlinir. Bir sıra hallarda psixi xəstəliklərin başlanğıc mərhələsində də meydana çıxır.

**H i p o s t e z i y a** – qıcıqların zəif qavranılmasıdır. Belə pozuntu zamanı mühitdəki əşya və hadisələr solğun, səslər zəif, qoxular kütləşmiş qavranılır, MSS üzvi patologiyası zamanı tez-tez rast gəlinir.

**P a r a s t e z i y a l a r** daxili orqanlarda gedən bir çıra patoloji proseslərlə əlaqədar yaranır. Parasteziyalar senestopatiyalardan fərqli olaraq, müxtəlif daxili orqanlarda meydana çıxan patoloji proseslər nəticəsində müşahidə olunur.

Qavrama duyğuların sintezindən yaranan mürəkkəb prosesdir. Qavrama zamanı əşyaların həcmi, rəngi və digər xüsusiyyətləri bütövlüklə dərk olunur. Duyğu orqanları obyektiv varlığın mərkəzi sinir sistemində əks olunmasına *qavrama* deyilir. Qavrama aktiv proses olub digər psixi funksiyalarla sıx əlaqədardır. Məsələn, insanın əhvali-ruhiyyəsi, maraq dairəsi və intellektual səviyyəsindən asılı olaraq, əşya və hadisələr müxtəlif cür qavranıla bilər. Rəssam təbiət mənzərəsini, yaşıllıqlar arasında axan çayı yüksək bədii vüsətlə, başqa birisi həmin mənzərəni sönük, məzmun-suz qavraya bilər və ya da istirahət zamanı yaxşı əhvali-ruhiyyədə hər hansı bir musiqini dinləyərək, ondan yüksək zövq alan şəxs, ovqatı pis, yorğun olarkən, həmin musiqini qıcıqlandırıcı bir səs kimi qavraya bilər.

Qavramanın pozuntuları 4 qrupa bölünür: 1) aqnoziyalar; 2) illüziyalar; 3) hallüsinasiyalar; 4) psixosensor pozuntular.

**A q n o z i y a** . Qnozis – yunan sözü olub, tanımaq (idrak), a – isə inkar mənasındadır, yəni tanımanın pozulması deməkdir. Bu duyğu orqanlarının anatomik və fizioloji pozuntusu ilə deyil, beyin qabığının ali inteqrativ şöbələrinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Aqnoziyalar bütün duyğu orqanlarına aid ola bilər.

**G ö r m ə** (optik) aqnoziyası nisbətən tez-tez rast gəlinir. Buna «ruhi korluq» da deyilir. Belə pozuntu zamanı xəstə hər hansı bir əşyanı baxmaqla tanıya bilmir, lakin əli ilə toxunduqda onu düzgün qavraya bilər. Görmə aqnoziyası bəzən əşyalara deyil, onların məzmununa aid ola bilər. Məsələn, xəstə hər hansı bir şəkilə baxarkən orada təsvir olunan hadisənin məzmununu başa düşə bilmir. Bəzi hərfləri tanıya bilmədiyi üçün yazını oxuya bilmir (**d i s l e k s i y a**). Bəzən not yazılarını (**o p t i k a m u z i y a**), rəqəmləri, rəngləri, bir sıra hallarda isə xəstə ona yaxşı məlum olan əşyaları sanki ilk dəfə görür.

**E ş i t m ə a q n o z a s i y a s ı** (buna «ruhi karlıq» da deyilir) zamanı xəstə ona tanış olan səsləri, sözləri, musiqi melodiyalarını anlaya bilmir. Aqnoziyalar başlıca olaraq beynin üzvi pozuntularında, travmalar, şişlər, damar xəstəlikləri və s.-də rast gəlinir.



**Şəkil 6.** Eşitmə hallüsinasiyaları olan xəstə.

**İ l l ü z i y a** (illusio) – fransızca aldadıcı təsəvvür, yanılgı, təhrif olunmuş qavrama deməkdir. Duyğu orqanlarına müvafiq olaraq illüziyalar 5 formaya bölünür: görmə, eşitmə, qoxu, dad və taktill illuziyalar. Bəzən illüziyalar psixi cəhətdən sağlam adamlarda da müşahidə olunur. Belə hallarda xəstəlik əlaməti haqqında deyil, qavramanın bu və ya başqa səbəbdən çətinləşməsi nəticəsində və ya fiziki hadisələrdən yaranan qeyri-patoloji (fizioloji) illüziyalar haqqında düşünəlməlidir. Məsələn, qulağı ağır eşidən və ya gözü zəif görən adamın səs və əşyanı düzgün qavramaması, yaxud içərisində maye olan stəkana salınmış qaşığın sınmış görünməsi və s. İllüziyalar bəzən fiziki və mənəvi yorğunluq

nəticəsində də meydana çıxa bilər.

Psixi pozuntu nəticəsində yaranan illüziyalar zamanı xəstə öz səhvinə düzəltmək iqtidarında olmur. Yanlış qavrama xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən və davam etmə müddətindən asılı olaraq uzunmüddətli olur. İllüziyalar düşüncə pozuntuları ilə müşayiət olunan xəstəliklər zamanı (məsələn, yüksək temperaturda davam edən yoluxucu xəstəliklərdə, intoksikasiyalarda) daha tez-tez təsadüf olunur. Belə hallarda illüziya pozuntu eyni zamanda bir neçə duyğu orqanını əhatə edir. Məsələn, xəstə xəstəxana işçilərini öz qohumlarına, müxtəlif alət və cihazları əcaib heyvanlara bənzədir. Xəstələrin və ya tibb işçilərinin bir-birilə etdiyi söhbəti onun haqqında danışq kimi, mətbəxdən gələn qoxunu insan ətinin bişirilməsindən yaranan qoxuya bənzədir və s.

**A f f e k t i v** (affektogen) illüziyalar hissiyatın güclənməsi fonunda – qorxu, vahimə, gərgin gözləmə zamanı təsadüf olunur. Xəstə küncdə, divarda asılmış paltonu evə girmiş oğruya, ağacın əyri budağını ona hücum etməyə hazırlaşan zəhərli ilana, pəncərə şüşəsindən düşən kölgəni caniyə bənzədir.

**V e r b a l i l l ü z i y a** – eşitmə illüziyasıdır, bununla bir yerdə görmə, dad, qoxu və taktill illüziyada ola bilər.

**P a r e y d o l i k i l l ü z i y a l a r** da ətrafdakı obrazlar, məsələn, divardan asılmış xalçanın naxışları, müxtəlif cizgilər, səmadakı buludlar fantastik səhnələri xatırladan hadisələr kimi qavranılır. Bu növ illüziyalar deliriyoz halın (alkoqol psixozu) başlanğıc fazasında rast gəlinir.

**H a l l ü s i n a s i y a** (hallusio – latın sözü olub, qarabasma, sər-



səmləmə deməkdir.) – hazırda xəstənin qavrama sferasında olmayan əşyaların, hadisələrin yalançı qavrama obrazlarının yaranmasıdır. İllüziyalar kimi hallüsinasiyalar da duyğu orqanlarına müvafiq olaraq beş formada (görmə, eşitmə, qoxu, dad və taktil hallüsinasiyalar) təsadüf edir. Halüsinasiyalar bəzən bir neçə hiss orqanını əhatə edə bilər. Məsələn, xəstə qoluna ilan sarıldığını görür, onun nəfəsini eşidir və soyuqluğunu hiss edir.

Eşitmə hallüsinasiyalarında xəstə kiminsə onu çağırıldığını, təhqir etdiyini və ya hansı mülahizələr söyləməsini eşidir. Bəzi xəstələr heç bir məna ifadə etməyən səslər (küylər) eşidir (şəkil 6).

Sadə (elementar) eşitmə hallüsinasiyaları a k o a z m və fonema (ayrı-ayrı sözlər) adlanır.

V e r b a l (danışiq) hallüsinasiyalar məzmun etibarilə müxtəlif formada rast gəlinə bilər: ayrı-ayrı sözlər, uzun-uzadı söylənən nitq və s. Xəstənin özü və ətrafındakı adamlar üçün təhlükəli olan i m p e r a t i v hallüsinasiyalardır. Bunlar əmredici xarakterli olub, xəstələri cinayət hərəkətləri etməyə sövq edə bilər. Belə hallüsinasiyanın təsiri altında bir xəstə qadın öz uşağını balta ilə öldürmüşdür. Başqa bir xəstə iş yerində yanğın törətmiş idarənin bütün lazımı sənədlərini yandırmışdır. Belə xəstələri təcili xəstəxanaya yerləşdirməli və onların üzərində nəzarət qoyulmalıdır.

G ö r m ə hallüsinasiyaları bəzən sadə (məsələn, qılgılcım, parıltı, tüstü, cizgi və s. görünməsi), bunlara f o t o p s i y a deyilir, bəzən isə mürəkkəb məzmunlu ola bilər. Sonuncu halda xəstələr obyektiv mövcud olmayan heyvanlar, müxtəlif adamlar, hadisələr (məsələn, döyüş meydanını xatırladan səhnələr və s.) gördüklərini söyləyirlər. Xəstələr bəzən qarşılarında özlərini görə bilirlər. Ağır psixi xəstəliyə tutulmuş bir xəstə belə demişdir: «qarşımda üç nəfər adam dayanıb, birinin əlində nizə, o birində tapança, üçüncüsündə isə balta vardır. Onların üçü də mən özüməm».

Q o x u hallüsinasiyaları olan xəstələr əksərən burunlarına pis qoxunun gəlməsini (iylənmiş ət, kəskin qoxulu dərman, benzin və s.) bildirirlər. Bir sıra hallarda isə xəstələr günlərlə yeməkdən imtina edir, oraya zəhərli maddələr qatıldığını və xörəyin meyit ətindən bişirildiyini söyləyirlər.

T a k t i l hallüsinasiyalarda xəstələr bədən müxtəlif nahiyyələrində göynəmə, soyuqluq, dartılma və s. kimi hissiyyatın olması, bədənlərində cücülərin və qarışqaların gəzdiyini deyirlər. Bir sıra hallarda bu böcəklər onları sanki dişləyir, cırmaqlayır və digər formada narahat edir.

Taktil hallüsinasiyaların visseral formasında xəstələr daxili orqanla-

rında (yemək borusu, mədə və bağırsaqlarda, oynaqlarında və s.) tikan, bıçaq və ya canlıların (arı, qarışqa, böcək, ilan və s.) olmasını bildirirlər.

Hallüsinasiyalar hansı duyğu orqanına aid olmasından asılı olmayaraq həqiqi və yalançı olmaqla iki yerə bölünür.

Adi hallüsinasiyaların obyektı (hallüsinator obraz) orqanizmdən kənar mühitdə yerləşmiş olur. Məsələn, «səs» divarın arxasından, küçədən, qoxu o biri otaqdan gəlir və s.

**Yalançı hallüsinasiyalar** (pseudohallüsinasiyalar) daha mürəkkəb xarakterli olub, təkcə qavramanı deyil, eyni zamanda təfəkkür sferasını da əhatə edir. Bu zaman hallüsinator obraz orqanizmin özündə yerləşir. Belə ki, xəstə səsi, qoxunu, əcaib heyvanı bədəninin daxilində hiss edir. Söhbət zamanı o qeyd edir ki, «səslər» beynimin içindədir, qoxu mədəmdən gəlir, vəhşi heyvanları «beyninin gözü» ilə görür. Pseudohallüsinasiyalar, adətən, mürəkkəb psixoloji sindrom, psixi avtomatizm və ya Kandinski-Klerambo sindromunun tərkib hissəsini təşkil edir və şizofreniya xəstəliyinin inkişaf mərhələlərində rast gəlinir. Pseudohallüsinasiyalar zamanı xəstələr qeyd edirlər ki, səslər onları təqib edir, öz arzusundan asılı olmadan sanki qəlbinə sirayət edir. Eyni zamanda xəstə qavranılan hadisələrin ona məcburi (iradəsindən asılı olmadan) təlqin olmasını qeyd edir. Yalançı hallüsinasiyaların 3 əsas əlaməti vardır:

- 1) reallıqda rast gəlinmir;
- 2) yalnız xəstəyə yönəldilmiş olur;
- 3) daxili məkanda baş verir.

**Hipnotik hallüsinasiyalar** yuxu ilə ayıqlıq arasında, yəni mürgüləmə fazasında rast gəlinən görmə hallüsinasiyalarına deyilir. Bu növ hallüsinasiyalar bəzən mürəkkəb səhnələri xatırladan məzmununda (xəstələr «sanki televiziya verilişlərinə baxıram» söyləyirlər) olur. Bəzən qeyri-adi adamlar onları qorxudur, hücum edir və ya lağa qoyur. Xəstə gözünü açıdıqda bütün bu səhnələr yox olur, bir neçə müddətdən sonra yenidən təzahür edir. Bir sıra hallarda hipnohagik hallüsinasiyalar yuxudan oyananda ayılmağa az qalmış, səhərə yaxın baş verir.

**Funksional hallüsinasiyalar** yuxarıda qeyd olunan hallüsinasiyalardan fərqli olaraq real qıcıqlandırıcılar əsasında yaranır və yalnız qıcıq mənbəyi yox olduqdan sonra, o da yox olur. Məsələn, qatarda gedən şəxs təkərlərin ahəngdar səsini sözlər, onun ünvanına deyilən müxtəlif söylüşlər kimi eşidir. Bu növ hallüsinasiyaları illüziyalara bənzətmək olar, lakin illüziyalardan fərqli olaraq burada xəstə həm təkərlərin tiqqılısını, həm də onun ünvanına deyilən sözləri eşidir. Təkərlərin tiqqılısı dayanan kimi səslər də kəsilir. Beləliklə, funksional hallüsinasiyalar öz xüsusiyyəti-

nə görə illüziyalardan və yuxarıda qeyd olunan hallüsinasiyalardan fərqlənir.

**Psixosensor pozuntular.** Bəzi müəlliflər bu növ pozuntuları qavrama pozuntuları çərçivəsində deyil, ayrıca təsvir edirlər. Müəllifin fikrincə bu düzgün yanaşma deyil. Çünki psixosensor pozuntular adı altında təsvir olunan bütün patoloji hallar qavrama ilə daha çox əlaqədardır. Psixosensor pozuntular mərkəzi sinir sistemində sensor sintez prosesinin pozulması nəticəsində meydana çıxır. *M e t o m o r f o p s i y a* adı altında təsvir olunan bu pozuntulara, əsasən, üç formada rast gəlinir:

1) *M a k r o p s i y a* – ətrafdakı əşyaların, ölçüsündən böyük qavranılması (məsələn, küçələr, binalar, ağaclar, avtomobillər və s.);

2) *M i k r o p s i y a* – əşyaların ölçüsündən kiçik qavranılması;

3) *D i s m e q a l o p s i y a* (metomorfopsiya) – cisimlər həcmcə deyil, formaca dəyişilmiş (məsələn, üçbucaq çevrə şəklində, çevrə dördbucaq, düz xətt, əyri-üyrü və s.) qavranılır.

Psixosensor pozuntular ətrafdakı cisimlərə aid olarsa bunlara *d e r e a l i z a s i y a*; orqanizmin öz hissələrinə aid olarsa *d e p e r s o n a l i z a s i y a* (person – şəxs deməkdir) deyilir. Derealizasiya zamanı «kiçilmiş», «böyümüş» və ya «öz formasını dəyişmiş» əşya orqanizmdən kənar mühitdə yerləşir. Depersonalizasiyada isə pozuntu bədənə aid olur. Xəstəyə elə gəlir ki, onun bütün bədənini və ya ayrı-ayrı orqanları (məsələn, qolu, başı, ayaqları) münasib və ya qeyri-münasib şəkildə böyümüş və ya kiçilmişdir. Bir çox hallarda bədən quruluşunun parsial pozuntuları qeyd edilir. Xəstə hiss edir ki, başı həddindən artıq böyümüşdür, onu çiyinləri üzərində saxlaya bilmir və ya qolu o qədər böyümüşdür ki, hətta yorğanın altına belə sığmır. Bəzən xəstəyə elə gəlir ki, qolu, ayağı və ya başı bədənindən ayrılıb sanki havada dayanıb, yaxud da başı bir çiyini üzərindədir.

Psixosensor pozuntular əksər təsadüflərdə qısamüddətlidir, xəstəlik halı keçdikdən sonra patoloji qavrama da yox olur. Mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəliklərində və şizofreniyada rast gəlinən psixosensor pozuntular xeyli müddət davam edə bilər.

## Yaddaşın pozuntuları

Yaddaş insana məxsus fundamental – bazis mahiyyətli psixi proseslərdən biridir. Digər psixi proseslər (əqli qabiliyyət, təfəkkür, düşüncə və s.), məhz yaddaşın əsasında yaranır. Qədim zamanlardan yaddaş tədqiqatçıların diqqətini cəlb etmiş və onları həmişə belə suallar düşündürmüşdür. Nə üçün, bəzi şəxslərin yaddaşı çox iti olub həddindən çox, həm də mü-

rəkkəb məlumatları yadda saxladığı halda, başqaları ən sadə şeyləri belə tezliklə unudur? Nə üçün biz bəzi məlumatları yaxşı, bəzilərini isə çətinliklə yadımıza sala bilirik? İnsan beynində yerləşən gözəgörünməz mürəkkəb məlumat kartotekası necə fəaliyyət göstərir? Ümumiyyətlə, yaddaş nədir?

*Qazanılmış bilik ehtiyatlarını və həyat təcrübəsini beyində saxlamaq, lazım gəldikdə isə ondan istifadə etmək qabiliyyətinə yaddaş deyilir. Yaddaş bir-birilə əlaqədar olan üç tərkib hissədən (komponentdən) ibarətdir:*

1. Persepsiya – yadaalma;
2. Retensiya – yaddasaxlama;
3. Reproduksiya – yadda canlandırma və ya nəqlətmə.

Evalüsiya prosesi nəticəsində yaddaş mürəkkəb dəyişikliklərə məruz qalmışdır. Əgər cəmiyyətin ibtidai inkişafı mərhələlərində yaşamış insanların yaddaşını təhlil etsək, bu zaman onların olduqca bəsit hadisələri ancaq əks etdirməkdən ibarət olduğunu görə bilərik. Cəmiyyətin daha yüksək inkişaf mərhələlərində, elmin, texnikanın və riyaziyyatın nailiyyətləri nəticəsində hesablama maşınlarının yarandığı, külli miqdarda məlumatların insan beyninə səpələndiyi bir dövrdə isə yaddaşın yeni keyfiyyətləri meydana çıxmağa başladı.

Beyndə gedən assosiativ proseslər nəticəsində insanın təsəvvürləri və yadda saxlama qabiliyyəti daim mürəkkəbləşir. Məsələn, təqvimin hər hansı bir gününü yadımıza salarkən, dərhal o tarixlə əlaqədar hadisələr yadımıza düşür.

Yadaalma prosesinin iki forması vardır. Birinci ixtiyari – məqsəduyğun yadaalma. Bu zaman düşüncə, iradə və diqqət prosesləri də fəallaşır. İkinci qeyri-ixtiyari, mexaniki olaraq diqqətimizi cəlb edən hadisələrlə əlaqədar meydana çıxan yadaalma. Bu, əsas etibarilə uşaqlarda müşahidə edilir. Bir qayda olaraq, uşaqlar gördükləri al-əlvan, parlaq şeylərə, onların daxili məzmununa nüfuz etmədən güclü maraq göstərilir.

Qavrama orqanlarına uyğun olaraq yaddaşın müxtəlif tipləri mövcuddur. Məsələn, görmə yaddaşı rəssamlarda, eşitmə yaddaşı musiqiçilərdə, qoxu və ümumi hissiyyat yaddaşı kor şəxslərdə, cərrahlarda güclü olur.

Yaddaş yaşla əlaqədar olaraq tədricən dəyişir. Belə ki, yaşlı adamlarda yeni hadisələri yadda saxlamaq qabiliyyəti zəif olur.

Yaddaşımızda toplanmış məlumatların müəyyən müddətdən sonra müvəqqəti unudulması normal hal hesab olunmalıdır. Bəzi hadisələri unutmaq psixi sağlamlığın mühafizə olunmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bu, beyni həddindən artıq gərginlikdən xilas edir. Bəzi alimlərin fikrincə bir çox məlumatları insan yuxuda unudur. Yuxugörmə zamanı insan ona lazım olmayan bir çox qıcıqlardan azad olur.

Yaddaş davamlılığına görə iki yerə bölünür: a) qısamüddətli; b) uzunmüddətli. Qısamüddətli yaddaş yaddan tez çıxan hadisələri və əşyaları əhatə edir. Bu zaman sensor əsəb hüceyrələrində funksional neyrodinamik proses baş verir. Uzunmüddətli yaddaş zamanı sensor hüceyrələrin RNT və DNT molekullarında morfoloji dəyişikliklər baş verir və bu vəziyyət uzun müddət saxlanılır. Yaddaşın davamlılığında iradənin, məqsədin və marağın böyük rolu vardır.

Yaddaş pozuntuları iki qrupa bölünür:

**1. Yaddaşın kəmiyyət pozuntuları.**

**2. Yaddaşın keyfiyyət pozuntuları.**

**I. Yaddaşın kəmiyyət pozuntularına** hipermneziya; hipomneziya və amneziya aiddir.

**H i p e r m n e z i y a** yaddaşın psixi xəstəliklə əlaqədar müvəqqəti güclənməsi ilə xarakterizə edilir. Əksər hallarda yadasalmanın mexaniki olaraq güclənməsi qeyd olunur. Affektiv pozuntuların maniakal tutmalarında, infeksiya psixozlarda rast gəlinir. Xəstəliklə əlaqədar baş verən hipermneziyanı sağlam adamlarda nadir hallarda olan fenomenal yaddaşdan fərqləndirmək lazımdır. Hipermneziya zamanı lazımsız informasiyanı yadında saxlayırlar. **H i p o m n e z i y a** yaddaşın zəifləməsinə (enməsinə) deyilir. Yaddaşın kiçik enməsi normada yaşlı insanlarda rast gəlinir. İfadə olunmuş hipomneziya - MSS-nin üzvi pozuntuları zamanı müşahidə olunur.

**A m n e z i y a** yaddaşın bu və ya başqa müddət ərzində tamamilə itməsidir. Yaddaşın normal fəaliyyət göstərməsi üçün əsas şərtlərdən biri düşüncənin aydın olmasıdır. Düşüncənin pozulması ilə müşayiət olunan bütün hallarda (məsələn, koma, sopor, düşüncənin əlaqədarlıq, amentiv və delirioz halları, patoloji sərxoşluq, patoloji affekt və s.) tam amneziya qeyd olunur. Bir çox təsadüflərdə amneziyalar beynin travmaları və ruhi sarsıntılarla əlaqədar olaraq baş verdiyi üçün travmanın vaxtından asılı olaraq o, bir neçə formaya bölünür: **r e t r o q r a d a m n e z i y a** – düşüncənin pozulması ilə müşayiət olunan hadisə zamanı (məsələn, baş beyinin kəskin stress hallarında travmasında) və ondan əvvəlki hadisələrin müəyyən müddət unudulmasına deyilir. Məsələn, avtomobil qəzası nəticəsində düşüncənin qısamüddətli pozulması ilə müşayiət olunan kəllə travması almış adam, maşına mindiyi ana qədər hadisələri yaxşı yadına saldığı halda, ondan sonrakı, travmayadək olan hadisələri tamamilə unutmuşdur. Nəqliyyat hadisəsi maşın yola düşəndən 15 dəqiqə sonra baş vermişdir. Başqa bir xəstə travmaya qədər 5 gün müddətində baş vermiş hadisələri unutmuşdur.

*A n t e r o q r a d a m n e z i y a* – travmadan sonrakı hadisələrin bu və ya başqa müddət ərzində unudulmasına deyilir. Anteroqrad amneziyanın müddəti bir neçə dəqiqədən bir neçə günədək ola bilər.

Bəzən amneziya həm travmadan (hadisədən) əvvəlki, həm də travmadan sonrakı dövrləri əhatə edə bilər. Buna *r e t r o a n t e r o q r a d a m n e z i y a* deyilir.

*R e t a r d i k a m n e z i y a* zamanı xəstə tutma halından çıxdıqdan sonra müəyyən hadisələri yadına salır. Lakin bir neçə gündən sonra hər şeyi unudur. Epilepsiya xəstəliyi ilə əlaqədar düşüncənin alaqaranlıq pozuntularında, beyin damarlarının xəstəliklərində təsadüf edilir.

İnsanın öz şəxsi həyatının bəzi mühüm anlarını, xüsusilə ağır təəssüratlarla əlaqədar hadisələrin unudulması *a f f e k t o g e n a m n e z i y a* adlanır. Bu mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəliklərində (beyin damarlarının ateroskerozu, qocalıq psixozları) və dissosiativ pozuntuları zamanı təsadüf edilir.

Bir sıra hallarda xəstələr əşyaların adlarını yada sala bilmir. Məsələn, qaşığın adını deyə bilmir, (amnestik afaziya) əvəzində «bununla xörək yeyirik» deyə cavab verir. Bəzən isə xəstələr harada olduqlarını, vaxtı və s. ni unudur. Qocalıq ağıl zəifliyində rast gəlinən bu əlamət *d i s m n e s i y a* adlanır.

*F i k s a t s i o n a m n e z i y a* – yadda saxlama qabiliyyətinin pozulmasına deyilir. Bu zaman o, eşitdiyi, şahidi olduğu hadisələri dərhal unudur, bəzən bir qədər əvvəl gördüyü adamla yenidən salamlaşır, eyni sözü dəfələrlə soruşur və s. Korsakov amnestik sindromunda, köllə travmalarında, beyin şişlərində və digər üzvi pozuntularda rast gəlinir.

*T ə d r i c ə n a r t a n ( p r o q r e s s i v ) a m n e z i y a* – adından məlum olduğu kimi yavaş-yavaş güclənən yaddaş pozuntusu olub beyin damarlarının patologiyasında, qocalıq psixozlarında rast gəlinir. Bu zaman, ilk növbədə, yaxın zamanda olan hadisələrin unudulması nəzərə çarpır. Keçmişdə olmuş hadisələrə qarşı isə yaddaş uzun müddət pozulmur. Bu növ yaddaş pozuntularından əziyyət çəkən məşhur fransız yazıçısı Stendal məktublarının birində öz vəziyyətini təsvir edərək yazmışdır: «Artıq 6 aydır ki, dəhşətli başağrılarından əzab çəkirəm. Qəflətən mən bütün fransız sözlərini unuduram. Hətta «mənə bir stəkan su verin» də deyə bilmirəm. Bu zaman özümü acgözlüklə müşahidə eləyirəm. Belə hal 8–10 dəq. davam edir, sonra sözlərə qarşı yaddaşım bərpa olur, lakin yorğunluq hissi məni tərk etmir. Fikirlərim tamamilə öz qaydasında olduğu halda, sözləri unuduram». Bir ildən sonra Stendal insult xəstəliyindən vəfat etmişdir.

**II. Yaddaşın keyfiyyət pozuntuları.** Paramneziyalar (yunan sözü olub para – yanında, ətrafında, mnema – yaddaş, xatırlama deməkdir) aşağıda təsvir olunan təhrif edilmiş, yalançı xatırlamalara kriptomneziya, anekforiya, psevdoreminissensiya və konfabulyasiya aiddir.

**K r i p t o m n e z i y a** (kryptos – yunan sözü olub, gizli deməkdir.) başqasının başına gələn hadisələri, onlara məxsus xidmətləri öz adına çıxmaqla xarakterizə olunan yaddaş pozuntusudur. Xəstələr bildikləri, eşitdikləri hadisələrin kimə məxsus olduğunu, nə vaxt baş verdiyini unudaraq onları öz adına çıxır, keçmişdəki hadisələri isə təzə baş vermiş hadisə kimi qələmə verirlər. Başqa sözlə, kriptomneziyalarda məlumatın mənbəyi və vaxtı unudulur. Bunun üçün şəxs həmin hadisələri öz başına gələn hadisə kimi yadına salır. Xəstələrin bunu qəsdən və müəyyən məqsəd üçün etmədikləri söhbət əsnasında asanlıqla aydın olur.

**A n e k f o r i y a** – yadasalmanın çətinləşməsi ilə xarakterizə olunan pozuntudur. Deyiləcək sözün (fikrin) əvvəlini şəxsin yadına salan kimi hər şey yada düşür.

**P s e v d o r e m i n i s s e n s i y a** – realıqda baş vermiş hadisələrin vaxtının, tarixinin təhrif edilməsi ilə xarakterizə olunur. Məsələn, qardaşının dostu ilə qarşılaşan bir şəxs, ona qardaşının üç gün bundan əvvəl böyük müvəffəqiyyətlə dissertasiya müdafiə etdiyini söyləyir. Əslində isə qardaşı 6 il bundan əvvəl dissertasiya müdafiə etmişdir. Psevdoreminissensiya alkoqol psixozlarında, beynin şişlərində, mərkəzi sinir sisteminin müxtəlif pozuntuları zamanı və s. hallarda təsadüf edir.

**K o n f a b u l y a s i y a** – dərin amneziya nəticəsində hafizə sferasında baş vermiş yaddaş boşluqları xəstə tərəfindən ağılına gələn təsadüfi ifadələrlə doldurulur. Məsələn, kəskin, ağır malyariya psixozu keçirmiş xəstədə total amneziya nəticəsində öz şəxsiyyətinə və digər hadisələrə aid təsəvvürlər yaddan çıxarılmışdır. Amma xəstə heç bir suala «bilmi-rəm» cavabı vermir. Güclü təxəyyülü hesabına təsadüfi cavablar verir. Məsələn, soyadını, adını, ailəsinin tərkibini təsadüfi ifadələrlə dolduraraq cavab verir. Öz soyadı əvəzinə başqa soyad, öz adı əvəzinə başqa ad, ailəsinin tərkibi haqqında birinci nizamda iki bacısının olduğu və iki qız adı söylədiyi halda bir neçə dəqiqədən sonra ailəsində iki qardaşının olmasını və iki kişi adı söyləyir. Bir neçə dəqiqədən sonra sualı təkrar edirik. 3-cü variantlarda yenə realığa uyğun olmayan təsadüfi cavablar verir.

**Dyüpre k o n f a b u l a t o r s a y ı q l a m a** terminini irəli sürmüşdür: xəstə ətraf mühitdə olmayan hadisələr haqqında sistemləşmiş, fantastik fikirlər (sayıqlamalar) haqqında danışır.

## İntellektin pozuntuları

İntellekt və ya əqli qabiliyyət yaddaşa sıx bağlı olub, ancaq onun əsasında yaranır. Belə ki, normal yaddaş intellekt üçün zəmin hazırlayır.

Bildiyimiz kimi, həyatda yaddaşı o qədər də güclü olmayan, lakin zəngin intellektual qabiliyyətə malik adamlar vardır. Əksinə güclü yaddaşı olduğu halda intellekti zəif adamlar da olur. Deməli, intellekt yaddaşa əsaslanarsa da, tamamilə ondan asılı deyil.

İnsanın hansı xüsusiyyətlərini intellektin əks etdirməsi bu günədək mübahisəlidir. Bəzi alimlər intellekti abstrak (mücərrəd) təfəkkür kimi qələmə verir, onu insanın məqsədəuyğun fəaliyyət forması adlandırır. ABŞ, İngiltərə və digər qərb ölkələrində intellekti müxtəlif sınaqlar (testlər) vasitəsilə təyin edilən, ölçülə bilən psixi xüsusiyyət kimi qəbul etməyi təklif edirlər. M. O. Qureviç intellekti hər bir şəxsin malik olduğu biliklərin, təcrübənin və potensial imkanların məcmusu kimi izah edir, başqa sözlə, toplanmış biliklərin fəaliyyəti adlandırır. İntellekt idrakın mürəkkəb inteqral mərhələsi olub əqli fəaliyyətin bir çox cəhətlərini əks etdirmək xüsusiyyətinə malikdir. İ.P. Pavlov intellekti, orqanizmlə xarici mühit arasında çoxcəhətli əlaqə yaradan əqli sistem adlandırmışdır.

İntellekt eyni zamanda fərdi olub hər bir şəxsin müstəqil inkişafı nəticəsində yaranır. İntellektin səviyyəsi şəxsin xasiyyətində, mədəniyyətində, davranışında, ümumiyyətlə, psixi fəaliyyətinin bütün formalarında özünü büruzə verir. İntellektin genişliyi, dərinliyi, çevikliyi və s. cəhətləri onun ayrı-ayrı xüsusiyyətlərini əks etdirir.

İntellekti geniş şəxslər eyni vaxtda olduqca çox sahələri – həyatı prosesləri, ayrı-ayrı şəxslərin xüsusiyyətlərini, müxtəlif istehsalat sahələrinin spesifikasiyasını bilir və onlara öz münasibətini bildirirlər. Təkamül nəzəriyyəsinin banisi Ç. Darvin rus yazıçısı F. Dostoyevski, ictimai xadim, yazıçı və həkim N. Nərimanov intellekti geniş şəxslər olmuşlar. İntellektin dərinliyi dedikdə, şəxsin hadisələrin dərinliyinə girmək bacarığı, ən mürəkkəb hadisələri təhlil etmək, onların arasındakı qanunauyğunluqları dərk və şərh etmək qabiliyyəti kimi başa düşülür. Böyük kəşflər edən məşhur alimlər: İ. Nyuton, A. Eynşteyn, kimyaçı Y. Məmmədəliyev və başqa alimlər dərin intellektə malik olmuşlar. İntellektin müstəqilliyi hadisələrdən təkbaşına, heç kəsdən asılı olmadan baş açmaq, düzgün nəticə çıxarmaq qabiliyyətidir. Belə şəxslərin kənar adamların məsləhətinə ehtiyacı olmur, özünə tənqidi yanaşmaq qabiliyyəti yüksək olur. Böyük hərbi xadimlər M. Kutuzov, K. Jukov, H. Aslanov əqli qabiliyyətlərinin müstəqilliyi ilə fərqlənmişlər. İntellektin çevikliyi – onu lazım gəldikdə tezliklə müəyyən istiqamətə yönəltmək, vaxt itirmədən yeni-yeni yollar aramağı bacarmaq xüsusiyyətidir.



Hər bir yaşın intellektual qabiliyyəti özünəməxsus tərzdə əks etdirmək cəhətləri vardır. Məsələn, gənc yaşlarda intellekt daha çevik, canlı olur. Bilikləri tez qavramaq, yeniliklərdən daha çox istifadə etmək qabiliyyəti aparıcı rol oynayır. Yaşlı şəxslərdə isə müdriklik, hadisələrin dərinliyinə varmaq, təcrübəyə arxalanaraq qərar qəbul etmək xüsusiyyətləri üstünlük təşkil edir.

İntellektin təzahür formalarından başlıcası nitqdır. Ona görə də intellektin pozulması, ağıl zəifliyi (kəmağıllıq) özünü, ilk növbədə, nitqdə göstərir.

Ağıl zəifliyi 3 qrupa bölünür:

1. Anadangəlmə ağıl zəifliyi – oliqofreniya (kəmağıllıq);
2. Qazanılma ağıl zəifliyi – demensiya;
3. Yalançı ağıl zəifliyi – psevdodemensiya.

Oliqofreniya və ya anadangəlmə ağıl zəifliyi (kəmağıllıq) etiologiyası müxtəlif olan bir çox xəstəlikləri əhatə edir. Onların hamısı üçün xarakterik olan iki əsas xüsusiyyət bunlardır:

- 1) Müxtəlif dərəcəli intellektual çatışmazlıq;
- 2) Bu çatışmazlığın daimi xarakter daşması.

Oliqofreniya başlıca olaraq irsi çatışmazlıq (Daun xəstəliyi və s.) patologiyası hamiləlik: ana bətnində dölün infeksiyaya və ya intoksikasiyaya məruz qalması, valideynlərdə narkomaniya, o cümlədən, alkoqolizm xəstəliyi ilə əlaqədar meydana çıxır. Bir sıra hallarda patoloji doğuş, o cümlədən, instrumental metodların düzgün tətbiq olunmaması, vaxtından əvvəl doğuş, körpə vaxtı müxtəlif beyin infeksiyalarına (meningit, ensefalit) və ya travmalara məruz qalmaq nəticəsində də yarana bilər.

Oliqofreniya bir qayda olaraq, beyin ayrı-ayrı törəmələrinin inkişafından qalması və ya beyin maddəsinin diffuz xarakterli destruktiv dəyişiklikləri ilə əlaqədar meydana çıxır. Ağıl zəifliyi özünü yalnız idrak prosesinin (əqli qabiliyyətin) zəifləməsində deyil, bir sıra digər psixi proseslərdə, o cümlədən, danışmaq qabiliyyətinin, davranışın, şəxsi keyfiyyətlərin pozuntularında da göstərir. Belə adamlarda qavramanın, diqqətin, yaddaşın, mücərrəd təfəkkürün qeyri-normallığı, özünə qarşı tənqidin enməsi tipik əlamətlərdəndir. Oliqofreniyalar haqqında daha geniş məlumat xüsusi hissədə veriləcəkdir.

Ağıl zəifliyinin ikinci forması demensiyadır. Qazanılma ağıl zəifliyi və ya demensiya mərkəzi sinir sistemində gedən patoloji prosesin xarakterinə görə iki yerə bölünür: a) qlobal (diffuz), demensiya zamanı intellektual qabiliyyətin bütün sahələri pozulur, şəxsiyyət enir, özünə-tənqid itir; b) lokunar (hissəvi) demensiya zamanı isə şəxsi key-

fiyyətlərin əsas cəhətləri mühafizə olunur, əmək qabiliyyəti, özünütənqid yüksək dərəcədə pozulmur.

Müxtəlif xəstəliklərlə əlaqədar meydana çıxan demensiya klinik xüsusiyyətlərinə görə biri-birindən fərqlənir. Məsələn, beyin hüceyrələrində gedən atrofik dəyişikliklərlə əlaqədar meydana çıxan demensiya zamanı (serebral ateroskleroz, Pik və Altsheymer xəstəlikləri, beyin siflisi) başlıca əlamətlər aşağıdakılardan ibarət olur: daima artan yaddaş zəifliyi və əqli qabiliyyətin azalması, nitqin, yazı qabiliyyətinin pozulması. Belə xəstələr özlərini normal idarə edə bilmir, sərsəm və huşsuz görünürlər.

Epilepsiya xəstəliyi ilə əlaqədar meydana çıxan demensiya (e p i l e p t i k d e m e n s i y a ) şəxsi keyfiyyətlərin kobud şəkildə dəyişməsi zamanı nitqin, baxışın, hərəkətlərin durğunluğu, təfəkkürün müfəssəlliyi, mimikada əks olunan donuqluq və s. bu kimi əlamətlər diqqəti cəlb edir.

Hissəvi demensiya isə ateroskleroz, baş beyin travmalarında, parkinson, Heninqton xəstəlikləri nəticəsində baş verir.

Ağıl zəifliyinin üçüncü forması p s e v d o d e m e n s i y a d ı r. Bu sindrom bir sıra reaktiv hallarla, o cümlədən, psixozlarla əlaqədar meydana çıxır. Müvəqqəti xarakter daşıyır. Yəni digər ağıl zəifliklərindən fərqli olaraq davamlı olmur.

## **Təfəkkürün pozuntuları**

T ə f ə k k ü r ali psixi fəaliyyətin insana məxsus bir forması olub, cisim və hadisələrdən, onlar arasındakı əlaqə və qanunauyğunluqlardan əqli nəticə çıxarmaq qabiliyyətinə deyilir. Təfəkkür prosesinin əsasını əqli (insana məxsus olan həyat təcrübəsi, bilik ehtiyatları) qabiliyyət təşkil edir. Başqa sözlə, təfəkkürə intellektin aktiv fəaliyyət forması da demək olar.

Duyğu, qavrama, təsəvvür proseslərindən fərqli olaraq təfəkkür zamanı insan faktları müqayisə və təhlil edir, onların arasındakı əlaqələri, qanunauyğunluqları və digər münasibətləri nəzərdən keçirir, bunların əsasında mühakimə yürüdür. Təfəkkür prosesi zamanı biz, subyektiv hissiyyətə əsaslanan faktlara deyil, hadisələrin daxili varlığından, mücərrəd keyfiyyətlərdən yaranan və onların əsl mahiyyətini aşkar edən, başqa sözlə, real varlıqdan yaranan faktlara əsaslanırıq. Məsələn, qanaxma ilə xəstəxanaya daxil olan xəstəni müayinə edərkən həkim nəinki qanaxmanın xarakterini, hansı damarların zədələnməsini, eyni zamanda qanaxmanın nəyin təsirindən baş verməsini, itirilən qanın miqdarını, gələcəkdə nə kimi ağırlaşmaların ola biləcəyini təsəvvür edir və bunlara əsasən tədbir görür.

Təfəkkür assosiativ təsəvvürlərin oxşarlığı, uyğunluğu, ahəngdarlığı və eyni zamanda meydana çıxması kimi proseslərə əsaslanır. Lakin təfəkkür assosiasiyalardan keyfiyyətcə fərqlənən daha mürəkkəb prosesdir. Belə ki, təfəkkür məlum faktlar əsasında yeni fikir və məzmun yaradır.

Təfəkkür prosesinə təsəvvür və anlayışların inteqrasiyası, təhlili əsasında müvəqqəti əlaqələrin yaranması kimi də baxmaq olar. Təfəkkürün dinamikası mərkəzi sinir sistemində optimal oyanmanın yaranması və induksiya qanununa əsasən lazımsız fikirlərin və assosiasiyaların ləngiməsinə (tormazlanmasına) əsaslanır. Başqa sözlə, təfəkkür məqsəduyğun şəkildə müəyyən istiqamətə yönəlmiş proseslərin ardıcıl, müntəzəm fəaliyyəti və bu prosesə mane olan digər proseslərin ləngiməsi fonunda meydana çıxır.

Təfəkkürün normal fəaliyyəti yalnız düşüncə aydın olduğu halda mümkündür. Düşüncənin bu və ya başqa dərəcədə pozulması təfəkkürün yeknəsəkliyinə, əlaqəsizliyinə, bəzən isə avtomatik fəaliyyət göstərməsinə səbəb olur.

Təfəkkür insanın yaradıcı fəaliyyətinin əsasını təşkil edir. Ona əsaslanaraq biz maddi nemətlər istehsal edir, sənət əsərləri yaradır və fəaliyyətimizi idarə edirik. Təfəkkür prosesi zamanı biz faktları təhlil edir, ümumiləşdirir və yeni nəticələrə gəlirik: məsələn, həkimin xəstəni müayinəsi, diaqnoz və müalicə təyin etməsi.

Təfəkkür idrak prosesinin yüksək bir forması olmaqla özü də bir neçə mərhələdən ibarətdir:

1. T ə s ə v v ü r l ə r – keçmişdə qavranılan və yaddaşımızda iz buraxmış hadisələrdir. Bunlar real varlığı əks etdirən faktlar olub konkret təfəkkürün əsasını təşkil edir.

2. A n l a y ı ş l a r – təsəvvürlərin ümumiləşdirilməsi, onların əlaqələndirilməsi, abstraksiya formasıdır. Bunun vasitəsilə abstrakt təfəkkür meydana çıxır.

Təfəkkürün ifadə forması nitq və yazıdır. Nitq insan cəmiyyətinin inkişafının müəyyən mərhələsində meydana çıxmış və onun tarixi inkişafının başlıca cəhətini təşkil edən bir vasitə olmaqla, insanlar arasında ünsiyyətin əsasını təşkil edir.

Görkəmli fizioloq İ.P.Pavlov ikinci siqnal sistemində aid olan tədqiqatları ilə təfəkkürün əsasında duran bioloji proseslərin mahiyyətini aydınlaşdırdı. Məlum oldu ki, ikinci siqnal sistemi təfəkkürün fizioloji əsası olub, düşüncəli fəaliyyətin ən ali prosesidir.

Təfəkkürün pozulması özünü iki formada göstərir:

I. Təfəkkürün kəmiyyət (formaca) pozuntuları;

II. Təfəkkürün keyfiyyət (məzmunca) pozuntuları.

Təfəkkürün kəmiyyət pozuntularına aşağıdakıları aid etmək olar:

1) T ə f ə k k ü r ü n s ü r ə t l ə n m ə s i – fikirlərin axını, sürətlə bir-birini əvəz etməsi şəklində təzahür edir. Xəstələr bəzən sözləri ardıcıl ifadə etməkdə çətinlik çəkirlər. Nitq itiləşmiş və anlaşılmaz olur. Zahirən belə nitq bir çox hallarda şizofaziyanı (nitqin qırıqlığı) xatırlada bilər, lakin diqqətlə təhlil etdikdə, məlum olur ki, burada təfəkkürün qırıqlığından fərqli olaraq müəyyən fikir ardıcılığı və məzmun vardır. Belə hal bipolyar affektiv pozuntunun maniakal epizodu üçün xarakterikdir.

2) T ə f ə k k ü r ü n l ə n g i m ə s i. Təfəkkürün sürətlənməsinin əksinə olaraq bu zaman xəstələr çətinliklə danışır, fikirləri sanki tormozlanmış olur. Xəstələr bəzən qeyd edirlər ki, fikirlərinə heç nə gətirə bilmirlər, deməyə sözləri yoxdur. Bir qayda olapraq, həkimin suallarına «hə» və «yox» deyə cavab verirlər, həm də bu sözləri demək üçün xeyli fikirləşirlər. Belə xəstələr bütün günü danışmaya bilər, sanki onların heç danışmağa marağı da yoxdur. Təfəkkürün ləngiməsi depressiyalarda, şizofreniya, MSS üzvi pozuntularında, rast gəlinir.

3) T ə f ə k k ü r ü n p a t o l o j i m ü f ə s s ə l l i y i. Nitqin (fikirlərin) ləngiməsi, eyni zamanda uzunçuluğu ilə diqqəti cəlb edir. Belə pozuntusu olan şəxslər bir söhbətdən digərinə keçə bilmir, «yerində sayır». Onlar söhbətin əsas məzmununu ikinci, üçüncü dərəcəli (lazımsız) fikirlərlə doldurur, belə adamları dinləmək yorucu olur.

Bir nəfər epilepsiya xəstəliyinə tutulmuş qadın şahid sifətilə məhkəmə prosesinə dəvət olunur. Hakimin «Qonşuluğunuzda məktəb binasının yanması təfəsilatı haqqında nə deyə bilərsiniz?» sualına belə cavab vermişdir: «Həmin gün adətim üzrə səhər saat 7-də yuxudan oyandım, gedib qazı yandırdım, çay qoydum, sonra əl-üzümü yuyub səhər yeməyi yedim, saat 8-ə 15 dəqiqə qalmış nəvəmi məktəbə yola saldım, mətbəxə gedib günorta yeməyi hazırlamaq üçün soyuducunu açıb oradan ət və digər lazım olan ərzağı çıxartdım...». Hadisə gecə saat 12-də baş vermişdir, şəxs o ərəfədə görüb bildiklərini danışmaq əvəzinə gündüz olan hadisələr haqqında saatlarla danışmış və nəhayət demişdir: «Həmin gün saat 11-də yuxuya getmişəm, yanğının nə vaxt və necə baş verdiyini görməmişəm. Səhər qonşulardan eşitmişəm ki, məktəb binası yanıb...». Bir çox hallarda təfəkkürün patoloji müfəssəlliyi olan xəstələrin nə demək, hansı fikri anlatmaq istədiklərini başa düşmək olmur. Belə pozuntu epilepsiya xəstəliyinə tutulmuş şəxslərdə tez-tez rast gəlinir.

4) T ə f ə k k ü r ü n p e r s e v e r a s i y a s ı. Təfəkkürün müfəssəlliyindən fərqli olaraq burada xəstənin öz cavablarını təkrar etməsi nəzəri cəlb edir. Bəzən xəstə eyni söhbətləri bir neçə dəfə təkrar edir, müxtəlif

suallara eyni məzmunlu cavablar verir. Epilepsiyada, beyinin üzvi pozuntularla əlaqədar baş verən psixozlarında rast gəlinir.

5) Təfəkkürün stereotipiylə. Eyni sözlərin və fikrin məcburi təkrar olunması kimi özünü göstərir. Bəzən eyni hərəkətlərin təkrarı ilə birlikdə təzahür edir. Bir xəstə əllərini bir-birinə vuraraq, başını yana hərəkət etdirməklə dəfələrlə «mən bilmirəm, mən bilmirəm...» sözlərini təkrar edirdi. Tibb işçiləri isə xəstəni sakitləşdirməyə çalışırdı. Belə vəziyyət şizofreniya xəstəliyində tez-tez rast gəlinir.

6) Rezonanslıq boş mühakimələr, mənasız sözlərdən ibarət nitq formasında özünü göstərir. Xəstələrdən biri yoldaşı ilə söhbət edərkən müxtəlif formada, dəfələrlə aşağıdakı sözləri təkrar etmişdir: «... mənim kim olduğumu hamı çox gözəl bilir. Kimliyimi heç kəsə sübut etmək fikrində deyiləm, onsuz da hamı bilir mən kiməm...»

7) Məntiqsiz təfəkkür. Fikirlərin məntiqsizliyi, bəzən əlaqəsizliyi ilə xarakterizə olunur. Hadisələri izah edərkən belə şəxslər nəinki səhv edir, mənasız, ziddiyyətli mülahizələr yürüdür, eyni zamanda ağıla sığmayan söhbətlər danışrlar. Məsələn, bir xəstə demişdir: «Mən gənc yaşlarımda at belində çox gəzmişəm, ona görə də E vitamininə ehtiyacım olmayıb». Buraya səbəbin nəticəsi ilə dəyişməsi aiddir. Məs. Normal fikrin «hava yaxşıdır, ona görə mənim əhval-rühiyyəmə də yaxşıdır».

Məntiqsiz təfəkkür: «Hava ona görə yaxşıdır ki, mənim əhval-rühiyyəmə yaxşıdır».

8) Təfəkkürün qırıqlıqlı (dissosiasiyası). Fikirlərin dolaşıqlığı, əlaqəsizliyi şəklində təzahür edir. Bu pozuntu üç dərəcədə olur: yüngül, orta və ağır:

a) Yüngül dərəcədə xəstənin danışığı başa düşülür, yalnız təcrübəli həkim psixiatr xəstənin danışığında məntiqsiz keçidlərin olmasını qeyd edir. Buna assosiativ pozuntu da deyilir;

b) Orta dərəcəli qırıqlıq zamanı isə xəstənin cümlələri arasında heç bir məntiqi əlaqənin olmadığı aşkarlanır. Belə qırıqlıqlı hər bir adam seçə bilər;

c) Ağır dərəcəli qırıqlıq zamanı cümlələr düzgün qurulsa da xəstənin danışığı tam mənasız olur. Cümlələr təsadüfə «söz yığımı» təşkil edir. Belə danışığ şizofreniya xəstəliyinə xas olub şizofaziya adlanır. Bir xəstədən soruşduqda şikayətiniz nədir, o, belə cavab vermişdir: «Başım ağrımır, şor qabından, nahaq danışma, nə danışrsan, həkim kimdir, poçtalyon gəlmədi, Ərəbzəngi mənəm, çıx get». Təfəkkür qırıqlığının bütün formaları, o cümlədən, şizofaziya şizofreniya zamanı, ağır infeksiya, intoksikasyon psixozlarda rast gəlinir.

9) *A u t i s t i k t ə f ə k k ü r* real həyatdan uzaqlaşmaq, xəstənin daxili aləmi (səhv təsəvvürləri) ilə bağlı, obyektiv təcrübəyə əsaslanmayan, dialektik izaha tabe olmayan təfəkkür formasıdır. Bu vəziyyət şizofreniya xəstəliyinin xarakter əlamətlərindən biri olan *a u t i z m* – *ö z ü n ə q a p a n m a* sindromu çərçivəsində rast gəlinir.

10) *S i m v o l i k t ə f ə k k ü r*. Normal mühakimələrin məntiqsiz, mənasız, müəyyən simvollarla bağlı olan mühakimələrlə əlaqələndirilməsidir. Məsələn, xəstə həkimlə salamlaşarkən onun başını aşağı əyməsini yaxın vaxtlarda yas düşəcəyinə, kiminsə öləcəyinə işarə kimi qiymətləndirir.

11) *N e o l o g i z m* psixi pozuntu ilə əlaqədar meydana çıxan yeni sözlərə və ifadələrə deyilir. Xəstələr bu sözlərə özlərinə məxsus mənalar verir, sonralar isə (sağalarkən) onu unudurlar. Məsələn, söhbət zamanı xəstənin işlətdiyi «söndüm» sözünün mənasını soruşduqda o, demişdir: «Bu söz söyüd ağacının dibində ölmək deməkdir».

12) *S p e r i n q* – təfəkkürün (nitqin) qəflətən qısamüddətli dayanması.

13) Təfəkkürün riqidliyi (torpidliyi) – mövzudan əl çəkə bilməmək.

14) *M e n t i z m* – fikirlərin axını. Özündən asılı olmayan müxtəlif məzmunlu fikirlərin çoxluğu.

Bəzi alimlərin fikrincə təfəkkürün sürətlənməsini beyin qabığında oyanmanın güclənməsi və daxili şərti ləngimənin zəifləməsi ilə, təfəkkürün tormozlanmasını isə beyin qabığında daxili ləngimənin oyanmaya üstün gəlməsi ilə izah etmək olar. Təfəkkürün müfəssəlliyi əsas sinir proseslərinin patoloji durğunluğu ilə əlaqədardır. Perseverasiya isə beynin müəyyən sahələrində əmələ gələn patoloji durğunluğun oyanması ilə izah edilir. Təfəkkürün qırıqlığı zamanı ikinci signal sistemini əhatə edən sahələrin tormozlanması müşahidə olunur.

## **Təfəkkürün məzmunca (keyfiyyətə) pozuntuları**

Bu növ pozuntuları təfəkkürün patologiyası ilə əlaqədar meydana çıxan *p a t o l o j i m ə h s u l a t* da adlandırılır. Bunlara sayıqlama ideyaları, sarışan hallar (ideyalar) və yüksək qiymətli ideyalar aiddir.

**Sayıqlama ideyaları** – psixi xəstəliklərlə əlaqədar, əsassız yaranan və həmin şəxs tərəfindən tənqidi münasibət bəslənilməyən əqli nəticələrə – ideyalara, fikirlərə və münasibətlərə deyilir.

Sayıqlamalar psixi xəstəliklər zamanı ən çox yayılmış psixopatoloji fenomenlərdən biridir. Təfəkkürün forma pozuntularından fərqli olaraq burada xəstənin söylədiyi fikirlərin məzmununun düzgün olmaması nəzə-

ri cəlb edir. Bəzi psixi sağlam şəxslərdə rast gəlinən səhv fikirlər, mülahizə və ümumiləşdirmələri sayıqlama adlandırmaq olmaz. Bir sıra hallarda (məsələn, istintaq prosesində) yalan mülahizələrin söylənilməsini də sayıqlamalardan təcrid etmək lazımdır. Sayıqlama fikirlərinin məzmununa xəstələr nəinki inanır, eyni zamanda, onu inadkarcasına sübuta yetirməyə çalışırlar. Bir qayda olaraq, sayıqlama fikirləri olan xəstələrdə bir sıra başqa psixi əlamətlərin də olması diqqəti cəlb edir. Belə adamlar heç bir məqsəd güdmədən «fikirlərini» sübuta yetirməyə can atırlar. Bu məqsədlə maddi və mənəvi ziyan çəkmələrinə baxmayaraq öz məramından çəkinmirlər. Məsələn, bir nəfər orta savadlı, mühasib köməkçisi işləyən şəxs «Yeni ulduz» kəşv etdiyini sübut etmək üçün müxtəlif elmi idarələrə, nazirliklərə, mətbuat orqanlarına müraciət edir, həftələrlə işə çıxmır və s.

Xəstədə sayıqlama fikirlərinin olmasını təsdiq etmək üçün təkəcə onun söylədiyi ideyalarla deyil, eyni zamanda onun digər hərəkətləri ilə də marqlanmaq lazımdır. Məsələn, ailə üzvlərinə münasibəti, iş yerində özünü necə aparması, əmək fəaliyyətini dəyişməsi, xəstənin xarici görkəmi, davranışı və s. təhlil edilməlidir.

Bəzi müəlliflər sayıqlamaları birincili və ikincili olmaqla iki qrupa bölürlər. Qavrama pozuntuları ilə (illüziyalar, hallüsinasiyalar) əlaqədar olmayan sayıqlamalar birincili, mühiti səhv qavramalarla əlaqədar olaraq meydana çıxan sayıqlama ideyaları isə ikincili adlanır. Belə bölgü təcribü cəhətdən az əhəmiyyətliyədir. Sayıqlama ideyalarını məzmununa görə fərqləndirmək daha məqsədəuyğundur.

Sayıqlama ideyaları 3 böyük qrupa bölünür:

1. Münasibət sayıqlamaları;
2. Özünüböyütmə sayıqlamaları;
3. Özünükiçiltmə sayıqlamaları.

*Münasibət sayıqlamaları* müşahidə edilən xəstələr belə hesab edirlər ki, ətraf mühidə olan hər şey onlarla müəyyən dərəcədə əlaqədardır. Xəstəyə elə gəlir ki, bütün tanışlar və yadlar ona mənəli baxır, pıçıldaşır, onu lağa qoyurlar və s. Belə hallarda normal davranış, xəstəni əhatə edən adamlarla qarşılıqlı münasibət xeyli çətinləşir. Bunun nəticəsində xəstədə «mənə niyə belə baxırsınız», «hamı mənə nifrət edir», «məni həbs etmək üçün faktlar toplayırlar» və s. sayıqlama mülahizələri meydana çıxır.

Münasibət sayıqlamalarının aşağıdakı klinik formalarına rast gəlinir.

1) *Təqib sayıqlamaları* zamanı xəstələrə elə gəlir ki, bir qrup adamlar, bəzən isə bir nəfər naməlum şəxs «xüsusi tapşırığa əsasən» onu izləyir, onun bütün hərəkətlərini, kimlərlə görüşməsini qeydə alır.

2) *Təsirsayıqlamaları*nda xəstə güman edir ki, ona müx-

təlif vasitələrlə, məsələn, hipnoz, rentgen və lazer şüaları ilə təsir göstərilir. Beləliklə, onun fikirlərini çaşdırır, hərəkətlərinə mane olur və ya onu xəstələnməyə vadar edirlər. Bir nəfər xəstə ona göstərilən «təsiri» belə izah edirdi: «Mənim qeyri-adi ixtiralarımı, Allahla olan əlaqəmi bir qrup adamlar öyrənmək üçün xüsusi aparatlardan istifadə edir, həmin aparat onların süni gözlərinin içərisində yerləşdirilmişdir. O aparatlar mənim fikirlərimi yazır, sonra isə beynimi kütləşdirir. Məqsədləri ixtiramı mənim-səmək, məni isə dəli etməkdir».

3) *Zəhərləmə sayıqlamalarında* xəstə söyləyir ki, onu zəhərləmək, xəstəliyə düşürmək və ya öldürmək istəyirlər. Bu məqsədlə yeməyinə dərman tökür, yaxud da müalicə dərmanı əvəzinə güclü təsirə malik kimyəvi maddələr verirlər.

4) *Cadusu sayıqlamalarında* xəstələr inanır ki, onlara cadu ediblər. Ona görə də bədənləri zəifləyib, gücdən düşübdür.

5) *Təqsirləndirmə sayıqlamalarında* zamanı xəstələr təkidlə sübut etməyə çalışırlar ki, ətrafdakı adamlar: iş yoldaşları və ya qohumları onu hər hansı bir pis hərəkətdə, məsələn, ərizəbazlıqda, nalayiq hərəkətlərdə, oğurluqda və s. təqsirləndirirlər. Ona görə də onunla hamı küsülü kimi rəftar edir, ondan üz döndərir. Belə xəstələr bəzən günlərlə evdən bayıra çıxmır, aramsız olaraq bu sözləri təkrar edirlər: «Mən heç vaxt oğru və ləyaqətsiz adam olmamışam. Nə üçün mənə inanmırsınız?» Bu növ sayıqlamalara qocalıqönü psixozlarda tez-tez rast gəlinir.

6) *Qısqanclıq sayıqlamalarında* xəstə öz həyat yoldaşını əsassız olaraq qısqanır, kiminləsə görüşməkdə günahlandırır. Bir xəstə söyləyirdi ki, əri hər gün işdən evə bir saat gec gəlir. Bu müddətdə o, sevimlisinin yanına gedir. Əri bazara getdiyini söylədikdə xəstə inanmır və deyir ki, yox o, bazara günorta fasiləsində gedib. Başqa bir xəstə 60 yaşlı həyat yoldaşının hər gecə saat 1-də, əri yuxuya getdikdən sonra yataqdan durub harasa getdiyini söyləyirdi. Sübut üçün yataq otağının qapısına tüpürcəklə yapışdırdığı qəzet parçasının yerə düşdüyünü göstərirdi.

7) *Məhbəbbət sayıqlamalarında* xəstə kiminsə onu sevdiyini söyləyir. 35 yaşlı olmasına baxmayaraq, ərə getməmiş qadın, bir nəfərin onu sevdiyini söyləyir və deyirdi: «Nə olsun ki, evlidir və iki uşağı var, o, yalnız məni sevir, bu yaxınlarda həyat yoldaşını atıb mənimlə evlənəcək». Nəyə əsasən belə fikirləşirsiniz? – deyər soruşduqda xəstə cavab vermişdir: «Hər dəfə məni görərkən mənimlə salamlaşır və mənalı nəzərlərlə mənə baxır».

*Özünüböyütmə sayıqlamaları* zamanı xəstələr özlərini həddindən artıq gözəl, qeyri-adi istedadla malik şəxs hesab edir, olduqca dövlətli, güc-



lül, bilikli olduqlarını söyləyirlər. Bəzən özlərini hökmdar, sərkərdə, alim, yaxud da peyğəmbər kimi qələmə verirlər.

**Özünükiçiltmə** ideyaları sayıqlama ideyalarının böyük bir qrupunu təşkil edir. Bu sayıqlamaların ümumi cəhəti odur ki, xəstələrdə bədən müəyyən hissələrinin və ya orqanlarının tam sağlam olmaması və ya bacarıqsız, qabiliyyətsiz olmaları haqqında inam yaranır. Bəzən xəstələrə elə gəlir ki, onların həyatı səhv hərəkətlərlə doludur. Belə sayıqlamalar **özünü təqsirləndirmə** adlanır.

Şəxsiyyətin kiçildilməsi bəzən fiziki çatışmazlıq şəklində özünü bürüzə verə bilər. Belə xəstələrə elə gəlir ki, onlar ağır xəstədirlər, bədənləri, orqanları parçalanır, çürüyür. Bəzən xəstələr heç bir əsas olmadan deyirlər ki, vərəm, sfilis, xərcəng, spid xəstəliyinə tutulmuşlar. Belə ideyalar **ipoxondrik sayıqlama** adlanır. Bir sıra hallarda bu ideyalar daha kobud, mənasız olur və xəstələr ayrı-ayrı orqanlarının varlığını inkar edirlər. Belə fikirlər **niqilistik**, inkar sayıqlamaları və ya **Kotarsindromu** adlanır.

**Sarışan ideyalar** – şəxsin iradəsindən asılı olmayaraq meydana çıxan, lakin xəstə tərəfindən tənqidi münasibət bəslənilən yersiz, arzuolunmaz fikirlərə, xatırlamalara, qorxulara, hərəkətlərə və meyillərə deyilir. Bir qayda olaraq, xəstələr sarışan ideyalar üzərində öz hakimiyyətlərini itirmirlər. İradənin köməklili ilə onlar bu fikirləri özlərindən uzaqlaşdırmağa cəhd göstərirlər. Lakin bu halda xəstələrdə yenə də narazılıq, qəmginlik, həyəcan hissi qalır. Sarışan halların gedişi dəyişkən olmaqla bəzən dərinləşərək ağır şəkil alır. Bir sıra təsadüflərdə tamamilə keçib getmiş sarışan hallar müəyyən müddətdən sonra daha kəskin formada təzahür etməyə başlayır. Sarışan ideyaların aşağıdakı formaları vardır:

- a) **Sarışan fikirlər** – istənilmədən yaranan yersiz fikirlərdir;
- b) **Sarışan şübhələr** – şəxs daima öz hərəkətlərinin, nitqinin düzgün olmamasından şübhələnir;
- c) **Sarışan meyillər** – mənasız, təhlükəli, ləyaqətsiz bir iş görməyə şiddətli meyilin əmələ gəlməsidir;
- ç) **Sarışan hərəkətlər** qorxu və şübhələrdən azad olmaq məqsədi güdən və bir növ müdafiə xarakteri daşıyan hərəkətlərdir. Bəzən xəstənin qorxu və şübhədən azad olmasına və nisbətən sakitləşməsinə, sarışan halların məzmunu ilə heç bir əlaqəsi olmayan müəyyən hərəkətlərin həyata keçirilməsi kömək edir... Belə hərəkətlər sarışan rituallar adlanır;

d) **Sarışan xatırlamalar** zamanı xəstə keçmişdə baş vermiş qorxulu hadisələri yadına salır və uzun müddət başından çıxara bilmir;

e) **Sarışan qorxular və ya fobiya**lar bir neçə formada təzahür edir: **oksifobiya** – iti əşyadan qorxmaq; **akrofobiya** – hündürlükdən qorxmaq; **klaustrofobiya** – bağlı qapıdan qorxmaq; **dismorfobiya** – eybəcər olmaqdan qorxmaq; **nozofobiya** – ağır xəstəliyə tutulmaqdan qorxmaq; **tanatofobiya** – ölümdən qorxmaq və s.

**Yüksək qiymətli ideyalar.** Real varlığa əsasən əmələ gələn böyük emosional gərginliklə müşayiət olunan və düşüncədə üstün yer tutan səhv mühakimələrə yüksək qiymətli ideyalar deyilir. Müəyyən haqsızlıqdan incimiş şəxs onu unuda bilmir, hadisəni aramsız təhlil edir. Bu hissiyyat onun düşüncəsində dominantlıq təşkil edir və intiqam əhvali-ruhiyyəsi yaradır.

Yüksək qiymətli ideyalar sayıqlama ilə səhv fikirlər arasında olan vəziyyətdir. Yüksək qiymətli ideyalar psixi xəstəliyə dəlalət etməsə də, patoloji hal sayılır. Belə ideyalar şəxsiyyət pozuntularında, emosiyaları müvazinətsiz, ahəngsiz olan şəxslərdə rast gəlinir. Onları sayıqlama ideyalarından ayıran əsas cəhət real hadisələrlə əlaqədar olmasıdır.

## **Təəssürat sferasının (emosiyanın) pozuntuları**

*Emosiyalar insan həyatının bütün cəhətlərini: əmək fəaliyyətini, istirahətini, adamlar arasında ünsiyyəti və s.-ni daima müşayiət edən, onun əxlaqi davranışına təsir göstərən proses olub müxtəlif qıcıqlara qarşı orqanizmin mürəkkəb psixofizioloji reaksiyasıdır.*

Emosiyaların təsiri altında insan özünə xoş gələn nə varsa ona doğru meyil göstərir və əksinə xoşagəlməyən qıcıqlardan uzaqlaşmağa çalışır. Təəssüratla bağlı olan hisslərimiz nəinki psixoloji, bioloji, eyni zamanda sosioloji bir prosesdir. Emosional reaksiyaların rəngarəngliyi, coşqunluğu, davamlılığı və s. hər bir adamın yaşı, intellekti, mədəni səviyyəsi, xasiyyəti və digər şəxsi keyfiyyətləri ilə sıx bağlıdır. Belə ki, iki eyni cür sevinən və ya kədərlənən adam yoxdur. Hər kəsin özünəməxsus gülüş və kədərlənmə tərzı vardır.

Emosiyaların başlıca mənbəyi instinktiv tələblərlə əlaqədar olan hərəkətlərdir desək, səhv etmiş olarıq. Axı, belə ibtidai emosiyalar – yeməklə, yatmaqla və s. əlaqədar olan müsbət və mənfi hisslər heyvanlarda da vardır. Bununla belə emosiyaların yaranmasında instinktlərin rolunu inkar etmək olmaz. İnsan üçün daha məzmunlu, zəngin və olduqca mürəkkəb olan ali, yüksək emosiyalardır. Ali emosiyaların mənbəyi estetik tələblərimizi ödəyən qıcıqlardır. Bunlara musiqi, incəsənət, gözəllik, məhəbbət, dostluq, vətənpərvərlik və s. aiddir. İnsanın mədəni səviyyəsi, zövqünün

zənginliyi ali emosiyaların xüsusi çəkisini müəyyən edir. İnsan «yemək üçün yaşamır, yaşamaq üçün yeyir», yaxud Nizami Gəncəvinin «Eşqsiz bir insan bir neydir qırıq, yüz canı olsa da ölüdür artıq» kəlamları yuxarıda deyilənləri əks etdirir.

Emosional halın dəyişməsi orqanizmin bütün orqan və sistemlərinə təsir edərək olduqca mürəkkəb bioloji reaksiyalara səbəb olur. Məsələn, müsbət emosional reaksiyalar zamanı qanda şəkərin, katexolaminlərin miqdarının, mənfi emosional reaksiyalarda isə adrenalinin, serotoninin miqdarının artması buna misal ola bilər.

İnsan daima xarici və daxili aləmdən gələn qıcıqların təsiri altında ya şənlənir, ya da məyus olur. Xəstəlik nəticəsində meydana çıxan ağrı, acı, soyuğun təsiri və s. narazılıq hissi, xoş xəbər, yaxın dostu ilə görüş isə razılıq hissi yaradır. Bütün bunlar bütövlükdə insanın bu və ya başqa anda meydana çıxan əhvali-ruhiyyəsini müəyyən edir. Əhvalının orta həddi bütün qıcıqların cəminə bərabər olur. Gün ərzində bu göstəricilər dəfələrlə dəyişə bilər. Əhvali-ruhiyyənin vəziyyəti hər bir şəxsin anadangəlmə fərdi xüsusiyyətləri, temperamenti, xasiyyəti ilə də əlaqədardır. Həyatda nikbin adlandırdığımız şəxslər, əhvalı bədbin adamlardan kəskin surətdə fərqlənir. Az əhəmiyyətli, mənfi bir qıcıq nikbin adamların vəziyyətinə bəzən heç bir təsir göstərmədiyi halda, bədbin adamlarda xeyli müddət davam edən məyusluğa səbəb olur.

Güclü qıcıqların təsiri altında, məsələn, yaradıcılıqla məşğul olmaq, sevgi hissi ilə əlaqədar meydana çıxan və uzun müddət davam edən emosional hala *e h t i r a s* deyilir.

Emosional halın dəyişməsinə əks etdirən zahiri əlamətlərə aşağıdakılar aiddir: mimiki reaksiyalar; hərəkət reaksiyaları; vegetativ-visseral reaksiyalar. Bu reaksiyalar insanın razılıq, həm də narazılıq hisslərini əks etdirən obyektiv əlamətlər olmaqla hər adamda özünəməxsus tərzdə təzahür edir. Məsələn, ucadan gülmək heç də müsbət qıcığın gücünü göstərmir. Uşaqları, intellekti aşağı olan şəxsləri (debilləri) güldürmək, yaşlılara, ağıllı adamlara nisbətən xeyli asan olması hamımıza yaxşı məlumdur.

*Emosional halın güclü və qısamüddətli dəyişməsinə affekt deyilir.* Affektə, başqa sözlə, mənəvi sarsıntı, ehtirasın coşması və ya emosional partlayış da demək olar. Affekt fizioloji (normal) və patoloji (qeyri-normal) olmaqla iki formaya bölünür. Fizioloji affekt adekvat qıcıqlar nəticəsində yaranır, bu zaman düşüncə pozulmur, ona görə də şəxs ictimai təhlükəli hərəkətlər etmir, edərsə məsuliyyət daşıyır. Fizioloji affektin səbəbi bəd xəbər, məsul bir vəzifəni yerinə yetirərkən kobud səhv etmək, qiymətli bir şey itirmək, təhqirə məruz qalmaq və s. ola bilər.

Patoloji affekt zamanı yuxarıda qeyd olunan obyektiv güclü təsirlər

nəticəsində qeyri-adekvat düşüncə, bu və ya başqa dərəcədə pozulduğundan şəxs öz hərəkətlərinə nəzarət edə bilmir. Bu zaman ictimai təhlükəli hərəkət edirsə cinayət məsuliyyəti daşımır. Bu Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsinin 21-ci maddəsində nəzərdə tutulmuşdur. Patoloji affekt mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəlikləri olanlarda, şəxsiyyət pozuntusu, isteriya nevrozu olan şəxslərdə müşahidə oluna bilər.

Klinikada tez-tez rast gəlinən emosiya pozuntularına aşağıdakılar aiddir:

1. *H i p e r t i m i y a ( m a n i a k a l h a l )* – səbəbsiz olaraq əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi ilə təzahür edən hal.

Maniakal hal zamanı xəstə daim şən və gülürüz olur, oxuyur, oynayır, bir yerdə qərar tuta bilmir, hərəkətləri və davranışı ilə hamını əyləndirməyə çalışır. Əsasən affektiv pozuntuların maniakal fazasında və bir sıra digər hallarda rast gəlinir.

2. *H i p o t i n i y a* – səbəbsiz olaraq əhvali-ruhiyyənin enməsi olub, yuxarıda göstərilən əlamətlərin əksinə cərəyan etməsi ilə xarakterizə edilir.

3. *E y f o r i y a* – əhvali-ruhiyyənin azhərəkətli, məzmunuz yüksəlməsinə deyilir. Bu hala narkomanlarda, alkoqol qəbul edən adamlarda, mərkəzi sinir sisteminin üzvi pozuntularında rast gəlinir.

4. *D i s f o r i y a* – əhvali-ruhiyyənin acıqlı, kədərli, hər şeydən narazı halda enməsidir. Belə vəziyyət keçirən xəstə olduqca tez əsəbiləşir, ən cüzi səbəbdən özündən çıxaraq ətrafdakıları təhqir edir, gərginlik yarada bilir. Onların qəfləti aqressiv hərəkətlərinin qarşısını almaq məqsədilə lazımı tədbirlər görülməli, ilk növbədə, xəstəxana şəraitində tibbi nəzarət təşkil olunmalıdır. Disforiya halı epilepsiya zamanı, kəllə travması keçirmiş alkoqoliklərdə və bir sıra başqa xəstəliklərdə təsadüf edilir.

5. *E m o s i o n a l l ə b i l l i k* əhvali-ruhiyyənin səbəbsiz və asanlıqla dəyişməsinə deyilir. Belə şəxslər ani olaraq bir haldan, məsələn, qəmginlikdən şən hala keçə bilir. Lakin bu zaman nə qəmginlik, nə də şən hal üçün xarakter olan emosional görkəm qeyd olunmur.

6. *E m o s i o n a l k ö v r ə k l i k* – emosional zəiflik əlamətləri ilə özünü bürüzə verən hala deyilir. Bu zaman xəstə olduqca yazıq, asanlıqla göz yaşı axıtmağa hazır olan görkəm alır. Beynin damar, üzvi, intoksikasion və infeksiya xəstəlikləri zamanı rast gəlinir. Məsələn, hipertoniya, ateroskleroz, beyin sifilisi, ağır keçən xronik alkoqolizm və s.

7. *E m o s i o n a l a m b i v a l e n t l i k* – eyni zamanda iki, bir-birinə zidd emosional halın meydana çıxmasına deyilir. Məsələn, kədər və sevinc, məhəbbət və nifrət eyni vaxtda, eyni şəxsə təsadüf edir. Bu vəziyyət şizofreniya zamanı tez-tez rast gəlinir.

8. **L a q e y d l i k** – yaxın adamlara, ətrafda cərəyan edən hadisələrə qarşı biganə olmaq əlamətinə deyilir. Lakin bu zaman şəxs, marağına, instinktiv tələblərinə laqeyd qalmır. Belə ki, hər şeyə biganəlik hissi bir-tərəfli xarakter daşıyır.

9. **E m o s i o n a l k ü t l ü k** – emosional çatışmazlığın (sönüklüyün) daha ağır formasıdır. Xəstələrin marağı, ancaq instinktiv tələbləri ətrafında toplanır. Xəstəxanya görüşə gələn bacısından bir xəstə, ancaq yemək üçün nə gətirdiyini soruşur, ağır xəstə olan anası ilə nəinki maraqlanmaz, hətta bacısının bu barədə söhbətini yarımçıq qoyaraq deyərdi: artıq onun 70 yaşı var, o, ölsə rahat olarıq, mənzilimiz genişlənər.

10. **Q o r x u** – həm nevrotik, həm də psixotik pozuntular zamanı tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən olub müxtəlif formalarda təsadüf edir. Nevrozlar, reaktiv hallar zamanı rast gəlinən qorxu, gərginlik və ümumi narahatlıqla müşayiət olunur. Sarışan hallar nevrozunda rast gəlinən qorxu zamanı şəxs ağır xəstəliklərə tutulmaqdan, geniş meydanlardan keçməkdən, otaqda tək qalmaqdan və s., involyusion psixozlarda isə xəstə ailə üzvlərinin başına bir iş gələcəyindən qorxur.

11. **T ə ş v i ş** – bir-birinə əks hissələrin mübarizəsindən doğan narahatlıq, daxili gərginlik.

12. **H ə y ə c a n** – müxtəlif səbəblərdən yaranan daxili narahatlıq, iztirab.

## **Diqqətin pozuntuları**

*Psixi fəaliyyətin (düşüncənin) bu və ya başqa istiqamətə yönəlməsi və hər hansı bir obyekt üzərində cəmlənməsi prosesinə diqqət deyilir.* Diqqətin obyekt, xarici aləmdə mövcud olan cisim və hadisələr, özümüzə aid olan, orqanizmdə yaranan hisslərimiz, fikirlərimiz və s. ola bilər. Diqqətin hansı istiqamətə yönəlməsi, həmin anda dominantlıq təşkil edən qıcıqdan asılıdır. Mühazirəyə qulaq asan tələbənin diqqəti mühazirəçidə olmalıdır. Lakin, o, müəllimin üzünə baxsa da fikirləri ağır halda xəstə yatan anasının yanındadır. Buna, əlbəttə, diqqətin qeyri-normal yayınması kimi baxmaq olmaz. Hazırda həmin tələbənin diqqətini daha çox cəlb edən dominant qıcıq anasıdır.

Diqqətin düşüncəli olaraq idarə olunması, ətrafda cərəyan edən bu və başqa qıcığın hərtərəfli, aydın təsəvvür edilməsinə imkan verir. Gündəlik həyatımızda, adətən, diqqətimiz daha maraqlı, məzmunlu obyektlərə doğru yönəlir. Normal sayılan bu hal **q e y r i - i x t i y a r i d i q q ə t** adlanır.

İradənin gücü ilə diqqətin lazım olan obyektə yönəldilməsi isə *ix-tiyari diqqət* adlanır.

Psixi-əsəb pozuntuları zamanı rast gəlinən diqqət pozuntularına aşağıdakılar aiddir:

1) *Diqqətin davamsızlığı* (və ya diqqətin yayınması). Uzun müddət diqqətin müəyyən hadisə üzərində cəmlənə bilməməsidir. Bu əlamət diqqət çatışmazlığının Hiperaktivlik sindromu zamanı müşahidə olunur.

2) *Diqqətin ləngiməsi*. Psixi fəaliyyətin, ümumiyyətlə, ləngiməsi hallarında, məsələn, affektiv psixozun depressiv fazasında qeyd edilir.

3) *Diqqətin durğunluğu*. Təfəkkürün və digər psixi funksiyaların durğunluğu (ləngiməsi) fonunda rast gəlinən əlamətdir. Epilepsiya xəstəliyində tez-tez təsadüf edilir.

4) *Diqqətin daralması*. Beynin üzvi xəstəliklərində, xüsusən beyin damarlarının aterosklerozunda təsadüf olunur.

5) *Diqqətin zəifləməsi*. Beynin üzvi pozuntuları ilə əlaqədar olan psixi xəstəliklərdə, ilk növbədə, epidemik ensefalitdə, kəllə travmalarında rast gəlinir. Əqli qabiliyyətin kobud pozuntuları zamanı meydana çıxan diqqətin zəifləməsindən tam diqqətsizliyədək inkişaf edə bilər. Belə pozuntu zamanı xəstə ən güclü qıcığa belə reaksiya vermir və ya ancaq gözlərini hadisə cərəyan edən səmtə yönəltməklə (passiv) cüzi hərəkət nümayiş etdirir.

6) *Patoloji diqqət*. Belə pozuntu zamanı xəstə heç bir əhəmiyyəti olmayan lazımsız obyektlərə xüsusi diqqət göstərir. Bəzən hallüsinasiyaların və sayıqlamaların təsiri nəticəsində meydana çıxan bu pozuntu şizofreniya xəstəliyində, intoksikasion psixozlarda rast gəlinir.

Diqqətin pozuntularını adi söhbət zamanı müəyyən etmək mümkündür. Lakin lazım gələrsə müxtəlif psixoloji metodlardan da istifadə etmək olar. Məsələn, bir neçə saniyə və ya dəqiqə müddətində xəstəyə müəyyən fiqurlar, diaqramalar göstərilib sonra onların yerini, formasını söyləməsini təklif edirik. Şəxsin cavabından asılı olaraq onun nə dərəcədə diqqətli olduğunu təyin edirik.

## İradə və davranış pozuntuları

*Qarşıya qoyulmuş məqsədə nail olmaq əzminə iradə deyilir.*

İnsan qarşısına hər hansı bir məqsəd qoyarkən onu şüurlu surətdə təhlil edir, əsaslandırır. *Motiv* adlanan bu hadisə iradənin əsas cəhətidir. İnsanın iradi hərəkətlərə meyil etməsi, ilk növbədə onun təlabatından

irəli gəlir. Tələbat isə iki cür ola bilər: 1) meyili və ya instinktiv tələbat (qidaya, yuxuya və s.); 2) mənəvi və ya mədəni tələbat (dostluğa, musiqiyə, təhsilə və s.)

İradənin aşağıdakı pozuntu formalarına rast gəlinməsi mümkündür:

1) *İ r a d ə n i n z ə i f l ə m ə s i* – hipobuliya. İradə aktivliyin zəifləməsi, adətən, emosional və hərəkəti pozuntularla birlikdə rast gəlinir. Belə pozuntusu olan şəxslər tələbat qarşı çox həssas olur, asanlıqla kənar şəxslərin təsiri altına düşürlər. Şəxsiyyət pozuntusu olanlar narkomanlar, alkoqoliklər arasında daha çox təsadüf edilir.

2) *İ r a d ə n i n g ü c l ə n m ə s i* – *h i p e r b u l i y a*. Fəaliyyətin, hərəkətlərin artması lüzumsuz narahatlıq əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Sağlam şəxslərdə iradənin güclənməsi, fəaliyyətin məqsəddüymünlüğü, faydalı olması ilə fərqlənir. Xəstələrdə bu əlamət əksinə məqsədsiz, faydasız olur. Bəzən isə patoloji məqsəd daşıyır. Məsələn, narkomanın narkotik maddə əldə etməsi üçün göstərdiyi səy, bütün çətinlikləri dəf etməsi, psixopatın və ya isterikin öz məqsədinə nail olması üçün canfəşanlıq etməsi, haray-həşir salması və s.

İradə pozuntularının əksər formaları özünü hərəkətlərin pozuntusunda göstərir. Belə pozuntulardan biri hərəkətlərin (fəaliyyətin) ləngiməsi ilə xarakterizə olunan fəaliyyətin bütün formalarına qarşı marağın sönməsidir. Buna *a b u l i y a* deyilir.

Hərəkət sferasına aid olan pozuntuların bir sıra formaları katatonik pozuntulara aid edilir. Katatoniya – təhrif olunmuş iradi-hərəkət pozuntusu olub, əsasən, şizofreniya xəstəliyində, bəzən isə başqa psixozlarda da (intoksikasion, infeksiya psixozlarda) rast gəlinir. Katatonik əlamətlər əzələ tonusunun yüksəlməsi, hərəkət aktivliyinin zəifləməsi fonunda meydana çıxır. Bu da, öz növbəsində, *s t e r e o t i p i y a* – eyni adlı hərəkətlərin təkrar olunması və *n e q a t i v i z m* əlamətləri ilə, bəzən isə *i m - p u l s i v* hərəkətlərlə özünü büruzə verir. Katatoniya əlamətləri ağır psixi hal olub, patoloji prosesin, ancaq beyin qabığına deyil, qabıqaltı sahəyə də nüfuz etməsini göstərir.

Katatonik pozuntular zamanı xəstənin hərəkətləri öz təbiiyyətini itirir, başın, gövdənin və ətrafların hərəkətləri bir-birilə uzlaşmır. Üz əzələləri sanki donmuş, emosional ifadəsini itirmiş olur. Bir sıra xarakteroloji somatik və nevroloji əlamətlər qeyd olunur. Bədənin dəri örtüyü quru, sifətin dərisi isə tərk və piy vəzilərinin fəaliyyətinin artması nəticəsində daim işıldayır. Tənəffüs səthi, nəbz vurğuları zəif olur. Xəstələr vaxtlı-vaxtında qidalanmadıqlarından və özlərinə lazımı gigiyenik xidmət göstərmədiklərindən tədricən arıqlayır və nətəmiz olurlar.

Katatoniya əlamətlərinin aşağıdakı qeyd edilən formaları vardır.: 1)

s t u p o r və ya d o n u q l u q – tam hərəkətsizliklə xarakterizə olunur; 2) m u t i z m – nitq tormozlanır; 3) k a t a l e p s i y a və ya m u m a b ə n z ə r p l a s t i k l i k . Xəstə ona verilən ən narahat vəziyyətdə belə donub qalır. Məsələn, qolları qaldırılmış, başı yana əyilmiş, bir ayağı üstə dayanıb uzun müddət bu görkəmdə donub qalır; 4) n e q a t i v i z m – xəstə ona göstərilən bütün təsirlərə və müraciətə qarşı səbəbsiz müqavimət göstərir, bəzən isə hər şeyi əksinə edir.

Katatoniya vəziyyətində olan xəstə bəzən tam sakit, donuq görünə bilər (*katatonik stupor*), bəzən isə bu vəziyyət xaoslu hərəkətlərlə müşayiət edilən narahatlıqla əvəz olunur (*katonik oyanma*). Xəstələrin özlərini belə aparması ciddi psixoloji pozuntularla, məsələn, sayıqlamalar, hallüsinasiyalarla əlaqədar olur. Buna görə də katatonik əlamətlərə sadəcə hərəkət pozuntuları kimi baxmaq olmaz. Katatonik əlamətlərin əsasını mərkəzi sinir sistemində gedən oyanma və ləngimə proseslərinin normal münasibətlərinin pozulması təşkil edir. Bu da paradoksal və ultraparadoksal fəzaların yaranması ilə izah olunur.

Müayinə zamanı həkim xəstəyə ayağa qalxmağı, dilini göstərməyi və s. təklif edərkən, xəstə bunları etmir (p a s s i v n e q a t i v i z m). Bəzən isə əzələlərini gərginləşdirərək ciddi müqavimət göstərir və ya təklif olunan hərəkətlərin əksini edir (a k t i v n e q a t i v i z m). Xəstə astadan deyilən sözə əməl edir, ucadan deyilən eyni məzmunlu sözə isə cavab vermir. Bəzən isə xəstə, ancaq yazılı müraciətə cavab verir, şifahi təkliflərə isə əməl etmir.

M a n e r l i k adlanan, davranış pozuntusu hesab edilən hal katatoniya zamanı tez-tez rast gəlinir. Özünü əcayib, təlxəkvari hərəkətlərdə göstərir. Məsələn, salam verərkən barmaqlarını bükmək, yataqda uzanarkən başını yastıqdan bir qədər aralı saxlamaq (h a v a b a l ı n c ı s i m p t o m u), yorğanı başına ataraq palatada, həyətdə gəzişmək (b a ş ö r t ü y ü s i m p t o m u), yataqda yorğanı başına çəkərək yemək qəbul etmək və s.

E x o l a l i y a – xəstə ona verilən suallara cavab vermək əvəzinə, həmin sözləri olduğu kimi təkrar edir.

E x o p r o k s i y a – başqasının etdiyi hərəkətləri xəstə eynilə təkrar edir.

P a r a m i m i y a – mimiki əzələlərin uyğunsuz hərəkətləri ilə müşayiət olunan, qeyri-təbii görkəmə deyilir. Bu zaman xəstənin sifəti eyni anda həm gülüş, həm də məyusluq ifadə edə bilər. Bəzən isə üz əzələlərinin səyriməsi müşahidə olunur.



## Meyillərin pozuntuları

Meyillər insanlara və eyni zamanda digər canlılara məxsus olan ibtidai, həyatı tələblərin (instinktlərin) ödənilməsinə yönəldilən fəaliyyətdir. Lakin insanlar arasında bu tələblərin ödənilmə formaları intellektual inkişafı əlaqədar olaraq daima formalaşır və keyfiyyətə heyvanlarda olduğundan fərqlənir. Instinktlərin əsas formaları bunlardır: 1) həyatı davam etdirmə – yaşamaq instinkti; 2) nəslin davam etdirmə – cinsi instinkt.

Cəmiyyətdə instinktlərin icra formaları müxtəlif qayda-qanunlar, adət-ənənələr, tərbiyə elementləri və s. vasitələrlə tənzim olunur. Məsələn, həyat fəaliyyətinin davam etdirilməsi üçün insan qida qəbul etməlidir. Qidanın qəbulu vərdisdən asılı olaraq günün müəyyən saatlarında, müəyyən miqdarda və yeyilməsi məqsədəuyğun olan qidaların qəbulu ilə həyata keçirilir. Cinsi instinktin ödənilməsi də müəyyən qaydalarla, adət-ənənə və sosial tələblər arasında icra olunur. Meyillərin pozuntularını araşdırarkən yuxarıda göstərilənləri nəzərə almaq vacibdir.

Meyillərin pozulması özünü onların güclənməsində, zəifləməsində və cəfəng formada icra olunmasında göstərə bilər.

*Qidalanma meyilinin pozulması:* 1) *Anoreksiya* – qidalanma meyilinin zəifləməsi və ya tamamilə itməsi deməkdir. Psixi anoreksiya zamanı aclıq hissinin itməsi (depressiya, katatonik tormozlama və s. hallarda) və ya hər hansı psixopatoloji səbəbdən (sayıqlama ideyaları, pis iylə müşayiət olunan qoxu hallüsinasiyaları) qidadan imtina etmək müşahidə edilir. *Nevrotik anoreksiya* isə əsasən, yeniyetmələr və gənclər arasında rast gəlinən, arıqlamaq məqsədilə qida qəbulundan imtina etməklə əlaqədar meydana çıxır.

2) *Polifaqiya* və ya *Nevrotik bulimiya* – qida meyilinin güclənməsi – yeməkdən doymamaq, qarınqululuq əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Belə şəxslər 4–5 adamın payını yeyə bilirlər.

3) *Patoloji iştah* – yeməyə meyilin keyfiyyətə pozulması və yeyilməsi mümkün olmayan əşyalar qəbul etməyə deyirlər. Nisbətən az hallarda rast gəlinir. Belə pozuntusu olan şəxslər dəmir, şüşə, tabaşır, torpaq və s. əşyaları yeməyə meyil göstərir. Nadir hallarda təsadüf edilən, ağır psixi xəstəliklərlə əlaqədar meydana çıxan qida meyilinin pozuntusu zamanı xəstə öz ifrazatını belə yeyə bilər.

*Cinsi meyilin pozuntuları:* a) *Hiposeksuallik* – cinsi meyilin zəifləməsi – depressiyalarda, şizofreniya xəstəliyinin bir sıra klinik formalarında, mərkəzi sinir sisteminin üzvi pozuntularında, nevrasteniyaya zamanı və digər patoloji hallarla əlaqədar meydana çıxma bilər. Cinsi meyilin zəifləməsinin xüsusi forması olan impotensiya (kişilərdə) və frigidlik

(qadınlarda) «funksional xarakterli seksual pozuntular» mövzusunda təsvir edilmişdir.

b) *Hiperseksuallıq* – cinsi meyilin güclənməsi beynin bir sıra üzvi pozuntularında: progressiv iflic, qocalıq ağıl zəifliyi, oliqofreniya və manikal oyanma zamanı rast gəlinir.

c) *Təhrif olunmuş qeyri-normal cinsi meyillər*. Bu ad altında təsvir olunan cinsi meyil pozuntuları seksoloji xəstəliklərdən fərqləndirilməlidir. Belə ki, cinsi meyilin qeyri-normal ödənilməsi formaları, əsasən, psixopatlarla (şəxsiyyətin pozuntuları ilə əlaqədar) rast gəlinir. Bir qayda olaraq, belə şəxslər nəinki həkimə müraciət etmir, eyni zamanda özlərini xəstə hesab etmirlər və həyatları boyu patoloji cinsi meyillərlə yaşamağa həvəs göstərirlər. Bu növ pozuntulara – perversiyalara *homoseksualizm* – eyni cinsli şəxslər arasında seksual münasibətlərin yaranması, *ananiizm* – cinsi meyilin süni üsullarla təmin edilməsi, *sodomiya* və *zoofiliya* – müxtəlif ev heyvanları ilə cinsi əlaqədə olmaq, *pedofiliya* – kiçik yaşlı uşaqlara qarşı cinsi meyil, *herontofiliya* – qocalara qarşı cinsi meyil, *nekrofiliya* – meyitə qarşı cinsi meyil, *fetišizm* – əks cinsin paltarlarına, istifadə etdiyi əşyalara qarşı cinsi meyil, *sadizm* – əks cinsdən olan şəxsə əzab-əziyyət (işgəncə) verməkdən cinsi zövq almaq, *mazaxizm* – əks cinsdən olan şəxsin verdiyi əzab-əziyyətdən (işgəncədən) cinsi zövq almaq, *eksgibisioнизм* – bədəni, o cümlədən, cinsiyyət orqanlarını çılpqlaşdırmaqdan zövq almaq və s. aiddir.

*İmpulsiv meyillər*. Bu ad altında təsvir olunan pozuntular bəzi şəxslərdə rast gəlinən, ictimai qaydaların əleyhinə yönəlmiş, yaşayış normalarına zidd gedən hərəkətlərə meyil göstərmək təşkil edir. Bu kimi pozuntulara aşağıdakılar aiddir:

a) *İmpulsiv hərəkətlər* – səbəbsiz, mənasız və qəflətən meydana çıxan hərəkətlərə deyilir. Belə pozuntulara məruz qalan adam heç bir səbəb olmadan kiməsə hücum edir, iti sürətlə hərəkət edən nəqliyyata atlanıb minir və ya oradan düşərək harasa qaçır, qeyri-adi səslər çıxarır, özlərinə qəsd etmək hərəkətləri nümayiş etdirir və s. Belə bir şəxs küçədə bir nəfərə hücum edərək şlyapasını başından götürmüş, ayaqları altına atıb top kimi vuraraq küçənin o biri tayına tullamış, sonra isə ikinci bir şəxsə hücum edib qalstukundan yapışaraq onu boğmağa başlamışdır. Ətrafdakıların köməyi ilə aralaşdırıldıqdan sonra sakitləşmiş, təhqir etdiyi hər iki şəxsdən üzr istəmiş, sonra hadisə yerindən uzaqlaşmışdır;

b) *Piromaniya* – yanğın törətməyə meyil etməkdir. Belə şəxslər həmişə özlərində kibrit, alışqan gəzdirir, imkan düşən kimi yan-

ğın törətməyə cəhd göstərilir. Səbəbini soruşduqda hərəkətlərinə heç bir izahat verə bilmir, bəzən peşman olduqlarını söyləyirlər;

c) *D r o m o m a n i y a* – mənasız səyahətlərə, avaraçılığa meyil göstərməkdir. Tutma şəklində baş verən bu meyil pozuntusu zamanı şəxs gözlənilmədən işini, ailəsini, evini atır, təhsilini yarımçıq qoyaraq hara gəldi, bəzən ən uzaq şəhərlərə, vilayətlərə yollanır. Lazım olan əşyaları, geyimi və pulu olmayan belə adamlar bir müddətdən sonra polis şöbələrinə, psixiatriya xəstəxanalarına düşməli olurlar;

ç) *K l e p t o m a n i y a* – vaxtaşırı baş verən, mənasız, məqsədsiz oğurluğa meyil göstərməkdir. Belə adamlar əksər hallarda, qiymətsiz, gərəksiz şeyləri oğurlayır, sonra da harasa tullayır və ya kiməsə bağışlayırlar;

d) *P l y u ş k i n ( s i l l o g o m a n i a ) s i m p t o m u* – lazımsız, yararsız şeyləri toplamağa və saxlamağa qarşı olan maraqdır. Bu qocalıq ağıl zəifliyi zamanı tez-tez rast gəlinir.

## Düşüncənin pozuntuları

Düşüncə, ali sinir fəaliyyətinin ən yüksək forması olub, real varlığı hərtərəfli əks etdirir. K.Marks düşüncəni fəlsəfi mənada təhlil edərkən demişdir: «Mənim, məni əhatə edən mühitə münasibətim mənim düşüncəmdir». Bu ifadə düşüncənin fərdliliyini ön plana çəkməklə onu digər psixi proseslərdən əsaslı surətdə fərqləndirir. Deməli, fərdi xüsusiyyətlər, intellektual səviyyə, həyat təcrübəsi, emosionallıq və s. düşüncə prosesində başlıca rol oynayan amillərdir.

İ.P. Pavlov düşüncənin fizioloji mexanizmini izah edərkən yazırdı ki, düşüncə, hazırkı anda və hazırkı şəraitdə böyük beyin yarımkürələrinin müəyyən hissəsinin məlum, optimal oyanma vəziyyətində olan sinir fəaliyyətidir. Müasir elmi təsəvvürlərə görə «optimal oyanma»-ni təmin edən strukturlara beyin sütununun retikulyar forması və hipotalamusun arxa hissəsi aiddir. Şübhəsiz, düşüncə kimi mürəkkəb bir prosesi təkə bu göstərilən nəhiyələrin fəaliyyəti ilə izah etmək olmaz. Ali sinir fəaliyyətinə təmin edən beyin qabığının iştirakını xüsusi qeyd etmək lazımdır.

Klinik təcrübədə düşüncənin vəziyyəti ətraf mühitə və özünə bələdliklə müəyyən olunur. Məsələn, xəstə harada olduğunu, vaxtı, ətrafdakı adamları və öz şəxsiyyətini düzgün təyin edirsə, verilən suallara düzgün, anlaşıqlı cavab verirsə bu zaman düşüncəsinin aydın olması qeyd olunur.

Praktikada ruhi xəstəliklər zamanı düşüncə pozuntularının iki variantı fərqləndirilir: 1) düşüncənin zərif pozuntuları. Bu zaman qavramanın,

təfəkkürün pozulma əlamətlərinin, sayıqlamaların, hallüsinasiyaların baş verməsinə baxmayaraq xəstələrin zaman və məkana görə özünə bələdliyi pozulmur; 2) bələdliyin pozulması ilə müşayiət olunan kobud düşüncə pozuntuları.

Düşüncənin pozulması sindromları yalnız psixi xəstəliklərdə deyil, ağır somatik, o cümlədən, infeksiya xəstəliklərdə də təsadüf edilir.

Düşüncənin kobud pozuntularını şərti olaraq iki qrupa bölmək mümkündür:

*I. Düşüncənin kəmiyyət pozuntuları.* Burada düşüncənin keyləşməsindən tam itməsinədək təzahür edən sindromlar (obnubilyasiya, somnolensiya, sopor və koma halları) aiddir. Bu pozuntular üçün xarakter cəhət psixopatoloji simptomların olmamasıdır.

*II. Düşüncənin keyfiyyət pozuntuları* zamanı isə xəstədə ətrafı və özünü dərk etmənin pozulması ilə yanaşı psixopatoloji əlamətlər də: illüziya, hallüsinasiya, sayıqlamalar və s. meydana çıxır. Həmin sindromlara deliriy, oneyroid, aləqaranlıq hal, amensiya, depersonalizasiya və derealizasiya aiddir.

### **I. Kəmiyyət pozuntuları:**

1). **Düşüncənin keyləşməsi** – qavramanın ləngiməsi və bununla əlaqədar xarici aləmlə əlaqənin çətinləşməsi ilə xarakterizə edilir. Orqanizmə təsir edən qıcıqların çox hissəsi qavranılmır, təhlil olunmur və beləliklə normal psixi fəaliyyət pozulur. Belə hal keçirən xəstə, süst, yuxulu görünür və mühitə bələdliyi pozulur.

2). **Obnubilyasiya** (latınca ob – öndə, qarşıda, nubes – bulud, duman deməkdir) – keyləşmənin ən yüngül forması olub arabir düşüncənin pozularaq yenidən aydınlaşması ilə xarakterizə olunur. Bu zaman xəstə ətrafını sanki normal sezir, bəzi suallara düzgün cavab verir. Lakin elə həmin an nə dediyini unudur, kiminlə söhbət etdiyini, harada olduğunu bilmir. Bu hal, adətən, intoksikasiya keçirən xəstələrdə müşahidə edilir. Lazımi tədbirlər görülməzsə, dərinləşə bilər;

3). **Somnolensiya** – yarıyuxulu hal kimi təsvir oluna bilər. Əksər hallarda xəstə gözüyumulu, uzanmış vəziyyətdə olur. Verilən suallara bir çox hallarda düzgün cavab verir. Sualın məzmunu mürəkkəbləşdikcə cavab çətinləşir. Xarici qıcıqların təsiri altında düşüncəni aydınlaşdırmaq mümkündür;

4). **Sopor** – əvvəl təsvir edilən halların inkişaf edərək daha da ağırlaşması kimi və ya müstəqil olaraq birbaşa meydana çıxa bilər. Xəstə yuxulu adamı xatırladır. Ətrafda olan qıcıqlara reaksiya verir, qıcıq güc-

ləndikdə isə xaotik hərəkətlər edir. Şərtsiz reflektor fəaliyyət saxlanılmış olur. Məsələn, bəbəyin işığa reaksiyası pozulmur, ağrı hissi duyulur və s.;

5). **K o m a** – düşüncənin kəmiyyətə pozulmasının ən ağır dərəcəsi olub xarici aləmlə əlaqənin tam itməsi və bir sıra şərtsiz reflekslərin, bəbəyin işığa reaksiyası, ağrı hissənin sönməsi ilə xarakterizə olunur. Xəstələrin qan təzyiqi enir, tənəffüsü seyrək və dərin olur. Lakin komanı yarıdan səbəbdən asılı olaraq digər əlamətlər də, uremiya, zəhərlənmə və s. meydana çıxma bilər. Xəstə koma vəziyyətindən çıxdıqdan sonra tam amneziya qeyd olunur.

## II. Keyfiyyət pozuntuları:

1). **D e l i r i y**. Bu zaman özünü dərk etmə saxlanılır, mühiti dərk etmə pozulur. Xəstələrin xarici görkəmi kəskin psixotik halın olmasını göstərir. Müxtəlif məzmunlu hallüsinasiyalar (xüsusən görmə), sayıqlamalar, affektiv əlamətlər, qorxu, təşviş müşahidə olunur. Göstərilən bu əlamətlər tədricən inkişaf edir. Belə ki, hallüsinasiyalar əvvəlcə sadə: akoazm, fətopsiya şəklində, sonra isə daha mürəkkəb formada, əcaib, dəhşətli səhnələr təzahür edir.

Gün ərzində xəstələrin vəziyyəti bir neçə dəfə dəyişə bilər. Deliriy halının şiddətlənməsi əksərən axşamlar qeyd olunur. Qorxu və təşviş keçirən xəstələr onlara «hücum edən» vəhşi heyvanlardan, əcaib insanlardan qorunmaq üçün haradasa gizlənməyə cəhd göstərirlər. Bəzən isə özlərini pəncərədən tullamağa belə «məcbur olurlar». Xəstələrin gözlənilməz hərəkətlərinin qarşısını almaq üçün təcili tədbirlər görülməlidir. Deliriy əksər hallarda alkoqolun və ya başqa zəhərli maddələrin təsiri altında meydana çıxır. İntoksikasiya nəticəsində meydana çıxan deliriy bir neçə saatdan bir həftəyədək davam edə bilər. Xəstə psixotik vəziyyətdən çıxdıqdan sonra olmuş hadisələrin bir qismini unudur.

Klinik təcrübədə delirinin bir neçə formalarına rast gəlinir.

a) **P e ş ə d e l i r i s i**. Mühiti dərk etmənin pozulması fonunda şəxs, sanki həmişə çalışdığı iş yerində öz peşə vəzifəsini icra edir. Məsələn, dəmirçi sol əli ilə aramla körüyü basır, sağ əli ilə isə maşını o üz, bu üzə çevirir;

b) **Z ü m z ü m ə l i ( m ü s s i t ə l i ) d e l i r i y** (latınca musitation – səssiz zümzümə deməkdir). Ağır keçən deliriy zamanı təsadüf edir. Xəstə dodaqaltı sanki nəşə deyir, əllərinin, başının ritmik və cəld hərəkətləri ilə diqqəti cəlb edir;

2). **O n e y r o i d** («oneiros» sözündən götürülüb, yunanca yuxu deməkdir). Bu zaman özünə bələdlik tam, mühitə bələdlik isə qismən po-

zulur. Xəstə yuxulu və ya xəyala dalmış adamı xatırladır. Müxtəlif şəkildə ifadə olunmuş psixopatoloji əlamətlər qeyd edilir. Psevдохallüsinasiyaların olması xarakterik əlamətlərdəndir. İllüziyalar, hallüsinasiyalar yuxuya bənzərliyi ilə fərqlənir. Vaxtın düzgün dərk olunması pozulur, fantastik məzmunlu sayıqlamalar qeyd olunur. Oneyroid hal keçirən xəstələrin daha bir xarakter cəhəti, özlərini hallüsinator obrazlar kimi kənardan qavramalarıdır. Bir xəstə meşədə çayın kənarında, vəhşi heyvanların iştirakı ilə böyük bir musiqi məclisində iştirak etdiyini söyləyir və qeyd edir ki, meymun gitara, şir nağara, ayı qarmon, o isə zərb alətlərində çalır. Bununla belə özünü kənardan seyr etdiyini deyirdi. Xəstələr bəzən özlərini yaşlarına uyğun olmayan tərzdə təqdim edir. Məsələn 20 yaşlı gənc özünü belə bükülmüş, saç-saqqalı ağarmış qoca kimi qələmə verir. Öz halından çıxdıqdan sonra xəstə keçirdiyi iztirabların xeyli hissəsini yadına salır, onlar haqqında məlumat verə bilir.

Düşüncənin oneyroid halı şizofreniyada (oneyroid katatoniya formasında), beyin sifilisi, ensafalitlər, meniqoensefalitlər, bəzən isə ağır intoksikasiyalar zamanı rast gəlinir.

3). Düşüncənin alaqaranlıq halı – gözlənilmədən meydana çıxan, özünəməxsus klinik mənzərəsi olan spesifik pozuntudur. Bu zaman özünü dərkətmə, tam, mühiti dərkətmə isə qismən pozulur. Belə ki, xarici mühitdə cərəyan edən hadisələrin, əşyaların və şəxslərin əhvali-ruhiyyəsinin, davranışının, xarici görkəminin bir sıra spesifik cəhətləri diqqəti cəlb edir.

Alaqaranlıq hal zamanı xəstələrin hərəkətləri, hətta mürəkkəb hərəkət formaları öz sərrastlığını saxlamış olur. Epilepsiya xəstəliyi olan bir adam işdən evə qayıdarkən yarı yolda düşüncənin alaqaranlıq pozulması halına düşür. İstiqamətini dəyişərək evlərinə yox, vağzala gəlir. Bilet alıb qatara minir. Qatarda iki nəfər şəxslə tanış olur. Xarkov şəhərinə getdiyini söyləyir. Mənzil başına çatarkən qatardan düşür mehmanxanaya gedir, lakin pasportu olmadığı üçün mehmanxanada yer ala bilmir. Vağzala gəlib orada gecələyir. Ertəsi gün düşüncəsi aydınlaşır, bir müddət harada olduğunu bilmir, tanımadığı şəhərə gəldiyini təyin etdikdən sonra geri, evlərinə qayıdır. Bu zaman olmuş hadisələrin hamısı unudulur – tam amneziya qeyd olunur.

Bir sıra hallarda xəstələrin vəziyyəti tez bir zamanda ətraf şəxslərin diqqətini cəlb edir. Eşitmə, görmə illüziyaları, hallüsinasiyalar, qorxu və təşviş hissi olduqda xəstəni dərhal təcrid etmək, xəstəxanaya göndərmək lazımdır.

Düşüncənin alaqaranlıq vəziyyətinin bir neçə klinik variantları vardır.

a) *A m b u l a t o r a v t o m a t i z m* (latınca *ambulare* – gəzmək, azmaq deməkdir). Düşüncənin alaqaranlıq halında olan şəxs mənəsiz gəzintilərə meyil göstərir. Günlərlə kənddən-kəndə, müxtəlif şəhərlərə «səyahət» edir. Belə hallarda şəxsin xarici görkəmi, adamlara münasibəti normal xarakter daşdığından heç kəsin diqqətini cəlb etmir. Düşüncəsi aydınlaşdıqdan sonra heç nə yadında qalmır.

b) *S o m n a m b u l i y a* (latınca *somnus* – yuxu, *ambulare* isə yuxarıda qeyd edildiyi kimi gəzmək deməkdir). Xalq arasında ay işığında gəzmək «lunatizm» adı ilə məlum olan bu hal uşaqlar, yeniyetmələr arasında daha çox təsadüf edir. Mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəliklərində, bəzən isə tam sağlam adamlarda rast gəlinir. Gecəyarı, şirin yuxuda olan adam yatağından qalxır həyəətə çıxaraq təkbaşına gəzişməyə başlayır. Bəzən damın, hasarın, üfqi vəziyyətdə olan şalbanın, nərdivanın üstü ilə yeyir. Əksər hallarda özləri, bəzən isə yaxın adamlarının köməyi ilə şəxs yatağına qaytarılır, yenidən yuxusunu davam etdirir. Səhər yuxudan ayıllarkən olmuş hadisə haqqında heç nə yadında qalmır.

c) *F u q a* (latınca *fuqas* – qaçmaq deməkdir), düşüncənin alaqaranlıq pozulması vəziyyətində harayasa qaçmaqla xarakterizə olunan haldır. Belə pozuntu qəflətən başlayır, eləcə də qurtarır. Adətən, bir neçə dəqiqədən artıq çəkmir. Xəstədən səbəbini soruşduqda öz hərəkətlərini heç nə ilə izah edə bilmir, çünki olmuş hadisəni dərhal unudur.

Düşüncənin alaqaranlıq halı epilepsiya xəstəliyində (onun paroksizmlərindən biri kimi), beyin üzvi xəstəliklərində, travmalarında, patoloji sərxoşluq zamanı və s. hallarda rast gəlinir.

4). *A m e n s i y a*. Düşüncənin keyfiyyətcə dərin pozuntusu olub özünü və mühiti dərk etmənin tam itməsi ilə diqqəti cəlb edir. Ağır xəstəliklərlə: beyin infeksiya xəstəlikləri, doğuşdan sonra sepsis, intoksikasiyalar, nadir hallarda isə şizofreniya xəstəliyi ilə (hipertoksik şizofreniya) əlaqədar meydana çıxır. Amentiv hal zamanı psixi fəaliyyətin bütün formaları pozulur. Nitq əlaqəsiz, ətraf mühitin qavranılması qeyri-obyektiv olduğu üçün xəstənin şikayətlərini və sayıqlama fikirlərini anlamaq olmur. Külli miqdarda, müxtəlif məzmunlu, rəngarəng illuziya və hallüsinasiyalar qeyd olunur. Xəstələr özlərini narahat aparır, arabir gözlənilməz, lüzumsuz hərəkətlər edirlər. Özünü narahat hiss edən xəstə gözlənilmədən sakitləşir, çöhrəsi gülüş ifadə edir və yaxud da ağlamağa başlayır. Belə hal xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən, aparılan müalicənin səmərəsiindən asılı olaraq həftələrlə davam edə bilər. Xəstənin düşüncəsi aydınlaşdıqdan sonra tam amneziya müşahidə olunur.

## Psixopatoloji sindromlar

Psixi xəstəliklərin diaqnostikasında böyük əhəmiyyətə malik olan sindrom bir neçə əlamətin xarakterik birləşməsinə deyilir. Sindrom xəstəliyin hər hansı bir mərhələsini əks etdirməklə eyni zamanda dəyişə bilər. Məsələn, şizofreniya xəstəliyində təsadüf edilən nevroitik sindrom xəstəliyin başlanğıcında, hallüsinator-paranoid sindrom inkişaf mərhələsində, apato-abulik sindrom isə son dövründə təsadüf edilir. Beləliklə, hər bir sindrom sadədən mürəkkəbə doğru inkişaf edərək xəstəliyin inkişafını xarakterizə edən patogenetik qanunauyğunluğu əks etdirir.

Psixiatriya təcrübəsində qəbul olunmuş «kiçik» və «böyük», «neqativ» və «pozitiv» sindrom anlayışı vardır. Sindromların böyük və kiçikliyini patoloji prosesin yayılma dərəcəsini göstərir. Pozitiv əlamətlər xəstəliyin inkişafının dinamikasını əks etdirən kəskin əlamətləri nəzərdə tutur. Onlara misal olaraq psixi avtomatizm, maniakal, paranoial sindromları göstərmək olar. Müalicə nəticəsində bu əlamətlər tamamilə yox ola bilər. Neqativ sindromlar isə xəstəliyin qüsurlu əlamətləri kimi meydana çıxır, əksər hallarda stabil əlamətlərdir. Belə sindromlardan enerji potensialının enməsinə (şizofreniyada), şəxsiyyətin dəyişməsinə (epilepsiyada), psixi marazmı (qocalıq ağıllı zəifliyində) göstərmək olar. Xəstəliyin gedişi zamanı sindromların təyininin bir sıra praktik əhəmiyyəti vardır.

Elə sindromlar vardır ki, onların təyini xəstəliyin diaqnozunun təsdiq olunması deməkdir. Məsələn, düşüncənin pozulması ilə müşayiət olunan, bir neçə dəqiqə davam edən çəngolmə tutması epilepsiya xəstəliyini, içki qəbulundan bir qədər sonra düşüncənin aləqərlilik pozulması sindromu patoloji sərxoşluğun olmasını təsdiq edir. Lakin əksər sindromlar bu spesifikasiyaya malik olmur. Məsələn, hallüsinator sindrom intoksikasion psixozlarda, şizofreniya xəstəliyində və s. hallarda rast gəlinə bilər. Sindromların ardıcılığı böyük diaqnostik və proqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Sindromların təyin olunmasının daha bir əhəmiyyəti müalicə prosesi ilə əlaqədardır. Bir sıra hallarda müalicənin taktikası yalnız onlara əsaslanır.

## Nevrotik sindromlar

*Astenik sindrom* qıcığa qarşı həssaslığın artması və tezyorulma əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Əhvali-ruhiyyə asanlıqla və qısa müddət ərzində müxtəlif dərəcədə dəyişə bilər. Xəstələr ümumi narahatlıqdan, baş ağrı və yuxunun pis olmasından şikayətlənirlər. Somatik şikayətlər (ürək, mədə, qaraciyər nahiyələrində ağrılar), yaddaşın zəifliyi, vegetativ



sinir sisteminə aid əlamətlər (ürəkdöyünmə, tərləmə) astenik sindromun daimi əlamətləridir. Bir sıra hallarda astenik vəziyyət xroniki yorğunluq, əhvali-ruhiyyənin labilliyi və s. əlamətlərlə ağırlaşaraq müəyyən müddət xəstələrin əmək qabiliyyətinin itməsinə səbəb ola bilər.

*Sarışan hallar sindromu* sarışan qorxuların, fikirlərin və hərəkətlərin eyni vaxtda, birlikdə və ayrılıqda meydana çıxması ilə xarakterizə olunur. Xəstələr onları narahat edən halların lüzumsuzluğunu başa düşür, tənqidi münasibət göstərir, lakin mübarizə aparsa da qalib gələ bilmirlər. Qeyri-normal fikirlər, qorxu, mənasız hərəkətlər, sanki onları aramsız olaraq təqib edir, əlçəkməz, yorucu olurlar. Sarışan hallar, bir qayda olaraq, əhvali-ruhiyyənin enməsi, ipoxondrik şikayətlərlə birlikdə təsadüf edir. Xəstələr daim mənəvi iztirab keçirir, vəziyyətlərinin ağırlaşması qorxusu bir an belə onları sakit buraxmır.

Sarışan hallar sindromu, əsasən, obsessiv – kompulsiv pozuntu, ağır psixi xəstəliklərin (şizofreniya, affektiv pozuntular) başlanğıc mərhələlərində, mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəliklərində və epilepsiya zamanı rast gəlinir. Bu sindrom özünü olduqca müxtəlif formalarda büruzə verə bilər. Geniş yayılmış klinik variantları aşağıdakılardır: sarışan şübhələr – xəstə gördüyü işə, hərəkətlərinə və s. şübhə ilə yanaşır, inamsızlıq göstərərək öz-özünü dəfələrlə yoxlayır. Məsələn, evin işığını söndürmüşdür mü, qapını bağlamışdırmı? Bu kimi şübhələrin təsiri altında yarı yoldan geri dönərək özlərini yoxlayırlar. Sarışan xatırlamalar zamanı xəstə xoşagəlməyən nalayiq hərəkətləri yada salır, heç cür onları unuda bilmir, iztirab keçirir.

Sarışan meyllərdə hər hansı bir təhlükəli hərəkət, qəddarlıq etmək fikri meydana çıxır. Belə meyllər bəzən yaxın adamlara: həyat yoldaşına, sevdiliyi şəxsə, övladlarına qarşı yönəlir.

Sarışan qorxularda xəstələr hündürlükdən, geniş meydandan, izdihamdan, sudan və s. qorxur. Bir sıra hallarda bəzi xəstəliklərə tutulmaqdan qorxurlar (məsələn, HIV (spidofobiya), xərçəng xəstəliyinə (kanserafobiya) və s. Bir nəfər xəstə özünü infeksiyadan mühafizə etmək məqsədilə daim əlcəkdə gəzir, əl verməkdən imtina edir. Ən yaxın adamları ilə məcburən görüşdükdən sonra, əlini dəfələrlə yuyub sonra sakitləşirdi.

Sarışan hərəkətlər zamanı xəstələr müxtəlif yersiz, bəzən gülünc hərəkətlər edir. Məsələn, küçədəki maşınların nömrələrini əzbərləyir, hündür binaların mərtəbələrini sayır, ağacların yaşıl yarpaqlarını qıraraq əzişdirir və s.. Xəstələr bəzən öz hərəkətləri üçün xəcalət çəkir. Tanışları onların hərəkətlərini gördükdə bəraətqazandırıcı izahat verməyə cəhd göstərirlər.

*Dissosiativ-konversion sindrom* – isteroid xasiyyətə malik olan

şəxslərdə psixi travmalarla əlaqədar olaraq meydana çıxır. Bu sindrom müxtəlif klinik formalarda: isterik tutmalar, Qanzer sindromu, psevdodemensiya, puerilizm və s. formalarla təzahür edə bilər, bir-birinə zidd istiqamətdə dəyişə bilən parlaq emosional reaksiyalarla ifadə olunan əlamətlərlə özünü büruzə verir. Xəstələrin davranış və rəftarlarında qeyri-təbii hərəkətlərlə zəngin olan eqosentrizm – ətraf adamların nəzər diqqətini cəlb etməsi xüsusiyyəti qabarıq şəkildə ifadə olunur. Belə şəxslərin danışq tərz, səsinin intonasiyası və işlətdiyi sözlərin məzmunu (çox vaxt uydurmalar, şişirtmələr) diqqəti cəlb edir. Ətrafdakı adamları inandırmaq, onları özləri ilə həmfikir etmək məqsədilə bəzən ucadan qışqırmaq, göz yaşı axıtmaq, qab-qacağı sındırmaq, yaxud özünə xəsarət yetirmək belə xəstələrin adi davranış tərz kimi qeyd olunur. Affektiv epizodlardan sonra bəzən xəstələrdə funksional xarakterli müvəqqəti olaraq parez və ifliclər, korluq, karlıq, lallıq kimi əlamətlər müşahidə edilir (Konversiyon sindrom).

Bu sindromun klinik variantlarından aşağıdakıları göstərmək olar: **isterik tutma**, hər hansı bir psixi qıcıqla əlaqədar olaraq xəstə əsəbiləşir, sonra yıxılır (həm də özünə xəsarət yetirmədən, münasib yerə), sonra müxtəlif xaosik hərəkətlər edir, əcayib səslər çıxarır, ritmik olaraq əlini-ayağını, bəzən başını döşəməyə çırpır, sifətini, bədəninin müxtəlif nahiyələrini cırmaqlayır, höknürtü ilə ucadan ağlayır, saçını yolur və s.

Dissosiativ-konversiyon sindromunun xarakter əlamətlərindən biri də funksional (isterik) cəngolma tutmasıdır. Belə tutma zamanı xəstə əzələlərini qıcıdaraq başı ilə dabanları üstə dayanmaqla bütün bədənini qövsvari şəkildə havaya qaldırır, buna *isteriya qövsü* deyilir. Epilepsiya tutmasından fərqli olaraq müəyyən ardıcılıqla cərəyan edən tonik və klonik cəngolma əlamətləri olmur. Xəstənin düşüncəsi pozulmur. Tutma 20–30 dəq. bəzən daha çox çəkir. Tutma zamanı xəstələrə diqqətlə yanaşmaq, qayğıkeşlik göstərmək, tutmanın müddətini daha da uzada bilər. Bunu nəzərə alan təcrübəli həkim xəstənin hərəkətlərinə əhəmiyyət vermir, əksinə ona acıqlanmaqla, təmbəh etməklə tutmanı tez bir zamanda dayandıra bilər.

**Qanzer sindromu.** Dissosiativ pozuntular zamanı rast gəlinən primitiv müdafiə reaksiyasıdır. Düşüncənin isterik (funksional) aləqaranlıq şəkildə pozulması halıdır. Güclü psixi travma nəticəsində baş verir və adətən, bir neçə gün davam edir. Xəstələr verilən suallara səhv (çox vaxt yanlış) cavab verirlər. Davranışları bayağı və gülünc olur. Məsələn, şalvarı tərsinə geyir, papirosu tütün olan tərəfdən ağzına qoyub, muştıq tərəfini yandırır

və s. Mühitə bələdliyi pozulur, öz halından çıxdıqdan sonra amneziya qeyd olunur.

*Puerilizm* – Qanzer sindromu kimi psixi travmalar nəticəsində meydana çıxır, lakin ondan fərqli olaraq ən çox qadınlarda müşahidə edilir. Xəstələr özlərini azyaşlı uşaqlar kimi aparırlar. Məsələn, yaşlı qadın kukla ilə oynayır, kiçik uşaq kimi danışır, yaşca özündən kiçik adamlara «dayı», «əmi», «xala» deyə müraciət edir və s. Adətən, bu hal uzun sürmür, lakin bəzən həftələrlə davam edə bilər.

*Dissosiativ stupor* – nitqin tormozlanması, hərəkətsizlik, bir sıra hallarda isə yalançı ağıl zəifliyi əlamətləri ilə özünü bürüzə verir. Reaktiv psixozlarda özünümüdafiə reaksiyasının bir forması kimi meydana çıxır. İsterik sindromun müalicəyə çətin təbə olan və uzun sürən formalarından biridir.

*İpoxondrik sindrom* – əsassız olaraq özünü xəstə hesab etmək, müxtəlif orqanlarda ağrıların və digər patoloji halların olmasından şikayətlənmək kimi əlamətlərlə təzahür edir. Xəstələr müxtəlif ixtisas həkimlərinə müraciət edərək mövcud olmayan xəstəliklərinin tapılmasını tələb edirlər. Belə xəstələr bəzən, hətta cərrahi müdaxilə etdirərək orqanlardakı «çatışmazlığı» ləğv etməyə çalışırlar. Bu sindrom somatoform pozuntularda, mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəliklərində, şizofreniyanın bəzi klinik variantlarında rast gəlinir.

## Emosional (affektiv) sindromlar

*Manikal sindrom* – əhvali-ruhiyyənin səbəbsiz yüksəlməsi, fəaliyyətin və təfəkkürün (nitqin) sürətlənməsi ilə xarakterizə olunan haldır. Bu sindromun əsas əlamətləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- 1) Yüksək və ya əsəbi əhval-ruhiyyə;
- 2) Hiperaktivlik;
- 3) Diqqətin yayınması və fəaliyyətin məzmununun tez dəyişməsi;
- 4) Nitqin sürətlənməsi (çoxdanışma);
- 5) Hiperseksuallıq;
- 6) Məsuliyyətsiz fəaliyyət və davranış;
- 7) Özünü qiymətləndirmənin artması.

Manikal sindrom bipolyar pozuntunun maniakal fazasında və dövrü (sirkulyar) psixozda, bəzən isə toksik hallarla əlaqədar meydana çıxabilir.

*Depressiv sindrom* – manikal sindromun əksinə olan əlamətlərlə: fəaliyyətin enməsi, hərəkətlərin və nitqin tormozlanması ilə xarakterizə olunur.

Əsas əlamətlər aşağıdakılardır:

- 1) əhval-ruhiyyənin enməsi;
- 2) marağın və zövqün itirilməsi;
- 3) enerjinin azalması və hədsiz yorğunluq;

Əlavə əlamətlərə isə bunlar aiddir:

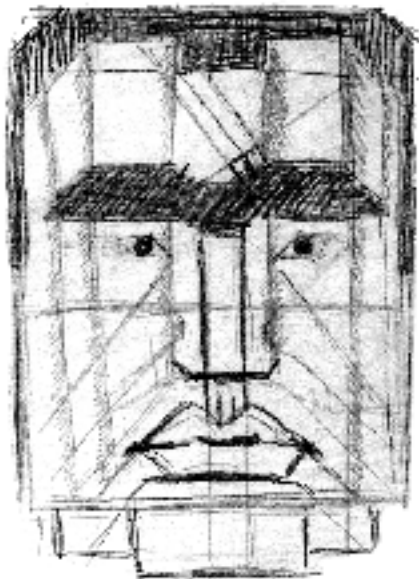
- a) özünü qiymətləndirilmənin aşağı olması;
- b) özünə qarşı tənqid və günah hissi;
- c) ölüm haqqında fikirlər;
- c) hər növ yuxu pozulması;

j) hər növ iştahanın dəyişməsi (çox və ya az yemə);

ğ) psixomotor aktivliyin dəyişməsi (tormozlanma və ya ajitasiya) - narahatlıq ifadə edən hərəkətlilik.

Depressiv sindrom, əsasən, affektiv pozuntuların depressiya fazasında, qocalıq dövrünü psixozlarda və reaktiv hallarda rast gəlinir.

*Apatiya sindromu* – tam laqeydlilik, fəaliyyətsizlik, bütün istək və arzuların yoxluğu ilə xarakterizə olunur. Xəstələr bütün günü çarpayıda uzanıb, gözlərini bir nöqtəyə dikərək mənasız vaxt keçirir. Özlərinə adi gigiyenik xidmət etmək (əl-üzünü yumaq, başını daramaq və s.) həvəsi olmur. Bu sindrom çox vaxt iradi hərəkətlərin – fəaliyyətin bütün formalarının tormozlanması ilə birlikdə müşahidə olunur (a p a t o - a b u l i k s i n d r o m). Şizofreniyanın son dövrü üçün xarakterikdir.



Şəkil 7. Xəstənin təsvir etdiyi kənardan idarə olunan robot.

## Paranoid və hallüsinator-paranoid sindromlar

*Paranoyal sindrom* – aydın düşüncə fonunda meydana çıxan, emosional boyalarla zəngin, əsasən məişət mövzularını əks etdirən sistemləşmiş sayıqlama ideyalarıdır. Bu sindromun xarakter cəhətlərindən biri hallüsinasiyaların psixi avtomatizmin olmamasıdır. Bu sindrom kəskin və xronik olmaqla iki formada rast gəlinir.

*Hallüsinator-paranoid sindrom* – eyni zamanda meydana çıxan hallüsinasiyalardan və sayıqlama ideyalarından ibarət olan bu sindrom həm müstəqil, həm də psixi avtomatizm (Kandinski-Klerambo) sindromu formasında rast

gəlinir. Bir-birilə əlaqədar olan yalançı hallüsinasiyalar, təqib və ya təsir sayıqlamaları, xəstənin iradə və fikirlərinin başqasına mənsub olması əlamətlərinin birlikdə rast gəlməsi *psixi avtomatizm* sindromu adlanır. Onu ilk dəfə təsvir edən rus alimi V.X.Kandinskinin (1880) və fransız alimi Klerambonun (1920) şərəfinə *Kandinski – Klerambo* sindromu adlanır. Bu sindromun xarakter cəhətlərindən biri də, xəstələrin dediyinə görə fikirlərinin başqasına mənsub olması və kənar qüvvə tərəfindən idarə olunmalarıdır. Xəstələr özlərini tez-tez avtomata, robota bənzədirlər, fikirlərinin yadlaşmasını hərəkətlərinin avtomatik olaraq cərəyan etməsini söyləyirlər. Xəstələr bəzən fikirlərinin hamıya bəlli olmasından («aşkarlıq» əlaməti), çoxluğundan və ya axmasından (*mentizm*) şikayətlənirlər. Bir xəstə söyləyirdi ki, o, kənardan elektron qurğusu vasitəsilə idarə olunan robotdur (şəkil 7). Onları istənilən vaxt gülüb-ağlamağa və qışqır-bağırmağa vadar edə bilirlər. Psixi avtomatizm sindromu, əsas etibarilə, şizofreniyada, tək-tək hallarda isə intoksikasion, somatik və üzvi psixozlarda, epilepsiyada təsadüf olunur.

*Parafren sindrom* – sistemləşmiş, fantastik məzmunlu təqib və təsir sayıqlama ideyalarının, psevdohallüsinasiyaların və psixi avtomatizm əlamətlərinin birlikdə təsadüf olunmasından ibarətdir. Xəstələr özünü qeyri-adi istedadla, qüvvəyə malik şəxs hesab edirlər. Böyük səlahiyyət sahibi olduqlarını qeyd edirlər. Bir xəstə özünü eyni zamanda bütün dünyanın baş hakimi, bütün akademiya­ların prezidenti, bütün orduların komandanı kimi qələmə verir, Lomonosovun oğlu olduğunu söyləyirdi. Yaxın günlərdə Ay və Yer planetlərini birləşdirib bir neçə yeni ölkələr yaradacağını deyirdi. Parafreniya sindromu kəskin və xronik formalarda meydana çıxıb bilər. Bəzi alimlərin fikrinə görə, parafren sindrom pranoial, hallüsinator-paranoid (psixi-avtomatizm) sindromların inkişafı kimi meydana çıxan, eyni patogene­zə malik vahid psixopatoloji prosesdir. Hallüsinasiyalara və psevdohallüsinasiyalara nisbətən sayıqlamaların üstünlük təşkil etməsi psixi fəaliyyətin daha kəskin pozulmasını göstərir. Parafeniya sindromu şizofreniya xəstəliyinin müstəqil klinik variantı, bəzən isə xəstəliyin inkişafının müəyyən mərhələsi kimi rast gəlinir. Bu əlamət qocalıq psixozlarında da (beyin aterosklero­zu) təsadüf olunur.

*Kotar sindromu* – ipoxondrik, nigilistik (inkar) sayıqlamaların və depressiv əlamətlərin birləşməsindən ibarət olan sindromdur. Xəstələr heç vaxt ölməyəcəklərini və həyatları boyu əzab-əziyyət çəkəcəklərini söyləyirlər. Onlar nəinki özlərini, həmçinin ətrafdakı adamların da iztirab içində yaşadıklarını deyir və bunun üçün təqsirkar olduqlarını bildirirlər. Yeməkdən imtina edərək həmişə tox olduqlarını söyləyirlər. Belə xəstələr bütün günü əli qoynunda gəzərək tezliklə bütün dünyanın suda qorq



**Şəkil 8.** «Hava balıncı» simptomu.

olacağını və hamının məhv olacağını deyirlər. Başqa birisi bütün daxili orqanlarının yoxluğundan, beyninin çürüməsindən şikayətlənir, yüz illər belə ağır vəziyyətdə yaşayacağını söyləyir. Bu sindrom, əsasən, qocalıq psixozlarında rast gəlinir.

### **Psixomotor (katatonik) sindromlar**

*Katatonik oyanma sindromu* – səbəbsiz, məntiqsiz və pərakəndə, bəzən stereotip formada meydana çıxan, təhrif olunmuş hərəkətlərlə ifadə olunan oyanma halına deyilir. Xəstənin xarici görünüşü qeyri-təbii, yöndəmsiz, nitqi isə anlaşılmaz olur. Hər şeyi əksinə etmək – neqativlik qeyd olunur. Məsələn, xəstəyə üst paltarlarını geyinməyi təklif etdikdə alt paltarlarını soyunur, utancaqlıq hissi itmiş olur. Hamının gözü qarşısında çılpacaq dayanır, bəzən, hətta ananizmlə məşğul olur. Oyanma halı bir sıra hallarda güclənərək impulsiv (qəflətən və mənasız) hərəkətlər şəklində təzahür edir. Bəzən isə yersiz və gülünc formada meydana çıxır. Buna *k a t a t o n - h e b e f r e n i k o y a n m a* deyilir. Xəstələr mənasız hırıldayır, sifətlərini gülünc vəziyyətə salırlar. Yaxud da ətrafdakı adamlara hücum edirlər. Belə xəstələr izolə olunmalı və nəzarət altında saxlanılmalıdır. Əks təqdirdə ətrafdakılara xəsarət yetirər, qapı-pəncərəni sındıra bilərlər.

*Katatonik stupor.* Hərəkətlərin və nitqin tormozlanması ilə təzahür edir, katatonik oyanmadan sonra, ya da müstəqil olaraq meydana çıxır. Bu halı keçirən xəstələr saatlarla hər hansı bir vəziyyətdə donub qalır, onları məcburi belə yerindən tərpətmək mümkün olmur. Onlar qolunu və qıçlarını qarınlarına yığaraq, çöməlmiş vəziyyətdə bir küncdə oturlar və ya yataqda uzanırlar. Buna embrional vəziyyət deyilir. H a v a b a l l ı n c ı əlaməti zamanı xəstə başını balıncdan bir qədər aralı saxlayaraq saatlarla bu vəziyyətdə donub qalır, bəzən xəstələr onlara verilmiş vəziyyətdə uzun müddət donub qalır (şəkil 8). Bir ayağını və qolunu yuxarı qaldırıb, başını yana əyərək belə yöndəmsiz vəziyyətdə xeyli müddət dayanırlar. Buna k a t a l e p s i y a və ya m u m a b ə n z ə r g ə r g i n l i k deyilir. Bəzən xəstələrə heç bir vəchlə hər hansı bir hərəkəti etdirmək mümkün olmur. Xəstə əks müqavimət göstərir (n e q a t i v i z m ə l a m ə t i).

Katatonik sindromlar əksər təsadüflərdə bir sıra məhsuldar psixopatoloji əlamətlərlə birlikdə rast gəlinir. Aydın düşüncə fonunda hallüsinasiyalar və sayıqlamalarla müşayiət olunan katatoniya sindromu yaman gedişə malik şizofreniyanın bir forması kimi – L ü s i d k a t a t o n i y a rast gəlinir. Emosional gərginliklə ifadə olunan hallüsinasiyalar, sayıqlamalar və düşüncənin oneyroid vəziyyətdə pozulması ilə müşahidə olunan katatonik sindrom xoşxassəli gedişə malik şizofreniya üçün xarakterikdir. Bu o n e y r o i d k a t a t o n i y a adlanır.

*Hebefrenik sindrom.* Əhvali-ruhiyyənin səbəbsiz, məzmunuz yüksəlməsi fonunda nitqin və davranış hərəkətlərinin oyanıqlığı ilə müşayiət olunan psixi pozuntulardır. Xəstənin hərəkətləri gülünc və cəfəng (yöndəmsiz) olur. Müxtəlif təfəkkür pozuntuları, nitqin qırıqlığı, şəxsiyyətin enməsi əlamətləri bu sindromun ağırlıq dərəcəsini göstərir. Hebefrenik sindrom, əsasən, gənc yaşlarda başlayan bədxassəli şizofreniyada, nadir hallarda epizodik olaraq müxtəlif zəhərlənmələrdə – intoksikasion və reaktiv psixozlarda da rast gəlinir.

## Düşüncə pozuntusu sindromları

*Depersonalizasiya – derealizasiya sindromu.* Özünü dərk etmənin pozulması depersonalizasiya, xarici mühitə qarşı dərk etmənin pozulması (ətraf mühitin düzgün dərk edilməməsi) isə derealizasiya adlanır. Bir sıra psixi xəstəliklər nəticəsində meydana çıxan bu əlamətlər əksər hallarda birlikdə təsadüf edilir.

Depersonalizasiya və ya özünü dərk etmənin pozulması şəxsiyyətin ikiləşməsi və ya tamamilə inkar edilməsi formasında ola bilər. Məsələn,

Səməndər adlı bir xəstə söhbət zamanı onun həm Səməndər, həm də Arif olduğunu söyləyir və qeyd edirdi ki, Arif Səməndərin bütün hərəkətlərinə nəzarət edir. Bəzən isə hadisələr çox sürətlə cərəyan etdiyini (vaxtın sürətlənməsi) və ya əksinə onun tam hərəkətsizliyini qeyd edir. Məsələn, gündüzü gecədən ayıra bilmir, ətrafdakı adamların hamısını bir sifətdə, bir boyda qavrayır.

Depersonalizasiya və derealizasiya sindromu müxtəlif emosional pozuntularla müşayiət olunur. Kədər, qorxu və ya bütün hissiyyatların sönməsi kimi əlamətlər qeyd edilir. Bu sindrom şizofreniyada affektiv pozuntuların depressiv epizodunda, epilepsiya xəstəliyində, mərkəzi sinir sisteminin üzvi pozuntularında, nadir hallarda isə şəxsiyyət pozuntuları zamanı rast gəlinir.

Düşüncənin pozulması sindromlarının çoxu bir qədər əvvəl – «düşüncənin pozuntuları» mövzusunda təsvir edildiyindən, bu bölməyə dixil edilməyib.

## **Şəxsiyyətin dəyişməsi sindromları**

Şəxsiyyət dedikdə, hər şeydən əvvəl, ictimai məzmun kəsb edən, tarixi inkişafın məhsulu olan konkret adam nəzərdə tutulur. Hər hansı bir şəxsiyyətin özünəməxsus təfəkkürü, dünyagörüşü, xasiyyəti, hissiyyatı, işgörmə qabiliyyəti, cəmiyyətdə, o cümlədən, dostları və iş yoldaşları yanında fərdi, təkrarolunmaz xüsusiyyətləri vardır. Şəxsiyyətin formalaşması ictimai mühitdə, yəni təhsil, əmək fəaliyyəti, mədəni səviyyəsinin inkişafı proseslərində baş verir. Şəxsiyyətin ən xarakter cəhətlərindən biri onun mənəvi keyfiyyətləridir. Şəxsiyyətin inkişafında sinir sistemi tiplərinin, temperamentin, ümumi psixi sağlamlığın böyük əhəmiyyəti olduğunu qeyd etmək lazımdır.

Şəxsiyyətə tibbi baxımdan yanaşarkən, göstərilənlərlə yanaşı onun sağlamlığına mane olan cəhətləri, yaş xüsusiyyətlərini və bir sıra başqa amilləri nəzərə almaq lazımdır. Şəxsi keyfiyyətlərin düzgün qiymətləndirilməsinin tibbi praktikada böyük əhəmiyyəti vardır. Bunu nəzərə almadıqda həkim səhvə yol verər, müalicə prosesinə yardım etmək əvəzinə əksinə mənfi təsir edə bilər. Həkim hər bir xəstəni müalicə edərkən unutmamalıdır ki, o, xəstəliklə deyil, özünəməxsus tərzdə xəstəliyi keçirən konkret şəxslə təmasda olur. Məşhur rus psixiatri prof. V.P.Serbskinin dediyi bu sözlər nəinki psixiatrlar, psixoterapevtlər, həmçinin digər ixtisas üzrə çalışan həkimlər üçün də nümunə olmalıdır.

Dərsliyin digər bölmələrində şəxsiyyət mövzusunə yenə də toxunulacaqdır. Lakin burada, əsas etibarilə psixi xəstəliklər nəticəsində şəxsiyyətə



tin dəyişilməsi sindromları barədə danışılacaqdır. Bu, ilk növbədə, psixi xəstəliklərlə əlaqədar olaraq şəxsiyyətin dinamikı xarakterli dəyişməsinə səbəb olan xüsusiyyətlərdə: emosiyalar, intellektual və davranış qaydalarının pozulmasında özünü büruzə verir. Anadangəlmə – konstitusional xüsusiyyətlərlə əlaqədar olan, xasiyyəti əks etdirən şəxsiyyət pozuntuları kitabın III hissəsində təqdim edilir.

Aşağıda təsvir olunan sindromlar psixopatologiyanın ağırlığı dərəcəsinə görə verilmişdir.

1. *Şəxsiyyətin ixtilafı və ya disharmoniyası* – psixi xəstəlik nəticəsində meydana çıxan şizoid tipli pozuntulardan ibarət əlamətlərlə təzahür edir. Emosional reaksiyaların, davranışın, hərəkətlərin məqsədyönlü olmaması, şəxsin tələbinə cavab verməyən təfəkkür və fəaliyyət, yaxın adamlara, iş yoldaşlarına münasibətin, həssaslığın pozulması kimi əlamətlərlə xarakterizə olunur. Xəstələrdə müxtəlif qıcıqlara qarşı həssaslığın yüksəlməsi ilə yanaşı maraq dairəsi də daralır. Ətrafdakı adamlara qarşı laqeydlilik, səbəbsiz əhvalın enməsi ilə yanaşı onun eyforik tipli yüksəlməsi, lüzumsuz olaraq az tanıdığı adamlarla şit zarafatlar etmək, utancaqlıq hissinin azalması kimi əlamətlərlə təzahür edir.

2. *Psixi enerji potensialının enməsi* (Konrad sindromu) – intellektual aktivliyin və əmək qabiliyyətinin enməsi, əvvəllər həmin şəxsə məxsus olan bacarıq və işgüzarlığın kəskin azalması ilə xarakterizə olunur. Yuxa-



*Sxem 1.* Şəxsiyyətin dəyişməsi sindromları

2  
rəngl

rıda təsvir olunan sindrom kimi bu da şizofreniya xəstəliyində təsadüf olunur. Tədricən dərinləşərək şəxsiyyətin enməsi sindromu ilə əvəz edilir.

3. *Şəxsiyyətin gəriyə inkişafı və ya degradasiyası*. Bəzi psixi xəstəliklər zamanı meydana çıxıb müxtəlif klinik variantlarla özünü büruzə verir. Bir sıra hallarda laqeydlik, emosional kütləşmə, özünə tənqidi yanaşmamaq, intim münasibətlərdə utancaqlıq hissinin itməsi kimi hallarla baş verir. Bəzən isə səbəbsiz əsəbiləşmək, qaraqışqırıq salmaq, ətrafdakı adamlara, qohum-əqrabaya, ailə üzvlərinə qarşı kobudluq etmək kimi əlamətlər nəzərə çarpır.

Alkoqolizmlə əlaqədar meydana çıxan şəxsiyyətin enməsi sindromu özünəməxsus spesifik əlamətlərlə diqqəti cəlb edir. Belə şəxslər mənasız, şit zarafatlar edir, məsuliyyət hissini itirir, yalan danışır, öz evinin əşyalarını oğurlayaraq hansı qiymətə olursa-olsun satır və s.

Şəxsiyyətin enməsinin bütün variantları üçün ali hisslərin (əxlaqi keyfiyyətlərin), marağın, əmək qabiliyyətinin və özünü-tənqidin azalması əsas əlamətlərdəndir.

4. *Şəxsiyyətin tənəzzülü və ya marazm* – bir sıra psixi xəstəliklərin son mərhələsini təşkil edən kobud psixi və fiziki enmə əlamətləri ilə xarakterizə olunan, şəxsi keyfiyyətlərin əsaslı olaraq pozulmasıdır. Bu zaman xəstələrin bütün maraqları sönür, insani keyfiyyətləri instinktiv tələbatlarla əvəz olunur. Xəstə hər nə gəldi yeyir, doymaq bilmir (polifagiya), utancaqlıq hissi olmur, seksual tələbat etik normalardan kənara çıxır, xəstə ən adi gigiyenik qaydalara belə əməl etmir. Tədricən ağır fiziki çatışmazlıqlar, əzələlərin parez və iflici, bədən çəkisinin azalması, distrofik yaralar və s. bu kimi pozuntular meydana çıxır.

5. *Korsakov (amnestik) sindromu* – hazırda baş verən hadisələrin yadda qalmaması ilə yanaşı müşahidə olunan özünü və mühiti dərketmənin pozulmasıdır. Xəstə bir neçə dəqiqə bundan əvvəl baş vermiş hadisəni, görüşdüyü adamı dərhal unudur, eyni adamlarla dəfələrlə salamlaşır. Hər dəfə onları yeni adamlar kimi qəbul edir. Bunlarla yanaşı həmin adam xəstəliyə qədər baş vermiş hadisələri olduğu kimi xatırlayır, intellektual qabiliyyət pozulmur. Bir sıra hallarda xəstələrdə paramneziyalar (psevdo-reminissensiya, konfabulyasiya) müşahidə olunur. Xəstələrin ümumi vəziyyəti nəzər-diqqəti cəlb edir: həddindən artıq yorğun, halsız görünən, qıcığa qarşı həssas, bəzən isə əhvalı tez-tez dəyişən eyforik vəziyyət qeyd edilir. Sindrom ilk dəfə onu təsvir edən alimin – S.S.Korsakovun (1889) adını daşıyır. Əsasən, alkoqol psixozlarında, bəzi hallarda isə beynin üzvi xəstəliklərində təsadüf edilir.

# III HİSSƏ

## XÜSUSİ PSİXİATRİYA

### VIII FSSSİL

### ŞİZOFRENİYA

Şizofreniya (yunanca «schizo» – parçalayıram, «phren» – idrak, ağıl deməkdir) – tutmalar şəklində, fasiləli və ya fasiləsiz davam edən, tədricən kəskinləşərək şəxsiyyətin xarakter dəyişikliklərinə gətirib çıxaran xronik gedişli psixi xəstəlikdir. Xəstəliyin, əsasən, gənc yaşlarda (17–25 yaş) meydana çıxması, geniş yayılması, xronik gedişlə əlaqədar əmək qabiliyyətinin itməsi, etiologiya və patogenezinin dəqiq öyrənilməməsi və buna görə də məqsədəuyğun müalicəsinin olmaması onu psixiatriyanın ən aktual probleminə çevirmişdir. Sağlam əhali arasında şizofreniyaya tutulma halları 0,5–1%-ə bərabərdir. Psixiatriya stasionarlarının kontingentinin 45–80%-i, psixiatriya dispanseri və kabinetlərinin isə 50%-ni şizofreniya diaqnozu təşkil edir.

### Öyrənilmə tarixi

Şübhə yoxdur ki, insan cəmiyyəti yarandığı ilk dövrlərdə də şizofreniya xəstəliyi mövcud olmuşdur. Bu, qədim rəvayətlər, nağıllar və s. mənbələrdən məlumdur. Məsələn, Troyan padşahının müharibədən boynun qaçıрмаq məqsədilə özünü ruhi xəstə kimi aparması, taxt-tacı tərk edərək səhralarda yaşaması və s.

Şizofreniyanı elmi şəkildə ilk dəfə tədqiq edən alman psixiatri E.Krepelin (1896) olmuşdur. O, fransız alimi M.Morelin «Erkən ağıl zəifliyi» (1852), E.Hekkerin «Hebefreniya» (1871), K.Kalbaumun «Katatoniya» (1890) və M.Manyanın «Xronik sayıqlama psixozları» (1891) adı ilə təsvir etdikləri psixi xəstəlik formalarını «Erkən ağıl zəifliyi» adı altında birləşdirərək, indiki şizofreniya xəstəliyinin gedişinin əsas qanunauyğunluqlarını təsvir etdi.

Şizofreniya xəstəliyinin ilkin öyrənilməsi tarixində bir sıra rus alim-

lərinin xidmətlərini qeyd etmək lazımdır. 1882-ci ildə V.X.Kandinskinin «İdeofreniya» və 1891-ci ildə S.Korsakovun «Diznoya» adı altında təsvir etdikləri xəstəlik formaları şizofreniyanın bir sıra klinik variantlarının psixopatoloji xüsusiyyətlərini dəqiq şəkildə əks etdirmişdir. Bu əsərlərdə xəstəliyin əsas əlamətləri: nitqin qırıqlığı, şəxsiyyətin, emosiyaların və iradənin pozuntuları başlıca əlamətlər kimi göstərilmişdir.

E.Krepelinin «Erkən ağıl zəifliyi» (Demensia prekoks) adlandırdığı xəstəlik tamamilə yaman (bədxassəli) formalardan ibarət idi. Krepelinə görə «Erkən ağıl zəifliyi» üçün onun gənc yaşlarda başlaması və şəxsiyyətin qüsurunun sürətli inkişafı, habelə beyin-



Eugen Blöyler (1857–1939)

də gedən dəyişikliklər xarakterikdir.

E.Krepelin 1890–1892-ci illərdə psixiatriya sahəsində tamamilə yeni bir prinsip – nazoloji sistematika konsepsiyasını irəli sürdü. O, M.Morelin «Demensia prekoks», E.Hekkerin «Hebefreniya», K.Kalbaumin «Katatoniya» və M.Manyanın «Xronik sayıqlama psixozları»nın vahid nazoloji xəstəlik olduğunu isbat edərək onları «demensiya prekoks» adı altında özünün yeni nazoloji təsnifatına daxil etdi. Dünyanın yüksək inkişaf etmiş ölkələrinin əksər psixiatrları E.Krepelinin bu nazoloji konsepsiyasını qəbul etdi. Buna baxmayaraq 1911-ci ildə məşhur İsveçrə psixiatrı Eugen Blöyler böyük psixiatr E.Krepelinin demensiya prekoks nazoloji konsepsiyasını tənqid etdi və konsepsiyanın obyektivliyə uyğun olmayan cəhətlərini göstərdi: 1) bu xəstəlik yalnız yeniyetmə və gənc yaşlarda deyil, hər bir yaşda başlaya bilər; 2) xəstəliyin fundamental əlaməti demensiya – ağıl zəifliyi deyil, psixi fəaliyyətin vəhdət təşkil edən integrativ funksiyasının dissosiasiyası – parçalanmasıdır. Beləliklə, E.Blöyler bu xəstəliyin mahiyyətini daha aydın göstərən «şizofreniya» terminini təklif etdi.

E.Blöylerin bu xəstəliyə verdiyi ad nəhayət bütün dünya psixiatrları tərəfindən yekdilliklə qəbul olundu və psixi xəstəliklər sistematikasına da bu ad altında daxil oldu.

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, E.Krepelin bu xəstəliyi «demensiya prekoks» adı altında verdikdə xəstəliyin sırf irsi-endogen mənşəli olduğunu təsdiq edirdi. E.Blöyler E.Krepelinin bu fikri ilə də razılaşmadı. Şizofreniya xəstəliyinin, əsas etibarilə endogen xəstəlik olduğunu qəbul edə-

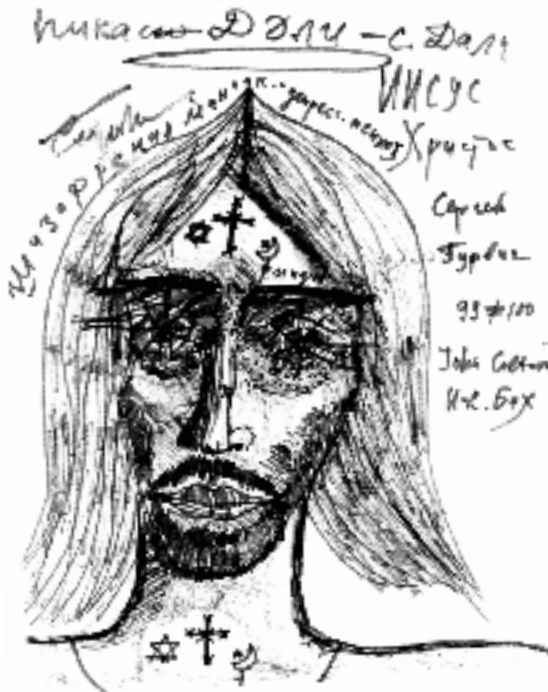
rək, xəstəliyin irsi amillərin iştirakı olmadan da yarana bildiyi fikrini irəli sürdü.

E.Krepelinin və E.Blöylerin tədqiqatlarından sonrakı illərdə şizofreniyaya olan münasibət ciddi dəyişməyə başladı. «Ağıl zəifliyi» termini «Psixoloji qüsurlar», ağıl zəifliyinə aparan proses isə «proqredientlik» – «tədricən şiddətlənmə» anlayışı ilə əvəz olundu. Beləliklə, şizofreniyaya yeni baxımdan tədricən şiddətlənərək qüsurlar əmələ gətirən, yaman və nisbətən xoş, yəni yumşaq və ya süstgedişli formaları olan xəstəlik kimi yanaşılmaz başlandı (K.Şneyder, K.Konrad, K.Leonhard, A.V.Snejnevski və b.).

1960–1970-ci illərdə A.V.Snejnevski və onun şagirdləri tərəfindən şizofreniya xəstəliyinin klinikasının hərtərəfli öyrənilməsi və onun gedişinin sistemləşdirilməsi sovet psixiatriyasında və bir sıra xarici ölkə alimləri arasında geniş diskussiyalara səbəb oldu. Xəstəliyin ağırlıq dərəcə-sindən asılı olmayaraq onun gedişi zamanı sindromların bir-birini əvəz etməsi qanunauyğunluğunun qeyd olunması və klinik formalar arasında patogenetik fərqlərin aşkar edilməsi, xəstəliyin proqnozu və müalicəsinin əsaslandırılmasına çalışılsa da, sonralar bu konsepsiya hamı tərəfindən qəbul edilmədi.

**Simptomatologiyası.** Şizofreniyanın klinik təzahürləri öz xarakter məzmununa, psixopatoloji əlamətlərin ifadə olunma dərəcəsinə görə müxtəlifdir. Bu xəstəlik zamanı psixi pozuntunun demək olar ki, bütün formalarına qavrama, təfəkkür, emosiya, iradə, meyil sferası və s-ni əhatə edən əksər psixopatoloji əlamətlərə rast gəlinir. Lakin bu pozuntuların bir çoxu tək-tək hallarda, bəziləri isə mütləq (əsas) əlamət kimi xəstəliyin bütün klinik formalarında müşahidə olunur.

Şizofreniyanın ən xarakter əlaməti (buna sindrom demək də ha düzgün olardı) xəstəliyin adında öz əksini tapmışdır. **Bu, psixi tamliğin parçalanması, yəni şəxsiyyətlə mühit arasındakı**



**Şəkil 9.** Təfəkkür pozuntusu olan xəstənin çəkdiyi şəkil.

2  
reng

**Sxem 2.** Xəstəliyin əsas əlamətləri:

**normal, harmonik əlaqənin pozulmasıdır.** Bu psixopatoloji hal şizofreniyanın gedişinin bütün mərhələlərində, xəstəliyin klinik variantlarından asılı olmayaraq bu və ya başqa formada təzahür edən başlıca əlamət kimi daima özünü büruzə verir. Psixi tamlığın parçalanması, şəxsiyyətlə mühit arasındakı normal vəhdətin pozulması (dezintegrasiya), xəstənin təfəkküründə, emosiyasında, iradə və davranışında özünü göstərir.

Diaqnostik əhəmiyyət kəsb edən əsas əlamətlərə aşağıdakıları aid etmək lazımdır.

**Təfəkkürün pozuntuları.** Şizofreniya xəstəliyi zamanı təfəkkür sferasına məxsus olan pozuntuların qeyd olunması adi hal olmaqla xəstəliyin lap ilkin mərhələlərində aşkar edilir. Assosiasiyaların normallığı dəyişərək xarici mühitdə baş verən hadisələrlə sağlam əlaqə itirilir və ona görə də təsəvvürlər yanlış xarakter daşıyır. Təfəkkürün qırıqlığı, mənasız müdriklik, uzunçuluq, bəzən fikirlərin axını, onların çoxluğu – m e n t i z m, bəzən isə əksinə, onların yoxluğu, bir anlığa dayanması – ş p e r r u n q müşahidə olunur (şəkil 9).

Nisbətən ağır pozuntular zamanı assosiasiyaların gedişində cümlələr öz qrammatik quruluşunu saxladığı halda məzmununu itirir. Belə ki, sözlər arasında əlaqə olmur, cümlələrin mənası başa düşülmür. «Ş i z o f - a z i y a» və ya «s ö z d o ğ r a m a c ı», almanca «v o t s a l a t» adlanan bu əlamət xəstəliyin son dövründə, bəzən isə kəskin başlayan klinik

variantların başlanğıcında rast gəlinir. Xəstəni müayinə edən həkimin «Şikayətiniz nədir?» sualına xəstə belə cavab vermişdir: «Sirkdə gördüyüm rusovlar ailəsində, pirojki nədir, heç qutab da yeməmişəm. Güzgüyə baxsan demə ki xamam, hamı yaxşı bilir zərgər nədir, usta Nəriman».

Təfəkkür pozuntusunun əksər formaları, bir qayda olaraq, xəstələrdə autizmi, özünə qapanmanı əks etdirir. Autistik təfəkkür reallığını itirmiş, xəstənin «xüsusi», daxili məntiqinə uyğun tərzdə cərəyan edən fikirlərdir. Assosiasiyaların qırıqlığı yazıda və xəstənin bədii yaradıcılığında da özünü büruzə verir. Assosiasiyaların gedişi fikirlərin qeyri-ixtiyari axını – mentizm formasını ala bilər. Fikirlərin qeyri-iradi axını xəstələr tərəfindən çətin qəbul edilir. Bununla bərabər qısamüddətli «fikirsiz» vəziyyətlər müşahidə olunur ki, xəstələr bunu boşluq, uçurum, iflas kimi qiymətləndirirlər. Belə hallarda xəstələr söhbət zamanı bəzən susur və bunu «fikrin qırıqlığı» ilə izah edirlər.

Şizofreniya xəstəliyində tez-tez təsadüf edilən əlamətlərdən bir də s i m v o l i k t ə f ə k k ü r d ü r. Xəstələr konkret sözləri, əşyaları və s. mücərrəd məzmun ifadə edən, cəfəng, qeyri-müəyyən fikirlərlə əvəz edirlər. Həqiqi qanunauyğunluğunu, əsl məzmununu itirmiş məntiqsiz təfəkkürün olması da şizofreniya üçün xarakter əlamətdir. Hadisə və əşyaların, onların qarşılıqlı əlaqəsinin təhlili və əqli nəticə çıxarma qabiliyyətinin pozulması şizofreniya xəstəliyi zamanı tez-tez rast gəlinir. Xəstəliyin başlanğıcında müşahidə olunan təşviş, qorxu hissləri tədricən inkişaf edərək sayıqlama fikirlərinə çevrilir. Xəstəliyin tarixi nə qədər azdırsa, patoloji proses bir o qədər yavaş inkişaf edir və sayıqlama ideyalarını aşkar etmək bir o qədər çətin olur. Sayıqlamanı xəstə ilə ilk söhbətdə müəyyən etmək həmişə mümkün olmur. Bu, prosesin başlanğıcında xəstənin şəxsiyyətinin mühafizə olunması ilə əlaqədardır.

Şizofreniyanın kəskin başlanğıcı üçün obrazlı sayıqlamalar xarakterikdir. Bu zaman xəstələr bütün təbii hadisələrə xüsusi məna verir. Belə hesab edirlər ki, bu hadisələr onlara aiddir. Onlar gördüyü, eşitdiyi adi şeylərə yanlış məna verir, yaxud da təhlükəli, təhqiredici bir hal sayırlar.

Sayıqlamanın daha tez-tez rast gəlinən formalarına t ə q i b s a y ı q l a m a l a r ı aiddir. Bu zaman xəstə özünün həmişə təqib olunduğunu qeyd edir. Hər yerdə onu bir neçə nəfərin, yaxud tam bir təşkilatın təqib etdiyini söyləyir.

Özünü böyütmə sayıqlamaları nadir hallarda müşahidə olunur. Bəzən xəstə özünü «sirli ilahi qüvvə», «hər şeyi bilən şəxs» hesab edir. Bu zaman o, düşünür ki, nəhəng işlər görməyə, təbiəti, insanın bədən quruluşunu dəyişməyə qadirdir. Digər hallarda xəstə özünün ölməzliyini, ilahi və əzəmətli olmasını təkid edir. Bəzən isə müxtəlif orqanlarında patoloji

dəyişikliklərin olduğunu söyləyir (ağciyərləri havanı xaric etmir, bağırsaqları, ürəyi işləmir və s.). İ p o x o n d r i y a adlanan belə sayıqlamalar ən ciddi müalicəyə belə çətin tabe olur.

Xəstəliyin bəzi formalarında müşahidə olunan əlamətlərdən biri də psixi avtomatizm sindromudur. Hallüsinasiya və sayıqlama əlamətləri fonunda cərəyan edən, xəstəyə kənar qüvvə tərəfindən məcburi icra etdirilən hərəkət və fikirlər p s i x i a v t o m a t i z m və ya *Kandinski – Klerambo* sindromu adlanır. Xarakterinə görə ideator, sensor və motor formaları ayırd edilir. İdeator psixi avtomatizmə misal olaraq fikirlərin səslənməsini qeyd etmək olar. Bu zaman xəstə fikirləşdiyi hər şeyi eşidir və ya onlar əks-səda kimi təkrarlanır. İdeator avtomatizmə «məcburi» icra olunan, qarşısıalınmaz fikirlərin axını aiddir. Xəstə fikirlərin başqası tərəfindən «beyinə doldurulmasından», fikirlərin «təzyiqindən» şikayətlənir.

Sensor avtomatizm fiziki, hipnotik təsir və ya zəhərlənmə sayıqlamaları şəklində təzahür edir. Xəstə inanır ki, ona rentgen şüaları, radio dalğaları, maqnit sahələri və s. vasitəsilə təsir olunur, yaxud xörəyinə zəhərli maddələr tökürlər. Son vaxtlar xəstələr onlara müasir elektron cihazları, robotlar vasiləsilə təsir etməkdən, onların arzularını, hisslərini əllərindən almaqdan danışır, bir sıra orqanların (məsələn, cinsi orqanların, beynin) fəaliyyətdən qalmasını qeyd edirlər.

Motor avtomatizmi–xəstələrin müəyyən orqanlarının məcburi hərəkətində təzahür edir. Məsələn, xəstə söyləyir ki, onun dilini məcburi hərəkət etdirir, danışmağa, oturmağa, durmağa, qaçmağa məcbur edirlər. Əksər hallarda psixi avtomatizmin müxtəlif formaları birlikdə təsadüf edilir. Məsələn, bir xəstə fikirlərinin, hərəkətlərinin ona mənsub olmamasını, sağ əlinin atasına, dilinin qonşusuna məxsus olduğunu söyləyir, sübut etməyə çalışırdı ki, buna görə də ona pis söz de-dizdirir və əsəbiləşdirirlər.

**Emosional pozuntular.** Şizofreniyanın əsas əlamətlərindən biri olub xəstəliyin gedişi boyu bu və ya başqa



**Şəkil 10.** Autizm və digər qüsurlar əlamətləri olan xəstə.



formada – başlıca olaraq emosional kütlüklə ifadə olunur. Xəstələr yaxın adamlarına, qohumlarına, o cümlədən, valideynlərinə, övladlarına qarşı normal hissiyyatlarını itirir, onlara soyuqqanlı, biganə münasibət göstərir-lər. Eyni zamanda bəzən olduqca tələbkər, yüksək emosionallıq, hətta af-fektiv reaksiyalarla ifadə olunan tərzdə münasibətlərini dəyişə bilirlər.

Xəstəliyin erkən dövründə adi hadisələrə qarşı paradoksal emosional reaksiya üstünlük təşkil edir. Belə ki, bu vaxtadək istəkli olan valideynlə-rə qarşı qəzəb, kin, sevdiyi peşəyə qarşı nifrət, dözümsüzlük kimi hisslər meydana çıxır. Bəzi xəstələr yaxın adamlarına qarşı eyni zamanda həm nifrət, həm də məhəbbət hissi – *ambivalentlik* bəsləyirlər.

Xəstələrin xarici görünüşü, mimikası çox vaxt onun emosiyası ilə uz-laşmır. Məsələn, gülərzüzlü xəstə faciəli hadisə haqqında danışır, əsəbi halda olan xəstə özünü qeyri-təbii, yüngül aparır. Bir sıra hallarda sə-bəbsiz olaraq xəstə özündən çıxır, yaxın adamlarını təhqir edir, əvvəllər ona xas olmayan kobud, nalayiq sözlər işlədir. Ailədə baş verən hər han-sı bir bədbəxt hadisə, hətta yaxın adamın ölümü xəstəni maraqlandırmır.

Xəstəliyin sonrakı dövrlərində, xüsusən bədxassəli şizofreniyada tam laqeydlik və emosional kütlük inkişaf edərək daimi əlamətə çevrilir.

**İradə və fəaliyyət pozuntuları.** Şizofreniyaya tutulan xəstələrdə mü-şahidə olunan süstlük, hərəkəti fəaliyyətin və aktivliyin enməsi xəstələrin böyük əksəriyyətində rast gəlinən tipik əlamətlərdəndir. Xəstə öz sevim-li peşəsi ilə məşğul olmağa və ya təhsilini davam etdirməyə laqeyd mü-nasibət bəsləyir, günlərlə evdən bayıra çıxmır, yaxın qohumları, dostları ilə əlaqə saxlamaqdan, söhbət etməkdən imtina edir. Özlərinə lazımi gigi-yenik xidmət göstərmədikləri (üzlərini qırxdırmırlar, vaxtlı-vaxtında çim-mir və s.), geyimlərinə, səliqəsinə fikir vermədikləri üçün xarici görkəm-ləri dəyişir, pinti və əcaib görkəm alırlar. Xəstəlik yaman gedişə malik olarsa və vaxtında müalicəvi yardım göstərilməzsə onlarda tam hərəkət-sizlik, nitqin tormozlanması, natəmizliyin artması kimi əlamətlər güclə-nir. İradə fəaliyyət pozuntuları çox vaxt autizm və neqativizm əlamətləri ilə yanaşı meydana çıxır (şəkil 10).

Bəzən autizm, xəstənin hərəkət və davranışlarında ikicəhətliklik – a m b i t e n d l i k formasında təzahür edir. Xəstə həkimlə söhbət et-mək istədiyini bildirir, buna təkid edir, onunla tək qaldıqda isə susur, heç nə demir. Yaxud o, müalicə olunmağa razılıq verir, hətta müalicə ilə ma-raqlanır və elə bu vaxt dərman qəbul etməkdən imtina edir, təcili evə get-mək istədiyini bildirir, inandırmağa çalışır ki, o, sağlamdır. Başqa hallar-da xəstələrin üzündə, ilk baxışda qorxulu görünən mimika, ifadə və hərə-kətlər görmək olur. Məsələn, xəstə bir neçə saat ərzində köynəyinin düy-mələrini açır və yenidən bağlayır, ətəyini qaldırıb başına bürüyür başör-

tüyü simptomu, ardıcıl olaraq barmaqlarını şaqqıldadır, ayaqlarını yerə dö-yəcəyir, yataqda oturaraq yırğalanır. *S t e r i o t i p i y a* adlanan belə hərəkətlər xəstəliyin katatonik formasında tez-tez təsadüf olunur.

Katatoniya zamanı bir sıra davranış pozuntuları, impulsiv hərəkətlər də meydana çıxır. Xəstə gözlənilmədən yerindən sıçrayaraq ətrafdakı adamların üzərinə atılır, pəncərənin şüşəsini sındırır, sonra da sanki heç nə olmamış kimi sakitcə dayanaraq məzmunuz baxışlarla harasa tamaşa edir.

*S t u p o r o z v ə z i y y ə t* (katatonik stupor) xəstənin hərəkət-sizliyi, mumabənzər plastikliklə (*k a t a l e p s i y a*) təzahür edir. Bu, aktiv neqativizm formasında da meydana çıxıb bilər. Mutizm, əks-sə-da reaksiyaları, ətrafdakıların hərəkət və sözlərinin təkrarı (exolaliya, exopraksiya) ilə də müşayiət oluna bilər. Xəstə uzanmış, yaxud da oturmuş halda vəziyyətini dəyişmədən aramsız danışır, öz oxu ətrafında fırlanır və ya eyni bir cümləni dəfələrlə təkrar edir. Bu zaman o, gülünc (təlxəqvarı) hərəkətlər edir, yaxud ətrafdakıların hərəkətlərini təkrarlayır. Təsvir edilən sindromlar heç də həmişə aydın təzahür etmir. Tez-tez xəstələr aldadıcı mövqə tutur, mövcud pozuntuları gizlədir, həkim bu pozuntuların dərinliklərinə varmaq istədikdə, onlar daha da öz daxili, autistik əlamətlərinə qapılırlar.

Burada təsvir edilən əsas (kordinal) əlamətlərlə yanaşı şizofreniyanın gedişinin klinik formalarından asılı olaraq digər simptom və sindromlara da rast gəlik. Bunlardan hallüsinasiyaları, xüsusən senestopatik, qoxu, eşitmə hallüsinasiyalarını, meyil və düşüncə sferasına aid pozuntuları göstərmək olar.

Özünüdərkətmənin (özünə bələdliyin) pozulması haqqında xüsusi danışmaq lazımdır. Bu sindromun şizofreniyanın, demək olar ki, bütün kliniki formalarında təsadüf etməsi onu xəstəliyin əsas əlamətlərindən biri kimi qiymətləndirməyi tələb edir. Özünüdərkətmə qabiliyyətinin pozulması ilə yanaşı psixi fəaliyyətin bəzi cəhətlərinə qarşı yadlaşma, onları inkar etmə yaranır. Bəzən isə özünün «ikiləşdiyini» deyir, öz varlığını real həyatdan təcrid olunmuş təəvvür edir. Xəstələrin fikirlərində, hisslərində və hərəkətlərində öz bədən hissələrinin qavranılmasında yaranan bir-birini inkar edən ikiləşmə *d e p e r s o n a l i z a s i y a*, ətraf mühətdə cə-rəyan edən hadisələrin və əşyaların ikiləşməsi isə *d e r e a l i z a s i y a* adlanır.

Şizofreniyanın gedişində rast gəlinən bir sıra digər əlamətlər, o cümlədən, nevroloji, somatik pozuntular haqqında klinik formaların təsvirində məlumat veriləcəkdir.

**Klinik formaları.** Şizofreniya xəstəliyinin klinikasının rəngarəngli-

yi, gedişinin dəyişkənliyi, etiopatogenezinin dəqiq öyrənilməməsi onun sistemləşdirilməsini bu günə qədər obyektiv surətdə həll edə bilməmişdir. Xəstəliyin özünü bürüzə verməsi, gedişinin polimorfluğu, ilk növbədə, əlamət və sindromların müxtəlifliyi ilə diqqəti cəlb edir. Bir çox hallarda süstgedişli şizofreniya aydın əlamətlərlə, kəskin tutmalar isə əlamətlərin qəflətən sönməsi ilə təhazür edir. Bəzən xəstəliyin klinik gedişi

| XBT-10                         | DSM-IV                        |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Paranoid                       | Paranoid                      |
| Hebefrenik                     | Qeyri-mutəşəkkil (hebefrenik) |
| Katatonik                      | Katatonik                     |
| Diferensə edilməmiş            | Diferensə edilməmiş           |
| Rezidual (qalıq)               | Rezidual (qalıq)              |
| Sadə şizofreniya               |                               |
| Postşizofrenik depressiya      |                               |
| Şizofreniyanın digər formaları |                               |
| Dəqiqləşdirilməmiş şizofreniya |                               |

ması da təkzib edilmir (məsələn, nevrozabənzər ş., psixopatabənzər ş. və s.)

Dünyanın bir çox ölkələrində şizofrenalogiya sahəsində aparılan araşdırmalar ilbəlil heç də ləngimir, əksinə yeni-yeni yanaşma formaları və nəzəri mülahizələrlə zənginləşir.

Hal-hazırda Ümumdünya Səhiyyə təşkilatı tərəfindən təklif edilən və diaqnostik göstəricilər kimi istifadə edilən XBT-10-cu baxış və ABŞ-da istifadə edilən DSM-IV R təsnifatları aşağıda qeyd edilmişdir (3-cü cədvəl).

Qeyd etmək lazımdır ki, şizofreniyanın müxtəlif gediş tiplərinə malik olmasını XBT-10 tam şəkildə inkar etmir və diaqnostik göstərici kimi ondan istifadə edilməsini mütəxəssislərin öz ixtiyarına buraxır.

Keçən əsrin 60-cı illərində sovet alimi A.V.Snejnevski və onun şagirdləri tərəfindən təklif olunan təsnifata görə şizofreniya gedişinin xüsusiyyətləri və proqvedientliyinə görə üç formaya ayırmaq təklif olunurdu: fasiləsiz - davamlı şiddətlənən, fasiləli - xoş xassəli və tədricən şiddətlənən - orta şiddətli, hər gediş tiplərində müxtəlif kliniki variantlara bölünməsi təklif olunurdu. İlk vaxtlar bu konsepsiya cəzbedici görünə də, illər keçdikcə bu təsnifat praktik cəhətcə yararlı olmadığını birüzə verdi.

Bizim təqdim etdiyimiz kliniki variantların (formaların) təsviri əsas etibarilə XBT-10-a əsaslanır.

3 - c ü c ə d v ə l

***XBT-10 və DSM - IV-ə görə şizofreniyanın  
təsnifatı***

**I. Paranoid forma.** Bu formanın əsas xüsusiyyəti xəstəliyin gedişinin bütün mərhələlərində aydın nəzərə çarpan sayıqlama ideyalarının olmasıdır. Əksər təsadüflərdə 23–25 yaş arasında və daha gec baş verir. Xəstəliyin başlanğıc dövrü bir sıra sarışan halların, ipoxondrik məzmunlu, epizodik xarakter daşıyan sistemləşmiş sayıqlama ideyalarının (münasibət, təqib, qısqanclıq) olması ilə diqqəti cəlb edir. Elə bu dövrdən başlayaraq özünəqapanma – autizm, emosional reaksiyaların durğunluğu, şəxsiyyətin tədricən enməsi əlamətlərini görmək mümkündür. Xəstəliyin inisial dövrü bir neçə il (hətta 15–20 il) davam edir.

Xəstəliyin kəskinləşdiyi dövr (manifest) hallüsinator-sayıqlama və ya sayıqlama sindromlarının qabarıq şəkildə meydana çıxması ilə xarakterizə olunur. Təmiz sayıqlama variantında arabit təsadüf edilən sistemləşməmiş sayıqlama fikirlərini sistemləşmiş sayıqlama ideyaları əvəz edir. Hallüsinator-sayıqlama variantından fərqli olaraq bu zaman psixi avtomatizm sindromu və hallüsinasiyalar müşahidə olunmur. Vaxtında və düzgün müalicə olunmazsa xəstəliyin klinik şəkli mürəkkəbləşir, fantastik məzmunlu sayıqlamalar, parafern sindrom meydana çıxır. Xəstəliyin gedişinə bəzi əlavə amillərin, məsələn, ailədə baş verən faciə, somatik xəstəliklər, cinayət hərəkətləri və s.-nin təsiri nəticəsində xəstəliyin klinik şəkli mürəkkəbləşə, onun gedişi bir qədər də pisləşə bilər. Belə hallarda sayıqlamalar sistemsiz, müxtəlif məzmunlu və ardıcılığını itirmiş olur. Arabit hallüsinasiyalar, psevdohallüsinasiyalar, katatonik əlamətlər də nəzərə çarpır.

Yaman paranoid formanın son dövrü nitqin qırıqlığı, emosianın ka-

sadlaşması, davranış pozuntuları və bəzən müşahidə olunan parafren sayıqlamalarla özünü büruzə verir.

Paranoid şizofreniyanın daha bir klinik variantı, *hallüsinator-sayıqlama formasıdır*. Bu forma üçün xarakter əlamətlər xəstəliyin başlanğıcında verbal illüziyalar və elementar hallüsinasiyalarla (səs, küy, hənirti, fit səsi) yanaşı sistemləşmiş sayıqlamaların olmasıdır. Bir qədər sonra hallüsinasiyalar mürəkkəbləşərək xəstəni təhqir edən, düşmənçilik məzmunu ifadə edən sözlərlə əvəz olunur. Bunun ardınca isə təqribən bir ildən sonra psevdohallüsinasiyalarla zəngin olan psixi avtomatizm sindromu, təqib, təsir, qısqanclıq sayıqlamaları meydana çıxır. Xəstəliyin son dövrü ərəfəsində hallüsinasiyaların məzmunu ilə əlaqədar olan sistemləşmiş sayıqlama fikirləri (parafren mərhələ) qeyd olunur. Bu forma sayıqlama variantlarından son dövrdə psixopatoloji halın mülayimliyi və qüsurlar əlamətlərinin nisbətən az olması ilə fərqlənir.

**II. Hebe frenik forma** nisbətən az rast gəlinir. Pozitiv əlamətlər zəif ifadə olunur və prosesin ilkin dövrlərində çətinliklə aşkar olunur. Xəstələrin özlərini gülünc aparması daha qabarıq nəzərə çarpır. Bir qədər sonra inkişaf edən katatonik əlamətlər (stupor, neqativizm), sayıqlama fikirləri (təqib, zəhərləmə, seksual təsir) və kobud qüsurlar əlamətləri – emosiyaların və şəxsiyyətin enməsi xəstəliyin klinik mənzərəsinin əsasını təşkil edir.



Şəkil 11. «Baştəmizləyən».

**III. Katatonik forma.** – İradi hərəkətlərin pozulması fonunda meydana çıxan bu formanın bir neçə variantları vardır.

a). **Oneyroid-katatonik** variant sürətlə meydana çıxan və eləcə də keçib gedən düşüncə pozuntusu fonunda, katatoniya, qorxu və həyəcan əlamətləri ilə xarakterizə olunur. Bu variant tutmanın olduqca qısa davam etməsi (iki həftəyədək) və remissiyanın yüksək keyfiyyəti ilə başqa variantlardan fərqlənir.

b). **Febril katatoniya** sindromu ilə gedən variant temperaturun yüksəlməsi ( $38-40^{\circ}\text{C}$ ) və bir sıra somatik pozuntularla, ürək-damar sisteminə olan pozuntular, damarların partlaması və s. diqqəti cəlb edir. Kata-

tonik sindromun klinik xüsusiyyətləri digər formalardan bir o qədər də fərqlənmir. Xəstələrin somatik vəziyyətlərinin ağırlaşması (yeməkdən imtina etdiyi üçün bədən çəkili azalır, infeksiya xəstəlikləri meydana çıxır) yüksək ölüm faizinə səbəb olur. Belə xəstələrə qulluq müalicənin əsas şərtlərindəndir. Bəzi alimlərin fikrincə xəstəliyin bir sıra spesifik xüsusiyyətlərə malik olması onu şizofreniyanın müstəqil forması kimi təsvir etməyə imkan verir.

**IV. Sadə - süstgedişli forma.** Bəzi müəlliflərin təkzib etməsinə baxmayaraq son illərdə aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, süstgedişli (azşiddətli) şizofreniya həqiqətən mövcuddur. Xəstəliyin bu forması qüsurlar əlamətlərinin dərəcəsi, meydana çıxma müddəti və son dövrün bir sıra klinik xüsusiyyətlərinə baxmayaraq şizofreniyanın qanunauyğunluqları çərçivəsində gedir. Süstgedişli şizofreniyanın bu xüsusiyyəti ona xəstəliyin xüsusi forması kimi yanaşmağı tələb edir. Bəzi alimlərin fikrincə süstgedişli şizofreniyaya münasibət, sərhədi (yüngül) psixi xəstəliklərə olan münasibətdən fərqlənmir. Ona görə ki, belə xəstələr uzun müddət əmək qabiliyyətlərini saxlayır, xəstəliyin klinik mənzərəsinə görə şəxsiyyət pozuntusuna və nevrozlara bənzəyir. İrsi və bir sıra psixopatoloji qanunauyğunluqların aşkar olunması da süstgedişli şizofreniyaya sərhədi psixi xəstəlik kimi yanaşmağa imkan vermişdir. Buna baxmayaraq süstgedişli formanı şizofreniyanın ayrıca forması kimi öyrənmək daha məqsədəuyğun sayılmalıdır. Çünki bu formanın mülayim, uzunmüddətli remissiyalar verən variantları ilə yanaşı, əsasən, emosional sferaya aid kobud psixopatoloji əlamətlərlə gedən, qabarıq nəzərə çarpan, qüsurlar əlamətləri ilə təzahür edən variantları da vardır.

Süstgedişli şizofreniyanın başlıca xüsusiyyətləri psixopatoloji əlamətlərin zəif ifadə olunması, tədricən inkişaf etməsi və ciddi emosional pozuntuların olmamasından ibarətdir. Bu forma üçün xarakter əlamətlər nevrozabənzər, psixopatabənzər sindromlardır. Süstgedişli şizofreniya əlamətlərin tədricən ağırlaşması ilə uzun illər davam etməsinə baxmayaraq, xəstələrin əmək qabiliyyəti və sosial vəziyyətləri: iş yerində, ictimai yerlərdə, qohum və tanışlar arasında ona göstərilən münasibət əksər hallarda nəzərə cərpacaq dərəcədə dəyişmir. Xəstəliyin gizli dövrünün uzun çəkməsi (bəzən 10 illərlə), əlamətlərin tədricən inkişaf etməsi, bəzən isə affektiv əlamətlərin güclənməsi, məhsuldar əlamətlərin zənginləşməsi, kəskinləşmələrin olması bu formanın diaqnostikasını çətinləşdirir. Gənc yaşlarında müşahidə olunan depersonalizasiyaların, ipoxondrik, depressiya, təfəkkür pozuntuları, «fəlsəfi müdriklik»lə ifadə olunan çox qiymətli ideyaların olması, 30–35 yaşdan sonra müşahidə olunan həyəcanlı depressiya, qısqanclıq sayıqlamaları və s. buna misal ola bilər.

Hansı əlamətlərin üstünlük təşkil etməsindən asılı olaraq xəstəliyin aşağıdakı klinik variantları müəyyən olunur.

- a) Sadə variant.
- b) Nevrozabənzər variant.
- c) Psixopatabənzər variant.
- ç) Latent (gizli) variant.

Sadə variantın başlıca cəhəti məhsuldar əlamətlərin yoxluğu, tədricən güclənən emosional pozuntuların üstünlük təşkil etməsidir.

Nevrozabənzər variantın ipoxondrik və senestopatik sindromlarla gədən formasında ipoxondrik məzmunlu yüksək qiymətli ideyalar, məsələn, kanseromaniya, kardiomaniya, sifilisomaniya kimi əlamətlər müşahidə olunur. Bəzən isə senestopatiya əlamətləri, bədən bəzi nahiyyələrinin soyuması, göynəmə, qan təzyiqi və cinsi oyanma hissi, defekasiya və sidik ifrazı aktlarının dayanması, yaxud əksinə güclənməsi və s. üstünlük təşkil edir.

İsteriyabənzər əlamətlərlə gədən variantda müxtəlif iflic və parezlər, fantastik fikirlər söyləmək meyili, ümumiyyətlə, isteriya nevrozunda müşahidə olunan əlamətlərin bir çoxunda rast gəlinir. Bu əlamətlərlə yanaşı bir sıra təfəkkür pozuntularına: nitqin yavaşması və ya sürətlənməsi, səs intonasiyasının dəyişməsi, təfəkkürün ambivalentliyi, sistemləşmiş sayıqlama ideyaları və emosional əlamətlərə (məsələn, maraq və istəyin zəifləməsinə) rast gəlinir.

Psixopatabənzər variantın klinik təsvirini əks etdirən əlamətlər bəzi cəhətləri ilə şəxsiyyət pozuntusuna oxşasa da, burada şizofreniya üçün xas olan bir sıra xüsusiyyətləri xəstəliyin inkişafının bütün mərhələlərində izləmək mümkündür. Belə xəstələrdə şəxsiyyət pozuntuları üçün xarakterik olan emosionallıq, öz məqsədinə nail olmaq üçün ardıcılıq olmur və ya cəfəng xarakter daşıyır.

**Rekurrent gedişli şizofreniya.** Bu formanın özünəməxsus gediş xüsusiyyətləri, tək və ya təkrar olunan polimorf tutmalarla təzahür etməsi onu digər gediş formalarından fərqləndirir. Belə ki, xeyli müddət davam edən işıqlı dövr (remissiya) xəstəliyin kəskinləşməsi ilə yenidən sanki geri qayıdır. Bu formanın diqqəti cəlb edən digər xüsusiyyətlərindən biri də, klinik təsvirinə görə həm yaman (dissosiativ pozuntuların olmasına görə), həm də bipolyar (affektiv pozuntuların olması) pozuntulara bənzəməsidir. Məhz, buna görə də bəzi xarici ölkə alimləri bu formanı şizoaffektiv psixoz adlandırırlar və müstəqil xəstəlik kimi onu şizofreniyadan ayırmağa cəhd göstərirlər.

Xəstəlik əksər təsadüflərdə affektiv pozuntu, müxtəlif məzmunlu sayıqlama ideyaları, həqiqi və yalançı hallüsinasiyalar, oneyroid tipli katato-

nik əlamətlərlə təzahür edir. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində, adətən, zəif şəkildə özünü bürüzə verən, çox da uzun müddət davam etməyən (bir neçə həftə) depressiya və ya maniakal oyanma əlamətləri aşkar edilir. Belə tutmalar bəzən xəstəliyin manifest dövründən xeyli əvvəl, gənclərdə və yeniyetmələrdə müşahidə olunur.

Xəstəliyin kəskinləşməsi qorxu, həyəcan, paranoial əlamətlər, özünə və ətraf mühitə bələdliyin pozulması ilə xarakterizə olunur. Affektiv sayıqlama məzmunlu derealizasiya və depersonalizasiya sindromları, yalançı qavramalarla zəngin olan psixi avtomatizm meydana çıxır. Bu əlamətlər tutmanın daha da kəskinləşməsini göstərir. Sayıqlamaların forması da tədricən dəyişərək sistemləşir. Beləliklə, xəstəliyin sonrakı inkişafı, əlamətlərin mürəkkəbləşməsi, sayıqlamaların fantastik məzmun ifadə etməsi ilə diqqəti cəlb edir.

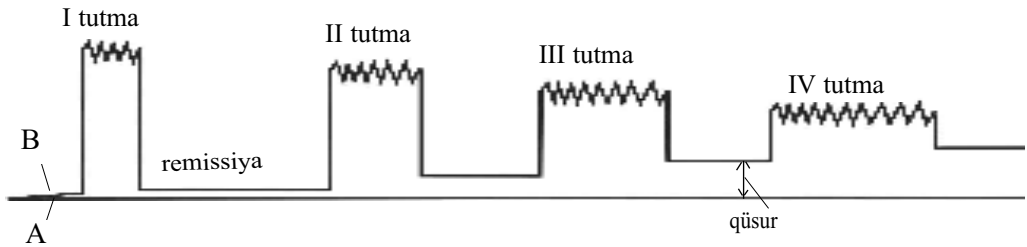
Bir çox hallarda göstərilən kəskin psixopatoloji əlamətlər stupor və ya substupor halına keçərək, psixi oyanıqlığın zəifləməsi, özünə və mühitə bələdliyin pozulması ilə müşayiət edilən oneyroid katatoniya sindromu ilə əvəz olunur. Təsvir olunan bu hal, tutmanın tam inkişaf mərhələsinə çatdığını göstərir. Lakin bəzən tutma öz inkişafının hər hansı bir mərhələsində, affektiv, affektiv-sayıqlama, yaxud da oneyroid-katatoniya sindromlarından hər hansı birinin üstünlük təşkil etməsi ilə dayana bilər.

Fasiləli gedişli şizofreniyada tutmaların sayı və müddəti müxtəlifdir. Bəzi hallarda bir və ya iki, bəzən isə 4–6 tutma olur. Tutmalararası dövr illərlə davam edə bilər. 20 il və daha çox davam edən remissiyalar mümkündür. Xəstəlik nə qədər gec, yəni ahıl yaşlarda başlayarsa gedişi bir o qədər xoşxassəli, remissiyalar uzunmüddətli, qüsurlu isə cüzi olur. Şəxsiyyətin dəyişməsi, qüsurlu əlamətlərinin forma və məzmunu bu gediş tipində fasiləsiz şizofreniyadan əsaslı surətdə fərqlənir. Məsələn, psixi aktivliyin azalması, emosional həssaslığın yüksəlməsi, tez küsmək, özünə qarşı yüksək diqqət tələb etmək kimi əlamətlər təzahür edir.

**D e p r e s s i v   p a r a n o i d** tipli tutmalarla gedən variantda əsas sindrom kimi nəzərə çarpan özünütəqsirləndirmə, özünükiçiltmə və münasibət sayıqlamalarıdır. İkinci dərəcəli əlamətlərdən isə qorxu hissini, yuxu pozuntusunu, tək-tək hallarda təsadüf edən oneyroid tipli düşüncə pozuntusunu, depersonalizasiyanı göstərmək olar. Göstərilən əlamətlər bir qayda olaraq depressiya fonunda cərəyan edir. Tutmaların müddəti bir-iki ay, bəzi hallarda isə daha çox ola bilər.

**O n e y r o i d - a f f e k t i v ( s i r k u l y a r )** variantda affektiv sindromlardan (manikal və depressiv) hər hansı biri digərini əvəz etməklə inkişaf etməkdə olan oneyroid vəziyyəti tamamlayır. Depressiv sindromun kəskinlik dərəcəsi, klinik gedişi və strukturu olduqca müxtəlifdir.





**Sxem 3.** Şizofreniyanın klinik gedişinin bəzi qanunauyğunluqlarını əks etdirən sxem.

B xəttinin A xəttindən uzaqlaşması psixi pozuntuları, remissiya dövründə bu xətlərin arasındakı məsafə isə şəxsiyyət dəyişikliklərinin həcmi göstərir.

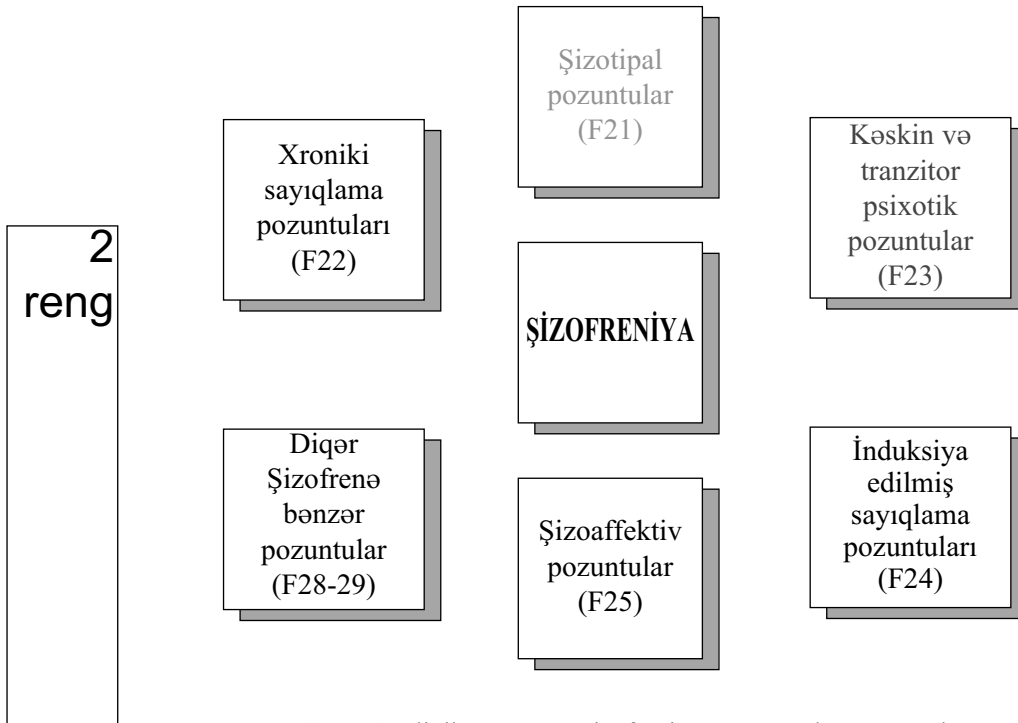
Disforik, ajitəli depressiya sindromu və ipoxondrik məzmunlu sarışan hallarla gedən depressiyaya nisbətən tez-tez rast gəlinir. Manikal halın klinik xüsusiyyəti sadə olduğu üçün diaqnostik çətinlik törətmir. Bəzən affektiv əlamətlər, qavrama (illüziyalar) və təfəkkür pozuntuları ilə (sayıqlama fikirləri) ağırlaşa bilər.

Şizoaffective və periodik formaların başlıca xüsusiyyətləri yuxarıda qeyd olunan əlamətlərin daha kəskin ifadə olunması və dövrü xarakter daşmasıdır. Hər bir tutmadan sonra meydana çıxan qüsurlar digər formalarda olduğundan ciddi surətdə fərqlənir. Yəni kobud olmur, kənar adamların diqqətini cəlb etmir.

Lusid katatonik variant katatonik pozuntularla (stupor, paramimiya, katatonik oyanma, impulsiv hərəkətlər) yanaşı, izləmə, zəhərləmə sayıqlamaları, psevdohallüsinasiyalar və bu kimi digər əlamətlərlə də zənginləşir. Buraya hebefrenik əlamətlərin də qoşulması xəstəliyin klinikasını daha da mürəkkəbləşdirir. Düzgün müalicə tətbiq olunarsa prosesi kəskinləşmə dövrünün başlanğıcında dayandırmaq, remissiya yaratmaq mümkündür. Xəstəliyin son dövrü kobud psixi çatışmazlıqlarla, şəxsiyyətin enməsi ilə xarakterizə olunur və olduqca tez meydana çıxır.

## **Gediş dövrləri, remissiya, şəxsiyyət dəyişiklikləri və son dövr**

Şizofreniya dinamik xarakterli, polimorf xəstəlik olmaqla özünəməxsus patokinetik qanunauyğunluğa malikdir. Xəstəliyin başlanğıc, inkişaf və son dövrləri ayırd edilir. İnkişaf mərhələsi üçün xarakterik olan tutmalar bir-birindən remissiya – işıqlı dövr və ya müvəqqəti sağalma dövrü ilə ayrılır. Başlanğıc dövr nisbətən zəif, az nəzərə çarpan əlamətlərlə təzahür



*Sxem 4.* Klinikasına görə şizofreniyaya yaxın olan pozuntular

edir. Bu dövrdə rast gəlinən əlamətlər əksər hallarda astenik, affektiv və nevrotik sindromlardan kənara çıxmır. Bu əlamətlərin özünü büruzə verməsi bəzən o qədər zəif olur ki, hətta təcrübəli həkim belə bunu ciddi xəstəlik əlaməti kimi qiymətləndirmir. Belə xəstələr, bir qayda olaraq, terapevtə, nevroloqa müraciət edir və nevrotik vəziyyət, asteniya halı kimi qəbul edilir. Bir neçə aydan uzun illərədək davam edən bu dövr əksər təsadüflərdə hər hansı bir amilin təsiri nəticəsində (psixotravma, infeksiya, intoksikasiya və s.) kəskinləşir və bu dövrdən etibarən xəstəliyin ikinci mərhələsi – inkişaf dövrü başlayır. Bu və ya başqa dərəcədə kəskin psixopatoloji əlamətlərlə xarakterizə olunan bu dövrdə psixi xəstəliyin olması artıq heç kəsdə şübhə oyatmır, xəstə psixiatra müraciət etməli olur. Bir neçə həftə davam edən tutma tətbiq olunan müalicə nəticəsində remissiya ilə nəticələnir. Remissiya keyfiyyətinə görə tam və ya yarımcıq ola bilər. Remissiyanın keyfiyyəti pozitiv əlamətlərin reduksiya olunması və qüsurların təzahür etmə dərəcəsi ilə müəyyənləşdirilir. Remissiya dövründə, xüsusən natamam remissiya zamanı şəxsiyyətin dəyiş-

məsi ilə xarakterizə edilən vəziyyət qeyd olunur. Həm keyfiyyətcə, həm kəmiyyətcə bir-birindən fərqlənən bu əlamətlərə aşağıdakılar aiddir:

1. *Şəxsiyyətin disharmoniyası*. Bu davranış və emosional reaksiyaların qənaətbəxş olmaması, xəstənin tələbi ilə bağlı hadisələrə münasibətin dəyişməsi, marağın azalması, özünəqapanma əlamətləri, ətraf adamlara qarşı kobudluq və tərbiyəsizlik elementlərinin təzahürü və s.-dən ibarətdir.

2. *Psixi enerji potensialının enməsi–Konrad sindromu*. Psixi fəallığın enməsi, hadisələrdən düzgün əqli nəticəçıxarma qabiliyyətinin və nitqin səlisliyinin pozulması. Bu zaman şəxs öz əqli qabiliyyətindən lazımınca istifadə edə bilmir.

3. *Şəxsiyyətin səviyyəsinin enməsi*. Psixi fəallığın, əmək qabiliyyətinin, maraq dairəsinin əsaslı sürətdə enməsi, yaxın adamlara qarşı uyşmazlıq, tənhalığa meyillik və s.

4. *Şəxsiyyətin geriə inkişafı*. Daha kobud pozuntular olub bir-birinə bənzəməyən əlamətlərlə özünü büruzə verir. Məsələn, əqli kütlük, özünütənqidin olmaması, meyillərin, xüsusən qida və cinsi meyillərin pozulması. Doğma adamlara qarşı tam laqeydlilik, bəzən isə güclü affektiv reaksiyalarla müşayiət edilən davranış pozuntuları. Dava-dalaş salmaq, başqalarını təhqir etmək kimi əlamətlər müşahidə oluna bilər.

X ə s t ə l i y i n s o n d ö v r ü – tutmalara xas olan kəskin əlamətlərin tədricən neqativ əlamətlərlə əvəz olunması və psixi sabitliklə xarakterizə olunan haldır. Bu dövr xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq bəzən çox qısa müddət (2–3 il) ərzində, əksər hallarda isə uzun illərdən sonra meydana çıxır. Son dövrün xüsusiyyətlərindən biri xəstələrin ictimai-faydalı əməkdən uzaqlaşması, emosional enmə əlamətlərinin meydana çıxmasıdır. Başqa sözlə, xəstələr artıq müstəqil yaşaya bilmir, kənar yardıma möhtac olurlar. Əksər hallarda onlar psixiatriya xəstəxanalarının daimi sakinlərinə çevrilirlər. Bir çox xəstələrdə son dövr katatonik sayıqlama, hallüsinator, sarışan və digər bu kimi əlamətlərlə sabitləşir.

Belə xəstələrdən bəzilərinin vəziyyəti aktiv müalicə nəticəsində yaxşılaşa bilər. G e c i k m i ş r e m i s s i y a adlanan bu vəziyyət təsadüfi hal deyil, düzgün təyin edilmiş patogenetik müalicənin nəticəsidir.

## Uşaqlarda və yeniyetmələrdə şizofreniyanın xüsusiyyətləri

Şizofreniya xəstəliyinin uşaq yaşlarında da rast gəlindiyini heç kəs inkar etmir. Bu mövzu ətrafında meydana çıxan mübahisələr, «Yaş patomorfozu» deyilən anlayış şizofreniya xəstəliyinin klinik və bioloji qanunauyğunluqlarının, eyni zamanda uşaqlara da aid olmasını təsdiq edən mühüm dəlillərdən biridir. Xəstəliyin uşaqlarda yaşla əlaqəsini düzgün təhlil etmək üçün psixiatriyada qəbul olunmuş yaş dövrlərini nəzərə almaq lazımdır: 1) uşaqlıq dövrü – 12 yaş; 2) yeniyetmə dövrü – 13–15 yaş; 3) gənclik dövrü – 16–18 yaş.

Əhali arasında xəstəliyin rast gəlinən formalarının təqribən  $\frac{1}{4}$ -i 18 yaşadək, 5–7%-i isə uşaqlıq dövründə (12 yaşadək) təsadüf edilir. Qızlara nisbətən oğlanlarda xəstəlik daha tez-tez (60–70%) baş verir.

Uşaq yaşlarında rast gəlinən şizofreniyanın ən başlıca xüsusiyyətlərindən biri pozitiv əlamətlərin yaşa görə dəyişməsidir. Yəni bir sıra əlamətlərin yaşa uyğun olaraq daha parlaq nəzərə çarpması və bir sıra sindromların, əsas etibarilə uşaqlarda təsadüf edilməsidir. Məsələn, ümumi inkişafın, o cümlədən, psixi inkişafın ləngiməsi, hərəkətlərdə və nitqdə ifadə olunan stereotipiya, patoloji uydurmalar və s.

Uşaq yaşca nə qədər kiçikdirsə psixopatoloji əlamətlər bir o qədər nəzərə çarpır və polimorf olur. Yeniyetmə dövrü üçün xarakterik əlamətlərdən anoreksiyanı (az yemək nəticəsində arıqlama), metafizik intoksikasiyanı, ipoxondriya və heboid sindromları qeyd etmək olar. Uşaqlarda şizofreniyanın gedişi, o cümlədən, klinik formaları böyüklərdən, demək olar ki, fərqlənmir. Kiçikyaşlı uşaqlar arasında proqridentliyə meyilli, fasiləsiz və süstgedişli formalar daha çox, fasiləli (rekurrent) gedişli şizofreniya isə az rast gəlinir. Bir sıra hallarda tutmaların klinik təsviri əlamətlərin polimorfluğu hesabına konkret bir gediş çərçivəsində deyil, dəyişkən olur.

Yaman gedişi xarakterizə edən başlıca əlamət, sürətlə inkişaf edən şəxsiyyətin dəyişilməsidir ki, bu da autizm, emosional çatışmazlıq, hərəkət və nitq pozuntusu, psixi aktivliyin enməsi ilə meydana çıxır. Süstgedişli şizofreniya uşaqlar arasında geniş yayılmışdır. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda bu forma bəzi «əlavə xüsusiyyətlər» malikdir. Bu formaya məxsus olan klinik əlamətlərlə, yaxın adamlara qarşı marağın sönməsi, autizm, psixi aktivliyin zəifləməsi ilə yanaşı bir sıra məhsuldar psixopatoloji əlamətlər də qeyd olunur. Məsələn, belə uşaqlar bəzən uydurma suallarla böyüklərə müraciət edir, adi söhbətlərə qeyri-adi maraq göstərirlər. Sarışan hallar, qorxu, şübhə əlamətləri daha tez-tez təsadüf edilir.

Bunlarla yanaşı belə uşaqlarda cinsi sferaya məxsus patoloji meyillər aşkar edilir.

Süstgedişli, fasilələrlə şiddətlənən şizofreniyanın uşaqlar arasında geniş yayılmış variantları, əsasən nevrozvari və psixopatvari debütlə başlayan formalarlardır. Tutmalarla şiddətlənən şizofreniyanın nisbətən az təsadüf edilməsinə baxmayaraq, o, zəngin atipik əlamətlərlə müxtəlif qorxu, patoloji uydurma, nitq pozuntusu və s. ilə diqqəti cəlb edir. Affektiv, ipoxondrik, senestopatik əlamətlər, hallüsinasiyalar, sayıqlama və katatoniya əlamətlərinə nisbətən az rast gəlinir.

Kiçik yaşlarda təsadüf edilən şizofreniyanın əsas variantları bunlardır: affektiv, affektiv-nevrozabənzər, affektiv sayıqlama, affektiv-katatoniya, hallüsinator-paranoid və katatonik sindromlarla gedən formalar. Nisbətən böyük yaşlarda isə həyəcanlı-ipoxondrik, depressiv-paranoid, kəskin parafreniya və ya oneyoid sindromlarla təzahür edən affektiv-sayıqlama formalarını qeyd etmək olar.

Rekurrent gedişli şizofreniya uşaqlar arasında az hallarda (5–10%) təsadüf edilir. Bu forma çərçivəsində rast gəlinən psixoz kəskin əlamətlərlə başlayır və cüzi şəxsiyyət pozuntuları ilə remissiya verir. Bir çox hallarda tutma hər hansı bir zərərli amillərlə, infeksiya, somatik xəstəliklər, psixi travma və s. ilə əlaqədar baş verir.

Uşaqlar arasında rast gəlinən şizofreniyanın son dövrünün tez və ya gec meydana çıxması, qüsurların zənginliyi xəstəliyin hansı yaş dövründə başlanmasından və gedişinin şiddətindən asılıdır. Adətən, yaman şizofreniya kobud qüsurların əlamətləri ilə nəticələnir. Lakin bəzi hallarda, xüsusən xoşxassəli gediş formalarında uzunmüddətli qüsursuz remissiya, hətta praktik sağalma da mümkündür.

## Diferensial diaqnostika

Şizofreniyanın diaqnozu əsas – kordinal əlamətlərin aşkar edildiyi və bu xəstələrə xas olan şəxsiyyətin özünəməxsus dəyişiklikləri qeyd olunduğu təqdirdə qoyulmalıdır. Diaqnozun əsaslandırılmasında anamnestik məlumatların böyük əhəmiyyəti vardır. Beləliklə, şizofreniyanın tədqiqinin bugünkü səviyyəsində diaqnoz tam mənası ilə onun klinikasına əsaslanır. Bununla yanaşı bir sıra müayinə üsulları, o cümlədən, paraklinik-laborator və psixoloji sınaqlar həkimlərə şizofreniyanın diaqnostikasında müəyyən yardım göstərə bilər.

Şizofreniyanın diferensial diaqnostikasını affektiv pozuntular, invalyusion, intoksikasion və reaktiv psixozlarla, həmçinin şəxsiyyət pozuntuları, nevrozlar və somatogen psixi xəstəliklərlə aparmaq lazımdır.

Şizofreniyanı yuxarıda göstərilən xəstəliklərdən fərqləndirən əsas cəhət, xəstəliyin gedişi boyu nisbətən sadə sindromların daha mürəkkəb sindromlarla əvəz olunması, yəni şiddətlənməsidir. Xəstəliyin belə bir qanunauyğunluq əsasında inkişaf etməsinə baxmayaraq, gedişi və klinik formalarından asılı olaraq bir sıra diaqnostik çətinliklərə rast gəlinir.

Şizofreniyanın bəzi klinik formalarında qabarıq şəkildə ifadə olunan və təqribən xəstələrin 80%-ində təsadüf edilən bir sıra əlamətlər, məsələn, autizm, katatonik əlamətlər, sayıqlamalar, psixi avtomatizm, mücərrəd məzmunlu eşitmə hallüsinasiyaları, enerji potensialının enməsi xəstəliyin diaqnozunu xeyli asanlaşdırır.

Katatonik əlamətlər, düşüncə pozuntusu və hərəkətin yüksəlməsi ilə gedən febril-katatoniya və ya hipertoksik şizofreniyanı somatik, o cümlədən, infeksiya psixozlardan təcrid etmək xeyli çətinlik törədir. Şizofreniyanın bu forması bəzən doğuşdan və ya yoluxucu xəstəliklərdən sonra inkişaf edir. Belə hallarda xəstəliyin spesifik əlamətləri və dinamikası ciddi təhlil olunmalıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, ekzogen psixozlar güclü psixomotor oyanmalar və aralıq nəzərə çarpan katatonik əlamətlərlə davam edir. Şizofreniyada isə katatonik sindrom tutmanın əvvəlindən sonuna kimi özünü göstərir. Tutmalararası dövrdə şizofreniya üçün xas olan bəzi katatonik əlamətlər və emosiya pozuntuları ilə müşayiət olunan ümumi süstlük olduğu halda, ekzogen psixozlarda, ancaq asteniya halı qeyd olunur.

Şizofreniyanın tutmaları ekzogen psixozlarda olduğundan daha çox davam edir. Şizofreniya xəstəliyi zamanı tez-tez rast gəlinən və spesifik əlamətlərdən hesab olunan hallüsinator-paranoid sindromun infeksiya, intoksikasiya epileptik psixozlarda və mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəliklərində də rast gəlinməsi xəstəliyin diaqnostikasında müəyyən çətinliklər törədir.

Şizofreniyada rast gəlinən hallüsinator-paranoid sindrom, bir qayda olaraq, qanunauyğun tərzdə inkişaf edən endogen proseslə əlaqədardır, yəni müxtəlif xarici amillərin sindromun məzmununa daxil yoxdur. Eyni zamanda, xəstə ona laqeyd münasibət bəsləyir. Hallüsinator-paranoid sindromun məzmunu infeksiya, intoksikasiya və beynin üzvi psixozlarında adi xarakter daşıyır, xarici təsirə uyğun olaraq dəyişir, xəstə onları gərgin emosional hallarla ifadə edir. Epilepsiya psixozunda isə affektiv hal disforiya vəziyyətinə qədər kəskinləşə bilər.

Bəzi hallarda fasiləli gedən (rekurrent) şizofreniyanı affektiv pozuntulardan fərqləndirmək tələb olunur. Affektiv pozuntular üçün xas olmayan polimorf xarakterli tutmalar və tutmadan-tutmaya artan

### **Şizofreniyanın etiopatogenezi izah etməyə çalışan nəzəriyələr:**

#### **Endogen konsepsiyalar:**

- İrsi nəzəriyyə
- Endokrin nəzəriyyə
- İmmunoloji (immunogenetik) nəzəriyyə
- Autointoksikasiya nəzəriyyə
- Endorfin-enkefalin nəzəriyyəsi

#### **Ekzogen konsepsiyalar:**

- İnfeksion nəzəriyyə (o cümlədən virusoloji)
- MSS-in prenatal zədələməsi nəzəriyyəsi
- Stress-adaptasiya nəzəriyyəsi və s.

şəxsiyyətin dəyişməsi əlamətlərinin qeyd olunması əsas diaqnostik göstərici kimi qəbul edilməlidir.

Ahıl yaşlarda başlayan depressiv-paranoid tutma ilə gedən fasiləli şizofreniyanın qocalıqönü (invalüsiya) depressiyadan təcrid etmək üçün aşağıdakı iki əsas xüsusiyyəti nəzərə almaq lazımdır.

1. Şizofreniya üçün xarakterik olan fantastik məzmunlu fiziki təsir sayıqlamalarının olması.

2. Qocalıqönü depressiya üçün xarakterik olan həyəcanlı-affektin, həyəcanlı-ipoxondriya və Kotar sindromunun olması.

Azşiddətlənən, süstgedişli şizofreniyanı nevrozlar, şəxsiyyət pozuntuları və reaktiv hallarla diferensiasiya etmək xeyli çətinlik tələb edir. Bunun səbəbini izah edən tədqiqatçılar qeyd edirlər ki, sərhədi psixi xəstəliklərlə az şiddətlənən şizofreniyanın klinik cəhətcə bir-birinə yaxın olması patoloji əlamətlərin ümumiliyindədir. Hər iki qrup xəstəliklər üçün birinci dərəcəli əlamətlərin (asteniya, affekt, ipoxondriya və paranoial) aşkar edilməsi və klinik cəhətcə qiymətləndirilməsi başlıca şərtdir. Sindromların dinamikasını izləyərək dəqiq təhlil əsasında şizofreniya üçün xas olan pozitiv, ilk növbədə, təfəkkür, emosiya və qavrama sferasına aid olan əlamətləri və neqativ – autizm, şəxsiyyətin dəyişməsi və s. əlamətlərin aşkar edilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Şizofreniya üçün xas olan əsas xüsusiyyətlərdən biri də xəstələrin emosional halının tədricən sönməsi, marağın, eyni zamanda yaşamaq həvəsinin azalmasıdır. Əlbəttə, bu əlamətlərin aşkar edilməsi müəyyən vaxt tələb edir. Xəstəliyin müddəti artdıqca əlamətlərin şizofreniyanın təbiətinə uyğun tərzdə formalaşması prosesi gedir, yəni xarici təsirlərlə əlaqə-

sizliyi, somatik şikayətlərin yavaş-yavaş ipoxondrik məzmun kəsb etməsi qeyd edilir.

Şizofreniyanın tədqiqində böyük xidmətləri olmuş E. Blöylerin fikrinə aşağıdakı üç sindromun birlikdə rast gəlinməsi şizofreniyanın diaqnozunu təsdiq etməyə imkan verən başlıca şərtidir. Blöyler triadasına aşağıdakılar aiddir: 1) təfəkkürün (assosiativ əlaqələrin) pozulması; 2) emosiyaların pozuntuları, simvoliklik, paradoksallıq, ambivalentlik və s.; 3) özünü və mühiti dərk etmənin yadlaşması, şəxsiyyətin dəyişməsi.

## **Etiologiyası və patogenezi**

Şizofreniyanın etiologiyası və patogenezinin öyrənilməsi psixiatriya sahəsində çalışan alimlərin həmişə diqqət mərkəzində olmuşdur. Elmi ədəbiyyatda toplanmış yüzrlərlə tədqiqat işləri, irəli sürülən onlarla hipotez və nəzəriyyələr bunu sübut edir.

Müasir təsəvvürlərə görə, şizofreniya müxtəlif etiologiyalı, irsi meyillilikli, həmçinin bətdaxili və perinatal daxil olmaqla müxtəlif provokasiyaedici amilləri olan heterogen xəstəliklər qrupuna aiddir.

Qeyd edilənləri mütləq hesab etmək hələlik mümkün olmadığı üçün tarixi baxımdan maraq kəsb edən tədqiqatları nəzərdən keçirmək faydalı olardı.

Şizofreniyanın meydana çıxmasında prinsipial əhəmiyyət kəsb edən başlıca məsələ xəstəliyin ekzogen (xarici amillərin təsiri) və ya endogen (irsiyyətlə əlaqədar olan amillər) xarakterli olmasıdır. Hələ 1898-ci ildə məşhur rus psixiatri S.S.Korsakov şizofreniyanın (onun təsvir etdiyi diznoya) irsiyyətlə əlaqəsini qeyd etmiş, həm də xarici mühitin zərərli amillərinin (infeksiyanın və psixi travmanın) rolunu göstərmişdir.

Şizofreniyanın meydana çıxmasını izah edən ilkin nəzəriyyələrdən biri E. Krepelin tərəfindən irəli sürülən və bir sıra alimlər tərəfindən (Veyland, Hiden, E. A. Osipov, V.A.Qilyarovski) inkişaf etdirilən endokrinoloji nəzəriyyə olmuşdur. Şizofreniya zamanı orqanizmdə mürəkkəb harmonal dəyişikliklər getməsinə, cinsi yetişkənlik, hamiləlik, doğuş və klimaks dövründə meydana çıxmasını nəzərə alaraq, həmin alimlər onu endokrin pozuntularla əlaqədar olan xəstəlik kimi izah etməyə cəhd göstərmişlər.

Hazırda ən çox diqqəti cəlb edən irsi nəzəriyyədir. Bu nəzəriyyənin tərəfdarları iki mühüm faktı əsas götürərək şizofreniyanın sırf endogen (irsi) xəstəlik olmasını sübut etməyə çalışırlar. Həmin faktlardan birincisi xəstələr populyasiyasında qohumluq dərəcəsi yaxınlaşdıqca xəstələnmə



hallarının artması, ikincisi isə xəstəliyin təkyumurtalı əkilərdə cütyumurtalı əkilərə nisbətən daha yüksək faiz təşkil etməsidir.

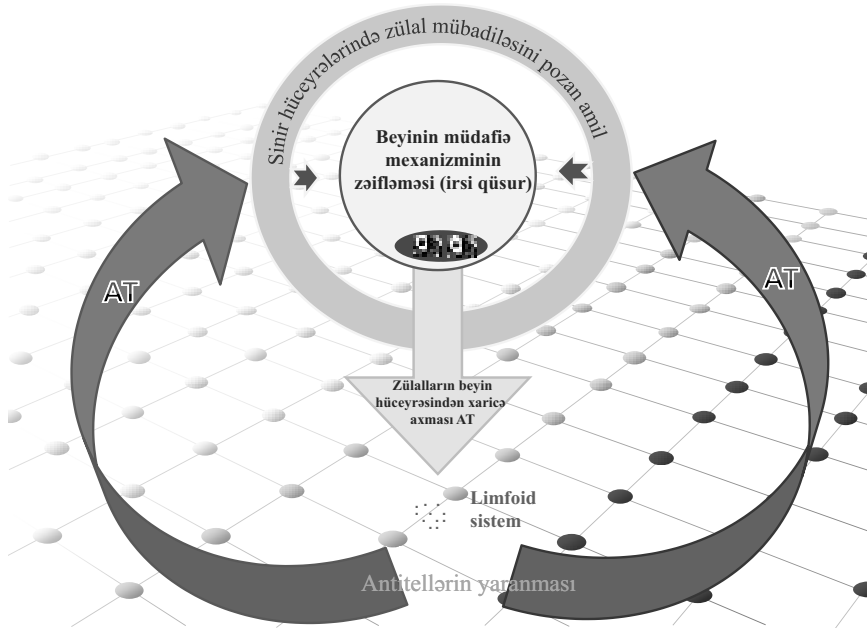
Patoloji irsiyyətin rolunu dəqiqləşdirmək məqsədilə XX əsrin 60-cı illərində, eyni vaxtda iki qrup tədqiqatçılar şizofreniyanın iki modelini tərtib etdilər. L.Heston doğuşdan üç gün sonra xəstə analardan ayrılmış, sağlam ailələrdə tərbiyə olunmuş uşaqları uzun illərdən sonra müayinə edərək belə nəticəyə gəldi ki, valideynləri xəstə olan, lakin sağlam ailədə tərbiyə olunmuş uşaqlar arasında, valideynləri sağlam olan və özgə ailələrdə tərbiyə olunan uşaqlara nisbətən şizofreniyaya tutulma halları daha çoxdur. Başqa sözlə, şizofreniyanın meydana çıxmasında patoloji irsiyyətin rolu təsdiq edilirdi.

4 - c ü c ə d v ə l

***Qohumlar arasında şizofreniyaya tutulma  
halları (%-lə)***

| P o p u l y a s i y a l a r                                           | F a i z l ə r |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| Ümumi populyasiyada                                                   | 0,5 – 1       |
| İkinci dərəcəli qohumlar arasında<br>(əmi, dayı, xala, bibi uşaqları) | 4 – 8         |
| Ögey bacı-qardaşlar arasında                                          | 6 – 7         |
| Doğma bacı-qardaşlar arasında                                         | 15 – 20       |
| Valideynlərdən biri xəstə olarsa                                      | 15 – 25       |
| Valideynlərdən hər ikisi xəstə olarsa                                 | 25 – 50       |
| Diziqot (cütyumurtalı) əkilərdə                                       | 30 – 45       |
| Monoziqot (təkyumurtalı) əkilərdə                                     | 65 – 86       |

Amerika və Danimarka alimləri isə bioloji valideynləri sağlam və xəstə olan, lakin müxtəlif (həm sağlam, həm də xəstə) ailələrdə tərbiyə olunmuş uşaqları müayinə etdilər. Məqsəd, iki şərti hipotezi yoxlamaq idi. 1-ci şizofreniyanın səbəbi düzgün aparılmayan tərbiyə və ailədaxili pozuntulardırsa, xəstə tərbiyəçilərin uşaqlarında xəstələnmə halları daha çox olmalı idi. 2-ci, əgər şizofreniya irsi xəstəlikdirsə, tərbiyəçinin səhhətindən asılı olmayaraq bioloji valideynləri xəstə olan uşaqlar arasında xəstələnmə halları daha çox olmalı idi. Aparılan tədqiqat göstərir ki, tərbiyəçilərin səhhətindən asılı olmayaraq bioloji valideynləri sağlam olan uşaqlar arasında xəstələnmə halları 1%-dən artıq qeyd olunmur. Bu kimi elmi axtarışlardan sonra şizofreniyanın etiopatogenezinin irsi cəhətcə öyrənilməsi daha da sürətləndi.



**Sxem 5.** Şizofreniyanın patogenizinə immunobioloji yanaşma

İrsi meyilliyin və stress amilinin olması şizofreniyanın meydana çıxmasına səbəb olan şərtlərdən biri kimi qəbul oluna bilər. Göstərilən başlıca şərtlərdən başqa, əhəmiyyət kəsb edən amillər sırasına yaş amilini də daxil etmək lazımdır. Beləliklə, bu konsepsiyayı nəzərə alıb, hər bir amilin xüsusi çəkisini də müəyyən etmək lazımdır. Aşağıdakı formul abstrakt şəkildə olsa da bu məsələyə aydınlıq gətirmək üçün təklif edilmişdir.

$$Sch = 3x + 2y + z.$$

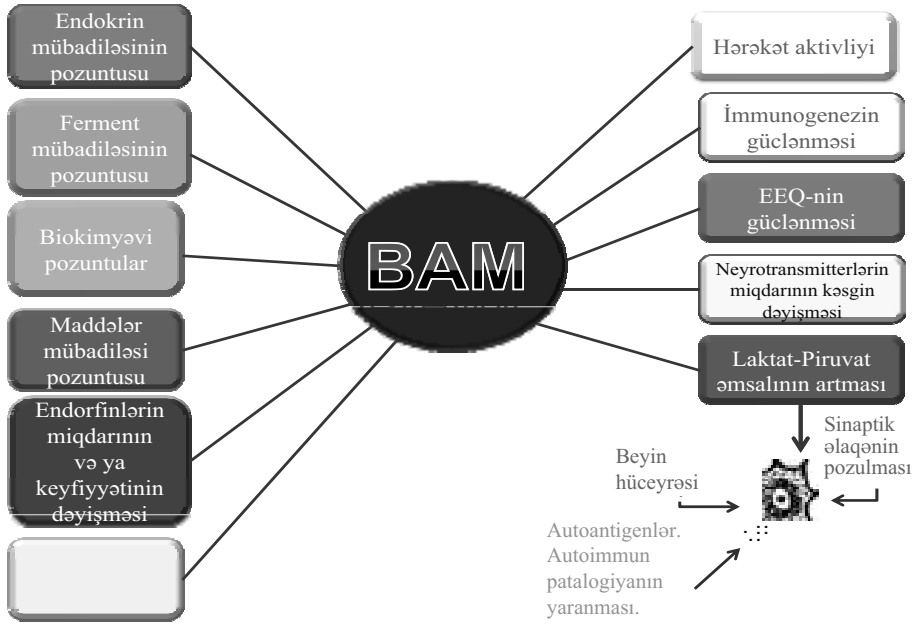
x – irsi amil,

y – stress amili,

z – yaş amilidir.

Hər bir rəqəmin maksimum həddi 25% qəbul edilərsə, şizofreniyanın meydana çıxması üçün göstərilən rəqəmlərin cəmi 100-ə bərabər olması vacib şərtidir. Ancaq bu şərt ödəndikdə şizofreniya xəstəliyi meydana çıxır. Göründüyü kimi, yalnız irsi amil və ya digər iki amil ayrı-ayrılıqda şizofreniyaya səbəb ola bilmir. Bunun üçün irsi amilin mütləq (heç olmazsa 25% həcmində) və digər amillərin (bütövlükdə 75%) təsiri vacibdir.

Son illərin tədqiqatlarına əsaslanaraq bəzi alimlər güman edirlər ki, şizofreniya poligen xəstəlikdir, yəni bir neçə genlər tərəfindən törənir.



4  
reng

**Sxem 6.** Bioloji aktiv maddənin yaranması və təsir növləri haqqında fərziyə

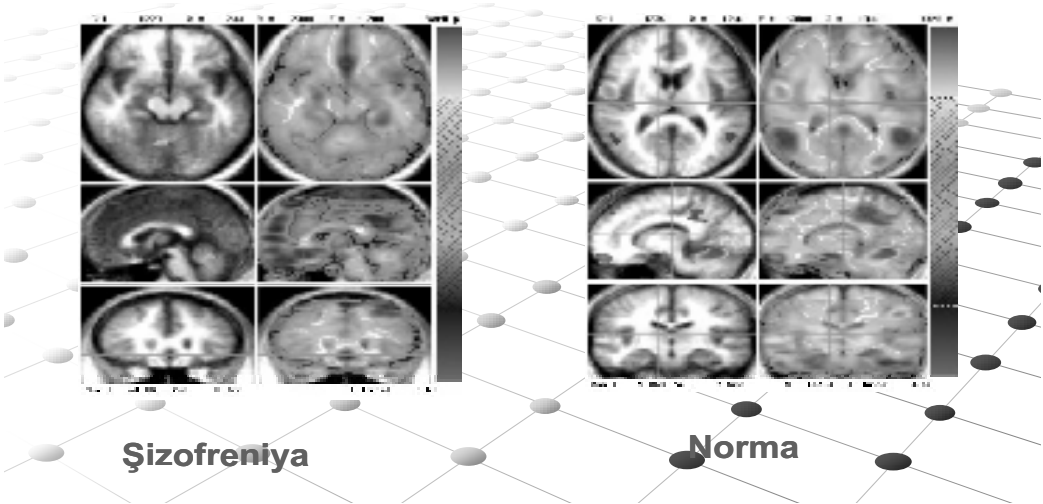
Autointoksikasiya nəzəriyyəsinin tərəfdarları şizofreniya xəstəliyi zamanı irsi çatışmazlıq və ya xarici amillərin təsiri nəticəsində orqanizmdə əmələ gələn və sinir hüceyrələrinin normal fəaliyyətini pozan toksinlərə (metabolitlərə) əhəmiyyət verirlər. **B i o l o j i a k t i v m a d d ə** adlandırılan bu toksinlərin beyin daxilində və ya digər orqanlarda yaranması mübahisəlidir. Axı, beyin özünü yad təsirlərdən qorumaq üçün hematoensefalitik baryerə malikdir. Məlum olduğu kimi, oliqofreniyanın klinik formalarından biri olan fenilketanuriya, qaraciyərdə sintez olunan fenilalanin fermentinin çatışmazlığı nəticəsində əmələ gəlir. Deməli, beyin hüceyrəsinə təsir göstərən toksinlər beyindən kənarda da yaranı bilər.

Bir qrup alimlər (Ç.Smits, A.Fridhofer) autointoksikasion amil kimi biogen amillərə (katexolaminlər, indolaminlər) əhəmiyyət verirlər. Onların fikrincə beyin hüceyrələrində bu maddələrin biosintezinin pozulması şizofreniya zamanı müşahidə olunan əlamətlərin klinik əsasını təşkil edir. Digər alimlər (O.Arnold, H.Hofman, U.Fromen) karbohidrat enerji mübadiləsi pozuntusuna üstünlük verirlər. Psixiatriya təcrübəsində tətbiq edilən əksər psixotrop maddələr sinir sistemi hüceyrələrinin dofamin reseptorlarını blokada etdiyini əsas götürərək, bəzi müəlliflər dofamin maddəsinin rolunu qeyd edirlər. Biokimyəvi, daha dəqiq desək, neyromediator-

lar nəzəriyyəsinə əsasən, ən çox əhəmiyyət kəsb edən dofamin hipotezinin meydana çıxmasına rəvac verən, psixotrop maddələrin, məhz dofamin reseptorları vasitəsilə təsir göstərməsidir. Bu hipotezi daha da inandırıcı edən bir sıra digər mediatorların psixoz əlamətlərini gücləndirməsi faktıdır. Bəzi tədqiqatçılar isə müxtəlif toxuma və hüceyrələrdə MAO (monoaminoksidaza) fermentinin çatışmazlığına əhəmiyyət verirlər. Göründüyü kimi, orqanizmə autointoksikasion təsir göstərən maddələrin əmələ gəlməsi imkanları çoxdur. Bu maddələrin hansının daha mühüm əhəmiyyət kəsb etməsindən asılı olmayaraq şizofreniya zamanı onların varlığını sübut edən eksperimental təcrübələr kifayət qədərdir. Ümumi şəkildə desək, onlar şizofreniyaya tutulan xəstələrin qanını və ya digər bioloji mayələrini (limfa, haram ilik mayesi, sidik) təcrübə heyvanlarına yeritməklə, onun tərkibindəki toksik maddənin və ya bioloji aktiv maddənin – BAM varlığını sübut edən təcrübələrdir.

Xəstələrin və sağlam adamların qan zərdabı yeridilmiş iki qrup təcrübə heyvanlarında aşağıdakı təsirləri müşahidə etmək mümkündür.

- 1) Beyin hüceyrələrinin elektrik aktivliyinin (elektroensefaloqramma əyrisinin intensivliyi) artması.
- 2) Davranışda müşahidə olunan pozuntular: aqressivlik, yeməkdən imtina etmək, neqativizm.
- 3) Bioloji stress reaksiyasının güclənməsi, EÇS-in, leykositlərin, qanda şəkərin və s.-nin artması.



**Şəkil 12.** Pozitron-emission tomoqrafiyada (PET) beyinin bəzi sahələrində aktivliyin azalması

4) İmmunitet reaksiyalarının – immunogenezin güclənməsi – antitel sintezinin artması.

5) Beyin toxumasının şəkəri mənimsəmə qabiliyyətinin pozulmasını göstərən laktat-piruvat əmsalının artması.

6) Sinir hüceyrələrinin membran keçiciliyinin pozulması.

Şizofreniyaya tutulan xəstələrin qanında xüsusi toksik maddənin varlığını sübut edən Amerika alimi R.Hitsin apardığı işlər böyük mübahisələrə səbəb oldu. 1956–1957-ci illərdə, o, xəstələrin qanında *t a r a k - s e i n* adlı maddə aşkar etdi. Bu maddəni heyvanlar, sonra isə könüllülər üzərində sınaqdan keçirərək onun şizofreniyaya məxsus əlamətlər əmələ gətirdiyini nümayiş etdirdi. Taraksein yeridilmiş şəxslərdə bir sıra spesifik əlamətlər: yeməkdən imtina etmək, stupor, hallüsinasiyalar, şübhəlilik, bir sıra emosional pozuntular meydana çıxdı. Bir neçə saatdan bir neçə günədək davam edən bu əlamətlər şizofreniyanın əlamətlərinə çox oxşayırdı. Dünyanın başqa laboratoriyalarında bu təcrübənin təkrarı tarakseinin spesifikliyini təsdiq etmədi. Bir neçə il sonra R.Hits özü etiraf etdi ki, onun kəşf etdiyi taraksein qan zərdabının zülal tərkibli JgG-immunoglobulin adlanan fraksiyasıdır.

Son illərdə immunopatoloji hipotez intensiv olaraq tədqiq olunmaqdadır. O, irsi və autointoksikasiya nəzəriyyələrindən təcrid olunmuş şəkildə deyil, onlarla birlikdə öyrənilir. Bu limfositlərin normal funksiyasının pozulması və beyin toxumasına qarşı antitellərin əmələ gəlməsinə əsaslanır.

Məlum olduğu kimi, normal immun reaksiyaları təmin edən limfositlər iki mənbədə: sümük iliği və timus vəzində yaranır. Antitellərin əmələ gəlməsində fəal rol oynayan limfositlərin bir qismi sümük iliyindən birbaşa qan dövrəni sisteminə keçir. Bunlar B-limfositlər adlanır və humoral immunitətdə iştirak edir. Hüceyrə immuniteti reaksiyanı təmin edən digər qrup limfositlər isə timus vəzində yetişdikdən sonra qana daxil olur. Bunlara timusdan asılı və ya T-limfositlər deyilir. Timus, T-limfositləri yetişdirən mərkəzi orqan olmaqla eyni zamanda yad hüceyrələri neytrallaşdıran, yəni onun antigenə çevrilməsinin qarşısını alan bir orqandır. Belə ki, timus vəzisi və T-limfositlərin funksional pozuntusu yad toxumalara, o cümlədən, orqanizmin öz toxumalarına qarşı antitellər yaranmasına səbəb olur. Bu da immunopatoloji prosesin əsasını təşkil edir.

Şizofreniya xəstəliyi zamanı beyin toxumasına qarşı antitellərin əmələ gəlməsi və onun miqdarının xəstəliyin şiddətindən asılı olaraq artması, bu xəstəliyi autoimmun xəstəliklər sırasına aid etməyə imkan vermişdir. Son illər bu hipotezi təsdiq edən digər faktlar da aşkar olunmuşdur. Sağlam adamlara nisbətən xəstələrdə limfositlərin spontan aktivliyinin yük-

səlməsi, timus vəzisinə qarşı antitellərin yaranması, xronik xəstələrdə immunoloji reaktivliyin aşağı enməsi və s. buna misal ola bilər. Hazırda irsi çatışmazlıq əsasında autointoksikasion və immunopatoloji hipotezləri əlaqələndirən yeni nəzəriyyə inkişaf etməkdədir.

Şizofreniyanın etiopatogenezinin öyrənilməsi sahəsində göstərilən cəhdlər bir sıra elm sahələrinin, məsələn, immunologiya, molekulyar genetika, bioloji kimya və s. inkişafı ilə bağlı olduğundan bu tədqiqatların zənginləşməsi gələcək müvəffəqiyyətlərin əsasını təşkil edəcəkdir.

**Patomorfoloji dəyişikliklər.** Şizofreniyanın patomorfoloji substratının öyrənilməsinə XX əsrin ortalarında başlanmışdır. Xəstələrin ölümündən sonra beyin maddəsinin və daxili orqanların mikroskopik tədqiqi zamanı müxtəlif dəyişikliklərin aşkar edilməsinə baxmayaraq, onların heç biri spesifik diaqnostik əhəmiyyətə malik pozuntu kimi qiymətləndirilməmişdir.

Mikroskopik dəyişikliklər qabıq qanqlioz və qlioz hüceyrələrə aiddir. Qabıq neyronlarında tapılan patologiya distrofik xarakterli olub, ödem, işemiya, vakualizasiya, hüceyrələrin lipoidlərlə dolması əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Bir sıra hallarda sağlam hüceyrələr arasında kiçik patoloji ocaqlar, məhv olmuş neyronlar və boşluqlar aşkar edilmişdir. Hiper toksik şizofreniya zamanı beyin maddəsində ödem, damarların hiperemiyası, nöqtəvari qansızma əlamətlərini görmək mümkündür. Ən dəqiq müayinə üsullarından biri olan kompyuter tomoqrafiyası yalnız bəzi təsadüflərdə beyin toxumalarının həcmnin azalması faktını təsdiq edə bilmişdir.

Müalicə metodları da ələlxüsüs psixofarmakoloji maddələr şizofreniyanın patomorfologiyasına öz təsirini göstərir. Uzun illər psixotrop maddələrlə müalicə olunan xəstələrdə yuxarıda təsvir olunan patoloji ocaqları tapmaq mümkündür.

## Müalicə

Xəstəliyin etiopatogenezinin dəqiq öyrənilməməsi məqsəduyğun müalicə formaları tətbiq etməyə imkan vermir. Şizofreniya xəstəliyi öyrənilməyə başlanıldığı vaxtdan indiyədək, küllü miqdarda müalicə üsulları və dərman maddələri sınaqdan keçirilmişdir. Onlardan bəziləri indi də öz əhəmiyyətini itirməmişdir. Geniş yayılmış müalicə vasitələri bunlardır: psixofarmakoloji müalicə metodu, cəngolma tutmaları ilə müalicə, pirogen müalicə üsulu, məşğulluq (əmək) terapiyası, psixoterapiya. Nisbətən az tətbiq edilən müalicə üsullarından isə aşağıdakıları qeyd etmək olar: qanköçürmə, pəhriz terapiyası, immunoterapiya, plazmoforez və s.

Şizofreniyanın müalicəsinə imkan daxilində tez başlamaq lazımdır.

Müalicənin gecikməsi ictimai-təhlükəli fəaliyyət riskini artırır. İlk epizodun müalicəsinin tez başlanması 90% pasiyentlərin vəziyyətinin yaxşılaşmasına gətirib çıxarır.

İlk epizodun müalicəsinə stasionardan kənarda aparmaq məsləhətdir, bu psixiatriya xəstəxanalarında müalicəyə görə qorxu və yanlış fikir hissi keçirən pasiyentlər və onların ailə üzvlərinin psixoloji travma və təşvişini azaldır. Stasionar yardım özünə və ətrafdakılara zərər yetirmə riski olan, həmçinin ailədə və ya icmada göstərilən yardımın səviyyəsi kifayət etməyən pasiyentlər üçün lazımdır.

İlk dəfə psixotrop dərman vasitələri qəbul edən pasiyentlərə farmakoloji müalicə çox ehtiyatla təyin edilməlidir. Əgər xəstənin vəziyyəti imkan verirsə, ilk 1-2 gün ərzində antipsixotiklər təyin etməmək olar. Lakin bu zaman təşviş və yuxu pozuntusunu aradan qaldırmaq üçün benzo-diazepinlər (diazepam, fenazepam, nitrazepam) təyin etmək lazımdır.

Atipik antipsixotiklər şizofreniyanın müalicəsi üçün birinci seçim dərman vasitələridir, belə ki, onlar daha yaxşı tolerantlığa və gecikmiş diskineziyanın inkişaf etməsinin aşağı riskinə malikdirlər. Əsas nümayəndələrinə Olanzapini, Risperidonu, Sertindolu, Klozapini göstərmək olar.

Şizofreniyanın ilk epizodu olan xəstələrə antipsixotiklərin kiçik dozalarını, 7 gün müddətində başlanğıc müalicə dozasına (olanzapin üçün - 10 mq, risperidon üçün - 2 mq, sertindol üçün - 8mq., ziprazidon üçün - 80 mq.), qədər artıraraq və üç həftə ərzində təyin etmək olar.

Əgər effekt kifayət qədər deyilsə, sonrakı 4 həftə ərzində, tədricən, göstərilən dərman vasitələrinin dozasını orta terapevtik dozaya çatdırmaq lazımdır (risperidon - 4 mq, olanzapin - 20 mq, sertindol - 16 mq., ziprazidon - 160 mq.).

Kifayət qədər həssaslıq, meyllilik olmayan və ya intihar riski yüksək olan hallarda klozapinə (klozapinin başlanğıc dozası 12,5 mq/gün) keçin və ya uzunmüddətli təsir göstərən (prolong - risperidon - CONSTA) inyeksiya şəklində atipik antipsixotikin təyin edilməsi məsləhətdir.

İlk epizodun müalicəsi qurtardıqdan sonra müntəzəm olaraq pasiyentin psixi sağlamlığının monitorinqini (intihar etmə və digər ictimai-təhlükəli fəaliyyət riskini qiymətləndirmək daxil olmaqla) aparmaq lazımdır. Şizofreniyanın ilk epizodunu keçirmiş əksəriyyət pasiyentlər xəstəliyin birinci ili ərzində psixiatr mütəxəssislər tərəfindən müntəzəm müşahidə olunmalı və onların psixi sağlamlıq problemi tam həll olunmayana qədər ilkin yardım sisteminə göndərilməməlidirlər.

Psixososial müdaxilələr müalicənin əvvəlində böyük əhəmiyyətə malikdirlər. Belə ki, onlar davamlı və münasib yardım üçün şərait yaradırlar, xəstəliyin ikincili nəticələrinin qarşısını alırlar və sağalmağa kö-

mək edirlər. İlk epizoddan sonra remissiya vəziyyətində pasiyentlərin psixoloji, sosial, ailə tələbatlarının ödənilməsi diqqət mərkəzində olmalıdır.

Kəskinləşmə mərhələsində şizofreniyanın müalicəsi psixotik əlamətlərin ağırlığının azaldılması, özünə və ya ətrafdakılara zərər yetirmə riskinin aradan götürülməsi, öz davranışına görə nəzarətin yaxşılaşdırılması, yüksək səviyyədə funksional adaptasiyanın əldə olunması, terapeutik münasibətlərin qurulması, uzunmüddətli perspektivdə müalicə tədbirlərinin müəyyən edilməsidir.

Kəskin epizodunun müalicəsi ambulator şəraitdə aparıla bilər, psixiatriya xəstəxanasına/şöbəsinə hospitalizasiyanı isə son tədbir kimi digər müalicə üsulları səmərə vermədikdə, nəzərdən keçirmək lazımdır. Hospitalizasiya minimum mümkün olan qısa müddətə həyata keçirilməlidir. Stasionar müalicəyə ehtiyac ötdükdə isə xəstə təxirə salınmadan stasionardan çıxarılmalıdır. Kəskin epizodun müalicəsi adətən 4-8 həftədən çox olmur.

Antipsixotik vasitənin seçilməsi həkim, pasiyent və onun ailə üzvləri (qanuni nümayəndələri) ilə birgə terapeutik effekt və təhlükəsizlik baxımından əsaslandırılaraq həyata keçirilməlidir. Kəskin epizodun terapiyası zamanı kliniki amillərlə yanaşı pasiyentin psixoloji və sosial tələbatları, həmçinin antipsixotik dərman vasitələrinin tətbiqinin əvvəlki təcrübəsi nəzərə alınmalıdır.

Atipik antipsixotiklərin başlanğıc terapeutik dozasını tədricən orta terapeutik dozaya qədər artırmaqla (3-4 gündə 1 dəfə) təyin edilə bilər. Atipik antipsixotiklərin dozasını əlavə təsirlərin inkişaf etmə mümkünlüyü ilə əlaqədar olaraq sürətlə artırmaqdan çəkinmək lazımdır, hansılar ki, sonra xəstənin müalicəyə olan meylliliyinə mənfi təsir edə bilər.

Əgər keçmişdə pasiyentdə müəyyən dərmandan yaxşı effekt qeyd edilibsə, təkrar kəskinləşmə zamanı eyni dərman vasitəsi təyin oluna bilər. Kəskin epizodun müalicəsində ənənəvi neyroleptikin dozası gündə 300-dən 1000 mq-a qədər xlorpromazin ekvivalenti arasında dəyişir. Dərman vasitəsi altı həftədən az olmayan müddətə təyin edilməlidir.

Kəskin epizodun müalicəsi digər dərman vasitələrinin təyin edilməsini tələb edə bilər. Antidepressantlar yanaşı depressiya olduğu zaman təyin edilir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, bəzi antidepressantlar vəziyyəti kəskinləşdirə bilirlər. Benzodiazepinlər təşviş və həyəcan əlamətlərinin müalicəsində təyin edilirlər, belə ki, antipsixotiklərin sadalanan əlamətlərə təsirinin başlanması üçün vaxt tələb olunur. Əhval-ruhiyyə stabilizatorları (Məs. Karbamazepin, Litiumun preparatları və s.) aqressiv davranışı olan xəstələrə təyin edilə bilər .



Kəskin mərhələdə psixososial müdaxilələr aydın və ardıcıl əlaqə vasitəsilə qıcıqlandırıcı və stress amillərinin təsirlərinin azaldılmasına, təhlükəsiz ətraf mühitin yaradılmasına, xəstəyə irəli sürülən tələblərin azaldılmasına, ailə üzvlərinə dəstək və məsləhət verilməsinə yönəldilməlidir.

**Oyanma vəziyyətində təcili tədbirlər.** Əksər pasiyentlərdə təcili tədbirlərə ehtiyac olmur. O, xəstəni daha yüngül üsullarla sakitləşdirmək mümkün olmayan, müstəsna hallarda tətbiq edilməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, təcili müdaxilə pasiyentlərə neqativ psixoloji təsir göstərə bilər. Təcili müdaxilədə məqsəd psixi vəziyyətin müalicəsi deyil, özünə və ətrafdakılara zərər yetirmə riskinin azaldılmasıdır.

Pasiyent dərman qəbul etməyə razılaşıqda, oral antipsixotik dərman vasitələrinə üstünlük verilməlidir. Təcili sakitləşdirici dərmanlara ehtiyacı olan pasiyentin oral dərman vasitələrinin qəbul olunmasından imtina etməsi zamanı ona dərmanı əzələdaxili inyeksiya formasında təyin etmək lazımdır. Dərman vasitəsinin venadaxili yeritmə üsulu müstəsna hallarda aparılır.

Təcili tədbir üçün birinci seçim dərman vasitəsi 5-10 mq. tablet formasında olan olanzepindir, onu, 5-10 mq. dozada diazepamın qəbulu ilə birgə təyin etmək olar. İnyeksiya zərurəti olduqda 5 mq haloperidol və ya 5 mq. diazepamdan istifadə etmək olar. Oyanma şiddətli olduqda eyni zamanda haloperidolun və diazepamın inyeksiyasını təyin etmək lazımdır. Əgər gözlənilən effekti əldə etmək mümkün olmur, digər preparatlardan (aminazin, tizersin) istifadə etmək olar.

Təcili tədbirlərdən sonra ilk saat ərzində həyati vacib göstəricilərin (nəbz, tənəffüs tezliyi, A/T) daimi monitorinqini aparmaq zəruridir, sonra monitorinq hər 0,5 saatdan bir həyata keçirilir.

Dərmanların əlavə təsirlərinin əlamətləri huşun itirilməsi, həddindən artıq tormozlanma, ünsiyyətin itirilməsi, klinik mənzərənin kəskin dəyişməsidir. Neyroleptiklərin tətbiqi nəticəsində meydana çıxan əlavə təsirlər olarsa 2-4 mq biperiden flumanezil, akiniton, sikladol və s. təyin etmək lazımdır.

Tələb olunan hallarda təsbit (hərəkətin məhdudlaşdırılması) edilmənin tətbiqi əsaslandırılmalı, sənədləşdirilməli və minimum qısa müddətə həyata keçirilməlidir.

**Stabilləşmə mərhələsində müalicəvi tədbirlər.** Sabitləşmə (stabilləşmə) mərhələsində şizofreniyanın müalicəsində məqsəd kəskinləşmənin inkişaf etmə ehtimalını azaltmaq, pasiyentin cəmiyyətdəki həyata uyğunlaşmasına yardım etmək, qalıq əlamətlərini aradan götürmək, remissiyanı dərinləşdirməkdir.

Əgər pasiyentdə kəskin epizod dövründə müəyyən dərman vasitələrinin qəbulu zamanı yaxşılaşma qeyd edilirsə və əlavə təsirlər yoxsa, elə bu dərman vasitələrini eyni dozada minimum 6 ay müddətinə davam etdirmək məsləhət görülür.

Ənənəvi neyroleptikdən əlavə təsirlər olmadan yaxşı terapeutik effekt alırsa, yeni oral atipik antipsixotik maddələrin təyin edilməsi məsləhət görülmür. Əgər pasiyentdə terapeutik effektin olmasına baxmayaraq, ənənəvi neyroleptiklərin qəbulu ilə əlaqədar əlavə təsirlər qeyd edilirsə, yeni oral atipik antipsixotik maddələri təyin etmək lazımdır.

Bir sıra hallarda kəskin epizodun qısamüddətli müalicəsi üçün seçilmiş dərman vasitələri sabitləşmə (stabilləşmə) mərhələsində effektiv və təhlükəsiz vasitə kimi uyğun gəlməyə bilər. Buna görə tətbiq edilən dərman vasitələrinin dozalarını xəstənin hazırkı vəziyyətinə və tələblərinə uyğunlaşdırmaq lazımdır.

Ekstrapiramid əlamətlərin korreksiyasında istifadə olunan antiparkinsonizm və digər vasitələr (Siklodol, akinton, artan və s.) antipsixotik dərman vasitələrinin əlavə təsirlərini aradan götürmək üçün qısamüddətli təyin edilmə halları müstəsna olmaqla, terapeutik vasitə kimi tətbiq edilməməlidirlər. Bu dərman vasitələrinin uzun müddət təyin edilməsindən çəkinmək lazımdır.

Sabitləşmə mərhələsində pasiyentin vəziyyəti psixososial tədbirlər spektrini genişləndirməyə imkan verir. Bunlara pasiyentin xəstəlik haqqında məlumatlandırılmasının artırılması, müalicəyə meylliliyin formalaşdırılması, ailə müdaxilələri, uzunmüddətli yardım proqramının işlənilməsi aiddir.

**Müalicəyə rezistentliyin (davamlılığın) aradan qaldırılması.** Bəzi xəstələrdə düzgün seçilmiş terapiyaya baxmayaraq, müalicəyə rezistentlik (davamlılıq) qeyd oluna bilər. Bu hallarda həkimlər pessimizmə (bədbinliyə) qapılmamalıdırlar, çünki belə pasiyentlərdə bir qədər gec başlamasına baxmayaraq, remissiya nadir hadisə deyil. Terapeutik rezistentliyin səbəbləri çox vaxt müalicə rejiminə riayət olunmama, dərmanların əlavə təsirləri, dərman vasitələrinin qarşılıqlı təsirləri, psixoaktiv maddələrdən istifadə və sosial əhatədə axtarmaq lazımdır.

Əgər adekvat terapeutik dozada, pasiyentə əlavə təsirlər göstərməyən iki ardıcıl təyin edilmiş dərman vasitəsi (heç olmasa biri AA olan) minimum 6 həftə müddətində gözlənilən klinik effekti vermirlərsə, o hallarda terapeutik rezistentlik təyin edilir.

Qəbul edilən antipsixotik dərman vasitəsinin kifayət qədər effekt göstərməməsi ilə əlaqədar terapeutik rezistentlik hallarında onu başlanğıc doza 50 mq/gün olmaqla, tədricən dozanı 300 mq/günə qədər artırmaqla

klozapin ilə əvəz etmək məsləhət görülür. Kifayət qədər terapevtik effekt olmadıqda, klozapini digər antipsixotik vasitələrlə birgə təyin etmək olar. İkinci dərman vasitəsinin seçilməsi konkret pasiyent üçün onun böyük effektivliyi və daha yaxşı tolerantlığı (digər dərman vasitələrinə nisbətən) ilə müəyyən edilir.

Əgər müalicəyə rezistentlik (düzümlülük), xəstənin dərmanların qəbul rejiminə əməl etməsinə kifayət qədər meyilli olmaması ilə əlaqədardırsa uzunmüddətli təsir göstərən (prolonq - reperidon CONSTA) antipsixotik dərman vasitəsinin təyin edilmə mümkünlüyünü nəzərdən keçirmək lazımdır. Uzunmüddətli təsir göstərən (prolonq) dərman vasitələri standart dozalarda və vaxt intervallarına əməl edilməklə təyin olunmalıdır. Onların təyini zamanı, dərman vasitəsinin əzələdaxili inyeksiyasının yerinə yetirilməsi üçün nəzərdə tutulan müalicə müəssisəsinə müntəzəm gəlişlər və ya tibbi personalın evə getməsi kimi təşkilati işlər müəyyən edilməlidir.

Terapevtik rezistentliyi olan xəstələrdə pozitiv effekti müalicəyə koqnitiv-davranış terapiyasını (KDT) əlavə etməklə əldə etmək olar. Bundan başqa ailə müdaxilələri və normal həyat şəraitinin saxlanması müalicəyə rezistentliyi (düzümlülüğü) olan xəstələr üçün çox vacibdir. Belə ki, onlar cəmiyyətdə təcrid olunma riskinə malikdir, ailələri isə müalicə nəticəsində gözlənilən effektin olmaması ilə əlaqədar ruhdan düşə bilərlər.

**Remissiya dövründə müalicə.** Remissiya dövründə terapiyanın məqsədləri sabit psixi vəziyyəti saxlamaq, təkrar kəskinləşmələrin qarşısını almaq, maksimum imkan dərəcəsində cəmiyyətdə tam dəyərli həyata qayıtmaq, produktiv fəaliyyət qabiliyyətini inkişaf etdirmək və ya bərpa etmək, həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaqdır. Remissiya mərhələsində antipsixotik dərman vasitələri dəstəkverici terapiya əvəzedilməzdir. Vəziyyəti və dəstəkverici terapiyanın tolerantlığını qiymətləndirmək məqsədilə, remissiya dövründə xəstələrin müayinəsi 3 ayda bir dəfədən az olmayaraq aparılmalıdır. Bu zaman klinik effekt, dərmanların əlavə təsirləri və müalicə alanların qənaətbəxş olması qiymətləndirilməlidir.

Ənənəvi neyroleptiklər remissiya dövründə kiçik dozalarda təyin edilə bilər, çünki yüksək dozanın üstünlüyü haqqında dəlil yoxdur və bundan başqa yüksək dozalar xəstələr tərəfindən daha pis qarşılanır.

Şizofreniyalı xəstələrin dəstəkləyici müalicənin nə vaxt dayandırmasını qabaqcadan dəqiq göstərən üsul mövcud deyil. Vəziyyətin kəskinləşməsinin və kəskin epizodun təkrar inkişaf etməsinin yüksək riskini nəzərə alaraq, iki və daha çox epizod keçirmiş xəstələrdə dəstəkləyici terapiyanı adətən 2 ildən az olmayan müddətə təyin etmək lazımdır. Antip-

sixotik dərman vasitəsinin qəbulunun kəsilməsi mümkün ola biləcək kəskinləşmə əlamətlərinin daimi monitorinqini həyata keçirməklə, tədricən 2-4 ay ərzində aparılmalıdır.

Hətta stabil remissiya vəziyyətində olduqda belə şizofreniyalı xəstələr işə düzəlmə məsələlərində xeyli çətinliklərlə qarşılaşırlar və uzun müddət işsiz qalırlar. Əmək qabiliyyətini bərpa etmək və işə düzəlmək istəyən şizofreniyalı xəstələr arasında sosial və əmək reabilitasiyası proqramları həyata keçirməyə çalışmaq lazımdır.

### **Psixososial müdaxilələr.**

**1. Ailə müdaxilələri.** Ailə şizofreniyalı xəstəyə yardım göstərən çox böyük vasitədir. Lakin eyni zamanda ailə üzvləri öz yaxınlarının xəstəliyinin neqativ psixoloji və sosial nəticələrini hiss edirlər. Ailə müdaxilələrinə xəstəyə yardım göstərilməsində ailə ilə əməkdaşlığın inkişaf etdirilməsi, xəstəlik və müalicə haqqında məlumat verilməsi, ailənin digər üzvlərində emosional distressin azaldılması, pozitiv ailə atmosferinin saxlanması, xəstəlik ilə əlaqədar müəyyən problemlərin həll edilməsi, pasiyent barəsində real istiqamətin inkişaf etdirilməsi daxildir. Ailə müdaxilələri mümkün qədər tez başlanmalı və müalicənin bütün mərhələlərində aparmalıdır. Oraya ailə üzvləri arasında xüsusi çap və video materialların yayılması da daxil edilməlidir.

**2. Məlumatlandırma.** Pasiyentlərin xəstəlik və müalicə metodları haqqında bilik səviyyəsinin yüksəldilməsi kəskinləşmələrin miqdarını azaldır. Bu, müalicəyə meylliliyin yaxşılaşdırılması, pasiyentlərin göstərilən yardımdan qənaətbəxşliliyinin və kəskinləşmələrin erkən əlamətləri haqqında məlumatlandırılmasının artırılması hesabına baş verir.

**3. Koqnitiv-davranış terapiyası (KDT).** Şizofreniya zamanı KDT məqsədi müalicəyə rezistent (davamlı) əlamətlərin, həmçinin xəstəliyin emosional, koqnitiv və davranışla bağlı nəticələrinin aradan qaldırılmasıdır. Standart farmakoloji müalicə ilə birgə KDT remissiyanın başlamasını sürətləndirir.

Adətən şizofreniya zamanı KDT həftədə 1 dəfə olmaqla, 20 fərdi psixoterapevtik sessiyadan ibarətdir. Lakin qalıcı təzahürlərinin olması, əlavə görüşlərin keçirilməsi zərurəti yarada bilər. KDT, xüsusilə, komorbid (yanası) pozuntusu olan və güclü emosional distress keçirən şizofreniyalı xəstələrə daha çox lazımdır.

**4. Sosial qabiliyyətlərin inkişaf etdirilməsi.** Şizofreniyalı xəstələrə sosial qabiliyyətlərin öyrədilməsi, xüsusilə, xəstəlik gənc və yeniyetmə yaşlarında başladıqda bu qabiliyyətlərin inkişaf etməsi çox vacibdir. Xəstəliyi uzun müddət davam edən şəxslər sosial qabiliyyətlərini itirə bilər. Şizofreniyalı xəstələrə ünsiyyət qabiliyyətlərinin inkişaf etdirilməsi,

şəxslər arasındakı əlaqələrin saxlanması, özünəxidmət (özünə qulluq) və müştəqil yaşamaq imkanlarının yaxşılaşdırılmasına aid olan xüsusi təlimlərin aparılması lazımdır. Sosial qabiliyyətin öyrədilməsi müəyyən əlamətə və ya xəstənin tələblərinə uyğunlaşdırılmalıdır ki, onların cəmiyyətdə yaşamasını yüngülləşdirə bilsin.

**5. Əmək terapiyası.** Əmək terapiyası insanın fundamental əmək təlabatına və hüququna əsaslanır. Əmək terapiyası pasiyentlərin sosial fəaliyyətini yaxşılaşdırır, xəstəliyə görə əlilliyi və xərcləri azaldır, həmçinin xəstəliyin gedişinin pisləşmə riskini aşağı salır. Xəstələrin peşə təlimi ilə əmək terapiyası sahəsində xüsusi hazırlanmış mütəxəssislər məşğul olmalıdırlar. Şizofreniyalı xəstələrin imkanlarına uyğun iş tapmaq arzuları dəstəklənməli və onlar işə düzəltmə agentliklərinə göndərilməlidirlər. Şizofreniyalı xəstələrin işə düzəldilməsi onların peşə tələbatlarına uyğun və yüksək təhlükəsizlik texnikası tələblərinə malik olan xüsusi iş yerlərinin yaradılmasını tələb edir.

### **Şizofreniyalı xəstələrə yardım göstərən müəssisələr.**

**1. İlk tibbi yardım müəssisələri.** Rayon (şəhər) poliklinikaları şizofreniyalı xəstələrə yardım göstərilməsində vacib rol oynaya bilər. Bu müəssisələrdə işləyən həkimlər çox vaxt birinci dəfə şizofreniya əlamətləri aşkar olunan pasiyentlərin ilk dəfə müraciət etdikləri mütəxəssislər olurlar. İlk səhiyyə sistemi həkimləri psixoz əlamətlərini aşkar etməyi, məsləhət xidmətlərini və belə xəstələri müayinə və müalicə üçün mütəxəssislərə göndərmək daxil olmaqla, ilk yardım göstərməyi bacarmalıdırlar.

Eyni zamanda, sahə terapevtləri və ailə həkimləri xəstələri remissiya dövründə onların təbii əhatəsində daha çox müşahidə etmək imkanına malikdirlər, ona görə də onlar psixi sağlamlıq sahəsindəki mütəxəssislərlə yanaşı şizofreniyalı xəstələrə yardım göstərilməsində iştirak etməlidirlər.

Şizofreniyalı xəstələrin ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım sisteminə göndərilməsi aşağıdakı hallarda həyata keçirilir:

- Psixi vəziyyətin kəskinləşməsi
- Terapiya rejiminə riayət olunmaması
- Müalicəyə qarşı mənfi reaksiyanın olması
- Psixooaktiv maddələrdən istifadə edilməsi
- Özünə və ətrafdakılara zərər yetirmə riskinin meydana gəlməsi
- Əlavə müayinənin və ya mütəxəssisin məsləhətinin zəruri olması.

**2. Ambulator psixiatriya müəssisələri.** Ambulator yardıma ixtisaslaşdırılmış psixiatriya ambulator müəssisələrdə və rayon poliklinikalarının psixiatriya kabinetlərində göstərilən yardım aiddir. Ambulator yardımın

üstünlüyü yaşayış yerinə görə pasiyentlərə xidmət göstərmə imkanının olmasıdır. Ambulator yardımın vacib komponenti pasiyentin konkret tələbatlarından asılı olaraq cəlb oluna bilən və tərkibinə həkim psixiatr, psixiatriya tibb bacıları, psixoloq, sosial işçilər, əmək terapiyası, reabilitasiya sahəsi üzrə mütəxəssislər və digər mütəxəssislər daxil olan *multidisiplinar briqada* tərəfindən həyata keçirilən kompleks yanaşmadır. Ambulator psixiatriya müəssisələri, həmçinin şizofreniyanın ilk epizodu olan xəstələr üçün təyin olunan erkən müdaxilə proqramını həyata keçirirlər. Bu isə yeni başlayan xəstəliyin neqativ nəticələrini xeyli azaltmaq və şizofreniyalı xəstələrin hospitalizasiyasının qarşısını almaq imkanını yaradır. Ambulator psixiatriya müəssisələri ixtisaslaşdırılmış yardım sisteminə şizofreniyalı xəstələrin qeydiyyatının dinamik müşahidəsini və stasionar psixiatriya müəssisələrinə göndərilməsini həyata keçirirlər.

**3. Stasionar psixiatriya müəssisələri.** Alternativ müalicə formalarının olmasına baxmayaraq, şizofreniyalı xəstələrin müəyyən hissəsinin stasionar müalicəsi almaq zərurəti var. Hospitalizasiya göstərişlərə yüksək intihar riski, ictimai təhlükəli davranış, psixooaktiv maddələrin istifadə edilməsi daxil olmaqla komorbid (yanaşı) xəstəliklər, həmçinin bəzi növ ekspertizaların aparılması zərurəti aiddir. Stasionar müalicə ixtisaslaşdırılmış psixiatriya müəssisələrində və ya çoxprofilli xəstəxanaların psixiatriya şöbələrində aparılır. Pasiyentlər və onların ailə üzvləri psixiatriya müəssisələrinə hospitalizasiya zərurətinin olması ilə əlaqədar olaraq güclü emosional distres keçirə bilirlər. Ona görə də stasionar yardım daha məhdud şəraitdə və xəstənin psixotik vəziyyətdən çıxması üçün lazım olan minimum qısa müddətə göstərməlidir.

**4. Gündüz stasionarları.** Gündüz stasionarları ambulator şəraitdə müalicə çətinləşdikdə və reabilitasiya tədbirlərinin aparılması zərurəti olduğu hallarda xəstələrin hospitalizasiyasının alternatividir. Sübut olunmuşdur ki, gündüz stasionarında müalicə alan pasiyentlərdə yaxşılaşma hospitalizasiya olunmuş pasiyentərə nisbətən daha sürətlə olur. Bundan başqa, ambulator yardımdan fərqli olaraq, xəstələrin hər gün mütəxəssislərlə təmasda olması nəzərdə tutulan gündüz stasionarlarında müalicə pasiyentlərin vəziyyətini daha yaxşı nəzarət etməyə imkan verir.

**5. Təcili yardımın psixiatriya briqadaları.** Təcili yardımın psixiatriya briqadaları böhran hallarda təcili müayinə, müdaxilə edirlər və sonrakı yardımın göstərilməsi üçün xəstəni müvafiq psixiatriya müəssisələrinə göndərilməsini / daşınmasını həyata keçirirlər. İdeal halda, təcili yardımın psixiatriya briqadası tərəfindən göstərilən xidmət şizofreniyalı xəstələrin hospitalizasiyasının qarşısını almalıdır.

**6. Mənzil ilə təmin etmə üzrə sosial xidmətlər.** Mənzil ilə təmin et-

mə üzrə sosial xidmətlər qohumluq sosial əlaqələri itirmiş və/və ya mənzil problemləri olan xəstələrə yardımın vacib komponentidir. Bu növ yardıma özünəxidmət (özünəqulluq) vərdişlərini itirmiş və daimi qulluğa ehtiyacı olan xəstələrin uzunmüddətli hospitalizasiyası üçün nəzərdə tutulan müəssisələr (əlillər evi, internatlar, şəfqət evləri) aiddir. Stasionardan çıxan lakin cəmiyyətdə müstəqil yaşamaq qabiliyyətlərini bərpa etməyən xəstələrin müvəqqəti yaşamasını təmin edən «yarıyolda evlər» (kiçik ya-taqxanalar) adlanan mənzillər digər növə aiddir. Üçüncü növ - nəzarət olunan mənzillərdir. Burada xəstələrə müstəqil yaşamaq və məişət problemlərinin həllinə kömək edən sosial xidmətlər göstərməklə, onları mənzil sahəsi ilə təmin etmək nəzərdə tutulur.

**7. Reabilitasiya mərkəzləri.** Əmək və sosial reabilitasiya sahəsində xidmətlər göstərən icma müəssisələridir. Bu müəssisələr pasiyentin müəyyən tələbatlarına ünvanlanmış müxtəlif proqramları həyata keçirirlər. Göstərilən proqramlara həyat qabiliyyətlərinin təlimi, əmək terapiyası, artterapiya, peşə təlimi, qarşılıqlı yardım qrupları, pasiyentlərin asudə vaxtının təşkili və i.a. aid ola bilər.

Yuxarıda qeyd olunan tədbirlərin həyata keçirilməsində əhəmiyyətli fəaliyyət göstərən müəssisələrdən biri də Psixi Sağlamlıq Mərkəzidir (PSM).

## Proqnoz

Şizofreniyanın, «sağalmayan xəstəlik» və mütləq şəxsiyyətin enməsi ilə nəticələnən patologiya olması fikri psixiatriya təcrübəsinə əsaslanmayan yanlış mülahizədir. XIX əsrin axırları və XX əsrin əvvəllərində müəyyən edilmişdir ki, bu xəstəliyə tutulanların 25%-i tam, 50%-i isə nisbətən sağalaraq əmək qabiliyyətlərini bərpa edə bilmişlər. Şizofreniyanın proqnozu, əsasən gediş tipinə və dinamikasına görə təyin olunur. Hər bir konkret təsadüfdə irsi xüsusiyyətin mövqeyini, tətbiq olunan müalicənin və sosial tədbirlərin məqsədəuyğunluğunu qiymətləndirmək lazımdır. Xəstəliyin hansı yaşda, nə kimi pozuntularla başlaması, neqativ əlamətlərin meydana çıxma dövrü və xüsusiyyətləri, müalicəyə həssaslıq dərəcəsi nəzərə alınmalıdır. Bir sıra ağırlaşdırıcı halları, o cümlədən, xəstəlikdən əvvəlki dövrdə (premorbid) şizoid xarakterin olması, əqli qabiliyyətin inkişafdan qalması, mərkəzi sinir sisteminin infeksiya, intoksikasiya və travmaya məruz qalmasının əhəmiyyəti vardır. Affektiv və paranoial əlamətlərlə başlayan tutmaların aqibəti daha yaxşı olur. Belə ki, rekurrent (fasiləli) gediş çərçivəsində rast gəlinən bu formalar müalicəyə asan tabe olur. Psixopatoloji əlamətlər tezliklə reduksiya olunaraq, kobud görünmə-

yən, bəzən isə olduqca zəif nəzərə çarpacaq qüsurlarla uzunmüddətli remissiya yaranır.

Süstgedişli şizofreniyanın proqnozu psixofarmakoloji müalicənin düzgün tətbiq olunmasından asılı olaraq yaxşı nəticə verə bilər. Belə xəstələr əksər hallarda ambulator şəraitdə müalicə qəbul etməklə əmək qabiliyyətlərini və ictimai statuslarını mühafizə edə bilərlər. Xəstəliyin ağırlaşmasını, ancaq geriye inkişaf və qocalıq dövrlərində gözləmək lazımdır.

Tədricən şiddətlənən şizofreniyanın proqnozu bəzi hallarda, məsələn, qısamüddətli kəskin tutmalarda yaxşı ola bilər. Bəzən xəstəlik şəxsin həyatı boyu cəmi 1–2 tutma ilə kifayətlənir. Tutmalar isə nisbətən «qüsursuz» remissiyalar verir.

Şizofreniyanın bütün formalarında, qüsurların təzahür etdiyi hallarda belə xəstəliyin yaxşı remissiya verməsinə, əmək qabiliyyətinin nisbətən və ya tam bərpa olunmasına çalışmaq lazımdır. Müasir müalicə metodlarının zənginliyi, sosial tədbirlərin tətbiqi buna real imkanlar verir.

Şizofreniya xəstəliyində remissiyanın keyfiyyətinin təcrübi əhəmiyyətini nəzərə alaraq onu müxtəlif tiplərə ayırmaq qəbul olunmuşdur. Geniş yayılmış təsnifatlardan biri 5 tipə bölünən M.Y.Sereyski təsnifatıdır.

**A t i p l i r e m i s s i y a.** Nəzərə çarpacaq qüsurların olmadığı praktik sağlamlıqdır. Şəxs öz peşəsində işləmək və təhsilini davam etdirmək qabiliyyətini itirmir.

**B t i p l i r e m i s s i y a.** Cüzi nəzərə çarpan qüsurlar və ara-sıra nevrozabənzər şikayətlərin olması ilə xarakterizə olunur. Şəxs əvvəlki peşəsində işləmək və təhsilini davam etdirmək iqtidarında olur.

**S t i p l i r e m i s s i y a.** Məhsuldar psixopatoloji əlamətlər qeyd olunmur. Lakin bir sıra qüsurlar, o cümlədən, özünə tam tənqidi olmaması diqqəti cəlb edir. Əmək qabiliyyəti endiyindən şəxs öz əvvəlki peşəsində işləmək və təhsilini davam etdirmək qabiliyyətinə malik olmur. Zehni əmək tələb etməyən müxtəlif təsərrüfat işləri, o cümlədən, ev işləri görə bilər.

**D t i p l i r e m i s s i y a.** Psixi vəziyyətin bir qədər yaxşılaşması və xəstənin zahirən sakitliyi ilə xarakterizə olunur. Xəstəxanadaxili təsərrüfat işlərinə cəlb edilə bilər.

**O t i p l i r e m i s s i y a.** Xəstənin vəziyyətində nəzərə çarpan yaxşılaşma qeyd olunmur.





Şəkil 13. Əmək istehsalat sahəsi.

## Ekspertiza məsələləri

Şizofreniya xəstəliyinin gedişinin mürəkkəbliyi ekspertiza məsələlərində (əmək qabiliyyətinin təyin olunması, cinayət əməlləri etdikdə anlaqlığın və hərbi xidmətə yararlılığın təyini) ciddi çətinliklər yaradır. Ekspert komissiyalarının qərarı konkret xəstəliyin diaqnozuna, xəstəliyin gediş formasına, şəxsiyyət dəyişikliklərinin dərəcəsinə və s.-yə əsaslanmalıdır.

Şizofreniyaya tutulan xəstələr hərbi xidmətə yararsız hesab edilirlər. Əmək qabiliyyətinin azalması və ya itməsi əksər hallarda xəstəliyin klinik xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olur. Kəskinləşmə və ya tutma dövründə, psixi fəaliyyətdə və ətraf adamlara münasibətdə ciddi pozuntular olduğundan şəxsin əmək qabiliyyətinin necə olacağını təyin etmək çətinlik törədir. Müalicədən sonra bu əlamətlərin tədricən yox olması qüsurun dərəcəsiindən asılı olur. Ona görə də xəstənin əmək qabiliyyətinin dərəcəsi yalnız remissiya dövründə qiymətləndirilməlidir. Xoşxassəli gedişə malik şizofreniya zamanı ilkin tutmalardan sonra əksər təsadüflərdə xəstələrin əmək qabiliyyəti tamamilə bərpa olunur. Yaman gedişdə isə olduqca az təsadüflərdə xəstələrin əvvəlki peşələrinə qayıtması mümkün olur. Onların əmək qabiliyyətinin bərpası bir çox hallarda istehsalat rəhbərliyindən, iş yoldaş-

larının münasibətindən asılı olur. Ehtiyac olarsa belə hallarda ictimai təşkilatların köməyindən istifadə etmək, xəstələrə mənəvi yardım göstərmək lazımdır.

Bir neçə tutmadan sonra tədricən artan qüsurlar əlamətləri xəstələrin əmək qabiliyyətini məhdudlaşdırır. Belələrini əlilliyə görə təqaüdə çıxarmaq məcburiyyəti yaranır. İmkan daxilində belə xəstələri fiziki işə cəlb etmək, bu məqsədlə psixiatriya müalicəxanaları nəzdində əmək emalatxanalarında işə düzəltmək məsləhətdir.

Əməyin bütün formalarına mühüm müalicə amili kimi yanaşmaq lazımdır. Təcrübə göstərir ki, şizofreniyaya tutulan xəstələrin əməyə cəlb edilməsi yalnız xəstələrin vəziyyəti ilə deyil, onlara tibb müəssisələrinin, qohumların, ictimai təşkilatların münasibəti ilə də təyin olunur.

Şizofreniya xəstəliyinin geniş yayılması və belə xəstələrin davranışında kobud pozuntuların olması, çox hallarda onları cinayət etməyə məcbur edir. Bu zaman məhkəmə-psixiatriya ekspertizasının aparılmasına ehtiyac yaranır.

Məhkəmə-psixiatriya ekspert komissiyasının əsas vəzifəsi xəstələrin vəziyyətini düzgün qiymətləndirmək və onların etdiyi cinayətin məzmunu ilə psixopatoloji əlamətlərin uyğunluğunu aşkar etməkdən ibarətdir. Şizofreniya xəstəliyi zamanı edilmiş cinayət hərəkətləri ilə əlaqədar aparılan məhkəmə-psixiatriya ekspertizası əksər hallarda xəstələri anlaşıq hesab edir və Azərbaycan Respublikasının CM 21-ci maddəsinin təsiri altına düşür. Digər hallarda şizofreniyaya tutulan xəstələr cinayət əməlini praktik sağalmaya bərabər, uzunmüddətli, yüksəkkeyfiyyətli remissiya zamanı etmişə anlaşıq hesab edilə bilərlər.

Psixi xəstəliyə görə cinayət məsuliyyətindən azad edilmiş xəstələrə tibbi xarakterli tədbirlər tətbiq edilir. Onlar məhkəmə orqanlarının qərarına əsasən ciddi, gücləndirilmiş və ya adi rejimli psixiatriya xəstəxanalarında (söhbətlərində) məcburi müalicə kursu keçməlidirlər. Yalnız müalicə lazımı effekt verdiyi təqdirdə, onları həkim komissiyasının rəyi, baş psixiatrın və ya baş məhkəmə psixiatrının təqdimatı əsasında məhkəmənin qərarı ilə xəstəxanadan evə yazmaq olar.

## IX FƏSİL

### ŞİZOTİP VSS SAYIQLAMA POZUNTULARI

**S a y ı q l a m a   p o z u n t u l a r ı .** Klinik məzmununa görə üzvi əsası olmayan sayıqlama pozuntularının başlıca xüsusiyyətləri onların şizofreniyadan fərqlənməsidir. Bu növ xəstəliklər zamanı əhvali-ruhiyyənin kobud pozuntuları qeyd olunmur və sayıqlamaların məzmunu şizofreniyada olduğu kimi qeyri-real təsəvvür yaratmır. Xəstəliyin müddətindən asılı olmayaraq şəxsiyyətin ciddi dəyişməsi müşahidə edilmir. İlk dəfə 1838-ci ildə Eskirold tərəfindən təsvir edilən «monomaniya», 1863-cü ildə Kalbaumun təsvir etdiyi «paranoya» və nəhayət 1921-ci ildə Krepelinin tədqiq etdiyi hallüsinasiyasız və şəxsiyyət pozuntuları olmadan gedən xəstəlik forması hazırda sayıqlama pozuntuları kimi qəbul edilmişdir.

Dünyanın inkişaf etmiş ölkələrində, o cümlədən ABŞ, Almaniya kimi ölkələrdə sayıqlama pozuntularının əhali arasında yayılması 0,02 – 0,035 %-ə bərabərdir. Yəni hər 100 min əhalinin 20–35 nəfəri sayıqlama pozuntusundan əziyyət çəkənlərdir. Xəstəliyin ilk dəfə təzahür etməsi 35–45 yaş arasında olsa da, bu pozuntulara xeyli cavan, 20 yaşdan sonra və daha ahıl yaşlarda (80–90) da rast gəlmək mümkündür.

Etioloji amil kimi qiymətləndirilə bilən tutarlı faktlar olmasa da, bir sıra mülahizələr maraq doğurur. Psixodinamik nəzəriyyənin tərəfdarlarına görə ictimai izolyasiya (təklənmə), şəxsin öz ictimai-iqtisadi, yaradıcılıq planlarını həyata keçirə bilməməsi tədricən sayıqlama fikirlərinin meydana çıxmasına şərait yaradır.

N. Kameron sayıqlama pozuntusunun meydana çıxması səbəblərini aşağıda qeyd olunan amillərdən birinin və ya bir neçəsinin olması ilə şərtləndirmişdir: 1) qəddarlıqla qarşılaşa biləcəyi fikrinin formalaşması; 2) şəxsi əhatə edən adamlara qarşı inamsızlıq və şübhələrin olması; 3) ictimai mühitə uyğunlaşa bilməmək (izolyasiya); 4) qısqançlıq və ya paxıllıq kimi hisslərin yaranması üçün münbit şəraitin olması; 5) şəxsin öz imkanlarını düzgün dəyərləndirə bilməməsi; 6) şəxsin özünə məxsus olan qüsurları başqalarında da müşahidə etməsi; 7) şəxsi dərin düşünməyə və çətin problemləri həll etməyə vadar edən gərgin şəraitin olması və s. Yuxarıda göstərilən hallar iradəsi zəif, emosional cəhətcə müdafiə edilməyən, yəni sığına biləsi şəxs olmadıqda və digər bu kimi hallarda xəstəlik amili rolunu oynaya bilər.

Sayıqlama pozuntusu olan pasiyentlər, adətən, kənardan heç kəsin diqqətini cəlb etmir. Geyimləri səliqəli, hərəkətləri düzgün olub, peşə vəzifələrini tələb olunan qaydada icra edirlər. Lakin daha yaxın adamlar belə şəxslərin daima, nədənsə şübhələndiyini bilir, onların bu şübhəsini artırmamaq üçün səmimi olub, mübahisə yarada bilən söhbətlərdən çəkinməyi üstün tuturlar. Xəstəyə nəzarət edən həkim bu baxımdan bir qədər başqa taktika seçməlidir, yəni xəstənin sayıqlama fikirlərini yerində izah etməklə onların yalnız olmasını başa salmalıdır. Sayıqlama fikirlərinə uyğun olaraq xəstənin əhvalı da dəyişilir. Məsələn, özünüböyütmə sayıqlaması olan şəxs nikbin, əksinə özünütəqsirləndirmə və ya özünükiçiltmə ideyaları olan şəxs isə bədbin görünür. Qeyd edildiyi kimi sayıqlama ideyaları olan şəxslərdə şizofreniyadan fərqli olaraq hallüsinasiyalar olmur. Lakin tək-tək hallarda epizodik xarakter daşıyan eşitmə hallüsinasiyalarının qeyd olunması mümkündür.

Xəstənin sayıqlama fikirləri, nəinki quruluşuna və həcminə görə, eyni zamanda məzmun etibarilə də şizofrenik sayıqlamalardan fərqlənir. Xəstənin dedikləri reallığa çox yaxın və məntiqli görünə bilər. Kifayət qədər klinik təcrübəsi olan həkim bu növ sayıqlamaları fərqləndirə bilər. Şizofreniya xəstəliyində olduğundan fərqli olaraq bu növ sayıqlamalar – emosional sönüklük, yaxın adamlara qarşı münasibətin dəyişməsi, təhsilə, vəzifə borcuna etinasızlıq və bu kimi digər əlamətlərlə zənginləşmir. Sayıqlama fikirləri olan xəstəni müayinə edərkən ən kiçik detallara belə diqqət yetirmək lazımdır. Məsələn, kiminsə ona pis münasibət bəsləməsini söyləyən xəstədən, bu barədə nə kimi əks tədbirlər düşündüyünü müəyyənləşdirmək, suicidal fikirlərin olub-olmamasını araşdırmaq ön planda olmalıdır. Xəstənin anamnezində əvvəllər aqressiv hərəkətlərin və ya seksual davranış pozuntularının olması, müalicə həkimini daha da ehtiyatlı olmağa sövq etməlidir. Bir sıra hallarda xəstələri hospitalizasiya etmək – yəni stasionara yerləşdirmək və bütün müalicə-profilaktika tədbirlərini orada davam etdirmək daha məqsəduyğundur.

İndi isə sayıqlama pozuntularının ayrı-ayrı klinik variantlarını nəzərdən keçirək.

Ö z ü n ü b ö y ü t m ə s a y ı q l a m a l a r ı ilə təzahür edən pozuntular zamanı xəstə özü haqqında şişirdilmiş, reallıqla uzlaşmayan ideyalar söyləyir. Özünün yüksək bacarıq, imkan sahibi olduğunu sübuta yetirməyə çalışır. Məsələn, ixtisası həkim olan bir nəfər belə xəstə, sübut etməyə çalışırdı ki, onun yarpız və gicitkən yarpağından düzəltdiyi dərman, xərçəng xəstəliyini iki həftə müddətinə tam müalicə edir. Başqa birisi isə söyləyirdi ki, ona yuxuda vergi verilib və o, istənilən adamın xari-

ci görünüşünə baxmaqla onun hansı xəstəliyə tutulacağını və gələcək taleyinin necə olacağını deyə bilir.

Məhəbbət sayıqlamaları zamanı, məsələn, bir xəstə olduqca gözəl və məşhur bir qadının ona vurulduğunu deyir. Həmin qadın guya hər gün ona zəng edir, lakin susur, öz qadınlıq qürurunu sındırmaq istəməyib onun reaksiyasını gözləyir. Erotomaniya adlanan belə pozuntular bir çox hallarda lüzumsuz dedi-qoduya, hətta məhkəmə araşdırmalarına da səbəb ola bilər.

Qısqanclıq sayıqlamaları üçün xarakterik cəhət şəxsin tutarlı sübutu olmadan öz həyat yoldaşını və ya məşuqəsini qısqanmasıdır. Ona elə gəlir ki, həyat yoldaşı və ya sevgilisi kiminləsə gizli əlaqədədir, lakin öz hərəkətini məharətlə gizlədə bilir. «Hadisəni» yerindəcə ifşa etmək üçün saatlarla, bəzən də günlərlə vaxt itirərək əks tərəfi güdür, xüsusi «xidmətçilərdən» istifadə edir və s. Spirtli içkilərə patoloji meyilli olan şəxslər arasında «alkoqol qısqanclıq sayıqlamaları» ilə adi qısqanclıq sayıqlamalarını təcrid etmək lazımdır.

İzləmə sayıqlamalarına nisbətən daha tez-tez rast gəlinir. Belə pozuntuya məruz qalan şəxs əksər hallarda xüsusi gücə malik adamlar bəzən təşkilatlar tərəfindən izləndiyini, ona qarşı dəlil-sübutlar hazırlanmasını deyir. Səbəb haqqında soruşduqda, onlar malik olduqları qeyri-adi xüsusiyyətlərə görə (istedada, müəyyən sirrə və i. a.) izləmə obyektinə çevrildiklərini söyləyirlər. Özlərinə qarşı qeyri-qanuni hərəkəti, izlənmələrini aradan qaldırmaq üçün onlar hüquq-mühafizə orqanlarına müraciət edir, səlahiyyətli şəxslərdən onu müdafiə etməsini tələb edirlər. Bu yolla məqsədlərinə çatmayan bəzi xəstələr aqressiv hərəkətlərə də əl ata bilərlər.

Müxtəlif somatik məzmunlu sayıqlamalara da tez-tez rast gəlinir. Məsələn, bəzi xəstələr mədələrinin qidanı pis həzm etməsindən, bağırsaqlarının həddindən artıq genişlənməsindən, dərilərinin altında və ya daxili orqanlarında xüsusi parazitlərin məskən salmasından şikayətlənirlər. Göstərilənlərdən əlavə, tək-tək hallarda rast gəlinən digər sayıqlama formaları da mövcuddur. Bunlardan Kapqr sin드로му (xəstəyə elə gəlir ki, onu əhatə edən şəxslər real insanlar deyil, onların roluna girmiş adamlardır), Фреголи синдрома (xəstəyə elə gəlir ki, təqsirləndirilən şəxs məqsədinə nail olmaq üçün tez-tez simasını dəyişir, rollara girir) qeyd etmək olar. Bir çox hallarda belə şikayətlər o qədər şişirdilmiş halda olur ki, xəstə daxili orqanlarının artıq çürüməsindən, bağırsaqlarının işləməməsindən şikayətlənirlər. Kотар синдрома adlanan belə sayıqlamalar müalicəyə çətin təbə olur. Somatik əlamətlərlə meydana çıxan sayıqlama fikirləri

olan şəxslər, bir qayda olaraq, psixiatra deyil, digər ixtisas həkimlərinə (terapevt, ginekoloq və i. a.) müraciət edirlər.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o z .** Sayıqlama pozuntularının diferensial diaqnostikası həтта təcrübəli mütəxəssislər üçün də olduqca mürəkkəb, problemlı məsələdir. Müxtəlif psixi xəstəliklərlə, o cümlədən, şizofreniya, affektiv pozuntular, paranoid tip şəxsiyyət pozuntuları ilə yanaşı, sayıqlama pozuntularını aşağıdakı patoloji hallarla da diferensasiya etmək tələb olunur. Somatik və nevroloji xəstəliklər zamanı sayıqlama əlamətləri təzahür edə bilər. Belə pozuntulardan Parkinson və Hantinqton xəstəliklərini, bəzi avitaminozları (B<sub>12</sub>, Fol turşusu duzlarının, tiamin, nikotin turşularının), Altsheymer və Pik xəstəliklərini, toksik təsirə malik bəzi maddələrin, məsələn, amfetaminlərin, antidepressantların, vərəm əleyhinə işlədilən preparatların, hallüsinagenlərin yaratdığı pozuntular da buraya aid edilməlidir. Limbik sistemdə gedən patologiyalar: epilepsiya, beyin şişləri, ensefalopatiya, hipo və hiperqlikemiyalar, uremiya və digər bu kimi hallar sayıqlama pozuntuları verə bilər.

Sayıqlama pozuntularını şizofreniyadan fərqləndirərkən aşağıdakı kriterilərə əsaslanmaq lazımdır:

1. Sayıqlamalar quruluşuna görə monotematik olmaqla şizofreniyaya xarakter əlamətlərlə yanaşı təzahür etməməlidir. Məsələn, hallüsinasiyalar, diqqəti cəlb edən affektiv pozuntular, xüsusən emosionallığın enməsi, cəfəng hərəkətlər və s. Sayıqlama fikirləri, əsas etibarilə izləmə, özünüböyütmə, qısqançlıq, məhəbbət və ipoxondrik məzmunlu olur.

2. Düzgün diaqnozu təsdiq etmək üçün yuxarıda göstərilən kriterilərə cavab verməklə sayıqlamalar ən azı üç ay müddətində müşahidə edilməlidir.

3. Sayıqlama fikirləri yarada bilən əsas amillər – spirtli içkilərin qəbulu, digər toksik maddələrdən istifadə, MSS üzvi pozuntuları, infeksiya amilin olması təcrid olunmalıdır.

**M ü a l i c ə.** Sayıqlama pozuntularının müalicəsi, əsasən iki: psixoloji və bioloji üsullardan istifadə etməklə aparılmalıdır. Psixoloji üsulların tətbiqi zamanı son dərəcə ehtiyatlı olmaq tələb olunur. Xəstənin hər şeyə, o cümlədən, psixoloji təsir vasitələrinə şübhə ilə yanaşması tez-tez müşahidə olunur. Ümumiyyətlə, nəzərə alınmalıdır ki, paranoial xəstələr istənilən müalicəyə meyil göstərmir, yəni özlərini xəstə hesab etmir və müalicədən imtina edirlər. Burada həkimin fərdi yanaşması, xeyli səy göstərməsi tələb olunur. Xəstələrə başa salmaq lazımdır ki, onlar çox yorğun və gərgindir. Tezliklə onun bu gərginliyini və yuxu pozuntusunu aradan qaldırmaq lazımdır. Xəstənin davranışında aqressivlik yoxdursa onu stasionara yerləşdirmək lazım gəlmir. Lakin stasionarda aparılan mü-

alicənin üstünlüklərini də unutmaq olmaz. Xəstənin harada müalicə edilməsindən asılı olmayaraq onunla həkim arasında psixoterapevtik kontakt yüksək səviyyədə olmalıdır.

Dərman preparatlarından istifadə edərkən pasiyentin yaşına, fiziki vəziyyətinə, sayıqlamaların həcminə fikir vermək lazımdır. Əsasən, haloperidoldan, xlorpromazin preparatlarından istifadə edilməlidir. Xəstə dərman preparatlarını könülsüz qəbul edərsə, prolonq – uzun müddət təsir edən preparatlardan, haloperidol-dekanoat, moditen-depo və i. a. istifadə edilməlidir.

## **Şizoaffektiv psixozlar**

Şizoaffektiv pozuntular iki psixotik vəziyyətin: şizofreniya və affektiv xarakterli pozuntuların birlikdə rast gəlinəndi xəstəlikdir. Lakin bu pozuntu zamanı nə sırf şizofreniya, nə də affektiv pozuntular üçün xarakterik olan əlamətlər, həmin xəstəliklərdə olduğu kimi təzahür etmir. Xəstəlik tutmavari gedişə malik olub qüsursuz remissiyalarla müşayiət edilir.

Şizoaffektiv pozuntuların öyrənilmə tarixi 1913-cü ildən başlayır (G. H. Kirby). 1921-ci ildə daha bir tədqiqatçı (A. Hoch) bu psixozun təsvirini verməyə çalışdı. Nəhayət, 1933-cü ildə Yakob Kazanın şizoaffektiv psixozun tam klinik mənzərəsini təsvir etməklə sübut etdi ki, bu xəstəlik şizofreniyaya və bipolyar affektiv pozuntuya bənzəməsinə baxmayaraq, özünəməxsus xarakterik xüsusiyyətləri olan müstəqil nazoloji formadır. Bununla yanaşı müxtəlif alimlər bu xəstəlik formasına başqa adlar da verməyə cəhd göstərirlər, məsələn, atipik şizofreniya, dövri şizofreniya, tsikloid psixoz və s.

Bu pozuntunun əhali arasında rast gəlinmə faizi diaqnostikasının çətinliyi ilə əlaqədar olaraq heç də həmişə dəqiq olmur. Müxtəlif ölkələrin tədqiqatçılarının məlumatları şizoaffektiv pozuntuların şizofreniyaya nisbətən bir qədər az (0,4-0,7%) təsadüf etdiyini göstərirlər. Şizofreniyada olduğu kimi bu xəstəliyə də kişi və qadınlar bərabər sayda tutulurlar.

Pozuntunun klinik əlamətlərinə şizofreniya və affektiv pozuntularda da (maniya və depressiya) təsadüf edən simptomlar aid edilə bilər. Bu əlamətlər eyni vaxtda və ya növbə ilə özünü büruzə verir. Xəstəliyin klinik gedişindən, kəskinlik dərəcəsi, davamlılığı və remissiya vəziyyətinə asılı olaraq, əlamətlər də müvafiq qaydada dəyişilir. Xəstəliyin diaqnozunun düzgün təyin edilməsi üçün aşağıdakı şərtlər nəzərə alınmalıdır:

1. Affektiv pozuntular üçün xarakterik olan əlamətlərin bir və ya bir neçəsinin təzahürü. (Bu əlamətlər «Affektiv pozuntular» mövzusunda var).

2. Ən azı iki həftə müddətində şizofreniya xəstəliyi üçün xas olan əlamətlərin təzahürü:

a) «Fikirlərin sədası», xəstənin beyninə «yad fikirlərin» doldurulması və ya xəstənin öz fikirlərinin çıxarılması;

b) xəstənin fikirlərinə, hissiyatı və ya hərəkətlərinə aid olan təsir sayıqlamalarının olması;

c) xarici mühitdən və ya bədənin müxtəlif yerlərindən gələn, xəstənin davranışını şərh edən səslərin olması;

ç) müxtəlif xarakterli sayıqlama ideyalarının olması daha çox özünü böyütmə, dahilik, qeyri-adi qabiliyyətə malik olmasını nümayiş etdirməyə cəhd etməsi;

d) nitqin ardıcılığının pozulması, neologizmlər, bəzən nitqin qırıqlığı;

e) tək-tək hallarda katatonik pozuntularla, katalepsiya, neqativizmlə müşayiət edilən davranış pozuntularının olması;

3. Xəstəni klinik baxımdan təhlil edərkən, üzvi pozuntuların olması, psixoaktiv maddələrin təsirinə məruz qalması şübhələrinin olması əsaslı surətdə təcrid edilməlidir.

Şizoaffektiv pozuntuların proqnozu da gedişi kimi rəngarəngdir. Əksər təsadüflərdə bu pozuntunun sonu şizofreniya və affektiv pozuntular çərçivəsində olmaqla orta bir vəziyyətlə şərtləndirilə bilər. Yəni xəstəliyin gedişi depressiyaların üstünlüyü ilə davam edirsə, bu şizofreniya yönümlü, əgər maniakal əlamətlər üstün yer tutursa, bu bipolyar affektiv pozuntunun maniakal fazasını xatırladan sonluğa malik olur. Əlbəttə, digər amillər də unudulmamalıdır. Məsələn, xəstəliyin erkən başlaması, ailədə (irsiyyətində) şizofreniyaya tutulanların olması və s. hallar xəstəliyin proqnozunu bir qədər ağırlaşdırma bilər.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o z** – ciddi klinik təhlil aparıldıqdan sonra, anamnestik məlumatlar, üzvi dəyişikliyin olub-olmaması dəqiqləşdikdən və alkoqol, psixoaktiv maddələrdən istifadə inkar edildikdən sonra şizofreniya və affektiv pozuntularla aparılmalıdır. Bütün təsadüflərdə düzgün diaqnoz qoymaq üçün tələsməməli, kəskin dövr keçib getdikdən sonra son söz deyilməlidir.

**M ü a l i c ə**, prinsip etibarilə şizofreniya və affektiv pozuntularda olduğundan fərqlənir. Antidepressantlardan, timoleptiklərdən geniş istifadə edilməlidir. Affektin tipindən asılı olaraq (maniakal və ya depressiv) ya antidepressantlardan, ya da əhval-ruhiyyənin stabilizatorlarından istifadə etmək lazımdır. Psixososial yardım formaları da unudulmamalıdır. Güclü təsirə malik antipsixotik dərmanların təyin olunmasına tələsmək olmaz. Bu preparatlar, ancaq psixozun kəskinləşməsi müşahidə edil



dikdə təyin edilməlidir. Son zamanlar müalicə məqsədilə karbamazepindən, litium preparatlarından daha geniş istifadə etmək tövsiyə olunmuşdur.

## **Şizofrenəbənzər psixoz**

Bir çox müəlliflərin şizofrenoform, şizotipal adlandırdıqları psixi pozuntular sırasına aid edilən şizofrenəbənzər psixoz, praktikada tez-tez rast gəlinən xəstəlikdir. Klinik mənzərəsinə görə şizofreniyadan nəzərə çarpacaq dərəcədə fərqlənməyən bu xəstəliyin diaqnostik göstəricisi və təsdiqlənməsi yalnız aşağıdakı hallarda olmalıdır:

1. Xəstəliyin bütün əlamətləri 5–6 ay ərzində tamamilə itir.

2. Xəstə heç bir qüsurlu əlaməti nümayiş etdirmədən öz əvvəlki fəaliyyətini (iş, təhsil) davam etdirə bilir.

Bu xəstəliyin başlıca klinik göstəriciləri onun kəskin başlanması və xəstəliközü dövrədə hər hansı bir təkanverici amilin olmasıdır. Bu amillər içərisində daha tez-tez rast gəlinəni stress (gərginlik), infeksiya, psixoaaktiv maddələrdən sui-istifadədir. Şizofreniyadan fərqli olaraq bu pozuntuda xronik gediş qeyd olunmur. Şəxsiyyətin parçalanması, yəni şizofreniya üçün xas olan neqativ əlamətlər inkişaf etmir.

Xəstəliyin sağlam əhali arasında təsadüf etmə faizi şizofreniyaya nisbətən 2–4 dəfə azdır (0,2–0,4%). Şizofreniya xəstəliyində olduğu kimi şizofrenəbənzər psixozun da etiologiyası məlum deyil. Bu xəstəliyə tutulanların bəzi bioloji göstəriciləri, məsələn, baş-beyin mədəciklərinin genişlənməsi, immun sisteminə aid bəzi çatışmazlıqlar və s. hələ elmi dəlillərlə sübuta yetirilməmişdir. Ümumiyyətlə, etiopatogenetik baxımdan şizofrenəbənzər psixozu şizofreniyadan və affektiv pozuntulardan ciddi şəkildə fərqləndirmək mümkün deyil.

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının X baxışında təqdim olunan klinik kriterilərə görə şizofrenəbənzər psixozun diferensial diaqnostikası aşağıdakı göstəricilərlə şərtlənməlidir:

1. Psixozla səbəb olan bütün üzvi xəstəliklər təcrid edilməlidir;

2. Müəyyən məqsəd daşıyan süni (uydurma) psixoz halı yaratmaq dəqiqləşdirilməlidir;

3. Psixozla səbəb ola bilən maddələrin, xüsusən steroidlərin, hallüsinogenlərin istifadəsi təcrid edilməlidir.

Xəstəliyin diaqnozunu dəqiqləşdirərkən psixotik vəziyyətin müddəti (1 ay və ya daha çox davam etməsi) nəzərə alınmalıdır.

M ü a l i c ə . Başqa psixozlara nisbətən şizofrenəbənzər psixozun stasionar şəraitdə müalicə olunmasına daha çox ehtiyac olur. Əvvəla ona

görə ki, bu xəstəlik gözlənilmədən və kəskin başlamaqla xəstənin yaxınlarını təşvişə salır. Xəstələr aqressiv hərəkətlərə meyilli olmaqla istənilən an suicidal hərəkətlərə əl ata bilirlər. Nəhayət stasionar şəraitdə, ciddi nəzarət altında aparılan intensiv müalicə tez bir zamanda səmərə verir. Tətbiq edilə bilən müalicə üsulları şizofreniya xəstəliyində olduğu kimidir.

Xəstələri 6 aya qədər nəzarət altında saxlamaq məsləhət görülür. Kəskin dövr keçdikdən sonra psixoterapevtik üsullardan (məqsədyönlü, koqnitiv) istifadə etmək də səmərəlidir.

### **Qısamüddətli psixoz**

Əvvəllər isterik, psixogen və reaktiv psixoz adlandırılan bu pozuntunun hazırda qısamüddətli reaktiv psixoz adlandırılmasının klinik əsasları bunlardır:

1. Xəstəlik güclü stresslə (gərginliklə) əlaqədar meydana çıxır;
2. Davamiyyəti olduqca qısa – bir neçə gündən 2–3 həftəyədək olur.

Xəstəliyin davamiyyəti bir aydan artıq olarsa diaqnozun dəqiqliyi yenidən araşdırılmalıdır.

Psixiatriyaya aid bəzi dərsliklərdə və məlumat kitablarında bu xəstəlik *transitor psixotik pozuntu* da adlandırılır. Xəstəliyin spesifik cəhətlərindən biri onun affektiv yönümlü şəxsiyyət pozuntusu olan adamlar arasında daha tez-tez rast gəlinməsidir. Belə bir fərziyyə də mövcuddur ki, qısamüddətli reaktiv psixoz bəzi adamların stresə xüsusi reaksiyası olub özünümüdafiə xarakteri daşıyır.

Aparıcı əlamətlər arasında affektiv pozuntular daha tez-tez rast gəlinir. Emosional ləbillik, qeyri-adekvat hərəkətlər, isteriya üçün xarakterik olan əlamətlər, müxtəlif səslər çıxarmaq, mütizm, yaddaş və davranış pozuntuları diaqnozu təsdiq etməyə əsas verir. Göstərilən əlamətlərlə yanaşı bəzi şizofrenik əlamətlər də, məsələn, müxtəlif systemsiz sayıqlamalar, eşitmə, görmə hallüsinasiyaları da rast gəlinir.

Xəstəliyin *gediş xüsusiyyətlərini* və *proqnozunu* müəyyən edən əsas göstəricilər bunlardır: xəstəliyin gizli (prodromal) dövrü olmur. Gərginliklə əlaqədar kəskin əlamətlərlə başlayır. Psixozun davam etmə müddəti olduqca qısa olub, bir neçə saatdan 2–3 həftəyədək davam edir. Psixotik əlamətlər səngiməyə başlayan kimi 50% hallarda depressiya əlamətləri təzahür etməyə başlayır. Bu mərhələdə suicidal hərəkətlərə meyilliliyin artması ehtimalı vardır. Xəstənin irsiyyətində şizofreniyanın olmaması və premorbid xüsusiyyətlərin diqqəti cəlb etməməsi proqnostik göstərici kimi qiymətləndirilməlidir.

Xəstəliyin diaqnostikasının başqa psixozlara nisbətən asan olması heç də həkimi arxayınlaşdırmamalıdır. Bir sıra üzvi xəstəliklərlə əlaqədar meydana çıxan qısamüddətli psixoz halı unudulmamalıdır. İntoksikasiyalar, xüsusən narkotik maddələrin, alkoqolun təsiri diqqətlə nəzərdən keçirilməlidir.

Bəzi hallarda müəyyən məqsədlə pasiyent simulyasiya xarakterli psixozu imitasiya etməsi də nəzərdən qaçmamalıdır. Mütəxəssislər tərəfindən qəbul edilmiş əsas diaqnostik kriterilər kimi aşağıda göstərilən əlamətlərə xüsusi əhəmiyyət verilməlidir:

1. Şəxsin hərəkətlərinin, nitqinin və emosional reaksiyalarının anlaşılmaz olması;

2. Pərakəndə formada təzahür edən katatonik əlamətlər;

3. Müxtəlif məzmunlu systemsiz sayıqlamalar və hallüsinasiyalar;

4. Xəstəliyin qəflətən və bilavasitə stresdən sonra başlanması.

Mühüm əhəmiyyət kəsb edən stress amilinin olmadığını müəyyən edən həkim nəzərə almalıdır ki, bəzi hallarda kəskin stressiz də xəstəlik başlaya bilər. Belə hallarda müəyyən zaman fasiləsində baş vermiş kiçik (azhəcmli) gərginlik əlamətlərini təhlil etmək lazımdır. Məsələn, qısamüddətli reaktiv psixoz diaqnozu ilə xəstəxanaya daxil olmuş 26 yaşlı cavan bir qızın son ildə dəfələrlə çox kəskin gərginlik keçirməsi nəticəsində qəflətən xəstələnməsi buna misal ola bilər.

Müalicə. Xəstələri ilk gündən stasionara yerləşdirib aktiv müalicəyə başlamaq lazımdır. Antipsixotik preparatların təyin edilməsi tez bir zamanda xəstənin vəziyyətində dönüş yaradır. Preparatların dozası, təsir spektrindən, əlamətlərin formasından və xəstənin fiziki vəziyyətindən asılı olaraq seçilir.

Depressiya əlamətlərini aradan qaldırmaq üçün antidepressantlardan, kiçik və orta dozalarda istifadə etmək olar. Psixoterapiya aparıcı müalicə vasitələrindən biri kimi qiymətləndirilir. Hipnosuqgestiv psixoterapiya, kəskin əlamətlər səngiməyə başlayan andan aparıla bilər.

## İnduksiyaedilmiş psixoz

Sayıqlama əlamətləri ilə psixoz halı keçirən xəstənin ətrafında olan bir və ya bir neçə adamın da (əksər hallarda ailə üzvlərinin, iş yoldaşlarının) eyni əlamətləri nümayiş etdirməklə sanki psixi pozuntu halını keçirməsini büruzə verməsi ilk dəfə 1877-ci ildə Fransa psixiatri Lasequl və Falret tərəfindən təsvir edilmişdir.

Sayıqlama psixozu keçirən xəstənin əlamətlərini təkrar etməklə ikinci şəxs əslində sağlam olmasına baxmayaraq, sanki təsir altına düşür və

xəstənin bütün əlamətlərini özündə əks etdirir. İnduksiyə edilməmiş psixoz adlanan bu xəstəlik formasının fabulasını təşkil edən, adətən, izləmə sayıqlama l a r ı d ır . Lakin bəzən sayıqlamalar başqa məzmununda da ola bilər. Məsələn, ipoxondrik sayıqlama, özünü böyütmə, müflisləşmə sayıqlamaları və i. a. 90% hallarda induksiya edilmiş psixoz, xəstə ilə mənəvi, iqtisadi və digər bağlılığı yüksək olan qohumlar arasında müşahidə edilir. İnduksiya edilmiş şəxs, adətən, təlqinə həssas olur və ya xəstədən çox asılı olmaq nəticəsində yaranır. Xəstəliyə tutulanların uzun müddət bir yerdə yaşamaları, izolyasiya şəraiti xəstəliyin baş verməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

İnduksiya edilmiş psixozun qadınlar arasında daha tez-tez rast gəlinməsi qeyd edilir. Xəstəlik daha çox bacılar arasında, ər-arvad və ana ilə övlad arasında baş verir. Etioloji amil kimi psixososial amillərə əhəmiyyət verilir. Alimlərin fikrincə ailə üzvlərinin xəstə ailə üzvündən asılılığı nə qədər yüksəkdirsə, induksiya edilmə təhlükəsi də bir o qədər artıq olur. İnduksiya edilmiş psixozun d i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a s ı bəzən ciddi çətinliklər yaradır. Bir sıra hallarda ikinci şəxs (induksiya edilən) özünü simulyativ aparır. Həddindən artıq emosionallıq nümayiş etdirən belə adamlar bəzən heç bir məqsəd güdmədən, sadəcə aktyorluq edir, öz emosional xarakterini nümayiş etdirir.

D i a q n o z u n təsdiqi qeyd edilən kriterilərə əsaslanmalıdır: İnduksiya məruz qalan şəxsə əvvəllər heç bir psixoz halı qeyd olunmayıb. İnduksiya edənə birgə yaşama, ondan asılılıq klinik təhlilə əsasən təsdiq edilir.

M ü a l i c ə əsas etibarilə xəstəlik halı keçirən şəxslərin bir-birindən təcrid edilməsi ilə başlayır. Bir sıra hallarda belə ayrılma və yüngül psixoterapevtik söhbət xəstənin tezliklə psixoz vəziyyətindən çıxmasına səbəb olur. Tək-tək hallarda qısamüddətli psixofarmakoterapiya da tələb olunur. Belə hallarda dərman preparatları kiçik dozalarda, bir-iki həftədən çox olmayaraq tətbiq edilməlidir. Əlbəttə, əsl xəstəliyin də aqibəti və xəstənin özünün ciddi müalicəyə cəlb edilməsi unudulmamalıdır. Bəzi hallarda induksiya edilən şəxs heç cür sayıqlama fikirlərindən uzaqlaşa bilmir və xəstəliyin gedişi, nəinki xronik xarakter daşıyır, hətta mürəkkəbləşərək əlamətlərin artmasına doğru gedir. Belə olduqda ciddi patoloji prosesin inkişafı haqqında düşünmək lazımdır.

## X FSSSİL

## AFFEKTİV POZUNTULAR

Bu bölmədə təsvir edilən xəstəlik və sindromlar əhvali-ruhiyyənin müxtəlif epizodlarda (maniakal və depressiv) cərəyan edən klinik formalarını əhatə edir. Əvvəllər maniakal depressiv psixoz (MDP) kimi tanındığımız vahid nozoloji forma artıq elmi-təcrübi tələbata cavab vermir, yəni MDP adı ilə məlum olan xəstəliyin bir neçə klinik variantlarının olması mütəxəssislər tərəfindən qəbul edilmişdir.

Affektiv pozuntular üçün xarakterik olan başlıca klinik göstəricilər əhvali-ruhiyyənin ya maniakal, ya da depressiya istiqamətində dəyişməsidir. Bu pozuntular, bir qayda olaraq, orqanizmin ümumi aktivliyi fonunda baş verir. Müşahidə edilən digər əlamətlər isə, məsələn, yuxu pozuntusu, həyəcan, qorxu, somatik şikayətlər və s. ya ikincili, ya da həmin xəstəliyin klinik gedişinin tərkib hissəsi kimi qəbul edilməlidir. Bu bölməyə daxil edilən pozuntuların əksəriyyəti rekurrent gedişə malik olub xəstəliyin başlanğıc mərhələsində stress və ya buna bənzər digər təsirlər nəticəsində meydana çıxır.

Affektiv pozuntuların öyrənilmə tarixinə nəzər salsaq onun hələ qədim zamanlardan məlum olmasını sübut edən faktlara rast gələrik. 2500 il əvvəl Hippokratın təsvir etdiyi psixoz formaları arasında müasir maniakal və depressiv psixozlara çox yaxın olan xəstəliklərin olmasını təsdiq edən yazılı məlumatlar bəlli idi. Affektiv psixozların mövcud olması haqqında məlumatlara, Kornelius Tselsusun (eramızın 100-cü illəri), Arteusun (eramızın 120–180-ci illəri), Qalenin (129–199-cu illəri), Tarxlesli Aleksandrın (VI əsr), İbn-Sinanın və digər alimlərin əsərlərində rast gəlmək mümkündür. XIX əsr Fransa psixiatriya məktəbinin davamçılarından Belarjenin «qoşasifət psixoz» (1854) və Falretin «dövri psixoz» (1879) adlandırdıqları xəstəliklər də müasir maniakal və depressiv pozuntulara uyğundur.

XIX əsrin sonu XX əsrin əvvəllərində E.Krepelin maniakal-depressiv psixozun ayrıca xəstəlik olduğunu sübuta yetirməyə cəhd göstərdi. Klinikasına görə polimorf olan bu xəstəliyin endogen psixozlar sırasına daxil edilməsi indiyədək mübahisəlidir. Mono və bipolyar, qarışıq, atipik formalarla yanaşı son illərdə maniakal və depressiv tutmaların maskalanmış və ya süst formalarına da tez-tez rast gəlinir. Gizli depressiyalar və soma-

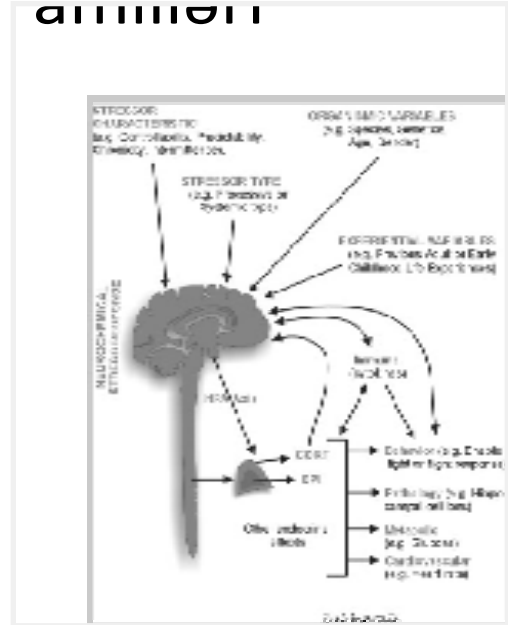
4

reng

### *Neyroendokrin model*

- Hipotalamus-hipofiz-adrenal sistemi və ya
- Hipotalamo-hipofiz-tiroid sistemi

**Şəkil 14.** Stress amilləri

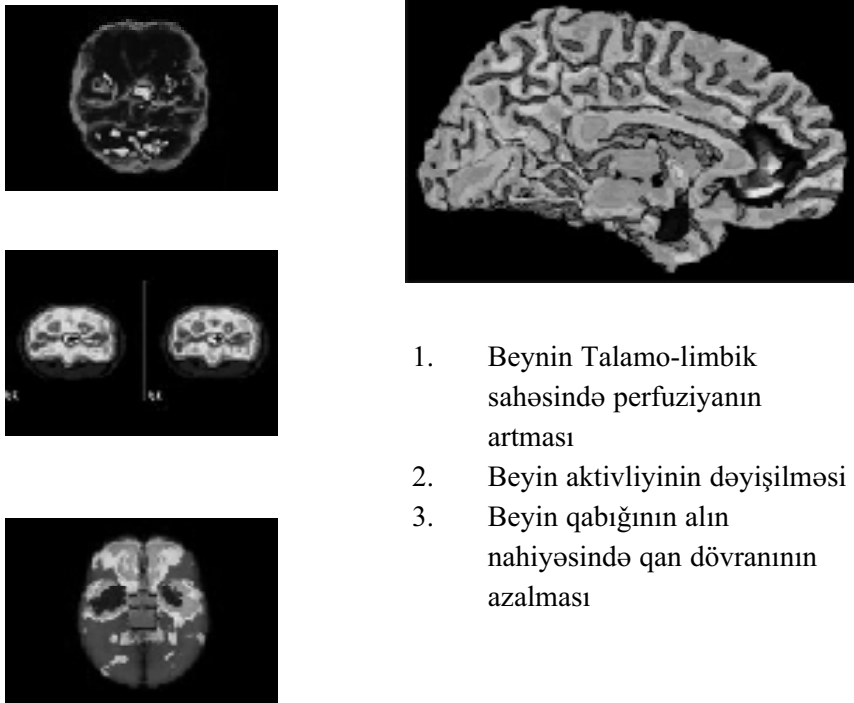


tik şikayətlərlə cərəyan edən formalara da az təsadüf edilmir. Bunun əhəli arasında yayılması, bu xəstəliyin diaqnostikasına olan münasibətlə əlaqədar müxtəlifdir. Bəzi Avropa tədqiqatçıların verdiyi məlumata görə bütün psixi xəstəliklərin 0,7%-dən 1,2%-ə qədərini maniakal və ya depressiv psixozla tutulan xəstələr təşkil edir. Xəstəliyə tutulma əksər hallarda 20–50 yaşlar arasında baş verir. Bu qəbildən olan pozuntuların kişilərə nisbətən qadınlar arasında daha geniş yayılması qeyd olunmuşdur. Gənclərə nisbətən qocalar bu pozuntuları daha ağır keçirirlər. Maniakal və ya depressiv tutmalarla gedən bütün xəstələnmə hallarını bütövlükdə affektiv sferanın vahid patologiyası kimi nəzərdən keçirmək lazımdır.

## **Affektiv pozuntuların etiologiyası və patogenezi**

Xəstələnmə hallarının baş verməsində iştirakı olan amillərin müxtəlifliyi alimləri yekdil fikrə gəlmələrinə imkan vermir. Bu amilləri nəzərdən keçirərkən, ilk növbədə, irsiyyətlə və fərdin yaşla əlaqədar inkişafını ön plana çəkmək vacibdir. Sonra isə təkanverici amil kimi gərginlik (stress) vəziyyətlərinin olmasını, daha sonra isə psixoloji və bioloji amillərin rolunu təhlil etmək, dəyərləndirmək lazımdır.

**İ r s i a m i l l ər .** Xəstələnmə halları qeyd olunun ailələr arasında aparılan tədqiqatlar göstərir ki, adi populyasiyada affektiv pozuntular



**Şəkil 15.** Neyrofizioloji amillər

1–2% təşkil etdiyi halda belə ailələrin üzvləri arasında xəstələnmə halları 10–15% təşkil edir. Rusiya alimlərinin verdiyi məlumatlara görə isə affektiv pozuntuların irsi yolla verilməsi 36–45%-ə bərabərdir. Alman alimləri isə bu rəqəmin cütyumurtalı əkizlər arasında 20–25%, təkyumurtalı əkizlər arasında isə 66–96% olmasını göstərir. Bu baxımdan maraq doğuran faktlardan biri də «nevrotik depressiya», yəni daha yüngül pozuntu halı keçirən şəxslər arasında aparılan tədqiqatlardır. Tək və cütyumurtalı əkizlər arasında yüngül depressiyaların miqdarının çox olması müşahidə edilməmişdir. Başqa sözlə, «nevrotik depressiya»ların irsi amillərlə əlaqəsi olduqca zəifdir.

XX əsrin 70–80-ci illərində molekulyar genetika elminin nəaliyyətlərindən istifadə edərək tədqiqatçılar belə bir qənaətə gəldilər ki, «X» xromosomuna bəzi genlərin birləşməsi nəticəsində maniakal və ya depressiv psixoz inkişaf edə bilər.

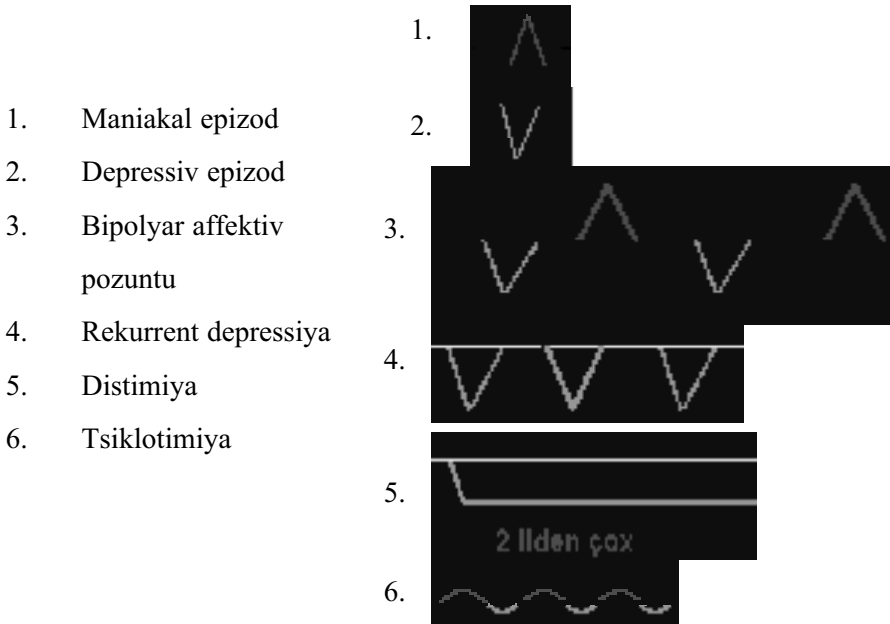
**P s i x o a n a l i z l ə** məşğul olan bəzi qərb alimləri isə belə qənaətə gəlmişlər ki, uşaq yaşlarında ana məhəbbətindən məhrum olan və ya belə hissiyyatı lazımınca hiss etməyən şəxslər yaşa dolduqda depressiya-

5-ci cədvəl.

## Depressiv və maniakal epizodların əsas əlamətləri

| Psixoloji amillər  | Depressiv epizod                             | Maniakal epizod                 |
|--------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| ■ Affekt           | Əhval-ruhiyyənin enməsi və ya həyacan        | Əhval-ruhiyyənin yüksəlməsi     |
| ■ Somato-vegetativ | Somatik şikayətlər, yuxusuzluq, iştahasızlıq | Vegetativ funksiyaların artması |
| ■ Motivasiya       | Gündəlik məşğuliyyətlərə marağın azalması    | Fəaliyyətin artması             |
| ■ Psixomotor       | Tormozlanma                                  | Hərəkəti narahatlıq             |
| ■ Koqnitiv         | Ümüdsüzlük, köməksizlik, suicidal fikirlər   | Özünüqiymətləndirmənin artması  |

## Sxem 7. Affektiv pozuntuların təsnifatı





ya daha çox meyilli olurlar. Bu hipotezi tədqiq edən alimlər, valideynlərini itirərək uşaq evlərində, özgə ailələrdə böyüyən uşaqlarla və kifayət qədər ana məhəbbəti görmüş uşaqları müqayisəli şəkildə öyrənərək müəyyən etdilər ki, yuxarıda qeyd edilən psixanalitik konsepsiyanı nə təsdiq, nə də inkar etmək mümkün deyil. Lakin belə bir faktı da inkar etmək olmaz ki, depressiya keçirən bir çox pasiyentlər valideyn qayğısından tez-tez şikayətlənirlər. Belə xəstələr, adətən, valideynlərinin onları daha çox himayə etmələrindən, müstəqil qərar qəbul etmələrinə maneəçilik törətmələrindən şikayətlənirlər.

**Stress amilinin** də affektiv pozuntuların meydana çıxmasında rolunu inkar etmək mümkün deyil. Xəstəliyə tutulmuş əksər pasiyentlərdə xəstəlikönu dövrə şəxsin gərginliyə məruz qaldığını aşkar etmək mümkündür. Stress amilləri ya xəstəliyin bilavasitə səbəbi kimi, ya da onu gücləndirən amil kimi meydana çıxır. Belə amillərə şəxsin yaxınlarını itirməsi, iqtisadi vəziyyətin kəskin surətdə pisləşməsi, vəzifə və iş yerini itirməsi, uzun müddət hədə-qorxu altında yaşamasını misal göstərmək olar. Psixanalitiklər (Z.Freyd, Karl Abraham və başqaları) xüsusi olaraq qeyd edirlər ki, seksual istək obyektinin itirilməsi, uşaq yaşlarında keçirilmiş seksual məzmunlu iztirablar depressiyaların meydana çıxmasına səbəb olan amillərdəndir.

**Kognitiv nəzəriyyənin** tərəfdarları sübut etməyə çalışırlar ki, şəxsin öz həyatını mənfi planda görməsi, reallığı qeyri-düzgün qavraması, pessimizm və ümitsizlik yaradaraq depressiya sindromunun inkişafına səbəb olur.

Bioloji amillərdən ən önəmli sayılanı **biokimyəvi konsepsiyadır**. Bu konsepsiyaya görə depressiyaların meydana çıxmasında fəvqəladə əhəmiyyət kəsb edən amil baş-beynin bir sıra hissələrində monoamin mediator sisteminin anomaliyalarıdır. Bu nəzəriyyə varandığı ilk illərdə

| XBT-10                                         | DSM-IV                                 | sonralar |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| Maniakal epizod                                | Maniakal epizod                        | 100      |
| Depressiya epizodu                             | Böyük depressiya epizodu               | 100      |
| Bipolyar affektiv pozuntu                      | Bipolyar pozuntular                    | 100      |
| Rekurrent depressiv pozuntu                    | Depressiya pozuntuları                 | 100      |
| MaXronik affektiv pozuntular                   | (Distimiya-depressiya nevrozu)         | 100      |
| dokr (distimiya, tsiklotimiya)                 | Dəqiqləşdirilməmiş affektiv pozuntular | 100      |
| kortikoidDigər affektiv pozuntular             |                                        | 100      |
| faktı buDəqiqləşdirilməmiş affektiv pozuntular |                                        | 100      |
| ğuş və                                         |                                        | 100      |
| alimləri                                       |                                        | 100      |

pozuntuları birbaşa etioloji amil kimi olmasa da ikincili, yəni stress nəticə-

sində yaranan bir proses kimi qiymətləndirilməlidir. Maniya və depressiya hallarının yaranmasında su, duz və elektrolit mübadiləsinin dəyişməsi keçən əsrin 60–70-ci illərində geniş tətbiq olunmuş və əldə edilən nəzəriyyələr elmi ədəbiyyatda öz əksini tapmışdır. Həmin illərdə sübut olundu ki, hər iki halda depressiya və maniya zamanı sutqalığ natriumun miqdarı xeyli artır. Bu isə hüceyrədaxili natriumun artması deməkdir. Sinirlərə əlaqələrin yaranmasında göstərilən maddələrin rolu şübhə doğurmur.

Yuxarıda göstərilən tədqiqatların affektiv pozuntularda təkzibolunmaz rolunu söyləmək mümkün olmasa da onların elmi əhəmiyyətini də inkar etmək olmaz. Son illərdə intensiv sürətdə öyrənilən *e n k e f a l i n l ə r i n* və *e n d o r f i n l ə r i n* əhəmiyyəti də diqqətdən yayınmamalıdır.

### **Affektiv pozuntuların təsnifatı və klinikası**

Affektiv pozuntuların təsnifatı aşağıdakı cədvəldə müqayisəli şəkildə təqdim edilir. Cədvəldən göründüyü kimi Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı X baxış – XBT–10, ABŞ-da qəbul olunmuş DSM-IV təsnifatından ciddi fərqlənmir. XBT–10 Amerika təsnifatından bir qədər əhatəli olması ilə seçilir. Tsiklotimiya DSM-IV bipolar pozuntuların daxilində təsvir edilirsə, XBT–10 da bu pozuntu distimiya ilə birlikdə xronik affektiv pozuntulara aid edilir.

*6 - c ı c ə d v ə l*

#### ***Affektiv pozuntuların təsnifatı***

## Maniakal epizod

Maniakal epizod zamanı, ilk növbədə, xəstələrin xarici görkəmi dəyişilir. Mimikaları oynaq və mənalı, baxışları parlaq görkəm alır, yaşlarından xeyli cavan görünürlər. Əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi xəstələrin nitq və davranışında qabarıq şəkildə nəzərə çarpır. Xəstələr ən çətin işlərin öhdəsindən gələ bilmələri, böyük istedadla və qüvvəyə malik olmalarını cəsarətlə söyləyir, hər bir çətinliyi dəf etməyə hazır olduqlarını bildirirlər. Ətrafdakı, hətta tanımadıqları adamlara qarşı olduqca mehribanlıq və istiqanlılıq göstərilir. Lakin bununla yanaşı qısamüddətli qəzəbli qıcıqlanmalar da müşahidə olunur. Xəstənin arzu və hərəkətlərinə qarşı çıxmaq onları əsəbiləşdirir.

Maniakal epizodun çılğın dövründə heç bir mənfi amil, hətta yaxın adamların başına gələn gözlənilməz hadisələr, məsələn, xəstələnmə, ölüm belə onların əhvalını dəyişmir. Koqnitiv aktivliyin artması və ya nitqin oynaqlığı təfəkkürün sürətlənməsi ilə özünü büruzə verir. Təfəkkür bəsit (konkret) və məzmunlu olub dəyişkənliyi ilə diqqəti cəlb edir. Bəzən fikirlər bir-birini o qədər sürətlə əvəz edir ki, onların biri digərinə qarışır. Xəstə bir an əvvəl dediyi sözləri unudur, yeni-yeni fikirləri söyləməkdə davam edir. Diqqətin davamsızlığı qeyd olunur.

Xəstəliyin nəzəri cəlb edən cəhətlərindən biri də qavrama qabiliyyətinin yüksəlməsidir. Tutmanın başlanğıc mərhələsində işləmək, yaratmaq hissi gücləndiyindən şəxs öz fəallığı, təşəbbüskarlığı ilə fərqlənir. Qarşıya çıxan bütün çətinlikləri sanki asanlıqla dəf etmək bacarığı nümayiş etdirir.



Şəkil 16. Maniakal oyanma.

Bu mənzərəni öz qızında müşahidə edən bir nəfər demişdir: «Həmişə tənbel və fağır bildiyimiz qızımız indi yorulmaq bilmir, evin bütün işlərini təkə görür, heç kəsə macal vermir». Belə hallarda xəstələr doğurdan da yorulmaq bilmir, az yatır, daima hərəkət etməkdən, iş görməkdən sanki zövq alırlar. Xəstələrin iştahasının artması da qeyd olunur. Onlar ucadan danışmağı, zara fatı, məzhəkəli sözlər deyərək hamını güldürməyi sevir, əyinlərinə əlvən rəngli paltar geyərək diqqət mərkəzində olmağa çalışırlar.

Tükənməz enerji nümayiş etdirən, hər bir işdən çəkinmədən yapışan belə xəstələr başladıkları işi sona çatdırma bilmir, əmək məhsuldarlıqları aşağı olur. Yeni-yeni planlardan, tədbirlərdən danışımlarına baxmayaraq son nəticədə heç birini axıra çatdırma bilmirlər. Əksər hallarda lazımsız, cəfəng işlərlə məşğul olurlar.

Məsələn, mağazalardan çoxlu gərəksiz şeylər alır, nəbələd adamlarla öləri tanışlıq yaradır, davranış və etika qaydalarını pozurlar. Belə xəstələr üçün cinsi meyilin yüksəlməsi və bu səbəbdən pozğun həyat sürmələri xarakterikdir.

Maniakal epizod üçün özünədən qidinin enməsi xasdır. Belə şəxslər öz qüvvə və bacarıqlarını şişirdir, bütün işlərin öhdəsindən gəlməyə qadir olduqlarını bildirirlər. Diqqətlərinin tez-tez yayınmasına baxmayaraq yaddaşları pis olmur, lakin tutma dövründə məlumatların yadda saxlanması çətinləşir.

Xəstələrin özlərindən razı olmaları xarici görünüşlərindən hiss olunur. Yüksək əhvali-ruhiyyəni əks etdirən təbəssüm, şən və oynaq baxışlar, çevik hərəkətlər bir an belə onları tərk etmir (şəkil 16). Ağır keçən maniakal oyanma zamanı emosional coşğunluq həddini aşaraq şiddətli qəzəbə çevrilə bilər. Belə halda xəstə bir an belə dayanmadan səsi batana-dək, hətta boğuc səslə danışır, oxuyur, şüarlar deyir, hamının işinə qarışır. Ətrafdakıları da onunla həmrəy olmağa məcbur edir. Onlar özlərinin qeyri-real imkanlarından, yerinə yetirilməsi mümkün olmayan planlarından danışır. Özləri kimi ətrafdakı adamları, bütün bəşəriyyəti «xoşbəxt» edə biləcəklərini söyləyirlər.

Təfəkkürün (nitqin) sürətlənməsi onların s i ç r a y ı ş l ı y ü r ü - ş ü n ə d ə k (*fuqa idearum*) arta bilər. Bu zaman nitq qırıq, sözlər və cümlələr dolaşır olur. Xəstələr utancaqlıq hiss etmədən biabırçı ifadələr işlədir, bədənələrini çılpaqlaşdırırlar. Nitqin məzmununa diqqət yetirdikdə yüksək ifadələrlə zəngin özünü böyütmə sayıqlamaları qeyd edilir. Bəzi hallarda təqib sayıqlamalarına da rast gəlinir. Bir qayda olaraq, bu növ sayıqlamalar emosional halın, hərəkət və nitqin sürətlənməsi fonunda cərəyan edir.

Yeniyyətlər arasında rast gəlinən maniya əksər hallarda yanlış olaraq şizofreniya və ya sosiopatiya (şəxsiyyət pozuntusu) kimi başa düşülür. Bunun səbəbi onunla əlaqədardır ki, maniakal epizod keçirən yeniyyətə bir sıra psixoz əlamətləri nümayiş etdirir. Məsələn, müdrük ifadələr işlədir, sarışan fikirlər və hərəkətlər edir, spirtli içkilərə, narkotik maddələrə meyil göstərir. Qeyd edilənlərlə yanaşı belə gənclər bəzən özünə sui-qəsd hərəkətlərinə də əl atırlar.

## Depressiya epizodu

Yüngül, orta və ağır variantlarda təsadüf edən bu pozuntu zamanı xəstələr əsas etibarilə əhvali-rühiyyənin aşağı enməsindən, maraq və zövqün yoxluğundan, enerjilərinin olduqca zəifləməsindən şikayət edirlər. Ümumi yorğunluq və fəallığın xeyli enməsi xəstələri az hərəkətli və ya hərəkətsiz vəziyyətdə qalmağa məcbur edir.

Xəstəliyin klinik mənzərəsini əhatə edən digər əlamətlərə XBT-10-da təsbit edilən aşağıdakıları da aid etmək olar:

- 1) Diqqətini cəmləmək qabiliyyətinin enməsi;
- 2) Özünə inamın və özünü qiymətləndirmənin enməsi;
- 3) Özünü alçaltma və təqsirləndirmə ideyası;
- 4) Gələcəyi tutqun və pessimist görmək;
- 5) Özünə xəsarət yetirmək və ya suicidal fikirlər;
- 6) Yuxu pozuntusu;
- 7) İştahın zəifləməsi.

Depressiya epizodu üçün xarakterik olan *kədər*, *həyəcan* olmadıqda diaqnozun təyini çətinlik törədir. Bəzən xəstələrin əhvali-rühiyyəsi azacıq pozula bilər. Onlar sevinə bilmədiklərini, işə qarşı meyilin azaldığını, pis hadisələrə daha çox maraq göstərdiklərini qeyd edirlər. Axşama yaxın xəstənin əhvalı sanki normallaşır. Ağır dərəcəli depressiya zamanı isə əhvali-rühiyyənin kəskin pisləşməsi ilə yanaşı onları *kədər* və *həyəcan* bürüyür. Xəstələrin xarici görünüşündə əks olunan düşkünlük, qəmginlik, daxili təşviş və narahatlıq diaqnozun təyini xeyli asanlaşdırır. Belə şəxslər olduqca ləng hərəkət edir, halsız və yorğun görünürlər. Başlarını daima aşağı dikir, gözlərini bir nöqtəyə zilləyirlər. Dərilərinin rəngi, hətta başlarının tükü belə təbii rəngini itirmiş olur. Fiziki və psixi fəaliyyət kəskin dərəcədə zəifləyir. Səsləri sakit, monoton, emosional çalqlarlarını itirmiş olur. Əksər hallarda danışmağa maraqları olmur.

Bu mərhələdə vegetativ və somatik əlamətlər təzahür etməyə başlayır. Ətrafdakı adamlara, təbiət mənzərəsinə, musiqi melodiylarına, hətta öz övladlarına belə pessimist münasibət göstərir, gələcəyə ümidsizliklə baxırlar. Xəstələrdən tez-tez: «ürəyimdən sanki daş asılıb», «qəlbim yas içindədir», «heç nə məni sevindirmir», «mən artıq heç nəyə yaramıram», «yaşamaqda heç bir məna görmürəm» və s. şikayətləri eşitmək olur.

Şizofreniyaya tutulmuş xəstələrdən fərqli olaraq belə xəstələr əmək qabiliyyətini və fiziki fəallıqlarını itirdikləri üçün iztirab keçirirlər. Gələ-

cək həyatları üçün təşviş və həyəcan hissi onları tərk etmir: «nə balalarıma, nə də özümə xidmət edə bilmirəm», «iş görməyə təqətim yoxdur», «canımda heyim qalmayıb» – deyən xəstələrin iztirab keçirdikləri şübhə doğurmur. Depressiv hal, bir qayda olaraq, günün birinci yarısında güclü, axşama yaxın isə nisbətən zəifləyir.

Depressiya epizodunun sonrakı mərhələsi – affektiv halın (kədər, həyəcan) daha da güclənməsi, psixi və hərəkəti fəallığın isə bir qədər də ləngiməsi ilə diqqəti cəlb edir. Səhhətlərinin pisləşməsi xəstələri daha da məyus edir və köməksiz vəziyyətə salır. Mimikalarındakı cizgilər öz təbiiliyini itirir, hərəkət reaksiyası son dərəcə məhdudlaşır. Onlar suallara çətinliklə, qısa cavab verərək bəzən danışmaqdan tamamilə imtina edirlər. Saatlarla oturduqları və ya uzandıqları yerdən tərpənmirlər. Bəzi hallarda belə vəziyyət tam hərəkətsizlik səviyyəsinə çatır. Buna *d e p r e s s i v s t u p o r* deyilir. Belə olduqda xəstələr yeməkdən və suallara cavab verməkdən də imtina edirlər.

Reaktiv depressiyalardan fərqli olaraq ən ağır depressiya epizodu keçirən xəstə heç vaxt ağlamır, baxışlarını harasa yönəldərək, gözlərini qırpmadan kədərli nəzərlərlə bir nöqtəyə zilləyir. Bəzi xəstələrdə yaxın adamlarına qarşı narahatlıq hissi yaranır, onların başlarına bədbəxt bir hadisə gələcəyindən qorxurlar. Bəzən isə özlərini düzgün olmayan bir hərəkətdə təqsirləndirirlər. Qohumlarına, övladlarına qarşı soyuqqanlı, biganə olmaları onları olduqca narahat edir, iztirablarını daha da artırır. Belə hallarda *k ə d ər l i l a q e y d l i k* (anaesthesia dolorosa) müşahidə edilir.

Ağır depressiyaların xarakterik cəhətlərindən biri də müxtəlif məzmunlu sayıqlamaların: ipaxondrik, özünü təqsirləndirmə, müflisləşmə və s. meydana çıxmasıdır. Yaşlı şəxslərdə sayıqlamalara daha tez-tez rast gəlinir. Sayıqlamaların məzmunu xəstələrin yaşadığı mühit, onun intellektual səviyyəsindən və digər amillərdən asılı olaraq müxtəlif olur. Əvvəllər tez-tez rast gəlinən dini-mövhumat məzmunlu və ya siflisə yoluxmaqla əlaqədar sayıqlamalara indi az təsadüf edilir. Hazırda onları, spidə yoluxma, kibernetik maşınların onların fikirlərinə, hərəkətlərinə nəzarət etməsi və s. bu kimi sayıqlamalar əvəz etmişdir. Depressiv epizod zamanı ipoxondrik sayıqlamalara daha tez-tez rast gəlinir. Onlar «ürəklərinin dayanmasından», «mədə-bağırsaq yollarının tutulmasından», «beyinlərinin çürüməsindən» şikayətlənirlər. Uşaqlarının «sağalmaz xəstəliyə» tutulmasını söyləyirlər. Nadir hallarda sayıqlamalar nigilistik məzmunlu ola bilər (Kotar sindromu). Xəstələrdə özünütənqid ya zəif olur, ya da heç olmur. Bəzən depressiyanın klinikası atipik gedir. Güclü qəm, kədər halı hərəkət sferasının tormozlanması ilə yox, əksinə xəstənin təşvişli oyanması

ilə müşayiət olunur. Xəstələrdə harasa qaçmaq, təcili özünü məhv etmək, suya, tonqala atılmaq meyili yaranır. Belə xəstələr üzərində nəzarət daha güclü olmalıdır.

*Özünə sui-qəsd* depressiv epizodun istənilən mərhələsində, hətta depressiyadan çıxma dövründə də mümkündür. Sui-qəsd xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən və şəxsiyyətin strukturundan asılı olaraq yaranır. Belə fikirlər əksərən ağır depressiya keçirən xəstələrin «çıxılmaz vəziyyətə» düşdükləri anda «ümidlərinin puça çıxdığını» hiss etdikdə meydana çıxır. Sui-qəsd zamanı ən çox istifadə edilən vasitələr dərman maddələri və iti alətlərdir. Bəzi hallarda, digər üsullardan da, qatı sirkə içmək, özünü asmaq, suda boğmaq və s. istifadə edirlər. Özünə qəsd edən xəstə, adətən, bunu əvvəlcədən planlaşdırır, heç kəsə bildirmədən hazırlıq görür. Bəzən isə bu fikir qəflətən yaranır və tezliklə də icra olunur. Hərəkət fəallığı bu və ya başqa dərəcədə saxlanılan xəstələr, fəaliyyəti intensivləşdirən anti-depressiv preparatların (xüsusən melipraminin) qəbulu nəticəsində bir qədər də aktivləşərək intihara meyil göstərilər.

Depressiya epizodunun klassik variantı ilə yanaşı bəzi atipik formaları da mövcuddur. Bəzi hallarda narahat (ajitəli) depressiyalarla gedən formaya da rast gəlinir. Bu zaman klassik əlamətləri özündə əks etdirən əlamətlərlə yanaşı tormozlanmanın oyanıqlılıqla əvəz edilməsinə təsadüf olunur. Belə hallarda xəstələr son dərəcə kədərli, qəmli görünürlər. Müxtəlif ipoxondrik və ya özünü təqsirləndirmə sayıqlamaları aşkar edilir. Eyni zamanda narahat, hərəkətli olub özlərinə yer tapa bilmirlər, tez-tez oturduqları yerdən sıçrayır, onlara təcili kömək etməyi və ya iztirablarını sona yetirmək məqsədilə zəhər verib öldürməyi xahiş edirlər. Sanki çıxış yolunu bunda görürlər.

Depressiyanın digər növü, *fikirlərin sıçrayışı* ilə gedən depressiyadır. Bu zaman intellektual ləngimə, intellektual oyanma ilə əvəz edilir. Yəni kədər və bədbinlik əhvali-ruhiyyəsi ilə yanaşı fikirlərin sürətlə birini əvəz etməsi müşahidə olunur.

Qarışıq gedən formalardan biri də *həyəcanlı-hərəkətli depressiyadır*. Bu zaman psixoz həyəcan və hərəkət oyanıqlılığı fonunda cərəyan edir.

*Sarışan hallarla* müşahidə olunan depressiyalarda klassik əlamətlərlə yanaşı *fobiya*lar da qeyd olunur. Qorxunun səbəbi sarışan fikirlərlə əlaqədar olur. Məsələn, şəxs sağalmayan ağır xəstəliyə (o cümlədən, ruhi xəstəliyə) tutulmaqdan, ürəyinin qəflətən dayanmasından, hamar yerdə yığılmaq qorxusundan, daima ehtiyatla (qeyri-təbii) davranır və s. Bu kimi əlamətlər uzunmüddətli olarsa müalicəsi çətinləşir.

## Bipolyar affektiv pozuntu

Bu xəstəliyin başlıca cəhəti hər iki pozuntu formasının – maniakal və depressiv vəziyyətlərin xəstəliyin gedişində mütləq rast gəlinməsidir. Depressiv tutmanın sayı daha çox ola bilər, lakin heç olmasa bir maniakal tutmanın olması əsas şərt kimi qəbul edilməlidir. Xəstəlik, adətən, gənc yaşlarda (30 yaşadək) başlayır, lakin bir çox hallarda ilk tutma 20 yaşa qədər də ola bilər. Xəstəliyin ilk tutmasının ahıl yaşlarda meydana çıxması təsadüfləri də məlumdur. Tədqiqatçıların müşahidələri sübut edir ki, bipolar pozuntu 90% hallarda 50 yaşa qədər baş verir.

Yuxarıda qeyd edildiyi kimi bipolar pozuntu üçün maniakal və depressiv epizodların biri-birini əvəz etməsi, onların arasında az və ya çox davam edən işıqlı dövrün olması başlıca şərtlərdəndir. Lakin bir sıra hallarda maniakal və depressiv epizodların bir-birini əvəz etməsi, işıqlı dövrün olmaması ilə də cərəyan edir. Bir çox xəstələrdə tutmalar oxşar şəkildə bütün həyatı boyu dəyişmədən davam edir.

Bipolyar pozuntunun ayrı-ayrı epizodlarının davam etmə müddəti müxtəlif ola bilər. Klinik təcrübədə rast gəlinən orta müddət 2–6 aya bərabər olsa da, bəzi hallarda bir il və daha çox çəkir. Bir neçə gündən bir neçə həftəyədək davam edən tutmalara da təsadüf edilir.

İşıqlı dövrün (intermissiyaların) müddəti də müxtəlifdir. Bəzi xəstələrdə bütün həyatı boyu yalnız bir və ya iki-üç tutma müşahidə olunur. İlk tutmanın başlanması, adətən, gənclik və orta yaş dövrünə düşür. Lakin son illərdə məktəb və hətta məktəbəqədər yaş dövründə, nadir hallarda olsa da, bipolar pozuntuya təsadüf olunur. İlk tutmanın hansı yaşda başlamasından asılı olaraq, onun kəskinliyi və müddəti də dəyişir. Məsələn, gənc yaşlarından başlayan pozuntu tutmalararası dövrün ağırlaşmasız və daha davamlı olması ilə xarakterizə edilir. Ahıl yaşlarında rast gəlinən tutmalar, adətən, beynin damar pozuntuları ilə (ateroskleroz, hipertoniya) ağırlaşır. Bu xəstəliyin gedişini və onun müalicəsini mürəkkəbləşdirir. İşıqlı dövr zamanı belə xəstələrdə yaddaşın zəifləməsi, əhvalın dəyişkənliyi qeyd olunur.

***Nümunə üçün bir xəstəlik tarixini nəzərdən keçirək.***

Xəstə A. A., 37 yaşında: Yaxın qohumları arasında psixi xəstəliklərə tutulan yoxdur. Anadan sağlam, normal çəkiddə və normal ölçüdə doğulmuşdur. Məktəbəqədər dövrdə və 10-cu sinfi bitirənədək sağlam böyümüşdür. Universiteti bitirmişdir. Həmişə yaxşı oxumuş, xasiyyət və davranışında diqqəti cəlb edən psixoloji hallar olmamışdır. Gənclik illərində dostları və tanışları arasında «sakit adam» kimi tanınmışdır. Əvvəllər müəllim, sonra isə nazirlikdə şöbə müdiri işləmişdir. 25 yaşında evlənmiş, iki uşağı vardır. İş yoldaşlarının və qohumlarının dediyinə görə tərbiyəli, xeyirxah və şən xasiyyətlidir. Lakin bəzən əsəbiləşib özündən çıxır, əsassız olaraq əhvalı dəyişir. 23 yaşında olarkən, səbəbsiz bir neçə gün müddətində qəmgin və kədərli olmuş, marağı sönmüş, heç kəsi görmək istəmə-



miş, evdən bayıra çıxmamışdır. Təqribən bir aydan sonra hər şey qaydaya düşmüş, müalicə üçün həkimə müraciət etməmişdir. Səbəbini soruşduqda, «hər kəsin həyatında belə hallar olur» deyər cavab vermişdir. 37 yaşında təcridən əhvalı dəyişmiş, ümumi fəallığı günbəgün artmağa başlamışdır. İşdə bütün tapşırıqları cəld və həvəslə icra edirmiş. Tez-tez idarənin rəhbərliyinə müxtəlif təkliflər verməyə başlamış, ən çətin işləri belə təkbəşinə görməyə hazır olduğunu bildirmişdir. «Nazirliyin işini kökündən dəyişmək, gecə-gündüz işləmək lazımdır» deyirmiş. Bir neçə gündən sonra vəziyyəti bir qədər də dəyişmiş, özünü lüzumsuz tərifləmiş, ucadan danışmaq və qəhqəhə ilə gülmək, əvvəllər ona xas olmayan nalayiq zaraflar etməyə başlamışdır. Ailə üzvlərinin dediyinə görə boş vaxtlarını qohumlarına baş çəkməyə və ya mağazaları gəzməyə sərf edərmiş, lazım olmayan şeylər alarmış, işdə qəti olaraq Moskvaya, mərkəzə göndərilməsini, təkliflərinin tezliklə həyata keçməsinə tələb edərmiş. Stasionara daxil olarkən diaqnozu: Bipolyar affektiv pozuntu, maniakal faza. Müalicədən bir ay sonra remissiya vəziyyətində stasionardan evə yazılmışdır. Üç il sonra, yenidən 1977-ci ildə müalicəyə başlanılmış, 1980, 1982, 1986 və 1988-ci illərdə vəziyyətinin pisləşməsi ilə əlaqədar stasionara göndərilmiş, təqribən müalicədən bir ay sonra evə yazılmışdır. Hər dəfə maniakal faza müşahidə olunmuşdur. Axırncı dəfə stasionara daxil olarkən, nitq və hərəkət oyanıqlığı, əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi qeyd olunmuşdur. Xəstənin dediyinə görə iş yerində «həddindən artıq» işləməli olmuş, bütün tapşırıqları «müvəffəqiyyətlə» yerinə yetirərmiş, özündə «tükənməz güc» və «enerji» hiss edərmiş. Tez-tez qohum və tanışlarına zəng vurur və hal-əhval tutarmış, bəzilərinin isə hətta evlərinə baş çəkərmiş. Hamıya ağızdolusu vədlər verir, yorulmaq bilmədən danışar və ətrafdakıları əyləndirməyə meyil edərmiş.

1987-ci ildə qısamüddətli depressiya fazalı tutma müşahidə edilmişdir. Xəstəlik yüngül keçirildiyindən (baş ağrıları, yorğunluq, yüngül yuxu pozuntusu, az danışmaq və s.) stasionar müalicəsinə ehtiyac olmamış, ambulator şəraitdə müalicə olunmuşdur. Axırncı dəfə stasionara daxil olarkən, psixi vəziyyəti, ətraf mühitə və özünə bələddliyi pozulmamışdır. Həkimin suallarına cavab verir, çox danışır. Söhbət əsnasında tez-tez mətləbdən uzaqlaşır, başqa mövzulara keçir, ara-sıra yerindən sıçrayaraq, harasa getmək istəyir, otaqda var-gəl edir, əllərini ovuşdurur. Özünü xəstə hesab etmir, «sağlamlığımdan şikayətim yoxdur» – deyir. Xəstəxanaya gətirilməsində həyat yoldaşını təqsirləndirir: «Nə olsun ki, yatmıram, o, özü də xəstədir, müalicəyə onun ehtiyacı var» – deyir. «İş yoldaşlarımı çağırıb onlardan soruşun mən necə işciyəm». «Hamının əvəzinə işləyirəm.» Xəstə özünü hər şeydən razı kimi göstərir, xahiş edir ki, elə bu dəqiqə onu evə buraxsınlar. Onu «böyük işlər» gözləyir. Şöbədə özünü şən və fəal aparır, söhbətlərə qoşulur, heç kəsə məhəl qoymadan təşəbbüsü öz əlinə almağa çalışır, hərəkətlərinə tənqidi münasibət bəsləmir.

Bipolyar affektiv pozuntu adətən, somatik pozuntuların müşayiəti ilə gedir. Xəstəliyin hər iki fazada gedişi zamanı xəstələr çəkirlərini itirirlər. Maniakal gediş zamanı iştahanın olmasına baxmayaraq, xəstənin həddindən artıq hərəkəti fəallığı və yuxunun pozulması nəticəsində bədən çəkisi azalır. Depressiya fazasında isə bu, iştahanın olmaması, ümumi tonusun zəifləməsi nəticəsində baş verir.

Xəstəliyin hər iki fazasında xəstələr az yatır, vegetativ pozuntular

qeyd olunur. Belə ki, simptomatik sinir sisteminin tonusu yüksəldiyi üçün nəbz sürətlənir, qan təzyiqi yüksəlir, bəbəklər genişlənir, qəbizliyə meyillilik müşahidə olunur. Tənəffüs aktı maniakal fazada artır, depressiya zamanı isə seyrək, səthi, lakin arabir dərin köks ötürmələrlə cərəyan edir. Maniakal fazada normadan artıq təvə və gözyaşı ifraz olunduğu halda, depressiya fazasında bu proseslər ləngiyir. Xəstələr kədərli olmalarına baxmayaraq, gözlərindən yaş çıxmır, ağız quruluğundan şikayətlənirlər. Maniakal fazada iştahanın və cinsi meyilin artması, depressiv fazada isə əksinə zəifləməsi qeyd olunur. Qadınlarda aybaşı tsiklinin pozulması bipolyar pozuntular zamanı tez-tez müşahidə olunan əlamətlərdəndir. Mədələr mübadiləsində ciddi pozuntu qeyd edilir.

Depressiv fazada ümumi oksidləşmə prosesinin enməsi, qanda və sidikdə şəkərin, xolesterinin və adrenalinin yüksəlməsi müşahidə edilir. Xəstələrin bir çoxunun başının tükləri sürətlə tökülür. Bu fazada sidiyin həm miqdarı, həm də qatılığı artır, toksik xassəsi güclənir. Xəstələr baş ağrısından, qulaqlarında küydən, ürək nahiyyəsində ağrıdan şikayətlənirlər. Bəzən başgicəllənmə, nevroziyalar, dəri hissiyyatının dəyişməsi müşahidə edilir. Vətər refleksləri enmiş, akkomodasiya və konvergensiya zəifləmiş, bəbəklərin işığa reaksiyası isə saxlanmış olur, bəbəklər normadan geniş görünür.

Bipolyar tutmaların xarici amillərlə, adətən, heç bir əlaqəsi olmur, yəni sırf endogen proses kimi təzahür edir. Lakin bir çox hallarda tutma, hər hansı bir səbəblə əlaqədar olur. Tutmalar əksərən, tədricən başlayır, bir neçə gün (bəzən həftə) ərzində tam kəskinləşmə mərhələsinə çatır, sonra da yavaş-yavaş sönmür. Lakin bir fazanın fasiləsiz olaraq digərinə keçməsinə də az təsadüf edilmir.

Şizofreniya xəstəliyindən fərqli olaraq, bipolyar pozuntunun proqnozu xoşdur. Belə ki, bu xəstəlik zamanı şəxsiyyətin dəyişməsi və normal psixi fəaliyyətin nəzərə çarpan tənəzzülü baş vermir. Arabir müşahidə olunan qısamüddətli tutmalar heç bir iz buraxmadan keçib gedir, hətta xəstənin yaşayış və əmək ritmini də pozmur. Tutma mərhələsi qurtaran kimi, şəxs əmək fəaliyyətinə başlayır, gündəlik marağına və yaxın adamları ilə münasibətinə qovuşur. Bəzən isə tutma uzun müddət davam edir, xəstə aylarla xəstəxanadan çıxıb bilmir, beləliklə də, bu və ya başqa müddət ərzində əmək fəaliyyəti, şəxsi münasibətləri pozulur. Atipik epizodlarla gedən formalar daha yaman və uzunsürən olur.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a.** Xəstəliyin bir sıra tipik xüsusiyyətləri: fazalarla cərəyan edən maniya və depressiya tutmalarının olması, tutmanın qəflətən, yəni xarici amillərdən asılı olmadan başlaması, tutmalararası dövrdə qüsurlu əlamətlərinin yoxluğu diaqnozu xeyli asanlaş-

dırır. Əksər hallarda bipolar pozuntunu rekurrent şizofreniyadan fərqləndirmək lazım gəlir. Şizofreniyanın bu formasında affektiv əlamətlərin qarışıq ifadə olunması və qüsurların azlığı buna şərait yaradır. Bipolar pozuntu tutmalarının sayıqlamalarla təzahür etməsi, bəzi katatonik əlamətlər şizofreniyanın digər formalarından onu təcrid etməyi tələb edir. Belə hallarda şizofreniyadan fərqli olaraq, bipolar pozuntuya tutulan şəxslərlə kontakt asan yaranır və neqativ əlamətlər olmur. Tutma başa çatdıqdan sonra şəxsiyyətin dəyişməsi əlamətləri olmazsa və xəstənin normal psixi xüsusiyyətləri bərpa olunarsa, çətinlik çəkmədən xəstəliyin diaqnozunu təsdiq edə bilərik.

Bəzən maniakal oyanmaları infeksiya və intoksikasiya psixozlardan fərqləndirmək lazım gəlir. Belə hallarda xəstəliyin anamnezinə, həmin psixozlar üçün xarakterik olan ümumi zəiflik və yorğunluq əlamətlərinə diqqət vermək lazımdır. Bipolar pozuntu tutmalarını mərkəzi sinir sisteminin üzvi pozuntularından, o cümlədən travmatik pozuntulardan, beyin şişlərindən, sifilisdən təcrid etmək çətinlik törətmir. Belə hallarda həmin xəstələrin spesifik əlamətlərinə, ağıl zəifliyinin olmasına, orqanik pozuntulara, paraklinik tədqiqatların nəticələrinə diqqət yetirmək diaqnozu tezliklə təyin etməyə imkan verir.

Bəzi hallarda bipolar pozuntunun depressiya tutmalarını, involüsiya depressiyadan təcrid etmək müəyyən çətinlik törədir. Məlum olduğu kimi, involüsiya depressiyalar, bir qayda olaraq, həyəcan və kədər əhvali-ruhiyyəsi fonunda, cəfəng məzmunlu sayıqlamalarla cərəyan edir. Əvvəllər belə tutmaların olmaması və xəstəliyin 45–50 yaşdan sonra başlanması da diaqnozun involüsiya psixozun xeyrinə həllinə imkan verir. Bipolar pozuntunu beyin damarlarının ateroskleroza ilə əlaqədar meydana çıxan depressiyadan fərqləndirmək çətinlik törətmir. Bu zaman beyin damarlarının pozuntusunu aşkar edən xarakter cəhətlər: baş ağrıları, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, tezyorulma, əzginlik, yaddaşı zəifləməsi və kövrəklik kimi əlamətlərə fikir vermək lazımdır.

Bipolar pozuntu tutmalarını reaktiv depressiyadan fərqləndirmək bəzən o qədər asan olmur. Pərdələnmiş, yəni süst depressiyaları təcrid etmək xüsusən çətinlikdir. Lakin unutmamalıyıq ki, reaktiv depressiyalarda psixi sarsıntılarının olması vacib şərtlərdəndir. Xəstəliyin dəqiq anamnezinin toplanması, müalicənin, xüsusən psixoterapevtik təsir vasitələrinin tez bir zamanda effekt verməsi diaqnozun dəqiqləşdirilməsinə imkan verir.

## **Etiologiya və patogeneza**

Bipolar affektiv pozuntuların meydana çıxmasında başlıca səbəb

kimi irsi amillərə əhəmiyyət verilir. Bu ideyanın yaranması xəstəliyin ailədaxili populyasiyasında geniş yayılması (10-15%-ə qədər) olmuşdur. Valideynlərdən birinin xəstə olması övladların 50%-də, təkyumurtalı ekizlərdə isə hətta 90%-dək xəstələnmə baş verməsi irsi nəzəriyyənin tutarlı olmasını təsdiq edir.

Bir çox alimlərin tədqiqatları (Goodwin F.K., Jamison K.R.) bəzi neyrotransmitterlərin - noradrenalinin, dofaminin və serotoninin bipolar pozuntuların patogenezinə əhəmiyyətli rol oynamasını əyani olaraq sübuta yetirmişdir. Belə ki, göstərilən bioloji aktiv maddələrin və digər qlükosteroidlərin iştirakı son illər geniş sürətdə öyrənilir.

## **Rekurrent depressiv pozuntu (RDP)**

Bu pozuntu formasına xas olan başlıca xüsusiyyət ardıcıl olaraq, müəyyən fasilələrlə depressiya tutmalarının olmasıdır. Depressiya əlamətlərinin şiddəti, məzmunu, davam etmə müddəti və digər cəhətləri əksər təsadüflərdə yüngül keçən depressiv sindrom kimi qiymətləndirilir. Xəstələrin əksəriyyəti öz işindən, məşguliyyətindən ayrılmadan, hətta bəzən həkimə müraciət etmədən yaşamaqda davam edir, yalnız ən yaxın adamlar şəxsin nasaz olmasını müşahidə edirlər. Nəzərəçarpan başlıca əlamətlər: ətrafdakılara, öz peşəsinə qarşı marağın və fiziki qüvvəsinin zəifləməsi, yorulmadır. Tək-tək hallarda şəxsə övvəllər müşahidə edilməyən özünütəqsirləndirmə, yaşamağa marağın azalması, hətta suicidal fikirlər, yuxu pozuntusu, iştahanın azalması kimi əlamətlər də qeyd edilir.

Rekurrent depressiv pozuntunun daha ağır keçən forması da məlumdur. Belə hallarda bir sıra psixotik əlamətlər qeyd olunur. Deyilənlərdən aydın olur ki, RDP ağırlığına görə 3 gediş tipində ola bilər: yüngül, orta və ağır.

Depressiya tutmasının ağırlığını ifadə edən əsas göstəricilər bunlardır: 1) Xəstəliyin gedişində maniakal və ya hipomaniakal vəziyyətin heç zaman olmaması; 2) hər bir tutmanın iki ay və daha artıq müddət davam etməsi; 3) psixotik əlamətlərin: hallüsinasiyaların, sayıqlamaların olması. Sayıqlamalar ümidsizlik, tənhalıq, özünütəqsirləndirmə və nigilistik məzmunu ilə diqqəti cəlb edir.

ABŞ-da qəbul edilmiş təsnifata görə (DSM-IV) rekurrent depressiv pozuntunu aşağıdakı yarımtiplər çərçivəsində nəzərdən keçirmək lazımdır: a) endogen; b) reaktiv; c) psixotik-nevrotik; ç) birincili və ikincili formalar.

Endogen və reaktiv formaların diferensiasiyası «bioloji» və «psixoloji» (stress) amillərin olması ilə şərtlənir. Endogen depressiyanın digər va-

cib xüsusiyyəti əhvali-ruhiyyənin günün müəyyən saatlarında dəyişməsi, sayıqlamaların olması ilə cərəyan etməsidir.

Reaktiv depressiya formasında isə əsas xüsusiyyətlər tutmanın başlanğıcından yuxu pozuntusunun, təşviş-həyəcan və müxtəlif somatik əlamətlərin olmasından ibarətdir. Psixotik-nevrotik forma üçün xarakterik cəhət tutmanın daha ağır gedişə malik olmasıdır. Birincili depressiya yalnız əhvali-ruhiyyə pozuntusunu, ikincili depressiya tutması isə əhvali-ruhiyyə pozuntusu ilə yanaşı psixi və fiziki halın nəzərəcarpacaq dəyişməsinə də nəzərdə tutur.

Göstərilən formalarla yanaşı bəzi müəlliflərin diaqnostik göstəricilər kimi işlətdikləri «qoşa depressiya» və «depressiya ekvivalenti» variantları da mövcuddur. Ağır depressiya pozuntusu distimiya (daha yüngül forma) ilə əvəz olunursa bu «qoşa depressiya», depressiya tutması müxtəlif davranış pozuntuları ilə, məsələn, alkoqolizm, seksuallığın güclənməsi, təşviş və həyəcan hisslərinin təzahürü ilə müşahidə edilməsi «depressiya ekvivalenti» adlanır. Diaqnostik baxımdan remissiya dövrünün nə zaman başlanması, müddəti və digər bu kimi halların qiymətləndirilməsi əhəmiyyətlidir. Bir və ya iki tutmadan sonra baş verən və iki aydan çox davam edən işıqlı dövr, remissiya kimi qiymətləndirilə bilər.

## **Xronik affektiv pozuntular**

Bəzi alimlərin, ağır depressiyanın yüngül variantı hesab etdiyi distimiya və bipolyar pozuntunun yüngül gedən variantı hesab etdikləri tsiklotimiya, XBT-nin X baxışında xronik affektiv pozuntular bölməsinə aid edilmişdir. Bu iki xəstəlik formalarının bir başlıq altında təsvir edilməsinin başlıca cəhəti onların bir sıra ümumi klinik və patogenetik xüsusiyyətlərinin olmasıdır. Lakin bu fikrin əleyhinə çıxanlar da vardır. Həmin alimlər bu anlaşılmamazlığı psixodinamik nəzəriyyənin hələ yetkin olmaması ilə əlaqələndirirlər.

## **Distimiya**

Distimiyanın başlıca klinik təzahürü uzun müddət, bəzən illərlə davam edən yüngül depressiyadır. Belə şəxslər, adətən, bir qədər qapalı, bədbin, özlərinə qarşı ümitsiz görünməklə diqqəti cəlb edirlər. Əvvəllər bu tip pozuntuları öyrənməyə cəhd göstərən tədqiqatçılar distimiyanı atipik depressiya, depressiya nevrozu və bu kimi əhvali-ruhiyyə pozuntusu kimi təsvir etmişlər. Hazırkı təsnifata görə distimiyanın dörd əsas variantı qəbul edilmişdir:

1. Şəxsiyyətin depressiv pozuntusu;
2. Depressiv nevroz;
3. Xroniki yüngül depressiya;

Distimiyanın bütün formalarında depressiya üçün xarakterik olan əlamətləri tapmaq olar. Belə ki, xəstəliyin gedişindən, onu kəskinləşdirən amillərdən asılı olaraq ən ağır əlamətlərə belə rast gəlmək mümkündür. Lakin xəstəliyin davamlı gedişə malik olması, klassik tutmaların olmaması onu bipolyar və depressiya epizodlarından fərqləndirir. Belə şəxslər daima qayğılı, bədbin görünməklə çoxlu ipoxondrik şikayətlər edir, hər şeyi qara, solğun, maraqsız görür, ən adi fəaliyyət onlara çətin gəlir. Daima səhhətlərindən narazılıq edən belə adamlar heç bir müalicəyə inanmır, həkimlərin tövsiyələrinə məhəl qoymurlar. Həkimləri təngə gətirən belə xəstələrlə işləmək tibb işçilərinin daimi problemidir. İştahanın və yuxunun pozulması, iş qüvvəsinin daima aşağı səviyyədə olması, intim hisslərin zəif olması ailədə narazılıq yaradır və belə şəxslərin vəziyyətini daha da ağırlaşdırır. Xəstələr tez-tez işləməyin, oxumağın, ümumiyyətlə, fəaliyyətin bütün formalarının əzabverici olmasını qeyd edir, köməksiz və ümitsiz olduqlarını vurğulayırlar. Pessimizm və ümitsizliyə qapanmaq belə şəxsləri olduqca maraqsız edir, heç kəs, hətta ailə üzvləri belə onlarla səmimi ünsiyyətə girə bilmir. Bir sıra hallarda distimiyalı şəxslər şikayətbaz adamlara çevrilir, onunla təmasda olan hər bir şəxsi, iş yerində müdiriyyəti, ictimai quruluşu tənqid etməklə öz münasibətlərini bildirməkdən çəkinmirlər. Distimiya keçirən şəxslərin özlərində müsbət əhvali-ruhiyyə yaratmaq üçün alkoqolizm və narkomanlığa meyil göstərmələri həkimlər və ailə üzvləri üçün böyük problemə çevrilir. Belə hallar qeyd olunarsa həkimlərin söyi ilə onlar dərhal müalicəyə cəlb olunmalı, ailənin, ictimai qüvvələrin və yaxınlarının vasitəsilə lazımi yardım göstərməlidir.

Distimiyanın gedişi və proqnozu onların klinik variantlarından əlavə, digər amillərin təsirindən də asılı olaraq dəyişir. İkincili distimiyanın proqnozu birincili pozuntudan çox asılıdır. Xəstəliyin erkən başlanması irsi amillərdən asılı olaraq olduqca ağır keçə bilər. Amerika alimlərinin verdiyi məlumata görə, depressiya nevrozu 20% hallarda ağır depressiya ilə, 15% halda hipomaniakal epizodlarla, 5% halda isə bipolyar pozuntu ilə nəticələnir.

Distimiyaya tutulanlar arasında intihara meyil göstərənlərin sayca çoxluğu bu pozuntunun tibbi-sosial əhəmiyyətini ön plana çəkir. Xəstəlik keçirən şəxsin anamnestik məlumatlarına, əvvəllər suicidal meyilin olmasına xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

Distimiyanın diaqnozunu dəqiqləşdirərkən aşağıdakıları nəzərə almaq lazımdır:

a) Tutmanın, o cümlədən, təkrar tutmaların davamiyyəti iki ildən az olmamalıdır. Tutmalararası sakitləşmə müddəti bir neçə həftədən çox olmur;

b) Tutma zamanı, aşağıdakı 11 əlamətdən heç olmasa üçü mütləq qeyd olunmalıdır:

1. Enerji potensialının və ya fəallığın enməsi;
2. Yuxusuzluq;
3. Özünəinamın enməsi;
4. Diqqətin zəifləməsi;
5. Emosional kövrəklik, gözyaşı, ağlamağa meyil;
6. Əvvəllər şəxsə məxsus olan seksual və digər zövqalma hissinin itməsi;
7. Ümitsizlik və peşmançılıq hissi;
8. Daimi peşə vərdislərinin ciddi zəifləməsi;
9. Keçmişə və gələcəyə pessimist nəzərlə baxmaq;
10. Tənhalığa meyil (ictimaiyyətdən qaçma);
11. Ünsiyyətə meyilin azalması.

Distimiyanın diaqnozunu inkar edən kriterilər isə aşağıdakılardır:

1. Ailə anamnezində hipomaniakal tutmaların və ya şizofrenəbənzər psixotik epizodların olması;
2. Xəstədə spesifik üzvi əlamətlərin olması və ya müxtəlif preparatlara qarşı asılılığın qeyd edilməsi.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a .** Distimiyanın diaqnozunun mürəkkəbliyi onun əlamətlərinin olduqca çoxsaylı pozuntularla təzahür etməsidir. Xüsusilə, ilk növbədə, üzvi mənşəli somatik xəstəliklərdən (ürək-damar xəstəlikləri, xərçəng) fərqləndirmək lazımdır. Dərman maddələrinin uzun müddət qəbulu ilə əlaqədar yaranan asılılıq sindromu, ağır keçən davamlı depressiyalar, bipolyar pozuntu, tsiklotimiya və bu kimi digər xəstəliklərin olmasına xüsusi diqqət yetirilməlidir. Bunlardan əlavə sinir anoroksiyası, bulimiya, obsessiv-komilusiv pozuntu, distimiya xarakterli şəxsiyyət pozuntuları diferensial əhəmiyyət kəsb edən pozuntular sırasına aid edilməlidir.

## Tsiklotimiya

Bu xəstəliyin başlıca cəhəti xronik olaraq cərəyan edən əhvali-ruhiyyənin qeyri-stabil olub dəyişkən xarakterli, depressiv və maniakal əlamətlərə malik olmasıdır. Lakin bu əlamətlərin heç biri nə depressiya, nə də

maniya bipolar depressiya və rekurrent depressiya səviyyəsinə çatmır. Xəstənin irsiyyətində bipolar affektiv pozuntunun olması diaqnozun dəqiqləşdirilməsində əhəmiyyətlidir. Bəzi müəlliflər tsiklotimiyanın müəyyən müddətdən sonra bipolar affektiv pozuntuya keçməsinə israrlıdır. Lakin bu, heç də bütün xəstələrə aid edilə bilməz.

Tsiklotimiyayı ilkin əsaslı tədqiq edən E.Krepelin qeyd etmişdir ki, bu xəstəliyə tutulan adamların 1/3-ni şəxsiyyət pozuntusu olanlar təşkil edir. Krepelin hesab edirdi ki, affektiv əlamətlərlə cərəyan edən şəxsiyyət pozuntularının dörd əsas tiplərindən (depressiv, maniakal, eksplaziv-qıcığa həssas, tsiklotimik) biri, məhz tsiklotimiyadır. Belə şəxslər həyatları boyu depressiv və maniakal əlamətləri növbəli olaraq nümayiş etdirməklə diqqəti cəlb edirlər.

Avropa ölkələrində tsiklotimiyanın əhali arasında yayılması 1% təşkil edir. Lakin bu statistik məlumatın xeyli azaldıldığını qeyd edənlər də vardır. Xəstəlik qadınlarda kişilərə nisbətən daha tez-tez, təqribən 60:40 nisbətində rast gəlinməsi statistik olaraq təsdiq edilmişdir. Xəstəliyin ilkin təzahür etməsi 90% hallarda 15–25 yaş arasında baş verir.

**E t i o l o j i b a x ı m d a n** tsiklotimiyaya polietioloji pozuntu sayıla bilər. Çünki onun meydana çıxma səbəblərini izah edən əsas nəzəriyyələrin: biokimyəvi, koqnitiv, irsi, endokrin və i.a. hər birinin rolu haqqında tutarlı elmi dəlillər vardır.

Tsiklotimiyanın klinik mənzərəsini xarakterizə edən əsas əlamətlər bunlardır: xəstələr özlərini pis hiss etmələrindən, əhvali-ruhiyyənin daima aşağı olmasından şikayətlənirlər. Onlar, bir qayda olaraq, işdən ayrılırlar, bəzən işin keyfiyyətinin aşağı olmasına baxmayaraq vəzifə borclarını yerinə yetirirlər. Müayinə zamanı asteniya, yuxu pozuntuları və bir sıra somato-vegetativ əlamətlər aşkar edilir. Klinik baxımdan maraq doğura biləcək bir xəstəlik tarixindən çıxarışı təqdim etmək istədik.

**T**icarət firmalarının birində işləyən 27 yaşlı gənc K., müdiriyyətin məsləhətilə psixiatrın qəbuluna göndərilir. Müayinəni aparan təcrübəli həkim-psixiatr pasiyentin xəstə olmadığını hər vəchlə ört-basdır etməyə çalışmasına baxmayaraq ona tsiklotimiyaya diaqnozu qoyur. Bu işdə xəstənin özündən çox ananın verdiyi məlumatlar əhəmiyyət kəsb edir. Ananın dediklərindən: «13 yaşından etibarən oğlumda tez-tez əhvali-ruhiyyə dəyişkənliyi aşkar etməyə başladım. Bir həftəyə qədər davam edən belə əhvali-ruhiyyə dəyişkənliyi məni və böyük bacısını olduqca narahat edirdi. 20 yaşlı böyük qızım institut tələbəsi, gələcək tarix müəlliməsi kimi qardaşına kömək edirdi. Tutmalar zamanı K. dərəcə heç bir maraq göstərmir, sutkada 14–15 saat yatır, hətta sevdiyi televizor verilişlərinə belə baxmağa maraq göstərmir». Özünə qarşı inamsız, marağı zəifləmiş oğlu həvəsləndirməyə çalışan ailə üzvləri heç nəyə nail ola bilmirdilər. Təqribən bir həftədən sonra gözlənilmədən K.-nin əhvalı müsbət istiqamətdə dəyişir, fəallığı artır,



dərs oxumaqdan, televiziya verilişlərinə baxmaqdan doymurdu. Vaxtaşırı dəyişən bu mənzərəni müşahidə edən müəllimlər də K.-nin anasına: «Oğlunuz çox qeyri-adi uşaqdır, onu həkimə göstərin» demişdilər. Ana: «Uşaqdır, keçid dövrü yaşayır, hər şey düzələr, həkimlə uşağı qorxutmayın» deyərək, o illərdə həkimə müraciət etməmişdir. Bir neçə il keçdikdən sonra, təqribən 19–21 yaş arasında yuxarıda qeyd olunan vəziyyət yenə də təkrar olunmuşdur. K. öz vəziyyətini «normallaşdırmaq» üçün spirtli içkilərdən istifadə etməyə başlayır. «Gündə 200–300 q ara q içməklə vəziyyətim düzəlirdi, işimin öhdəsindən gəlirdim. Amma nə qədər çalışsam da içki içmədiyim günlərdə əhvalımı düzəldə bilmirdim. Məyusluq, tənbəllik məni təqib edirdi. Mənim hərəkətlərim müdiriyyətin xoşuna gəlmədiyi üçün həkimə müraciət etməli oldum». Xəstənin son illərdəki həyatını təhlil edərkən belə nəticəyə gəlmək mümkündür ki, K. əhvali-ruhiyyəsi, fəallığı, iş qabiliyyəti cəhətdən qeyri-stabil adamdır.

Tsiklotimianın diaqnozunu təsdiq edərkən aşağıdakı kriterilərə istinad etmək lazımdır.

I. İki ildən az olmayaraq əhvali-ruhiyyənin iki əks istiqamətlərdə, depressiv və hipomaniya formasında dəyişməsi.

II. Depressiya mərhələlərinin bir çoxu aşağıdakı əlamətlərin ən azı üçün nümayiş etdirməlidir:

1. Fəallığın və ya iş qabiliyyətinin enməsi;
2. Yuxusuzluq;
3. Özünə inamın itməsi və ya nəzərəcərpacaq düşkünlük;
4. Diqqəti cəmləmək qabiliyyətinin çətinləşməsi;
5. İctimaiyyətdən çəkinmə;
6. Cinsi meyilin itməsi və ya tam qənaətlənməmək. Əvvəllər həvəslə icra etdiyi fəaliyyətə marağın azalması;
7. Ünsiyyətə marağın azalması;
8. Gələcəyə pessimist münasibət və ya keçmiş haqqında bədbin fikirdə olmaq.

Bəzi əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi mərhələlərində aşağıdakı əlamətlərdən ən azı üçün qeyd olunması:

1. Fəallığın və iş qabiliyyətinin yüksəlməsi;
  2. Yuxuya ehtiyacın azalması;
  3. Özünə inamın güclənməsi;
  4. İş qabiliyyətinin və ya yaradıcılığa marağın artması;
  5. Ünsiyyətə marağın artması;
  6. Danışmağa, zarafata meyilin artması;
  7. Cinsi münasibətlərə marağın yüksəlməsi, digər maraq doğuran fəaliyyətin güclənməsi;
  8. Optimizm və keçmişdə əldə etdiyi nəticələrin şişirdilməsi.
- D i f f e r e n s i a l   d i a q n o s t i k   baxımdan əhəmiyyət kəsb

edən narkotik maddələrin yaratdığı (əgər belə hallar varsa) ovqat nəzərə alınmalıdır. Antisosial, nartsistik məzmunlu şəxsiyyət pozuntusunun olması diaqnostika üçün çətinlik törədə bilər. Lakin dəqiq toplanılan anamnestik məlumatlar (ailə üzvlərinin, iş yoldaşlarının məlumatları), onların klinik təhlili ön planda olmalıdır.

## **Affektiv pozuntuların müalicəsi**

Bu mövzuya daxil olan pozuntuların müalicəsi onların klinik formasından, patoloji prosesin mərhələsindən, ağırlıq dərəcəsindən və digər cəhətlərdən asılı olaraq aparılır. Müasir psixofarmakoloji preparatlar, xüsusən antidepressantlar affektiv pozuntuların müalicəsində başlıca yer tutur. Antidepressantlarla yanaşı digər müalicə üsullarından da müvəffəqiyyətlə istifadə olunur. Bunlara aşağıdakılar aiddir: elektrik cəngolma müalicəsi, Litii duzları ilə müalicə, psixoterapiya. Bir sıra hallarda yuxunun deprivasiyası, karbamazeinlə müalicə, biostimulədedici terapiya və digər üsullardan da istifadə olunur.

Maniakal tutmaların müalicəsində önəmli sayılan litium preparatlarıdır (litium karbonit, litium oksibutirat). Litiumla müalicə zamanı dozanın düzgün seçilməsi olduqca vacibdir. Müalicə müddətində litiumun qanda konsentrasiyası 0,8–1,2 mqkv/l (mEq/l) arasında olmalıdır. Litiumla müalicə təqribən bir ay davam etməlidir. Müalicə zamanı hər həftə litiumun qanda miqdarı təyin edilməli, yol verilən miqdar artarsa, müalicə dərhal dayandırılmalıdır.

Litiumla müalicə səmərə vermədikdə karbamazindən istifadə etmək olar. Maniakal tutmaları aradan qaldırmaq üçün neyroleptik və sedativ (majeptil, halloperidol, aminazin, tizersin, xlorprotiksen və s.) geniş istifadə edilir. Bu maddələrin təsiri altında hərəkət aktivliyi, oyanıqlıq, tez qıcıqlanma kimi əlamətlər aradan qalxır. Xəstələrin ümumi halı, yuxusu normallaşır. Maniakal tutmalarla gedən affektiv pozuntular zamanı neyroleptiklərlə müalicə korrektorlardan (sikladol, romparkin və s.) istifadə edilmədən aparılır.

Ağır keçən affektiv tutmaların müalicəsinin ilk həftələrində xəstələr ciddi nəzarət altında olmalıdırlar. «Açıq qapı» sisteminə keçməyə tələsmək lazım deyil. Lakin bir sıra hallarda – xüsusən pozuntunun abortiv (yüngül keçən, ambulator) formalarında xəstələri, hətta stasionara göndərmədən müalicə etmək mümkündür. Xəstələrin əmək qabiliyyətinin bərpasına ciddi fikir vermək lazımdır. Bu məqsədlə müxtəlif psixoterapevtik üsullardan, idman məşğələlərindən istifadə edilməlidir. Psixotera-

pevtik tədbirlərdə əsas məqsəd xəstəni öz normal fəaliyyət vərdişlərinə qaytarmaq, onların ictimai reabilitasiyasını təmin etməkdir.

Affektiv pozuntuların, xüsusilə depressiya pozuntularının müalicəsində tətbiq olunan psixoterapiyanı, əsasən 4 qrupa bölmək olar: qoruyucu, dinamik, şəxsiyyətlərarası və koqnitiv psixoterapiya formaları.

Fərdi qaydada aparılan qoruyucu psixoterapiyanın əsas məqsədi xəstə sağalanadək onu mühafizə etmək, ona dayaq durmaq, pasiyentin həyata marağını yüksəltməyə çalışmaqdır. Dinamiki psixoterapiya yaxşı olar ki, ailə psixoterapiyası, qrup psixoterapiyası formasında aparılsın. Bu terapiya formaları ictimai çətinliklərin aradan qaldırılmasında, xəstəliyin təkrar tutmalarının qarşısının alınmasında mühüm rol oynayır.

Şəxsiyyətlərarası psixoterapiyanın məqsədi həyati problemlərin həllinə yönələn təsir vasitələrindən istifadə etmək və xəstənin ətrafdakı insanlarla normal əlaqəsinin bərpasını təmin etməkdir. Koqnitiv terapiya xəstənin neqativ fikirlərini korreksiya etməklə həyata münasibətini dəyişmək məqsədi güdür. Orta ağırlıqda olan monopolyar pozuntu zamanı koqnitiv psixoterapiyanın yüksək səmərə verməsi xüsusi qeyd edilməlidir.

Yuxunun deprivasiyası (xəstəni yatmaqdan çəkəndirmək) üsulu bəzi ağır depressiyalarda tətbiq edilir. Lakin, onsuz da yuxusuzluqdan şikayətlənən xəstəni yatmağa qoymamaq bütün hallarda səmərəli olmur. Bu üsulu yalnız stasionar şəraitdə, yüksək professionalıqla aparmaq məsləhət görülür.

## **Ekspertiza məsələləri**

Prosesin kəskinləşməsi dövründə xəstələr əmək qabiliyyətini, bir qayda olaraq, ya tam, ya da hissəvi itirirlər. İşıqlı dövr başlayan kimi xəstələr tam mənası ilə əmək qabiliyyətlərini bərpa edir, hətta bəzən ixtisaslarını artırmağa, yeni vərdişlər əldə etməyə səy göstərir və buna asanlıqla nail olurlar. Tez-tez təkrar edilən və uzun çəkən tutmalarda xəstəlik xronik xarakter alır və xeyli müddət xəstənin əmək qabiliyyətinin zəifləməsinə və itirilməsinə səbəb olur. Əmək qabiliyyətini təyin edərkən pozuntunun klinik variantı ilə yanaşı şəxsin fərdi xüsusiyyətləri, ixtisası, gördüyü işin ağır-yüngüllüyü nəzərə alınmalıdır.

Tutma zamanı, xüsusən ağır keçən tutmalarda xəstələr anlaşıq olurlar və etdikləri cinayət hərəkətləri üçün məsuliyyət daşıyırlar. Zəif ifadə olunan tutmalar, o cümlədən, tsiklotimik tutmalar zamanı anlaşıqlığı təyin etmək çətinlik törədir və diqqətli təhlil tələb edir.

## XI FƏSİL

### EPİLEPSİYA XƏSTƏLİYİ

Epilepsiya çox qədim zamanlardan bəlli olan xəstəlikdir. Xalq arasında buna «ürəkkeçmə», «tutma», «müqəddəs xəstəlik», «yıxılma xəstəliyi» və başqa bu kimi adlar verilmişdir. 3000 il bundan əvvəl Misirdə tapılan yazılı ədəbiyyatda epilepsiya xəstəliyinin təsvirinə rast gəlinmək mümkün olmuşdur. Epilepsiya termini hələ 2500 il bundan öncə yaşamış təbabət elminin atası hesab edilə Hippokratın əsərlərində əks olunmuşdur. O, xəstəliyin yaranmasını həm irsi, həm də xarici mühitin zərərli təsirilə əlaqələndirirdi. Əbu Əli ibn Sinanın (XI əsr) əsərlərində bu xəstəliyin klinik təsviri və mümkün olan müalicə üsulları verilmişdir. Xəstəlik və onun digər klinik variantlarını sonralar Brave (1827), Kuesmaul və Trener (1859), Cekson (1870), A.Y.Kojevnikov (1894) təsvir etmişlər.

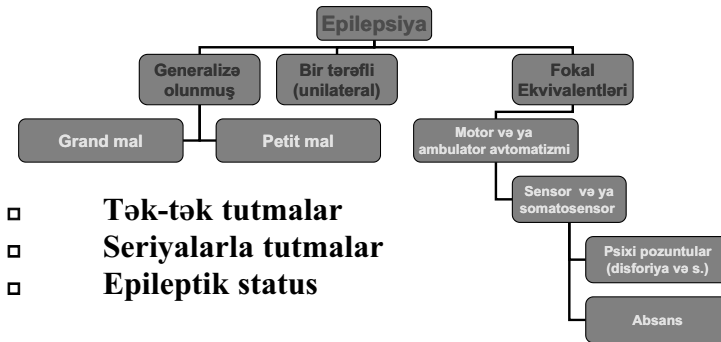
Epilepsiya yunanca «Epilambao» sözündən götürülüb «tuturam», «yaxalayıram» deməkdir. Xəstəliyin əhali arasında yayılması, tədqiqatçıların məlumatına görə heç də bərabər sayda deyil. Azərbaycanda bu xəstəliyin yayılması 2002-ci ilin məlumatına görə 0,2%-dir. Psixiatriya xəstəxanalarının ümumi kontingentinin təxminən 8–10%-ni epilepsiya diaqnozu ilə yatan xəstələr təşkil edir. Xəstəlik kişilərdə qadınlara nisbətən bir qədər çox rast gəlinir. Epilepsiya xəstəliyi 65% hallarda uşaq və yeniyetmə yaşlarında başlayır.

Epilepsiya xəstəliyinin tədqiqatı və müalicəsi ilə klinik təbabətin iki: psixiatriya və nevrologiya sahələri məşğul olur. Əslində isə bu xəstəlik tam şəkildə psixiatriyaya aid xəstəlikdir.

Xəstəliyi şərti olaraq iki formaya bölmək qəbul olunmuşdur:

1. Genuin epilepsiyası – səbəbsiz, irsiyyətlə əlaqədar, uşaq yaşlarında (8–14) baş verən forma.
2. Simptomatik, gecikmiş epilepsiyalar 25–50 yaşlarında hər hansı səbəb ilə əlaqədar baş verən forma.

Bəzi alimlər simptomatik epilepsiyanı tamamilə başqa xəstəlik hesab edib genuin epilepsiyadan ayırırlar. İki çox məşhur alim, akademik

**Sxem 8.** Epilepsiyanın formaları

A. Genuin (ilkin, irsi) mənşəli

B. Eqzogen (ikinci dərəcəli, qazanılmış) mənşəli

S.N.Davidenkov və Rumıniya alimi Kreyndler çox maraqlı tədqiqat yolu ilə bu iki xəstəliyin vahid xəstəlik olduğunu isbat etdilər.

Genuin (səbəbsiz) epilepsiyaya məxsus 100 xəstənin beynini bu gün elmə məlum olan tədqiqat metodları vasitəsilə müayinə etdikdə (elektroensofaloqrafiya, rentgenoqrafiya, pnevmoensofaloqrafiya, vazografiya, kompyuter tomoqrafiya və s.) uşaqların beynini hərtərəfli öyrənmək yolu ilə aydınlaşdırdılar ki, genuin epilepsiyası olan xəstələr heç də səbəbsiz xəstələnməmişlər. Onların beyinlərinin müxtəlif nahiyyələri ana bətnində inkişaf etdiyi dövrdə və ya doğuş zamanı, bəlkə də həyatının birinci aylarında və ya illərində zədə almış və həmin zədə ilə əlaqədar onlarda genuin epilepsiya xəstəliyi başlamışdır. S.N.Davidenkovun məlumatına görə tədqiq olunmuş 100 uşaqlardan 95-də zədələnmə əlamətləri tapılmışdır.

## Klinik gedişi

Epilepsiya beynin tədricən şiddətlənən xronik xəstəliyidir. Klinik əlamətləri iki qrupa bölünür. Birinci qrupa epilepsiyanın kəskin paraksizmal əlamətləri: böyük və kiçik tutmalar, absans, psixi ekvivalentlər və əhvali-ruhiyyənin kəskin dəyişməsinə aid etmək olar. İkinci qrupa isə şəxsiyyətin epilepsiya tipli dəyişməsinin bütün dərəcələrini əhatə edən tədricən şiddətlənən əlamətlər aiddir.

Epilepsiya tutmalarının müasir təsnifatı aşağıdakılardan ibarətdir:

A. Klinik və elektrofizioloji müayinələrlə təyin edilə bilən generalizə olunmuş tutmalar. Bu özü də üç formaya bölünür: 1) generalizə olunmuş cəngolmalarla təzahür edən tonik-klonik, mioklonik, uşaq cəngolmaları, epilepsiya statusu formaları; 2) kiçik tutmalar – absanslar, sadə ab-

sanslar, mürəkkəb absanslar, atipik, akinetik, hiperginetik, klonik komponentlərlə təzahür edən (mioklonik absans), qısamüddətli elementar avtomatizmlə, vegetativ-visseral (enurez, vozomotor) formalar; 3) polimorf tutmalar.

B. Fokal (hissəvi) tutmalar: 1) hərəki: Cekson tipli, adversiv, tonik postural nitq pozuntuları ilə gedən, afatik, mioklonik (Kojevnikov tipli) epilepsiya; 2) sensor tutmalar: somatosensor, görmə, eşitmə, qoxu, dad (bəzən çeynəmə hərəkətləri ilə təzahür edən), başgicəllənmə tutmaları; 3) vegetativ-visseral tutmalar (diensefal epilepsiya da adlanır); 4) psixi pozuntularla təzahür edən tutmalar: düşüncənin alaqranlıq pozulması, psixomotor avtomatizm və qavrama pozuntuları (elementar və mürəkkəb illüziyalarla) olan tutmalar, ideator, disforik, polimorf tutmalar; 5) ikincili generalizəolunmuş tutmalar.

C. Hemikonvulsiv tutmalar.

Ç. Təsnifedilməmiş epilepsiya tutmaları.

Epilepsiya xəstəliyinin ilkin əlamətləri əksər təsadüflərdə uşaq yaşlarından başlayır. Bəzən xəstəliyin meydana gəlməsi bir sıra parokizmlərlə (qısamüddətli tonik-klonik cəngolmalar), yuxulu ikən gəzmək (ay işığında – lunatizm), gecə qorxuları, epiqastral nahiyyədə xoşagəlməz ağrılarla və digər əlamətlərlə şərtlənir.

Generalizəolunmuş böyük tutmaların (qrand mal) baş verməsini xəstə bir çox hallarda bir neçə saat və ya bir gün əvvəlcədən hiss edir. Belə xəbərverici əlamətlərdən tez-tez rast gəlinəni, başağrıları, əhvalın pisləşməsi və qıcığa qarşı həssaslığın yüksəlməsidir. Əlbəttə, başqa əlamətlərə də təsadüf edilə bilər.

Tutma, adətən, aura halı ilə başlayır. Aura yunan sözü olub «xəfif külək», «meh» deməkdir. Onun bir neçə formalarına rast gəlinir: a) sensor aura – bu zaman bədənənin müxtəlif nahiyyələrində qarışqa (böcək) yerişini xatırladan hissiyyat əmələ gəlir; b) görmə aurası zamanı xəstənin gözüne müxtəlif rənglər görünür, bəzən bir anlığa heç nə görmür. Bir çox təsadüflərdə xəstənin



Şəkil 17. Cəngolma tutması.

gözünə dəhşətli səhnələr görünür. Ona elə gəlir ki, ətraf od tutub yanır və ya al-qana boyanmışdır. Bəzən görmə aurası metamorfopsiya şəklində cərəyan edir. Xəstəyə elə gəlir ki, ətrafdakı hər şey formasını dəyişmişdir: adamların beli bükülmüş, başları çiyinlərinin üzərində və ya bir ayaqları bədənə qopub havada gəzir; c) eşitmə aurasında qulağa müxtəlif səslər: zəng, atəş, qışqırtı, köməyə çağırış və s. səslər gəlir; ç) psixosensor aura zamanı xəstə bədəninin kiçildilməsini, böyüdülməsini, özünün yad adam olmasını və s. hiss edir; d) qoxu və dad auraları olduqda xəstə üfunət iyi, ağzında şirinlik və ya acılıq hissi duyur; e) visseral aurada ürəyin tez-tez döyünməsini, havanın çatışmazlığını, ürəkbulanma, qusma və digər hisslərin olmasını duyur; ə) hərəkəti aura olduqda orqanizmin müxtəlif nəhiyələrində əzələlərin səyriməsi, ətrafların qeyri-iradi hərəkəti hiss olunur. Bəzən xəstə özündən asılı olmayaraq harasa qaçır, ucadan qışqırır və s.

Auranın ardınca skelet əzələlərinin atoniyası ilə əlaqədar xəstə qəflətən yıxılır və dərhal tonik cəngolma mərhələsi başlayır. Düşüncə itir, bütün əzələlər gərginləşir, tənəffüs ləngiyir, gözlər bərəlməmiş halda müxtəlif istiqamətlərə yönəlir, bəbəklər genişlənir, bəbəyin işığa reaksiyası itir, dəri, xüsusən sifət, ətraflar oksigenin çatışmazlığı nəticəsində göyərməyə başlayır. Belə vəziyyət, adətən, 100–120 saniyədən artıq çəkmir. Sonra tonik cəngolma klonik cəngolmaya keçir (şəkil 17).

Skelet əzələlərinin klonik olaraq gərginləşib boşalması ilə əlaqədar xəstənin bədənində ritmik yırğalanmağa başlayır. Dişlər bir-birinə qıcanır. Belə halda dil və dodaqlar dişlərin arasında qalarsa, qanaxma ilə müşayiət olunan travmalar əmələ gəlir. Əgər xəstə üzü üstə uzanıbsa asfeksaiya ola bilər. Klonik cəngolmalar 2–3 dəq. və daha çox çəkir. Tutma zamanı xəstələrin əksəriyyətində sfinktorların boşalması nəticəsində qeyri-iradi sidikburaxma, tək-tək hallarda isə defeksiya baş verir. Xəstə 10–15 dəq. sərsəm halda otaqda gəzişir, xaotik (anlaşılmaz) hərəkətlər edir. Aqressiv hərəkətlər də edə bilər. Tutmadan sonra xəstənin düşüncəsi komatoz vəziyyətdə olur, daha sonra dərin yuxuya keçir.

Bir neçə saat davam edən dərin yuxudan sonra xəstə ayılır, olmuş hadisə haqqında heç bir təsəvvürü olmur. Əmələ gəlmiş zədələrə əsasən tutma olduğunu bilir.

Yuxarıda təsvir edilən böyük cəngolma tutmasından fərqli olaraq, kiçik tutma (*petit mal*) bir neçə saniyə çəkir, bəzən isə cəngolmasız, ancaq düşüncənin qısamüddətli itməsi ilə cərəyan edir. Xəstə yıxılmaz, tutma başladığı anda etdiyi hərəkət vəziyyətində donub qalır. Sifət avazıyır, baxışlar bir nöqtəyə zillənir. Bəzən üz və ətraf əzələlərində cəngolmalar, səyrimələr baş verir, bəzən də məqsədsiz hərəkətlər edir. Düşüncə aydın-

laşan kimi xəstə əvvəl gördüyü işi davam etdirməyə başlayır. Tutmanın baş verməsi bir andaca unudulur, tam amneziya qeyd olunur.

Təqribən 2–3% hallarda tutmalar ardıcıl olaraq, dəfələrlə təkrar olunur. Tutmalar arasında fasilə qeyd olunursa buna *s e r i y a l a r l a* tutma, bir tutma qurtarmamış düşüncə aydınlaşmadan digəri başlayırsa buna *e p i l e p s i y a s t a t u s u* (status epilepticum) deyilir. Bir çox hallarda status epileptikus olduqca ağır keçir. Bu zaman temperatur yüksəlir (40°C-dək), sürətlə cərəyan edən mioklonik qıcolmalar qeyd olunur. Tənəffüs xırıltılı, nəbz sürətlənmiş, arterial təzyiq əvvəlcə yüksəlir, sonra isə enir. Müdafiə və vətər refleksləri alınmır. Tənəffüsün mərkəzdən tənizimi pozulduğundan respirator çatışmazlıq baş verir və asfeksiya qorxusu yaranır. Bir sıra hallarda ağciyər və beyin ödemi əmələ gəlir. Vaxtında yardım – reanimasiya tədbirləri göstərilməsə xəstəni itirmək mümkündür.

*P s i x i e k v i v a l e n t l ə r* cəngolma tutmalarının əvəzediciləri kimi meydana çıxan müxtəlif hallardır. Bunlardan ən sadəsi motor avtomatizmdir. Bu zaman düşüncənin qəflətən pozulmasına baxmayaraq, şəxs öz hərəkətini, məsələn, gördüyü işi dayandırmır. Lakin onu dəqiq etmir. Xəstə yol gedirsə istiqamətini dəyişə bilər. *L u n a t i z m* ( *s o m n a m b u l i z m* ) və ya *a y iş i ğ ı n d a g ə z m ə k* diaqnostikası çətinlik törətməyən sindromlardandır. Bu zaman şəxs gecə yuxuda ikən yataqdan durub müxtəlif mürəkkəb hərəkətlər edir və sonra yenə də yatağına qayıdıb yuxusunu davam etdirir. Düşüncənin əlaqədarlıq pozulması vəziyyətində cərəyan edən psixi ekvivalentlərdən biri də ambulator avtomatizmdir. Belə vəziyyətə düşən xəstələr zahirən heç kəsin diqqətini cəlb etməyən uzunmüddətli mürəkkəb hərəkətlər edir. Onlar nəqliyyat-

- Emosional durğunluq
- Qəddarlığa meylik
- Təfəkkürün suvaşqanlılığı (müfəssəlliyi)
- Üzgörənlik, Pedantizm
- Epilepsiya tipli ağır zəifliyi



**Şəkil 18.** Psixi dəyişikliklər



dan istifadə etməklə uzaq yerlərə səfər edir, müxtəlif şəxslərlə görüşür, söhbət edir, müəyyən işlər görürlər. Belə hal bəzən saatlarla və günlərlə davam edə bilər.

Ambulator avtomatizm qəflətən yarandığı kimi, eləcə də qurtarır. Bu zaman olmuş hadisələr unudulur, xəstə nələr baş verdiyini deyə bilmir. *D i s f o r i y a* və ya emosianın qəzəbli, kədərli halı ilə müşayiət edilən sindrom da nisbətən az-az rast gəlinən ekvivalentlərdəndir. Həç bir xarici səbəb olmadan meydana çıxır, bir neçə saatdan və ya gündən sonra da keçib gedir. Xəstələr olduqca qəzəbli, kədərli olub qorxu keçirən adama bənzəyirlər. Hər şeydən narazılıq edir, hamını acılayır, hətta ən ağır cinayət hərəkətləri də edə bilirlər. Belə vəziyyət keçirən bir gənc ana üç kiçik uşağını dördüncü mərtəbənin pəncərəsindən bayıra atmışdır.

Epilepsiya xəstəliyinin gedişində getdikcə güclənən psixi pozuntularda *şəxsiyyətin deqradasiyası* və *epilepsiya tipli ağıl zəifliyi* aiddir. Şəxsiyyətin dəyişməsi ən zərif, çətinliklə sezilən əlamətlərdən tutmuş, ən kobud, ağıl zəifliyi ilə müşayiət edilən əlamətlərdəki inkişaf edə bilər. Tez-tez təkrar olunan cəngolma tutmaları, bəzi əlavə amillər, infeksiya, alkoqolizm əmək şəraitinin çətin olması və s. yuxarıda göstərilən əlamətləri daha da kəskinləşdirə bilər.

Epilepsiya tipli şəxsiyyətin enməsi özünəməxsus xüsusiyyətləri ilə, ilk növbədə, psixi proseslərin inertliyi, durğunluğu ilə fərqlənir. Xəstələrin ləng hərəkətli olması, çürükçü, lüzumsuz tələbkərliliyi ətrafdakı adamlarla münasibəti çətinləşdirir. Zahirən ədəbli, nəzakətli xəstələr onların tələb və arzuları ödənilmədikdə dərhal qəzəblənir, sərtxasiyyət, amansız bir şəxsə çevrilirlər. Onlara qarşı kiçik bir səhvə yol vermiş şəxsi qəddarcasına cəzalandırmaqdan sanki zövq alırlar. Dini etiqadı olan epilepsiyalı xəstələr olduqca güclü, hətta fanatik bir şəkildə onu ifadə edirlər. Patoloji dəqiqlik, tələbkərlilik, səliqəlilik nümunəsi göstərən belə xəstələrlə ünsiyyətdə olmaq, birgə işləmək və yaşamaq çətin olur. Bəzən isə əksinə xəstələr olduqca itaətkar, mülayim olur və canıyaranlıq göstərir. Öz işlərinin düzəlməsi xatirinə hər şey etməyə hazır olan xəstə, işi keçmədikdə yenidən gərgin, sərt, tələbkərlə və amansız ola bilər.

Epilepsiyaya tutulan xəstələrin özünəməxsus xarici görkəmləri olur. Sifətləri və baxışları durğun, ifadəsiz, lakin sərt, etinasız görünür, gözlərindəki soyuq parlaqlıq (Çig əlaməti) daha çox narazılıq ifadə edir.

*Şəxsiyyətin dəyişməsi* əlamətlərinin meydana çıxmasında həm bioloji, həm də ictimai amillərə əhəmiyyət verilir. Bioloji amillərdən daha çox xəstəlikönu – premorbid xüsusiyyətlərə, o cümlədən, beynin xəstəlik başlayan anadək inkişaf səviyyəsinə əhəmiyyət verilir. İctimai amil kimi isə xəstəni əhatə edən xarici mühitin ona göstərdi-

yi təsir nəzərdə tutulur. Xəstəlikönu dövrdə bir sıra xarakter xüsusiyyətlərin təzahür etməsini xəstəliyin inkişafının başlanğıc mərhələsi kimi qiymətləndirmək lazımdır.

## Psixoz əlamətləri və onların xüsusiyyətləri

Epilepsiya xəstəliyinin gedişində rast gəlinən psixoz əlamətləri kəskin və xronik formalarda meydana çıxıa bilər. Kəskin psixoz halları həm düşüncənin pozulması ilə, həm də düşüncə pozuntusu olmadan cərəyan edir. Düşüncə, adətən, aləqaranlıq və ya oneyroid şəkildə pozulur. Nisbətən az hallarda təsadüf edən oneyroid sindrom fantastik məzmunlu görmə və eşitmə hallüsnasiyaları ilə təzahür edir. Xəstə özünü ya təmtəraqılı, musiqi və gözəlliklə zəngin bir şəraitdə, ya da cəhənnəmi xatırladan yad və iyrənc bir mühitdə, düşmənlərinin əhatəsində hiss edir. Göstərilən bu illüзор şəraitin hansının cərəyan etməsindən asılı olaraq xəstənin əhvali-

7 - c 1 c ə d v ə l

### *Epilepsiya və isteriya tutmalarının müqayisəsi*

| Epilepsiya tutması                                                                                                                           | İsteriya tutması                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tutma psixi travmalarla əlaqədar olmur. Çox vaxt gecə, yuxuda olarkən baş verir.                                                          | Adətən, psixi travmalarla əlaqədar olur. Əsasən gündüz baş verir.                                                                        |
| 2. Tutma zamanı xəstə hara gəldi (alovun üstünə, suya, nəqliyyat vasitələri hərəkət edən yola və s.) yıxılır.                                | Tutma baş verərkən xəstə nisbətən təhlükəsiz yerə (çarpayının, xalçanın üstünə, çəmənliyə və s.) yıxılır.                                |
| 3. Tutmanın müddəti 3–5 dəqiqədən artıq olmur. Əvvəlcə tonik, sonra klonik cəngəlmələr baş verir.                                            | Tutmanın müddəti 20–30 dəq. və daha çox çəkə bilər. Cəngəlmə formalarında ardıcılıq deyil, polimorfluq qeyd olunur.                      |
| 4. Tutmanın ardınca düşüncənin pozulması əlamətləri, sonra isə yuxulama qeyd olunur.                                                         | Tutma qurtardıqdan sonra düşüncə aydınlaşır, xəstə öz işini davam etdirə bilər.                                                          |
| 5. Tutma zamanı bəbəyin işığa reaksiyası itir.                                                                                               | Bəbəyin işığa reaksiyası pozulmur.                                                                                                       |
| 6. Tutma zamanı əksər hallarda sidikburaxma (bəzən, həтта defekasiya aktı) baş verir.                                                        | Sidikburaxma, adətən, olmur.                                                                                                             |
| 7. Tutma zamanı müxtəlif travmalar baş verə bilər. Dilin, dodağın dişlənməsi, başın və ya bədən müəyyən hissələrinin əzilməsi, yanması və s. | Tutma, adətən, travmasız keçir. Lakin tutmadan sonra funksional xarakterli parez, iflic, afaziya, hıçqırma, poliuriya və s. qeyd olunur. |
| 8. Tutmadan sonra tam amneziya qeyd olunur.                                                                                                  | Tutma zamanı olmuş hadisələrin əksəriyyəti yadda qalır.                                                                                  |

ruhiyyəsi və davranışı bu, yaxud başqa formada ola bilər. Ovqatı xoş, yarıyuxulu vəziyyətdə oynayıb-gülən bir xəstə söyləyirdi ki, o, hər tərəfi yaşıllığa bürünmüş kiçik bir gölün ətrafında şən bir məclisdədir. Orada musiqi çalınır, hamı rəqs edir. Çalğıçılar uzaq planetlərin sakinləridir, üz-lərinə maska taxmışlar.

Kəskin affektiv psixoz əlamətləri bəzən depressiv fonda, disforiya əlamətləri ilə, özünü təqsirləndirmə, özünü kiçiltmə sayıqlamaları ilə cə-rəyan edə bilər. Kədərli, həyəcanlı hərəkətlərlə təzahür edən belə vəziy-yət təhlükəli, aqressiv aktlarla da müşayiət olunur.

Xronik psixoz halları ilə şərtlənən epilepsiyada paranoyal, parafren, hallüsinator-paranoid və katatonik əlamətlər qeyd olunur. Xəstələr nisbətən sakit görünür, məmnuniyyətlə suallara cavab verir və iztirablarını söy-ləyirlər.

**Diferensial diaqnostika.** Epilepsiya xəstəliyinin diaqnozu aşağıdakı klinik və paraklinik göstəricilərə əsaslanır:

1) Vaxtaşırı təkrar edən böyük və kiçik cəngolma tutmalarının və ya psixi ekvivalentlərin olması;

2) Epilepsiya tipli şəxsiyyətin dəyişikliklərinin və psixopatoloji əla-mətlərin təzahür etməsi;

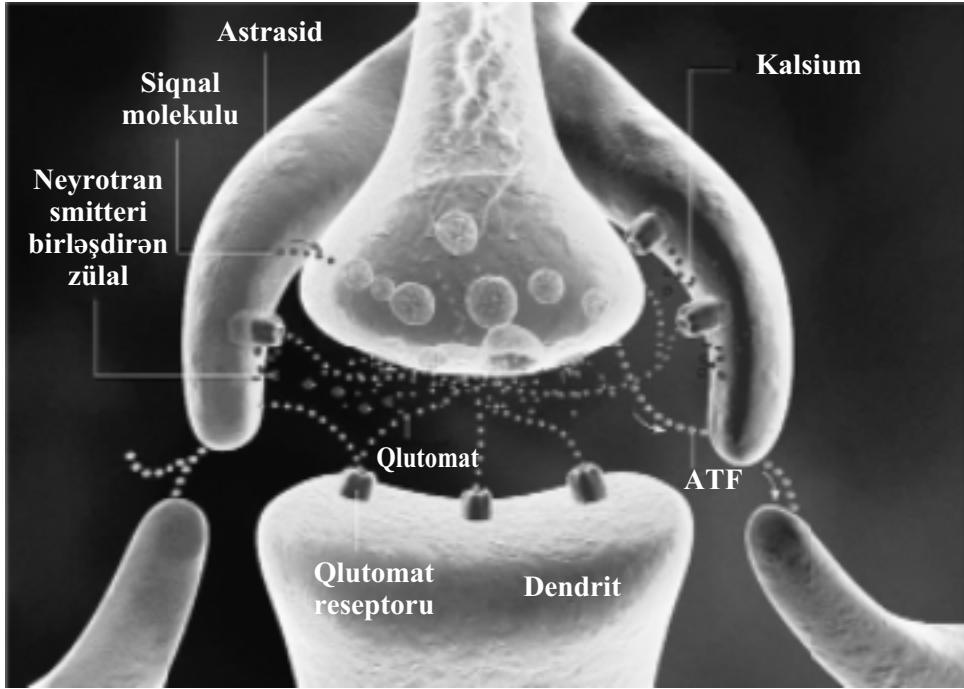
3) EEQ zamanı fəal cəngolma ocaqlarının aşkar edilməsi.

Qeyd olunan başlıca əlamətlərlə yanaşı bir sıra başqa göstəricilər də aşkar etmək mümkündür. Məsələn, irsi meyilliyyətin olması, bədən qurulu-şuna və xasiyyətə aid patoplastik dəyişikliklər və s.

Epilepsiyanı bir sıra üzvi xarakterli baş-beyin xəstəliklərindən və cəngolma tutmaları ilə gedən isteriya nevrozundan fərqləndirmək lazım gəlir. Beynin ocaqlı xəstəlikləri zamanı tonik cəngolmaların müddəti və xarakteri diqqətlə nəzərdən keçirilməli, parez və ifliclərə, afaziya əlamət-lərinin olmasına fikir verilməlidir. Haram ilik mayesinin tədqiqi, EEQ və kompyuter tomoqrafiyası üzvi xəstəliklərin olmasını aşkar etməkdə bö-yük əhəmiyyətə malikdir. Beynin travmatik xəstəlikləri zamanı epilepsi-yayabənzər sindromların təzahür etməsi diaqnostikanı çətinləşdirə bilər. Epilepsiyadan fərqli olaraq burada, tədricən artan əlamətlər (proqredi-entlik) olmur, paroksizmal hallar polimorf xarakter daşıyır. Dəqiq anam-nez diaqnozun düzgün təyininə əsas şərtlərdən hesab olunur.

İsteriya tutmasını epilepsiya tutmasından ayıran əsaslı fərqlərə bax-mayaraq, bu tutmaların diferensial diaqnostikasında həkimlər ciddi çətin-liklərlə qarşılaşırlar. Kifayət qədər təcrübəsi olmayan həkimlər bir çox hallarda səhv edə bilirlər (7-ci cədvəl).

Cədvəldən göründüyü kimi isteriya tutması zamanı xəstələrlə kontakt yaratmaq, bəbəyin işığa reaksiyasını aşkar etmək mümkündür. Tutmalar,



**Şəkil 19.** Epilepsiya zamanı hüceyrədaxili proseslərin pozulması

onun müddəti, nə vaxt baş verməsi və psixi travmalarla əlaqədar olub-olmaması ilə də fərqlənir. Elektroensefaloqrafik tədqiqat zamanı əyrilərin amplitudasının dəyişkənliyi, dizritmiya, ahəstə-süst teta dalğalarının, epilepsiya piklərinin (zirvəli dalğalar) olması və bir sıra digər spesifik göstəricilər tutmaların epilepsiya xarakterli olmasını təsdiq edir.

### Etiologiyası və patogenezi

Hazırda xəstəliyin əmələgəlmə səbəbinin tam öyrənildiyini söyləmək olmaz. Əksər tədqiqatçılar irsi amillərə daha çox əhəmiyyət verirlər. Onların fikrincə epilepsiya xəstəliyinin özü deyil, cəngolma hazırlığını yaradan amillər irsən verilir. Həyat prosesində isə müxtəlif daxili və xarici amillər bu «hazırlığı» xəstəlik səviyyəsinə çatdırır. Ən başlıca şərtlərdən biri də beyində üzvi pozuntunun olmasıdır. Bu pozuntunu yarada bilən səbəblər arasında hamiləlik dövründə ananın keçirdiyi xəstəliklərə (toksikoz, infeksiyalar, ürək və ağciyər xəstəlikləri), rezus-amilin uyğunsuzluğuna, doğuş travmaları və asfiksiyalara, körpəlik dövründə keçirilən infeksiyalara böyük əhəmiyyət verilir.

Epilepsiya tipli cəngolma tutmalarına səbəb olan amil kimi beyin, onun təpə və alın nahiyəsinin qırıqları arasında çapıq toxumasının yaranmasına xüsusi yanaşmaq tələb olunur. Belə çapıqlar beyin travmalarında, beyin damarlarının patologiyasında, metastaz verən şişlərdə, neyrocərrahi əməliyyatlardan sonra yarana bilər. 1870-ci ildə laboratoriya heyvanlarının beyin toxumasını elektrik cərəyanı vasitəsilə qıcıqlandırmaqla epilepsiya tipli cəngolma tutmaları yaratmaq mümkün oldu. Bu fenomenə 1938-ci ildə İtaliya alimləri Çerletti və Bini psixi xəstəliklərin müalicəsində istifadə etdilər (elektrik cəngolma müalicəsi). Sonralar müxtəlif preparatlarla (korazol, kamfora və s.) güclü səs və digər qıcıq vasitələri ilə də cəngolma tutmaları yaratmaq mümkün oldu. Fizioloji təcrübələr bir daha sübut etdi ki, qabıqaltı sahələri qıcıqlandırmaqla cəngolma tutmaları almaq mümkündür.

Son illərdə aparılan elmi-tədqiqat işləri göstərdi ki, cəngolmanın meydana çıxması üçün ilkin epilepsiya ocağı olarsa, aşağıdakı sinir yollarının biri vasitəsilə cəngolma fəallığı yayıla bilər: 1) qabıq-neyron kompleksi; 2) döyənəkli cisim və ya digər komissural liflər sistemi və 3) beyincik və ya mərkəzi ensefalitik sistemlə əlaqəsi olan retikulyar formasiya vasitəsilə. Beynin hər hansı nöqtəsində yaranan epilepsiya ocağı müəyyən şəraitdə (vaxtında müalicə olunmazsa, zərərli amillərin təsiri) digər məntəqələrdə də patoloji ocaqların yaranmasına səbəb ola bilər.

Son illərdə epilepsiyanın meydana çıxmasında müxtəlif bioloji fəal maddələrin təsiri öyrənilməyə başlamışdır. Belə maddələrdən bəzi amin-turşuları (asparagin, qlütamin, qlitsin, taurin), polipeptidləri (R-maddəsi-ni), monoaminləri (adrenalin, noradrenalin, dofamin, serotonin), asetil-xolini qeyd etmək olar. Bu maddələrdən bəziləri ləngiməni (qlitsin, turin), bəziləri isə oyanmanı (asetilxolin, qlütamin turşusu) gücləndirmək xassəsinə malikdir. Cəngolma tutması zamanı ləngimə və oyanma proseslərinin tarazlığının pozulması eksperimental olaraq sübut edilmişdir.

**Patoloji-anatomik dəyişikliklər.** Xəstənin ölümündən sonra aparılan histopatoloji tədqiqatlar neyroqliyada və beyin maddəsində qlioz hüceyrələrin inkişafını qeyd etmişdir. Qliyanın həddindən artıq çoxalması nəticəsində beyin bütün səthi qliya ilə örtülür. Ağır keçən formalarda beyin maddəsinin həcmi kiçilə bilər. Tutma nəticəsində ölən şəxslərin beyin toxuması şişkin, doluqanlı olur, böyük yarımkürələrdə və mədəciklərin divarında nöqtəvari qansızmalar aşkar edilir.

Elektron mikroskopu vasitəsilə müayinə zamanı epilepsiya ocağının lokalizasiya olunduğu nahiyələrdə hüceyrələrin hipoksiyasını göstərən əlamətlər: hüceyrə membranının, endoplazmatik torun pozulması, mitoxondrilərin qalınlaşması, lizosomların və ribosomların sayının azalması aşkar edilir. Bundan əlavə sinapsların, sitoplazmanın içərisindəki dendrit-

lərin deformasiyaya uğramasını da görmək mümkündür. İmmunohistoloji üsullarla hematoensefalitik baryerin keçiriciliyinin pozulması, hipokampa məxsus qırıqlarda yerləşən kapillyarların membranında və mitoxondrial hüceyrələrdə müəyyən dəyişikliklər tapılır.

Müasir təsəvvürlərə görə mitoxondrilərin sayca azalması, «ion nasosunun» işinin pozulması və sinaps düyünlərində kalium ionlarının azalmasına səbəb olur.

## Müalicə və profilaktikası

| Pereparatın Beynəlxalq patentləşdirilmiş adı | Ticarət adı buraxılış forması                                                                          | Təsiri və tətbiqi                                                                                                      |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Karbamazepin<br>(Carbamazepine)              | Karbamazepin<br>(Carbamazepine)<br>Finlepsin<br>(Finlepsin)<br>Teqretol<br>(Teqretol)<br>Həb. 0.2, 0.4 | Cəngolma əleyhinə spazmofilifiyada istifadə edilir.                                                                    |
| Topiramet<br>(Topiramate)                    | Topomaks<br>(topomax)<br>100 mq tab.                                                                   | Cəngolma tutmalarını aradan qaldırmaq üçün (eyni zamanda yüngül antidepressant kimi də istifadə edilir) tətbiq edilir. |
| Asediprol<br>(Acediprolum)                   | Depakin<br>(Depakin)<br>Konvuleks<br>(Convilex)<br>Həb. 0,3. Məhlul<br>5%-50, 100 ml                   | Epilepsiya xəstəliyində böyük cəngolma tutmalarını aradan qaldırmaq məqsədilə tətbiq edilir.                           |
| Difenin<br>(Dipheninum)                      | Difenin<br>(Dipheninum)<br>Həb. 0.15<br>Alepsin<br>(Alepsin)                                           | Cəngolma tutmaları ilə müşayiət edilən epilepsiyada, o cümlədən Jekson və fokal tutmalarda tətbiq edilir.              |
| Lamotrijin<br>(Lamotrijine)                  | Lamiktal<br>(Lamictal)<br>Lamotridcin<br>(Lamotridjine)<br>Tab.0.025, 0.05, 0.1                        | Digər preparatlara qarşı rezistentlik olduqda, monoterapiya kimi işlədilir.                                            |
| Benzonal<br>(Benzovalum)                     | Benzonal<br>(Benzonalum<br>Benzobarbital)<br>tab. 0.05, 0.1                                            | Generalizəolunmuş cəngolmalarda tətbiq olunur.                                                                         |

Epilepsiyanın müasir baxışlara əsaslanan müalicəsini AR Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş Klinik Protokola uyğun aparmaq məsləhət görülür. Terapevtik tövsiyyələr aşağıdakılardan ibarətdir:

Müalicənin əsas prinsipi - minimum əlavə təsirlərlə maksimum terapevtik effekt əldə etməkdir. Epilepsiyanın müalicəsi yalnız dəqiq diaqnoz qoyulduqdan sonra başlanıla bilər

Epilepsiya əleyhinə preparatların (EÖP) qəbulu haqqında qərarı pasiyentin razılığı ilə epilepsiya üzrə mütəxəssis verməlidir. «Epilepsiya önü» termini və «epilepsiyanın profilaktik müalicəsi» taktikasının heç bir mənası yoxdur (ağır kəllə-beyin travması istisna olmaqla). Epilepsiyanın müalicəsinə təkrar tutmadan sonra başlamaq lazımdır

Aşağıdakı hallarda ilk tonik-klonik tutmadan sonra EÖP təyin etmək lazımdır:

- a) Anamnezdə mioklonik, absans və ya parsial tutmaların olması;
- b) EEG-də epileptik aktivliyin aydın şəkildə qeyd edilməsi;
- s) Pasiyentdə ocaqlı nevroloji sindromların mövcud olması;
- ç) Pasiyent tərəfindən təkrar tutmanın baş vermə ehtimalının yolverilməz hesab edilməsi;
- d) İntellektin azalması (ali psixi funksiyaların pozulması);
- e) Neyrovizualizasiya məlumatlarına əsasən struktur dəyişikliklərinin mövcud olması.

Klinik epileptologiyada monoterapiya prinsipi özünə möhkəm yer tutmuşdur. Preparatlar epilepsiyanın forması və tutmaların xarakterinə ciddi şəkildə uyğun olaraq təyin edilir.

Hər bir konkret halda preparat seçimi zamanı onun əlavə təsir profiləri və dərmanların qarşılıqlı təsirinə əsaslanmaq lazımdır.

Uyğun EÖP ilə müalicə zamanı lazımi effekt əldə edilməzsə, aşağıdakı vəziyyətləri nəzərdən keçirmək lazımdır: səhv epilepsiya diaqnozu, epileptik sindroma uyğun gəlməyən EÖP seçimi, pasiyentin özbaşına dərman qəbulunu kəsməsi, pasiyentin həkim tövsiyələrini yerinə yetirməməsi, neoplastik proses, alkoqol və ya psixooaktiv maddələrdən gizli sui-istifadə, baş beynin ağır inkişaf qüsuru, proqressivləşən xəstəliyin mövcud olması, EÖP-nin qeyri-adekvat dozaları.

**Kombinə olunmuş müalicə (Politerapiya).** Kombinə olunmuş müalicə təyin edilməzdən əvvəl nəzərdən keçirilməlidir:

EÖP-nin monoterapiya şəklində tətbiqinin qeyri-effektiv olması;

Birinci EÖP ilə müalicə zamanı preparatın yaxşı qəbul edilməsinə və pasiyentin vəziyyətinin əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmasına baxmayaraq, dərmanın maksimal mümkün dozada tətbiqi tutmaların əmələ gəlməsinin tamamilə qarşısını almırsa.

Kombinə olunmuş müalicə üçün preparatların seçimini tutmaların

tipini (tiplərini) nəzərə almaqla aparmaq lazımdır, preparatların sayı isə iki, yaxud maksimum üç EƏP ilə məhdudlaşmalıdır.

Epilepsiyanın cərrahi müalicəsinə göstəriş ciddi şəkildə əsaslandırılmalı, əməliyyatdan əvvəl hərtərəfli və tam müayinə aparılmalıdır. Bu müalicə üsulu üçün göstəriş psixoz əlamətləri ilə müşayiət olunan beyin toxumasının ciddi üzüvü zədələnməsi ola bilər.

Epilepsiyanın müalicəsində istifadə edilən əsas dərman vasitələri.

Epilepsiya xəstəliyinin gedişində ən təhlükəli vəziyyət «e p i l e p s i y a s t a t u s u» adlanan haldır. Belə təhlükəli halın yaranmasına səbəb çox vaxt uzun müddət antikonvulsiv preparatlarla müalicə alan xəstənin birdən-birə müalicəni dayandırması, bəzən də xəstənin güclü zəhərlərlə, o cümlədən, böyük həcmdə spirt və spirtli içkilərlə zəhərlənməsi ola bilər. Status vəziyyətində xəstəni, ilk növbədə, təcili olaraq yaxın tibbi stasionarlara çatdırmaq və bütün vasitələrlə xəstənin həyatı uğrunda mübarizə aparmaq lazımdır.

Ən yaxşı özünü doğrultmuş müalicə 50 ml 5%-li xloral hidrat məhlulu ilə imalə etməkdir. Vena daxilinə natrium-bromid (10%-li 10 ml), əzələ arasına maqnezium sulfid (25%-li 20 ml), 50 mq seduksen yeritməklə bu vəziyyəti aradan qaldırmağa çalışmaq lazımdır. Bunlar kömək etməzsə 10% heksonal (5–10 ml) əzələ daxilinə və ya ehtiyatla venaya yeridilməlidir. Bəzən 15–20 ml haram ilik mayesi buraxmaqla və cüzi efir narkozu verməklə xəstəni ağır haldan çıxarmaq mümkün olur. Lazım gələrsə ürək fəaliyyətini qaldıran maddələrdən də istifadə edilir. Lakin kamfora, korazol (cəngolma hazırlığını yüksəldən maddələrdir) işlətmək təhlükəlidir.

Sistemli müalicə tədbiri kimi ildə iki dəfə profilaktik müalicə aparılması məsləhət görülür. Bu məqsədlə venaya 40%-li 20 ml qlükoza, B qrup vitaminlər, maqnezium-sulfid 25 %-li 5–10 ml venaya və ya əzələ daxilinə təyin edilir. Bunlardan əlavə sidikqovucu maddələrdən (laziks, veraspiron), zədələnmiş toxuma qüsurlarını aradan qaldırmaq və beyin-damar fəaliyyətini yaxşılaşdırmaq üçün lidaza, nootropil, kavinton və s. təyin edilə bilər.

Mühüm tədbirlərdən biri də müalicə pəhrizidir. Bədəndə çoxlu maye toplanmasının qarşısını almaq başlıca şərtidir. Xəstə imkan daxilində duzdan, yağda qızardılmış xərəklərdən imtina etməlidir.

Bəzi xəstələrə (ağır keçən tutmalar, sürətlə inkişaf edən şəxsiyyət pozuntuları varsa) operativ müalicə tövsiyə edilir. Bu müalicə üsulunun tətbiqi 50% hallarda tutmanın tamamilə dayanmasına və ya xeyli azalmasına səbəb olur.



Profilaktik baxımdan cəngolma tutmasının meydana çıxmasına səbəb ola bilən halların qarşısının alınması başlıca şərtidir. Bu baxımdan patoloji hamiləliyin dayandırılması, doğuş travmalarının, ağır infeksiyon xəstəliklərin, beyin travmalarının qarşısının alınması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Epilepsiya xəstəliyinə tutulmuş xəstələr, hətta tək-tək tutmalar (ildə bir neçə dəfə) olduqda belə, bir sıra peşələrdə (sürücü, hündürlüklə, su mənbələri ilə əlaqədar işlər və s.) işləyə bilməzlər. Belə şəxsləri bəzi idman növləri, məsələn, üzgüçülük, alpinizm, at çapmaq, qaçış maşınları sürmək və s. ilə məşğul olmaqdan uzaqlaşdırmaq lazımdır.

## **Proqnoz**

Vaxtında məqsədəuyğun müalicə tədbirlərinin aparılması epilepsiya tutmalarını və onun ağır nəticələrini aradan qaldırmağa imkan verir. Bir sıra hallarda xəstəlik yaman gedişli olur və tətbiq edilən müalicə yüksək səmərə vermir. İnkişaf edən ağıl zəifliyinin, şəxsiyyətin dəyişməsi əlamətlərinin qarşısını almaq mümkün olmur. Ölüm halları ağır keçən «status» zamanı baş verə bilər.

Müxtəlif müalicə müəssisələrində, ilk növbədə, poliklinikalarda (xəstəxanalarda) yaradılmış tibbi-genetik məsləhət kabinetləri epilepsiyanın qarşısının alınması sahəsində ciddi profilaktika tədbirləri apara bilirlər. Azərbaycanda aparılmış elmi-tədqiqat işləri nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, valideynləri yaxın qohum olan uşaqların epilepsiyaya tutulma ehtimalı 80–200% artır.

## **Ekspertiza məsələləri**

Epilepsiyaya tutulmuş xəstələrin əmək qabiliyyətinin müəyyən edilməsi və onlara məsləhətlər verilməsi həmişə asan olmur. Belə xəstələrin 30%-ə qədəri işləmək qabiliyyətini tamamilə, 30–40%-ə qədəri isə hissəvi olaraq itirirlər. Bir qisim xəstələr öz əvvəlki peşələrində işləyə bilmədiklərindən onlara yeni peşə öyrətmək zəruriyyəti yaranır. Belə adamları sosial təminat şöbələrinin yardımı ilə peşə kurslarına və ya təcrübə-istehsalat sahələrinə göndərmək tələb olunur. Xəstələri tamamilə işdən azad edib I dərəcəli əlilliyə keçirmək üçün güclü ifadə olunan ağıl zəifliyi əlamətləri və ya tez-tez təkrarlanan, çətin müalicə edilən cəngolma tutmaları olmalıdır.

Epilepsiya diaqnozu olan bütün gənclər xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olmayaraq hərbi xidmətdən azad edirlər. Məhkəmə psixiatriyası təcrübəsində isə yalnız epilepsiya diaqnozunun olması həmin şəxsi məhkəmə məsuliyyətindən azad etmir. Tutmaların müddəti, parok-

sizmlər, psixoz əlamətləri və ciddi şəxsiyyət dəyişiklikləri yoxdursa, belə şəxslər etdikləri cinayət hərəkətləri üçün məsuliyyət daşıyırlar. Arası-ara (bir neçə aydan bir) rast gəlinən paroksizmlər və ya cüzi ifadə olunmuş psixoz əlamətləri şəxsi cəza çəkməkdən azad etmir.

| Par<br>bu zam<br>sı baxın<br>edərkən<br>istifadə<br>kəskin i<br>xəstəxə | Kəmağillığın<br>dərəcələri | IQ göstəricisi | Kəmağillar arasında<br>yayılma faizi | pozarsa,<br>xiatriya-<br>ni təyin<br>lə və s.)<br>u və ya<br>ixiatriya |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         | 1. Yüngül                  | 70–50 %        | 85 %                                 |                                                                        |
|                                                                         | 2. Orta                    | 50–30 %        | 10 %                                 |                                                                        |
|                                                                         | 3. Ağır                    | 30–20 %        | 3–4 %                                |                                                                        |
|                                                                         | 4. Dərin                   | 20 %-dən az    | 1–2 %                                |                                                                        |
|                                                                         | <i>Qeyd: göstəricilər</i>  |                |                                      |                                                                        |

## XII FƏSİL

### OLİQOFRENİYA – KƏMAĞILLIQ

Psixi xəstəlik formalarından biri olan oliqofreniya – kəmağıllıq qədim dövrlərdən məlum idi. Keçmişin həkim və filosoflarının (Platon, Hipokrat, Aristotel, Pifaqor, Əbu Əli ibn Sina və b.) əsərlərində ağıl zəifliyi (və ya kəmağıllıq), onun səbəbləri və profilaktikası haqqında məlumatlar verilmişdir.

XVIII–XIX əsrlərdə digər elmlər kimi psixiatriya elmi də inkişaf edərək təbabətin sərbəst bir bölməsinə çevrildi. Həmin vaxtdan etibarən uşaqlarda və böyüklərdə psixi pozuntuların müxtəlif növləri elmi əsaslarla öyrənilməyə başlandı. Uşaqlarda kəmağıllığın öyrənilməsində Fransa psixiatriya məktəbinin böyük rolu olmuşdur. Uşaqlar arasında rast gəlinən dərin ağıl zəifliyini öyrənən D.Burnevil (1840–1910) «İdiotizm və psixi gerilik haqqında» əsərində mühüm əhəmiyyət kəsb edən müalicəvi və pedaqoji tədbirlər irəli sürdü. O, ağıl zəifliyinin təsnifatını vermiş və yeni bir termin – «imbesillik» terminini təklif etmişdi.

XIX əsrin sonunda intellektin yüngül pozuntusu olan debillik, hərtərəfli öyrənilməyə başlandı. XX əsrin əvvəllərində alman psixiatri E.Krepelin psixi xəstəliklərin yeni nozoloji təsnifatını verdi (1915). Həmin təsnifatda o, uşaqlarda əqli çatışmazlığın meydana çıxmasının səbəblərini aydınlaşdırdı, anadangəlmə ağıl zəifliyini ümumi ad – oliqofreniya termini (yunanca «oligo» – az, «frenicus» – ağıl, idrak, deməkdir) altında birləşdirdi.

Rus alimlərindən P.Simon, N.İ.Ozeretski, Q.E.Suxareva, V.V.Koval-

yev oliqofreniyaların klinikasının, etiopatogenezinin, müalicə və profilaktikasının öyrənilməsi sahəsində mühüm tədqiqat işləri aparmışlar.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə oliqofreniyaya tutulma dünyanın bütün ölkələrində 1–3% təşkil edir.

Oliqofreniya qadınlara nisbətən kişilər arasında 1,5 dəfə çox təsadüf edilir.

**Təsnifatı.** 1992-ci ilədək oliqofreniyanı praktikada 3 dərəcəyə bölmək (debillik, imbesillik, idiotiya) qəbul olunsa da bu bölgü sonralar dəyişdirildi.

XBT–X baxışına əsasən kəmağıllılıq dörd dərəcə üzrə təsnif edilir: yüngül, orta, ağır, dərin.

8 - c i c ə d v ə l

***IQ şkalası üzrə oliqofreniyanın dərəcələrə  
görə bölünməsi***

Kəmağıllılığın dərəcəsini müəyyən edərkən praktikada geniş yayılmış IQ əmsalından istifadə edilir. Bu əmsal aşağıdakı düsturla hesablanır:

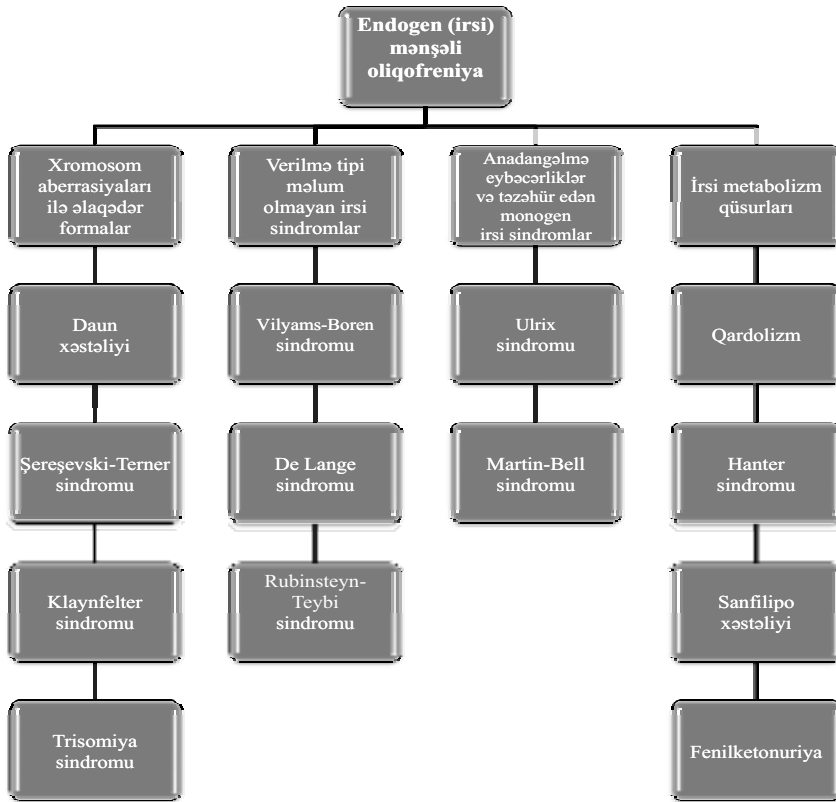
$$IQ = \frac{\text{pasiyentin intellekti hansı yaşa uyğundur}}{\text{pasiyentin pasport yaşı}} \cdot 100\%$$

Misal: müayinə zamanı müəyyən edilir ki, pasiyentin əqli qabiliyyəti 9 yaşlı uşağın əqli qabiliyyətinə uyğundur, əslində isə müayinə olunanın 15 yaşı var. Belə olduqda,

$$IQ = \frac{9}{15} \cdot 100\% = 60\%$$

Deməli, pasiyentin ağıl kəmliyi yüngül dərəcəlidir.

Y ü n g ü l d ə r ə c ə anadangəlmə kəmağıllılığın ən geniş yayılmış formasıdır. Azərbaycan ərazisində bu formaya 81–92% hallarda rast gəlinir. Bu forma zamanı IQ əmsalı 50–70% arasında olur. Belə uşaqlarda nitq qabiliyyəti bir qədər zəif olsa da, yüngül proqram əsasında tərtib



**Şəkil 20.** Oliqofreniyanın klinik variantları

edilmiş yeni biliklərin mənimsənilməsi, mürəkkəb olmayan əmək vərdişlərinə alışma pis olmur. Adi məktəblərdə çətinliklə oxuyan şagirdlər dərş proqramı yüngül, yardımçı məktəblərdə müvəffəqiyyətlə oxuya bilirlər.

**O r t a d ə r ə c ə .** Oliqofreniyanın bu forması bir sıra xüsusiyyətləri ilə fərqlənir. İQ əmsalı 30–50% arasında qiymətləndirilir. Belə adamlar, daha çox sadə, konkret təfəkkür formasına malik olub mürəkkəb suallara cavab tapmırlar. Nitq qabiliyyəti, söz ehtiyatları məhdud olur. Belə ki, bəzən sadə hesablama əməliyyatlarını həll edə bilmirlər. Onlar üçün, hətta yardımçı məktəblərdə də təhsil almaq çətinlik törədir. Eyni zamanda onlar özlərinə xidmət göstərə bilir, bir sıra hallarda sadə əmək vərdişlərinə alışırlar.

**A ғ ı r d ə r ə c ə** (İQ əmsalı 20–30%-dək) kəməğillığın nisbətən az yayılmış forması olub nitq və təfəkkürün inkişafdan qalması ilə xarakterizə olunur. Xarici qıcıqlara qarşı reaksiyaları zəif olub məqsədəuyğun olmur. Emosional reaksiyalar isə yalnız instinktlər ətrafında toplanır. Əksər hallarda özlərinə xidmət edə bilmədiklərindən natəmiz, pinti görünürlər.

Bəzən, hətta müstəqil hərəkət də edə bilmir, valideynləri və ya hamiləri daima onlara nəzarət və yardım göstərməli olurlar. Xarici görünüşcə onlar, adətən, sakit görünür, lakin bəzən, nəinki oturduqları yerdə narahat olur (bədənlərini yırgalamaq, qolları, qıçları vasitəsilə kəskin hərəkətlər etmək), hətta aqressiv hərəkətlər də: başqasına hücum etmək, cırmaqlamaq, dişləmək, özünə zərbə endirmək və s. edirlər. Belə uşaqlarda digər formalara nisbətən daha çox nevroloji, somatik pozuntular aşkar edilir.

D ə r i n k ə m a ğ ı l l ı l ı q zamanı İQ əmsalı 20%-dən aşağı olur və belə uşaqların əqli qabiliyyəti bəzən 2–3 yaş səviyyəsinə belə çatmır. Ətrafdakılarla elementar ünsiyyətə girmək, özünə xidmət etmək qabiliyyəti olduqca məhdud və ya heç olmur. Belə uşaqlar, hətta adi gigiyena qaydalarına belə nəzarət edə bilmədikləri üçün daima natəmiz olurlar. Bir çoxlarında isə qeyri-ixtiyari defekasiya və sidikburaxma halları da qeyd olunur.

Oliqofreniyanın yuxarıdakı klinik təsnifatı təcrübi cəhətcə əlverişli olsa da, burada xəstəliyin əsas xüsusiyyətləri, o cümlədən, etioloji amilləri nəzərə alınmır. Oliqofreniyanın hərtərəfli öyrənilməsi yalnız elmi cəhətcə əsaslandırılmış formalara bölünməklə aparılmalıdır.

Oliqofreniyanın etioloji təsnifatını aşağıdakı formalara bölmək münaşibdir.

- I. Endogen (irsi) mənşəli formalar.
- II. Ekzogen mənşəli formalar.
- III. Endogen-ekzogen mənşəli (qarışıq) formalar.

## **Endogen (irsi) mənşəli oliqofreniyalar**

Bu formaya daxil olan ağıl kəmliyi özü də 4 qrupa bölünür:

1) Xromosom aberrasiyaları ilə əlaqədar olan formalar (Daun xəstəliyi, Şereşevski – Turner sindromu, Klaynfelter sindromu, Trisomiya – X sindromu, XVV sindromu);

2) Verilmə tipi məlum olmayan irsi sindromlar (Vilyams Boyren sindromu, De-Lanqe sindromu, Rubinsteyn – Teybi sindromu);

3) Müxtəlif anadangəlmə eybəcərliklərlə təzahür edən monogen irsi sindromlar (Ullrix və Martin-Bell sindromu);

4) İrsi metabolizm qüsurları ilə əlaqədar olan formalar (fenilpiroüzüm, homosistenuriya zamanı və mukopolisaxaridlərin – qlükozaminoqlikogenlərin mübadiləsinin pozulması ilə əlaqədar yaranan oliqofreniya (qarqoizizm və ya Qurler xəstəliyi, Hanter sindromu; Sanflippo xəstəliyi).

D a u n x ə s t ə l i y i ilk dəfə 1866-cı ildə ingilis alimi Daun (L. Dawn) tərəfindən təsvir edilmişdir. Müxtəlif dərəcələrdə meydana çıxan

ağıl kəmliyi, endokrinoloji və somatik əlamətlərlə təzahür edir. Belə xəstələr özünəməxsus displastik bədən quruluşu ilə diqqəti cəlb edir. Göz yarıqları dar və çəp, buruna yaxın bucağın daxilində dəri büküşü (epikant) olur. Ətrafları qeyri-mütənasib, qulaq seyvanı kiçik: əyri və çənəyə yaxın yerləşir. Burunları qısa, yuxarıdan enli, üst çənələri zəif, dişləri qeyri-bərabər inkişaf edir. Dilləri böyümüş, sanki ağızlarına sığışmadığından ağız yarımçıq görünür. Xarakter əlamətlərdən biri də əl barmaqlarının qısa və enli, çeçələ barmaqlarının isə içə doğru əyilməsidir. Belə uşaqlar bir qədər böyüdükdən sonra qeyri-mütənasib yerləşləri, cəsarətsiz hərəktləri, məzmunuz baxışları ilə diqqəti cəlb edirlər.

Xəstələrin əksəriyyətinin ürək-damar sistemində və digər daxili orqanlarında müxtəlif çatışmazlıqlar: cinsiyyət orqanlarının və vəzilərin inkişafdan qalması, əsas mübadilənin zəifləməsi və piylənmə, dərinin quruluşu, kəpəklənməsi, dırnaqların, tüklərin tez sınması, baş tükünün erkən tökülməsi və s. əlamətlər qeyd edilir.

Daun xəstəliyində rast gəlinən nevroloji əlamətlərdən əzələlərin hipotoniyası, çəpgözlüyü, vestibulyar aparata və vegetativ sistemə aid pozuntuları göstərmək olar.

Tədqiqatçıların fikrincə, Daun xəstəliyinin meydana çıxmasının səbəbi 21-ci xromosom cütünün birinin 14-cü cütə birləşməsi, xromosom translokasiyası ilə əlaqədardır. Xəstəliyin patogenezi dəqiq öyrənilməmişdir.

Patoloji-anatomik məlumatlara əsasən aşağıdakıları qeyd etmək olar: beynin ümumi çəkisi bir qədər azalır, alın payı, beyincik və diensefal bölmələrdə inkişafdanqalma aşkar edilir. Beyin qabığına qanqlioz hüceyrələrin qeyri-bərabər inkişafı və mielinizasiyasının pozulmasını aşkar etmək mümkündür.

Xəstəliyin spesifik müalicəsi yoxdur. Simptomatik müalicə üsullarından, o cümlədən, ümumi möhkəmləndirici və stimulyedici maddələrdən (aloe, FiBs, plazmol, kalsium, dəmir preparatları, polivitaminlər və s.) serebrolizindən, liposrebrindən, aminationdan, nootrop preparatlarından istifadə etmək olar. Bəzi müəlliflər hormonal preparatlardan geniş istifadə etməyi məsləhət görürlər.

**Ş е r е ş е v s k i – T е r n е r s i n d r o m u** – 1925-ci ildə sovet alimi N.A.Şereşevski və 1938-ci ildə Amerika alimi Turner tərəfindən təsvir edilmişdir. X-xromosomun qüsuru nəticəsində meydana çıxır, ancaq qadınlarda təsadüf edilir, buna görə də cinsi xromatin olmur. Belə xəstələrin boyu kiçik, boynu qısa, enli, kürəyədək uzanan spesifik dəri büküşü (qırışlar), bədən səthinin bəzi hissələrində pigment ləkələri olur. Cinsi yetişkenlik tam inkişaf səviyyəsinə çatmır. Əqli zəiflik bəzən cüzi

dərəcədə qeyd edilir. Belə xəstələr əmək fəaliyyəti üçün yararlı hesab edilir.

Müalicə məqsədilə prepubertat yaşlarda hormonal preparatlardan (esterogenlərdən) istifadə etmək məsləhət görülür.

**K l a y n f e l t e r s i n d r o m u .** Bu xəstəliyi 1942-ci ildə Amerika həkimi N.K.Klaynfelter təsvir etmişdir. Xəstəlik, ancaq kişilər arasında rast gəlinir. 23-cü cinsi əlamətləri daşıyan xromosomda, kişilərə məxsus XV cütünə qadınlara məxsus X xromosomu da əlavə olur və trisomiya yaranır – XXV. Genetik laborator müayinə zamanı hüceyrələrin nüvəsində qadınlara məxsus cinsi xromatin aşkar edilir. Əsas xüsusiyyətlərindən biri, hər iki cinsə məxsus klinik əlamətlərin olmasıdır. Cinsi orqanlar, o cümlədən, yumurtalar inkişafdan qalır, ikincili cinsi əlamətlər zəif nəzərə çarpır. Belə şəxslər hündürboylu olub, çanaq-bud əzələləri yaxşı inkişaf edir, döş vəziləri böyüyür (*ginekomastiya*). Nəsil artırmaq qabiliyyətləri olmur. Ağıl zəifliyi bəzən cüzi, bəzən isə ağır debillik səviyyəsinədək təzahür edir. Zahirən özlərindəki qüsura görə belə şəxslər bir qədər qəmgin (*depressiv sindrom*) görünürlər.

Spesifik müalicəsi yoxdur, hormonal preparatlardan istifadə etmək mümkündür. Ginekomastiya əlaməti olarsa operativ müalicə məsləhət görülür.

**T r i s o m i y a – X s i n d r o m u.** 1959-cu ildə R. Yakobs tərəfindən təsvir edilmişdir. Xəstəliyin başlıca xüsusiyyəti hüceyrə nüvəsində qoşa cinsi xromatinin və kariotipdə üç və daha çox X-xromosomun olmasıdır. Bir sıra klinik əlamətləri Şereşevski – Turner sindromunu xatırladır. Xəstələrin 75%-də ağıl zəifliyi, 25–40% hallarda isə cinsi infantilizmə rast gəlinir. Qadınlarda X-trisomiya xəstəliyi şizofreniyabənzər və psixopatabənzər əlamətlərlə özünü büruzə verir. Bəzi xəstələrdə bədən quruluşuna aid qüsurlar: epikant, çeçələ barmaqların klinodaktiliyası, boyun həddindən artıq uca olması qeyd edilir. Dəqiq diaqnoz sitogenetik müayinə nəticəsində qoyulur.

**X V V s i n d r o m u.** Ancaq kişilər arasında U-xromosomun artıq olması nəticəsində meydana çıxır. Xəstəliyin əsas əlamətlərinə boyun uca, bədən quruluşunun evnuxoid tipli və psixopatabənzər aqressiv xasiyyətin olması aiddir. Xəstələrin 80%-də yüngül kəmağıllıq müşahidə edilir. Müalicəsi simptomatiktir. Müalicə məqsədilə Pedaqoji-tərbiyə və psixoterapevtik üsullardan da istifadə edilə bilər.

**D e - L a n q e s i n d r o m u.** İlk dəfə 1933-cü ildə Hollandiya həkimi De Lanqe tərəfindən təsvir edilmişdir. Sindromun başlıca cəhətləri bunlardır: xəstələr boyca kiçik, arıq olub özünəməxsus sifətləri ilə diqqəti cəlb edirlər. Qaşları həddindən artıq tüklü, burunları qısa, burun deşik-

ləri bir qədər yuxarıda yerləşir. Kəllə həcmcə kiçik, braxisefal quruluşa malik olur. Əlləri kiçik, şəhadət barmaqları qısa, çeçələ barmaqları içəri doğru əyilir, bəzən bir barmaqları çatmır. Bədənin digər hissələrinin (onurğa sütunu, köks qəfəsi) və daxili orqanların (böyrəklərin) anomaliyası da tez-tez təsadüf edilir. Xəstələrin 80%-də imbesillik və ya ağır debillik səviyyəsində ağır zəifliyi nəzərə çarpır. Bəzi xəstələrdə cəngolma tutmaları da müşahidə edilir.

Xəstəliyin səbəbinin irsi amillərlə bağlılığı şübhə doğurmur. Lakin hansı xromosomlarla əlaqədar olması hələ dəqiqləşdirilməmişdir. Müalicə simptomatik olaraq aparılır. Sedativ və cəngolma əleyhinə maddələrdən, nootroplardan, hormonal preparatlardan istifadə edilir.

**R u b i n s t e y n – T e y b i s i n d r o m u.** Bu sindromu 1963-cü ildə ilk dəfə Amerika həkimləri Y. Rubinsteyn və N. Teybi təsvir etmişlər. Xəstəlik ağır zəifliyi olan uşaqlar arasında 0,15% hallarda rast gəlinir. Başlıca klinik əlamətləri bunlardır: sifətin anomaliyası, əyri, quş dimdiyinəbənzər burun, əks monqoloid tipli göz yarıqları, çəpgözlük, ptoz, başın kiçik olması, müxtəlif dərəcəli ağır zəifliyi. Belə uşaqlar boyca balaca, alınları kiçik, yarıyadək tüklə örtülür. Ayaq baş barmaqlarının axırncı falanqasının enli olması da spesifik əlamətlərdən sayılır. Anomaliya bəzən digər barmaqları da əhatə edir. Bir sıra hallarda daxili orqanların (ürəyin, sidik-cinsiyyət, tənəffüs sisteminin) qüsurları aşkar olunur.

Əksər xəstələrdə çəpgözlük, qlaukoma, nistagm, görmə sinirinin atrofiyası qeyd olunur. 20–25% hallarda cəngolma tutmaları, autoaqressiv hərəkətlər və digər affektiv əlamətlər müşahidə edilir.

Xromosom pozuntuları hələlik müəyyən edilməmişdir. Xəstəliyin autosom-resessiv verilməsi güman edilir.

**M a r t i n - B e l l s i n d r o m u.** X-xromosomun çatışmazlığı nəticəsində meydana çıxan bu kəmağıllıq yayılmasına görə Daun xəstəliyindən sonra ikinci yeri tutur. Xəstəliyi ilk dəfə 1943-cü ildə Y. Martin və Y. Bell təsvir etmişlər. Əsas klinik əlamətləri başın böyük, alının geniş, qulaqların başdan aralıda dayanması, sifətin uzunsov, burunun əyri, burun əsasının enli olmasıdır. Əl və ayaq pəncələri böyük, falanqalar enli, bəzən isə əyri-üyrü olur. Bədən quruluşunun anomaliyasına da tez-tez rast gəlinir. Belə uşaqlar kökəlməyə meyilli olurlar.

Əqli çatışmazlıq – yüngül, orta və hətta ağır dərəcədə ola bilər: IQ = 30%–75%. Belə xəstələrin özünəməxsus danışq tərzli olur. Bəzi sözləri və ya şəkilçiləri təkrar etməklə danışrlar. Bəzi xəstələrdə (təqribən 50%-də) şizofreniyabənzər əlamətlər: stereotip, katatonik hərəkətlər, davranış pozuntuları təsadüf edilir. Elektroensefaloqrafik müayinə zamanı alfa ritmlər qeyd olunmur, teta ritmlər isə güclənmiş olur.



Fenilketonuriya və ya Felling xəstəliyi. Metabolizmin irsi qüsurları ilə əlaqədar meydana çıxır. Klinik təsviri 1934-cü ildə Norveç alimi A. Felling tərəfindən verilmişdir. Xəstəliyin səbəbi fenilalaninin tirozinə çevrilməsinə nəzarət edən fenilalanin 4-hidroksilaza fermentinin çatışmazlığıdır. Orqanizmdə yaranan patoloji vəziyyət nəticəsində fenilalaninin bir hissəsi heç bir reaksiyada iştirak etmədən, bir hissəsi isə fenilpiroüzüm, fenilsirkə, fenilsüd və digər turşulara çevrilərək müxtəlif bioloji mayelər, əsasən sidiklə bədənə xaric edilir. Ana bətnindəki dövrdə biokimyəvi pozuntular olmadığından döl normal inkişaf edir. Patoloji proses doğulduqdan sonra meydana çıxır. Körpə uşaqların bəzilərində 2–3 aylıqdan etibarən bir sıra pozuntular, o cümlədən, süslük, yuxusuzluq və ya əksinə narahatlıq, qışqıraraq ağlamaq, yuxunun pozulması kimi əlamətlər qeyd olunur.

Bir qədər böyüdükdən sonra xəstəliyin klinik əlamətləri: əqli çatışmazlıq, piqmentasiyanın, dəri və baş tükünün rənginin, davranışın pozulması qeyd olunur. Bəzi xəstələrdə cəngolma tutmaları baş verə bilər. Ağıl zəifliyi əksər xəstələrdə imbesillik və idiotiya dərəcəsinə çatır. Psixopatoloji əlamətlərdən psixomotor oyanma hallarını, yöndəmsiz, stereotip hərəkətləri, qrimasları, bəzi katatonik hərəkətləri qeyd etmək olar. Enurez, kəkələmə, exolaliya, exopraksiya kimi əlamətlərə də təsadüf edirlər.

Nevroloji əlamətlərdən əzələlərin hipertoniyası, vətər reflekslərinin yüksəlməsi, ataksiya, barmaqların tremoru və hiperkinetik əlamətləri göstərmək olar. Ağır hallarda cəngolmalar, mərkəzi parezlər, ataksiya və koordinasiyanın pozulması kimi əlamətlər də ola bilər.

Xəstəliyin dəqiq diaqnozu laborator müayinəyə, Felling sınağına və qan zərdabında fenilalaninin yüksək miqdarda aşkar edilməsinə əsasən qoyulur. Felling sınağı  $\text{FeCl}_3$  vasitəsilə sidikdə fenilpiroüzüm turşusunun olmasına əsaslanır.

Vaxtında tətbiq edilən uzunmüddətli (10–20 yaşadək) pəhriz müalicəsi yaxşı nəticə verir. Pəhrizin məqsədi fenilalaninin qida maddələri vasitəsilə orqanizmə daxil olmasının qarşısının alınmasından ibarətdir. Eyni zamanda triozin zülalı sintez olmadığı üçün uşaqlara tirozinlə zəngin yeməklər verilir.

*Homosistouriya* zamanı oliqofreniya, aminturşular (metionin) mübadiləsinin pozulması nəticəsində yaranır. Burada yüngül formada təzahür edən ağıl zəifliyi ilə yanaşı, əzələ tonusunun artması, cəngolma əlamətləri müşahidə edilir. Qanda, haram ilik mayesində və sidikdə metioninin və homosistin miqdarı xeyli artır.

*Mukopolisaxaridlərin – qlikoz aminoqlikonların mübadiləsinin pozulması* nəticəsində yaranan oliqofreniyalar nisbətən az öyrənilmişdir. Əldə



edilmiş məlumatlara görə onların 10-dan artıq forması təsdiq edilmişdir.

*Qurler-Qarqoilizm xəstəliyi, Hanter sindromu, Sanfilippo xəstəlikləri* daha yaxşı öyrənilmişdir. Bu qrupa aid edilən xəstəliklərin əsas xüsusiyyətləri mərkəzi sinir sistemində gedən kobud pozuntular və kəskin ağıl zəifliyi əlamətlərinin olmasıdır. Belə xəstələrin daxili orqanlarında və skelet əzələlərində də, müəyyən dəyişikliklər tapılır. Qarqoilizm xəstəliyinin diaqnozu çətinlik törətmir. Uşağın həyatının ilk çağlarından diqqəti cəlb edən spesifik xarici görkəm: sanki çiyindən başlayan böyük baş, enli, girdə alın, yəhərvarı burun, qalın tüklü qaş, ağıza sığışmayan dil, kobud və yöndəmsiz uşaqları başqalarından fərqləndirməyə imkan verir. Biokimyəvi müayinə zamanı sidikdə turş mukopolisaxaridlərin miqdarı dəfələrlə artır. Belə xəstələr 10–12, bəzən 16 yaşadək yaşayırlar. Ölüm somatik və infeksiya xəstəlikləri nəticəsində baş verir.

*Amovrotik idiotiya–Teyaks xəstəliyi* neyronların piylənməsi ilə əlaqədar baş verir. Əsas

3 simptomla xarakterizə olunur:

1. Tədricən güclənən əzələ zəifliyi, parez, ifliclər.
2. Tədricən güclənən korluq.
3. «Amovrotik» idiotiya tip ağıl zəifliyi olan belə uşaqlar çox yaşamır, 10–12 yaşlara qədər müxtəlif xəstəliklərdən tələf olurlar.

## Ekzogen mənşəli oliqofreniyalar

Bu qrupa aid edilən ağıl zəifliyi, əsasən körpə vaxtı alınan kəllə travmaları, o cümlədən, doğuş travmaları, ana bətnində və ya erkən uşaqlıqda keçirilmiş infeksiya xəstəlikləri, intoksikasiyalar, doğuş zamanı baş verən hipoksiya və digər bu kimi amillər nəticəsində meydana çıxır. Onlardan ən çox təsadüf olunanı aşağıdakılardan ibarətdir.

*Hidrosefaliya.* Xəstəliyin səbəbinin anadangəlmə başa su yığılması ilə əlaqədar olduğunu nəzərə alaraq, bəzi tədqiqatçılar bunu endogen mənşəli oliqofreniyalara aid edirlər. Lakin əksər hallarda bu sindromun ir-

si amillərlə əlaqəsi olmadığı üçün ona atipik irsi xəstəlik kimi yanaşılmışdır.

Hidrosefaliya nəticəsində meydana çıxan ağıl zəifliyi müxtəlif dərəcədə ola bilər. Bu patoloji prosesin ağırlığından asılıdır. Belə şəxslərin nitq qabiliyyəti pis olmur, musiqini və şifahi məlumatları yaxşı qavrayırlar. Adətən, çox danışan, kövrək xasiyyət, gülürüz olurlar. Lakin bəziləri sərt xasiyyət, gərgin və əsəbi də ola bilər. Belə xəstələrdə cəngolma tutmaları müşahidə edilir. Xəstələrin özünəməxsus xarici görkəmi: irəli çıxmış girdə alın, iri baş, uçbucağabənzər kiçik sifət və bir sıra digər əlamətlər: üzdə və alında damarları görünən nazik dəri örtüyü, ətraflarda parez və ifliclər, eşitmənin və vestibulyar aparatın qeyri-normallığı asanlıqla diaqnozun təyininə imkan verir.

*Rubeolyar oliqofreniya* ana bətnində qızılcalı məxmərəyə yoluxmaq nəticəsində meydana çıxır. Bu növ kəmağıllığın bəzi ölkələrdə (Avstraliya, Yeni Zelandiya) daha çox yayıldığı məlumdur. Xəstəliyin başlıca klinik əlamətlərindən ağıl zəifliyi, görmə, eşitmə və ürək-damar sisteminin bir sıra qüsurlarını qeyd etmək olar. Bunlarla yanaşı bir çox hallarda dişlərin qüsuru, ümumi fiziki inkişafdanqalma, cinsi orqanların zəif inkişafı, mikrosefaliya əlamətləri də qeyd edilir. Bəzi xəstələrdə ara-sıra kəskinləşən psixotik əlamətlər: psixomotor oyanma, impulsiv hərəkətlər və yuxu pozuntuları olur. *M ü a l i c ə s i* simptomatik aparılır. Xəstəliyin *p r o f i l a k t i k a s ı n d a* – ananın qızılcalı məxmərəyə yoluxmasının qarşısının alınmasının böyük əhəmiyyəti vardır.

*Toksoplazmoz nəticəsində yaranan oliqofreniya* dölün hamiləlik zamanı keçirdiyi meninqo-ensefalitlə əlaqədar olur. Xəstəlik özünü ağıl zəifliyi, hidrosefaliya, cəngolma tutmaları, ətrafların parezi və iflici, beyin sinirlərinin bəzi pozuntuları ilə büruzə verir. Diaqnozun müəyyənləşdirilməsində seroloji laborator tədqiqatdan istifadə olunur.

*Anadangəlmə sifilis nəticəsində yaranan oliqofreniyanın əsas əlamətləri* ağıl zəifliyi, asteniya, psixopatabənzər hallar, cəngolma tutmaları və bir sıra nevroloji əlamətlərdən göz bəbəyinin dəyişməsi, Arqayl Robertson əlaməti, vətər refleksinin zəifləməsi və ya olmaması, parez və ifliclərdən ibarətdir. Bəzən duyğu orqanlarının patologiyası, keratit, otit, rinit, qaraciyərin sirrozu, mezoaortit, periostit, osteoflebitlər həmçinin digər orqan və sistemlərin xəstəliklərinə də təsadüf edilir. Sifətin və kəllənin quruluşuna aid əlamətlər tez-tez rast gəlinməklə, həm də spesifik xarakter daşıyır. Kəllə sümüklərinin formasının yöndəmsizliyi də belə əlamətlərdəndir. Dəqiq diaqnoz laboratoriya müayinəsi nəticəsində (Vasserman reaksiyası, STİR, Lanqe əyrisi) qoyulur. Vaxtında aparılan spesifik müalicə yaxşı nəticə verə bilər.

*Listeriozla əlaqədar yaranan oliqofreniyanın səbəbi* ana bətnində həmin infeksiyaya yoluxmaq nəticəsində meninqoensefalitin keçirilməsidir. Xəstəlik özünü müxtəlif ağırlıq dərəcəsinə malik olan ağıl zəifliyi və üzvi sinir əlamətləri ilə büruzə verir. Listeriya infeksiyası vəhşi və ev heyvanlarından insanlara yoluxur. Diaqnozun qoyulmasında epidemioloji məlumatın və laborator müayinəsinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Müalicə kəskin dövrdə antibiotiklər və sulfamid preparatlarla, xronik dövrdə isə simptomatik olaraq aparılır.

*Hemolitik xəstəlik (eritroblastoz)* nəticəsində yaranan oliqofreniya ana ilə döl arasında baş verən immunoloji konfliktlə əlaqədar olur. Belə konflikt rezus amilin və ya qan qruplarının (AVO) uyğunsuzluğu nəticəsində meydana çıxır. Xəstəliyin əsas əlamətləri ağıl zəifliyi, üzvi əsəb əlamətləri, eşitmənin pozulmasıdır. Bir çox hallarda gözün hərəkəti sinirinin pozulması, çəpgözlülük, parez və iflic əlamətləri də olur.

M ü a l i c ə d ə qanköçürmədən müvəffəqiyyətlə istifadə edilir. Lakin bu tədbir mümkün qədər ilk günlərdə aparılmalıdır. Sonrakı mərhələlərdə dehidratasion, stimuleddici və sedativ maddələr işlədilir. Lazım gələrsə müalicə gimnastikası və loqopedik məşğələlər təyin edilməlidir. Vaxtında müalicə edilmiş uşaqlar adi məktəbdə oxuya bilirlər. Son illər profilaktika məqsədilə hamiləliyin 6-cı ayından etibarən antirezus immunoqlobulinlərdən geniş istifadə edilir.

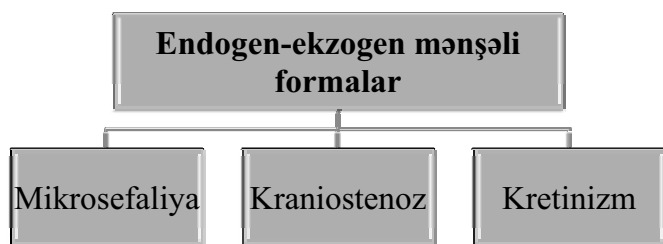
*Doğuş zamanı meydana çıxan asfiksiya və mexaniki doğuş travmaları nəticəsində yaranan oliqofreniyaya* nisbətən daha tez-tez təsadüf edilir. Bu növ ağıl zəifliyi qan dövrəsinin pozulmasından yaranan mərkəzi sinir sisteminin hipoksiyası və ya köllədaxili qansızmalar nəticəsində meydana çıxır. Xəstəliyin xarakter əlamətlərinə müxtəlif dərəcəli ağıl zəifliyi və üzvi psixonevroloji sindromlar, yaddaş, nitq pozuntuları aiddir.

Müalicə zamanı simptomatik təsir göstərən maddələrdən, o cümlədən, sedativ preparatlardan, vitaminlərdən dehidratasion maddələrdən, fizioterapevtik üsullardan və pedaqoji tədbirlərdən istifadə edilməlidir.

*Alkoqol dölü sindromu* 1973-cü ildə Yones və Şmit tərəfindən təsvir edilmiş və hərtərəfli öyrənilməyə başlanmışdır. Bu xəstəliyə hər 1000 nəfər doğulmuş uşağın



*Şəkil 21.* Mikrosefaliya.



0,3–0,5%-i tutulur. Sindromun başlıca klinik əlamətləri fiziki və zehni inkişafdanqalma, müxtəlif psixi və nevroloji pozuntulardan ibarətdir. Tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən kəllənin və

sifətin anomaliyası: önə doğru qabarmış alın, burunətrafı sümüklərin və əzələ-piy qatının zəif inkişafı, enli-gödək burun, qısa göz yarıqları, epikant, ptoz və çəpgözlülükdür. Belə uşaqların dişləri yöndəmsiz, bəzən seyrək, qulaqları sallanmış və əyri olur. Xəstələrin 50%-ində cinsi orqanların qeyri-normal inkişafı, 93%-ində mikrosefaliya, 80%-ində kiçikgözlülük qeyd edilir. Bəzi xəstələrdə daxili orqanların (ürəyin, böyrəklərin) qüsuru, bud-çanaq oynaqının anadangəlmə çıxığı, barmaq və dirsək oynaqlarının tam bükülməməsi, bədən səthində pigment ləkələri, hemangiomalar, depigmentasiya kimi əlamətlər müşahidə olunur. Köks qəfəsinə və onurğa sütununa məxsus qüsurlar da az təsadüf etmir. Belə hallarda fəqərələrin cismi bir-birinə bitişir, üçbucaqvarı köks qəfəsi, kürək və körpücük sümüklərinin deformasiyaya uğraması qeyd edilir. Sümüklər əyilir, barmaq falanqları nazilir və gödəlidir. İntellekt bir çox hallarda normadan bir az aşağı olur.

Müasir elmi təsəvvürlərə görə alkoqol embriopatiyası hamiləlik zamanı ananın spirtli içkilər qəbul etməsi ilə əlaqədar olur. Lakin əvvəllər də alkoqolizmə tutulan ata və anaların uşaqlarında bu əlamətləri görmək mümkündür.

### **Endogen-ekzogen mənşəli (qarışıq) formalar**

**M i k r o s e f a l i y a** – kiçikbaşlılıq, oliqofreniyaya tutulanların 10%-ə qədərini təşkil edir. Bu xəstəlik hələ XIX əsrdə öyrənilməyə başlanmış və belə uşaqların əqli inkişafının pis olması alimlərin diqqətini cəlb etmişdir. Əksər müəlliflərin mikrosefaliyanın səbəbini irsi amillərdə görməsinə baxmayaraq, bəziləri bunu Daun xəstəliyi, ensefalit (əsasən, virus mənşəli), dəm qazı ilə zəhərlənmə, məxmərək, sitomeqaliya, şüa xəstəliyi və s. ilə əlaqələndirirlər (şəkil 20).

Mikrosefaliya zamanı kəllə ölçülərinin kiçik olmasından əlavə qulaq-

ların, burnun, alnın, gözlərin qeyri-normallığına da, qulaqların sallanması, uzun burun, çəpgözlülük kimi əlamətlərə də təsadüf edilir. Belə uşaqlar çox vaxt kəməğilliyin orta və ağır dərəcəsinədək çatmazlığın olmasına baxmayaraq, olduqca həlim və xoşsifət, sözbəxan olurlar.

**K r a n i o s t e n o z** – kəllə sümükləri tikişlərinin vaxtından tez bitməsi və beyin maddəsinin inkişafdan qalması nəticəsində meydana çıxır. Başlıca amil kimi ana bətnində dölnün müxtəlif patoloji təsirlərə: şüalanmaya, infeksiyalara məruz qalmasına əhəmiyyət verilir. İrsi amillərin rolunu da inkar etmək olmaz.

Diqqəti cəlb edən əsas əlamətlərdən biri başın formasının dəyişməsidir. Qülləyəbənzər uzun və yastı formalara tez-tez rast gəlinir. Ağıl zəifliyinin dərəcəsi yüngül formaları əhatə edir, bəzi uşaqlarda, hətta normaya uyğun gəlir. Psixonevroloji əlamətlərdən serebrasteniyani, arabit təsadüf edən cəngolma tutmalarını, başağrıları qeyd etmək olar. Xəstəliyin diaqnostikasında rentgenoqrafiya əhəmiyyət kəsb edir.

Müalicə məqsədilə edilən neyrocərrahi müdaxilə ağırlaşmaların qarşısını alır və intellektual inkişafın normallaşmasına səbəb olur.

**K r e t i n i z m.** Hipotireoz – qalxanvari vəzin patologiyası nəticəsində meydana çıxan bu xəstəliyin başlıca cəhətlərindən biri ona tutulan adamların özünəməxsus görkəmləridir. Boyca kiçik, sifətləri kobud (bəzən üz dəriləri sarımtıl-torpaq rəngində, daima quru, tükləri cod, tezsınan, burunları yəhərvəri, əl və ayaq pəncələri enli və qısa olur. Emosional cəhətcə süst və biganə görünən belə uşaqlar heç nəyə maraq göstərmir, uzun müddət hərəkətsiz vəziyyətdə, oturaraq mənasız ətrafı seyr etməyi xoşlayırlar. Digər əlamətlərdən endokrinopatiyani, yaddaş pozuntularını, affektiv reaksiyalarla müşayiət olunan emosiya və bəzi nevroloji əlamətləri, dəri hissiyyatının azalması, başağrıları və s.-ni göstərmək olar.

Xəstəliyin polietoloji xarakterli olması və ona görə də bir neçə klinik variantlarda rast gəlinməsinə təsdiq edən elmi dəlillər vardır. Bu səbəblərdən biri ananın qalxanvari vəzisinin hüceyrə elementlərinin autoantitellərə çevrilərək döldə autoimmun patologiyaya səbəb olmasıdır.

Vaxtında aparılan müalicə yaxşı nəticələr verə bilər. Geniş işlədilən maddələr: tireoid hormonlardan hazırlanan preparatlar, nootrop maddələr, nootropil, ensefabol, pirasetam, B qrup vitaminləridir.

## **Reabilitasiya və ekspertiza məsələləri**

Ağıl zəifliyi olan uşaqların düzgün tərbiyəsi, təhsil prosesinə cəlb olunması və əməyə alışdırılması təkcə tibbi deyil, həm də ictimai bir problemdir. Oligofreniyalı xəstələr kiçik yaşlardan başlayaraq qayğı ilə

əhatə olunmalıdırlar. Xüsusi proqramla işləyən uşaq müəssisələri, körpələr evi, uşaq bağçaları, məktəblər təşkil olunmalı, əmək təliminə ciddi fikir verilməlidir.

Ağıl zəifliyi orta dərəcəyə çatan böyük yaşlı uşaqlar, adətən, işləyə bilmirlər. Belə hallarda onlara dövlət yardımını göstərilir. Yüngül formalı ağıl zəifliyi olduqda yeniyetmənin faydalı əməyə cəlb edilməsi mühüm bir müalicə tədbiri kimi qiymətləndirilməlidir.

Ağıl zəifliyi olan gənclər əsgəri xidmətdən azad edirlər. Belə şəxslərin anlaşıq sayılması və məhkəmə məsuliyyətinə cəlb edilməsi fərdi qaydada həll edilməlidir. Belə ki, orta və ağır dərəcələrdən başqa bütün hallarda törədilmiş cinayətlərin forma və məzmunundan asılı olaraq şəxs adi qaydada məsuliyyət daşıyır. Yəni anlaşıq hesab olunur.

### XIII FƏSİL

## **GERİYƏ İNKİŞAF VƏ QOCALIQ DÖVRÜNDƏ MEYDANA ÇIXAN PSIXİ POZUNTULAR**

Orqanizmin geriyə inkişafı ilə əlaqədar meydana çıxan psixi pozuntular, adətən, 50 yaşdan sonra təsadüf edilir. Bir sıra müəlliflərin verdiyi məlumata görə qocalıq dövrü 50–65 yaş, qocalıq dövrü isə 65 yaşdan sonra hesab olunur. Əlbəttə, bir sıra fərdi xüsusiyyətlərdən asılı olaraq bu müddət dəyişə bilər. Son illərdə qocalıq dövrünün bir qədər gec başlaması təmayülü hiss olunmaqdadır. Gələcəkdə insanların maddi rifah halının yaxşılaşması, profilaktika tədbirlərinin güclənməsi ilə əlaqədar olaraq qocalıq dövrünün daha gec başlayacağı güman edilir.

Orqanizmin qocalması, demək olar ki, bütün orqan və sistemlərdə xarakter dəyişikliklərin yaranması ilə müşayiət olunur. Psixi dəyişikliklərdən daha erkən nəzərə çarpanı diqqət və təfəkkürün sürətinin azalması, psixoloji proseslərin parlaqlığının və çalarlarının zəifləməsidir. Bir qədər sonra bu proseslər yaddaş və təəssürat sferasını da əhatə edir. Bununla yanaşı şəxsin intellektual yaradıcılıq qabiliyyəti bəzən uzun müddət ciddi dəyişikliyə uğramır. Yuxarıda göstərilən dəyişikliklərin qadınlarda meydana çıxması əksər hallarda klimaks dövrünə təsadüf edir.

Geriyə inkişaf dövründə psixi travmaların, somatik və infeksiya xəstəliklərin olması bütün bioloji proseslərə, o cümlədən, şəxsin psixikasına mənfi təsir göstərə bilər. Bəzi alimlərin məlumatına görə yaşı 65-dən yuxarı olan şəxslər arasında bu və ya başqa dərəcəli (yüngül) psixi pozuntuların baş verməsi 30–35%, ağır psixi xəstəliklər isə 3–5% təşkil edir. Yüngül psixi pozuntulardan ən çox nevrozabənzər, psixopatabənzər hallara, affektiv pozuntulara, ipoxondrik şikayətlərə rast gəlinir.

Nevrozabənzər hallar, əsasən emosional kövrəklik, qıcığa qarşı həssaslığın artması: özünün və yaxın adamlarının səhhəti üçün narahatlıq hissi keçirmə, səbəbsiz təşviş, yuxu pozuntusu kimi əlamətlərlə özünü bürüzə verir. Göstərilən vəziyyətin uzun müddət davam etməsi, xüsusilə vaxtında lazımı müalicə almaması, xəstənin emosional halının daha da pisləşməsinə və ipoxondrik simptomokompleksin formalaşmasına səbəb ola bilər.

Bir sıra hallarda şəxsiyyət dəyişiklikləri ön plana çıxır. Belə ki, əvvəllər müşahidə olunmayan mənasız şübhəlilik, xəsislik, yersiz mübahisəyə girişmək və s. bu kimi əlamətlər qeyd olunur. Emosional halın qeyri-normallığı: əhvalın gün ərzində bir neçə dəfə dəyişməsi, tez əsəbiləşmək, sonra da peşman olmaq, ətrafdakıların hərəkətlərinə qarşı dözümsüzlük nisbətən daha tez-tez rast gəlinir.

Geriyə inkişaf və qocalıq dövründə, meydana çıxan psixozlar 3 qrupa bölünür:

1. Qocalıqönü psixi pozuntular (presenil depressiya, presenil paranoid);
2. Baş-beynin atrofiyası nəticəsində yaranan psixi pozuntular: qocalıq ağılı zəifliyi, Pik xəstəliyi, Altsheymer xəstəliyi, Hantinqton xəstəliyi;
3. Baş-beyin damarlarının sklerozu nəticəsində meydana çıxan psixi pozuntular.

## **Qocalıqönü – presenil psixi pozuntular**

### **Presenil depressiya**

Bu xəstəlik qocalıqönü psixozların daha tez-tez rast gəlinən forması olub, qadınlar arasında nisbətən geniş yayılmışdır. Tədqiqatçılar bu qəbildən olan psixozların patogenezi üçün üç amillə əlaqələndirirlər: 1) klimakterik menopauza dövrü; 2) hər hansı psixi travmanın olması; 3) hər hansı somatik xəstəliyin olması.

Xəstəliyin başlıca əlamətləri depressiya və həyəcədir. Bu əlamətlərin özünü bürüzə verməsi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq müxtəlifdir. Yüngül hallarda distimiya, ağır hallarda isə narahat (ajitəli)



depressiya və güclü həyəcan əlamətləri qeyd olunur. Psixogen amillər, həyat tərzinin dəyişməsi, fiziki və zehni yorğunluq xəstəliyin gedişini pisləşdirir. Bir çox hallarda xəstəlik səbəbsiz, qəflətən başlayır. Nisbətən zəif nəzərəçarpan təşviş, narahatlıq, ipoxondrik əlamətlər tədricən güclənir, özünü təqsirləndirmə, izləmə və s. sayıqlamaları ilə zənginləşir.

Narahat depressiya vəziyyətində olan xəstələr özlərinə yer tapa bilmir, bütün günü əli qoynunda, qəm-qüسسə içərisində otaqda vargəl edir, hamıdan kömək etməyi, dərdinə çarə qılmağı xahiş edir. Belə vəziyyətdə olan xəstələr ciddi nəzarət altında olmalı, özlərinə sui-qəsd etməmələri üçün lazımı tədbirlər görülməlidir.

Xəstəliyin klinikasında tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən biri də verbal illüziyalardır. Xəstələr ətraf adamların söhbətlərində, onlara aid, çox vaxt onları təhqir edən, iftiralar yağdıran, şəxsiyyətlərinə toxunan «sözlər» eşidirlər. Bəzən onları yoxlamağa gələn qohumlarının sifətinin, səsinin dəyişməsini, hətta onların yad adamlar olmasını, maska taxdıqlarını söyləyirlər.

İpoxondrik sayıqlamalar da az təsadüf etmir. Belə şəxslər ağır xəstəliklərə, o cümlədən, sifilis, vərəm, QİÇS, xərçəng xəstəliyinə tutulduqlarını israr edirlər.

İnvolüsiya depressiya uzun müddət (aylarla) davam edən xəstəlik olub gedişinin rəngarəngliyi, proqnozunun müxtəlifliyi ilə fərqlənir. Bu xəstəliyin diaqnostikası tipik gediş variantlarında çətinlik törətmir. Lakin bəzi hallarda onu bir sıra psixi xəstəliklərlə diferensiasiya etmək tələb olunur. Affektiv pozuntulardan fərqləndirərkən xəstəliyin anemnezinə, əvvəllər depressiya tutmalarının olmasına diqqət yetirilməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, invalüsiya depressiya zamanı affektiv pozuntular üçün xas olmayan həyəcan və qorxu əlamətləri aşkar edilir.

**M ü a l i c ə .** Xəstələri imkan daxilində stasionar şəraitində müalicə etmək məsləhət görülür. Psixotrop preparatlar və antidepressantlardan geniş istifadə olunur. Tizertsin, triftazin, melipramin, amitriptilin, auroriks, zoloft, koaksil daha geniş işlədilən maddələrdəndir. Bunların dozası xəstəliyin ağırlığı və xəstənin somatik halı nəzərə alınmaqla müəyyən edilir. Somatik cəhətcə sağlam şəxslərə elektrik-cəngolma müalicəsi (ECM) həftədə iki dəfə, 6–10 seans təyin edilə bilər. Xəstələrin somatik halını nəzərə alaraq digər maddələrdən də: kalsium preparatları, qlükoza, vitaminlər və s. istifadə etmək məsləhət görülür.

## **Presenil paranoid**

Xəstəliyin başlıca əlaməti müxtəlif məzmunlu sayıqlama ideyalarının

olmasıdır. Köhnə kitablarda bu xəstəlik invalüsiya paranoya, invalüsiya parafreniya, qocalıqönü özünükiçiltmə sayıqlamaları adı altında təsvir edilmişdir. Digər psixozlarda rast gəlinən sayıqlamalardan fərqli olaraq invalüsiya paranoid zamanı düşüncə tam aydın, davranış isə normal olur.

Sayıqlamaların məzmunu xəstənin intim-seksual həyatı ilə bağlı olur. Belə ki, xəstə həyat yoldaşının ona xəyanət etməsindən, kiminsə ona mə-nəvi izzət verməməsindən və ya onun cinsiyyət orqanlarına təsir göstərərək qadınlığını (kişiliyini) əlindən almaq istədiklərini söyləyirlər.

Özünükiçiltmə və ya ziyan sayıqlamaları üstünlük təşkil edərsə xəstələr müflisləşdiklərini, yaxın adamlarının məhv olduğunu, bu yaxınlarda özlərinin də faciəli surətdə öləcəklərini deyir, heç bir tənqiddə məruz qalmayan cəfəng və gülünc sayıqlama fikirləri söyləyirlər. Psixi xəstə kimi indiyədək heç kəsin diqqətini cəlb etməyən bir xəstə qadın əvvəlcə başağırdan, pis yuxular görməsindən şikayətlənir, bir həftədən sonra isə həyat yoldaşını evdən getməyə məcbur edir. Söyləyir ki, guya yoldaşı üst mərtəbədə yaşayan bir qadınla əlaqəyə girib, ona sui-qəsd hazırlayırlar. Bu məqsədlə qonşu qadın mənzilin tavanını deşib oradan zəhərli tüstü buraxaraq onu məhv etmək, sonra da evinə və ərinə sahib olmaq istəyir.

Xəstələr öz sayıqlamalarının həqiqiliyini sübuta yetirmək üçün fəallıq göstərir, müxtəlif təşkilatlara müraciət edir və qohumlarını da bu işə cəlb etməyə çalışırlar. Belə xəstələrin emosional halı çox vaxt pozulmur, bəzən həyəcanlı olsalar da özlərini sağlam şəxs kimi aparırlar. Xəstəlik gedişinə görə xronik olub uzunmüddətli müalicə tələb edir. Xəstəlik az hallarda qüsursuz qurtarır, əksərən müxtəlif qüsurlar əlamətləri, r e z i d u a l s a y ı q l a m a l a r illərlə xəstəni təqib edir. Şəxsiyyətin dəyişməsi əlamətlərindən maraqlı dairəsinin azalması, daima nəzərə çarpan şübhəlilik və təşviş hisslərini göstərmək olar.

Xəstəliyi, əsasən ağıl yaşlarda başlayan şizofreniya, beyin orqanik xəstəlikləri nəticəsində meydana çıxan psixi pozuntularla müqayisə etmək lazımdır. Qeyd etmək lazımdır ki, üzvi xəstəliklər üçün xarakterik olan nevroloji və üzvi psixi pozuntular, epizodik təsadüf edən düşüncə pozuntuları, invalüsiya paranoid zamanı rast gəlinmir. Şizofreniya zamanı baş verən mürekkəb və cəfəng quruluşlu sayıqlamalardan fərqli olaraq, invollüsiya paranoid zamanı daha bəsit quruluşlu «mətbəx sayıqlamaları» müşahidə olunur. Xəstə qadın qonşuların onun qazanına zir-zibil tökməsi, öz evinin zibilini onun qapısı qabağına atmasından şikayətlənirdi.

M ü a l i c ə. Psixotrop dərmanlardan geniş istifadə olunur. Aminazindən, haloperidoldan, trisedildən, leponeksdən orta və böyük dozalarda istifadə etmək məsləhət görülür. Xəstələrin qidalanmasına və istirahət rejiminə xüsusi diqqət yetirilməlidir. Hər hansı bir infeksiyanın, somatik xəstə-

təliyin və ya psixi travmanın olması xəstəliyin gedişini kəskinləşdirə bilər. Ağır psixozların müalicəsində işlədilən digər üsullar: insulin-koma müalicəsi, qanköçürmə, vitaminoterapiya, immunoterapiya və i. a. bu xəstəliyin müalicəsində geniş tətbiq edilməlidir.

## Qocalıq ağıl zəifliyi

Bu xəstəlik, adətən, 70–75 yaşlar arasında və daha gec rast gəlinir. Xəstəliyin meydana çıxmasında orqanizmin zərərli amillərə məruz qalmasına, o cümlədən, infeksiya, endokrin və daxili orqanların xəstəliklərinə əhəmiyyət verilir. Bəzi alimlərin fikrincə xəstəliyin əsasını təşkil edən irsi amillərlə bağlı olan beynin qlobal atrofiyasıdır.

Adından göründüyü kimi bu xəstəliyin ən başlıca əlaməti tədricən güclənən ağıl zəifliyi və ilk növbədə, yaddaşı pozulmasıdır. Yeni məlumatların yadda saxlanması xeyli çətinləşir, ona görə də xəstələrdə uydurma xatırlamalar qeyd olunur. Az sonra şəxsiyyətin enməsi əlamətləri və psixi fəaliyyətin strukturu dəyişməyə başlayır. Emosional kütlük, laqeydlik, xəsislik, egoizm kimi əlamətlər diqqəti cəlb edir. Xəstələr cürbəcür lazımsız şeyləri toplayıb boğçaya, sandığa və ya döşəyinin altına yığır, əhvali-ruhiyyənin tez-tez dəyişməsi, gah yersiz gülüşləri, gah da acıqlı və kədərli olmaları xəstələrə acınacaqlı bir görkəm verir. Xəstələr hər şeydən şübhələnir, dəyməduşer və deyingən olurlar. Bəzən isə seksual oyanma əlamətləri qeyd olunur. Azyaşlı uşaqlara cinsi meyil göstərir, utancaqlıq hissi sanki yox olur. Maraqlı dairəsi getdikcə azalaraq, ancaq instinktiv tələblər ətrafında toplanır. Söhbət zamanı eyni hadisələri, adətən, keçmişə aid olan epizodları dəfələrlə təkrar edir, mənasız suallar verir, söylədikləri və soruşduqları sözləri tez də unudurlar. Xəstəliyin tam inkişaf dövründə öz fəamiliya və atalarının adını, uşaqlarının adlarını belə düzgün deyə bilmirlər. Depressiya halı keçirən xəstələrdə ipoxondrik məzmunlu sayıqlamalar qeyd olunur. Xəstələr ürəklərinin dayandığını, daxili orqanlarının yox olmasını (*Kotar sindromu*) və s. fikirlər söyləyirlər.

Tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən biri də gecə narahatlığıdır. Bəzən xəstələr bütün gecəni yatmır, otaqda gəzişir, dodaqaltı şikayətlənirlər. Belə hallarda bütün günü yuxulu olub, ayaqüstü mürgüləyirlər. Özlərini narahat və lüzumsuz aparmaları, həyat tərzinin qeyri-adiliyi belə xəstələrin ailədə yaşamasını çətinləşdirir. Bəzi xəstələrdə mənasız gəzintilərə, evdən çıxıb getməyə və ya qapını bağlayıb evdə tək-tənha oturmağa maraq olur. Bağlı qapı arxasında tək qalan xəstələr bütün günü donquldanır, mənasız işlər görməklə məşğul olurlar. Özlərinə xidmət, gigiyena qayda-

larına əməl etməyən belə adamlar natəmiz, səliqəsiz olmaqla günbəgün düşkünləşir, əvvəlki simalarını itirirlər. Bununla yanaşı özlərini «sağlam» bilir, tez-tez başqalarına irad tuturlar.

Xəstələrin somatik halı da gündən-günə pisləşməyə başlayır. Dəri öz elastikliyini itirir, başlarının tükü, dişləri tökülməyə başlayır. Gözlərin şəffaflığı itir, ürək-damar sistemində və tənəffüs orqanlarında xarakter pozuntular meydana çıxır. Bir qədər sonra hərəkətlərin koordinasiyası da pozulur, bəbəkləri daralır, əlləri-ayaqları əsməyə başlayır. Tək-tək hallarda epilepsiya cəngolmalarını xatırladan tutmalar da müşahidə olunur. Belə hallarda baş-beynin digər ocaqlı patologiyasının, məsələn, beyin damarlarının aterosklerozunun olmasını və onun əsas prosesə qoşulmasını düşünmək olar. Beləliklə, göründüyü kimi, qocalıq ağıl zəifliyi zamanı digər xəstəliklərdə olduğu kimi şəxsiyyətin enməsi, qlobal ağıl zəifliyi, emosional kütlük əlamətləri qeyd edilir.

Xəstəliyin gedişinin başlıca cəhəti ara-sıra kəskinləşmə və remissiya verməklə xronik gedişə malik olmasıdır. Xəstəliyin nisbətən yüngül keçən formalarında proses illərlə davam edir. Bəzən isə qısa müddət ərzində ümumi halın ağırlaşması hər hansı bir somatik xəstəliyin qoşulması nəticəsində tez bir zamanda tələf olurlar. Beyin damarlarının aterosklerozunun olması qəflətən beyinə qansızma verməklə xəstənin ölümünə səbəb ola bilər.

Demək olar ki, bütün təsadüflərdə qocalıq ağıl zəifliyinin proqnozu pisdır. Xəstəliyin səmərəli müalicəsi yoxdur.

Belə xəstələrə qulluq, simptomatik müalicə üsullarından istifadə etmək başlıca şərtdir. Somatik xəstəliklərin, yataq yarasının qarşısını almaq üçün tədbirlər görülməlidir.

## **İnvolyüsiya dövründə baş verən atipik ağıl zəiflikləri**

### **Pik xəstəliyi**

Xəstəliyi ilk dəfə 1892-ci ildə Praqa (Çexiya) psixiatri A. Pik təsvir etmiş və bunu qocalıq ağıl zəifliyinin atipik bir variantı olduğunu göstərmişdir. Hazırda Pik xəstəliyinin beyin atrofiyası nəticəsində meydana çıxan müstəqil xəstəlik olması klinik və morfoloji tədqiqatlarla təsdiq olunmuşdur. Xəstəlik 50–60 yaşlarda, ən-çox qadınlarda təsadüf edilir.

Pik xəstəliyinin başlıca əlaməti sürətlə şiddətlənən yaddaş və ağıl zəifliyidir. Tez-tez təsadüf edən digər əlamətlərdən əhvali-ruhiyyənin də-

yışkənliyini göstərmək olar. Kəskin nəzərə çarpan apatiya çaşqınlıqla əvəz olunur. Bəzən isə psevdoparalitik hal, meyil pozuntuları və eyforiya ilə birlikdə təzahür edir. Yaddaş pozuntusu o dərəcədə kobud olur ki, xəstə öz yaxın adamlarını belə tanıya bilmir, bir saat əvvəl gördüyü şəxslə yenidən salamlaşır, dünən harada olduğunu, kimlərlə görüşdüyünü deyə bilmir. Bəzi hallarda afaziya qeyd olunur ki, bu da Pik xəstəliyini digər üzvi xəstəliklərlə qarışdırmağa imkan verir. Pik xəstəliyinin dəqiq diaqnozu XBT-10-un tələblərinə görə aşağıdakı vacib şərtlərə əsaslanmalıdır: a) ardıcıl olaraq artan ağıl zəifliyi (demensiya); b) alın payı əlamətlərinin üstünlüyü ilə diqqəti cəlb edən eyforiya, emosional solğunluq, kobud davranış pozuntuları (narahatlıq və ya süslük); c) yaddaşın kobud şəkildə pozulması.

Xəstəliyin tam inkişaf mərhələsində bir sıra spesifik əlamətlər, o cümlədən, tez-tez təkrar olunan mürəkkəb hərəkətlər müşahidə edilə bilər. Bu hərəkətlər şizofreniya zamanı təsadüf edən stereotip hərəkətlərdən daha mürəkkəb olması ilə fərqlənir. Xəstəliyin gedişinin sonrakı mərhələlərində kobud fiziki zəiflik əlamətləri diqqəti cəlb edir. Xəstələr müstəqil hərəkət edə bilmir, kənar adamların köməyi olmadan özlərinə adi xidmət belə göstərmək iqtidarında olmurlar. Nitq qabiliyyəti o dərəcədə kobudlaşır ki, xəstələri başa düşmək qeyri-mümkün olur.

Xəstəliyin *p r o q n o z u* ümüdsizdir. Pik xəstəliyinə tutulan şəxslərin ömrü uzun olmur. Bəzən fiziki halın pisləşməsi, somatik xəstəliklərin qoşulması nəticəsində 2–3 il müddətində tələf olurlar.

## **Altsheymer xəstəliyi**

Xəstəliyi ilk dəfə 1906-cı ildə alman psixiatri və morfoloqu A. Altsheymer təsvir etmişdir. Bu xəstəliyə keçən əsrin 60-cı illərində qocalıq ağıl zəifliyinin atipik bir forması kimi baxılırdı. Hazırda onun klinik və patoloji-anatomik cəhətcə müstəqil xəstəlik olması özünə daha çox tərəfdaş tapmaqdadır. Bəzi xarici müəlliflərin verdiyi məlumata görə psixiatriya xəstəxanalarında ölənlərin 3,5–4,5%-ni Altsheymer xəstəliyinə tutulanlar təşkil edir. Bütün ruhi xəstələr arasında isə onların sayı 0,3–0,5%-dir.

Xəstəlik əksər hallarda 50–55 yaşlarda meydana çıxır. Lakin tək-tək hallarda daha erkən (47–50 yaşlarda) və daha gec (57–65) yaşlarda başla-ya bilər. Lakin bu xəstəliyin 80-90 yaşlarda da rast gəlinməsi az deyil. Bəzi müəlliflər 80 yaşındakı şəxslərin 30%-nin bu xəstəliyə tutulmasını qeyd edirlər.

Altsheymer xəstəliyinin ən başlıca əlaməti progressiv şəkildə inkişaf

edən ağıl zəifliyidir. Yaddaş pozuntuları həm yaxın, həm də uzaq hadisələri əhatə edir. Xəstələr son dərəcə yaddaşsız olurlar. Gündəlik vəzifə borclarını yerinə yetirmir, yaxın adamları tanıya bilmir, ətraf mühitə uyğunlaşma son dərəcə çətinləşir, zahirən laqeyd və süst görünürlər. Bir qədər sonra xəstələrdə narahatlıq əlamətləri: yersiz hərəkətlər, başqalarına qarşı dözümsüzlük, yersiz donquldanmaq və ya istehzalılıq gülüş, özünə və ətrafdakılara qarşı aqressiya (paltarlarını cırmaq, qəflətən zərbə endirmək və s.) kimi əlamətlər müşahidə olunur. Xəstələri evdə saxlamaq çətinləşir. Xəstəxana şəraitində isə diqqət və qulluq tələb edirlər. Danışqı qabiliyyəti tədricən pozulur. Onları anlamaq çətin olur, eyni sözləri anlaşılmaz formada dəfələrlə təkrar edirlər. Xəstəxana işçilərinin onlara etinasızlıq göstərməsi xəstələrin güclü reaksiyasına səbəb olur. Onlara hücum edir, təhqirlər yağdırırlar. Xəstəliyin xarakter əlamətlərindən biri də yazı qabiliyyətinin itməsidir. Getdikcə xəstələrin həm psixi, həm də somatik halı pisləşir, prosesə bir sıra nevroloji əlamətlər də: əzələlərin rixidliyi, dəri hissiyyatının zəifləməsi, epilepsiyabənzər cəngolma tutmaları və s. qoşula bilər. Pik xəstəliyində olduğu kimi Altsheymer xəstəliyində də onlar uzun müddət yaşamır, 3–5 il müddətində tələf olurlar.

Altsheymer xəstəliyinin etiopatogenezinin öyrənilməsi irsi amilin o qədər də çox olmamasını göstərir – 10%-dək. Xromosom aparatında baş verən dəyişikliklər ciddi surətdə tədqiq olunur. 1-ci və 14-cü xromosomlarda presenilin 1 və 2 amilinin olması artıq təsdiq edilmişdir. Beyin toxumasında gedən metabolizmin, o cümlədən qlukozanın mənimsənilməsi prosesinin və asetilxolin mübadiləsinin pozulmasının (onun azalması) əhəmiyyəti yüksək qiymətləndirilir.

## Hantinqton xoreyası

Xəstəlik 1872-ci ildə Hantinqton tərəfindən təsvir edilmiş və onun adı ilə Hantinqton xoreyası adlandırılmışdır. Beynin atrofiyası nəticəsində əmələ gələn bu xəstəliyin irsi amillərlə bağlılığı artıq sübut olunmuşdur. Xəstəliyin irsi təbiətini subut edən tutarlı faktlardan biri onun təkyumurtalı əkizlər arasında 100% rast gəlinməsidir.

Hantinqton xoreyası, adətən, 45–47 yaşlarda, lakin bir sıra hallarda daha tez (hətta 10–12 yaşlarda) meydana çıxır. Xəstəliyin daha gec, məsələn, 60 yaşlarda ilk dəfə təsadüf etməsi də mümkündür. Kişilər və qadınlar bu xəstəliyə sayca eyni bərabərdə tutulurlar.

Xəstəliyin xarakter əlamətlərindən biri söhbət və gərginlik zamanı güclənən *xoreyabənzər hiperkinezlərin və psevdofektiv reaksiyaların* baş verməsidir. Digər nevroloji əlamətlərdən əzələ tonusunun enməsi,

göz qapaqlarının ptozu və nitqin səlistliyinin pozulması diqqəti cəlb edir. Psixi pozuntulardan tez-tez təsadüf edən yaddaşın və diqqətin zəifləməsi, ağıl zəifliyi əlamətləri, xəstənin davranışında və hərəkətlərində özünü bürüzə verən pozuntuları, aqressiv antisosial hərəkətləri və s. göstərmək olar.

Hantinqton xoreyası zamanı müşahidə olunan ağıl zəifliyinin beynin digər atrofik xəstəliklərində rast gəlinən ağıl zəifliyindən fərqi odur ki, burada demensiya daha yüngül formada olmaqla çox ləng inkişaf edir. Belə ki, xəstə illərlə əmək qabiliyyətini itirmədən öz peşəsində çalışır, ancaq onun üçün qeyri-adi olan intellektual işləri yerinə yetirərkən acizlik göstərir. Bir qədər çətinliyə düşərkən, hər hansı bir zehni işə cəlb olunarkən gərginlik keçirir və əsəbiləşir. Diqqətin tez-tez yayınması, təfəkkürün ardıcılığının pozulması, əqli qabiliyyətin xoreyayabənzər şəkil almasına səbəb olur. Bəzi xəstələrdə diqqəti daha çox cəlb edən onların psixomotor oyanma və partlayış reaksiyalarına hazır olmalarıdır. Emosional davamsızlıq, ipoxondrik şikayətlər onları kənar adamlara, ailə üzvlərinə, iş yoldaşlarına qarşı dözümsüz edir, narazılıq yaradır.

Xəstəliyin gedişində ən mühüm və tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən biri də paranoial halların olmasıdır. Qısqanclıq, münasibət sayıqlamaları şəklində rast gəlinən bu əlamət bəzən cəfəng məzmunlu olmaqla özünü böyütmə, möhtəşəmlik ideyaları ilə zənginləşir. Bəzən daha çox daxili orqanlarla əlaqədar olan taktıl hallüsinasiyalar qeyd olunur.

Gənc yaşlarda təsadüf edən Hantinqton xoreyası əksər hallarda epilepsiyayabənzər cəngolma tutmaları və xoreyayabənzər hiperkinezlərlə cərəyan edir. İntellektual qabiliyyətin zəifləməsi belə uşaqlara təhsilini davam etdirməyə imkan vermir.

Beynin digər atrofik xəstəliklərindən fərqli olaraq Hantinqton xoreyasının proqnozu yaxşı ola bilər. Belə ki, bəzi xəstələr düzgün müalicə nəticəsində uzun illər ev şəraitində yaşamaq qabiliyyətini saxlaya bilirlər.

**M ü a l i c ə .** Xəstəliyin müalicəsi, əsasən psixotrop maddələrlə aparılır. Geniş tətbiq edilən preparatlardan rezerpini (sutkada 0,75–1,5 mq), triftazini (25–40 mq), stellazini (40–50 mq) qeyd etmək olar. Psixotik əlamətlərin kəskinləşdiyi vaxtlarda aminazindən (inyeksiya şəklində) istifadə etmək mümkündür. Bir sıra hallarda psixotik əlamətlər çox zəif təzahür edir və ön planda nevroloji əlamətlər durur. Belə olduqda xəstələr nevrologiya şöbələrinə yerləşdirmək və orada müalicə aparmaq məsləhətdir.

## **Baş-beynin atrofiyası nəticəsində yaranan psixi xəstəliklərin etiologiyası və patogenezi**

Bu qrupa daxil olan xəstəliklərin etiologiyasının və patogenezinin öyrənilməsi sahəsində aparılan elmi-tədqiqat işlərinin nəticələrini qəti şəkildə ifadə etmək hazırda mümkün deyil. Əksər alimlər belə hesab edirlər ki, qocalıq psixozlarının meydana çıxması orqanizmdə gedən bioloji proseslərlə sıx surətdə əlaqədardır. Endogen amillərlə yanaşı psixi travmaların, somatogen zərərli amillərin rolu da qiymətləndirilməlidir.

Son illərdə müasir genetikanın nailiyyətlərinə əsaslanan elmi-tədqiqat işləri diqqəti cəlb edir. Alimlərin verdiyi məlumata görə qocalıq ağıl zəifliyinin meydana çıxması təmayülü qohumluq dərəcəsinə müvafiq olaraq artıb-azala bilir. Məsələn, valideynlərdən biri xəstə olmuşsa övladlar arasında xəstəliyin təsadüf etməsi 4%, cütyumurtalı əkizlərdə 8%, təkyumurtalı əkizlər arasında isə 43%-dək ola bilər.

T. Larsonun (1968) fikrincə qocalıq ağıl zəifliyinin meydana çıxması autosom dominant genlə əlaqədardır. Son illərdə aparılan tədqiqatlar bu xəstəliyin autoimmun proseslərlə də əlaqədar olduğunu göstərir. Bəzi alimlər beynin atrofiyası ilə müşayiət edilən xəstəliklərin (ilk növbədə, Altsheymer xəstəliyi) virus etiologiyalı olduğunu qeyd edirlər. Daha dəqiq öyrənilən və patogenetik əhəmiyyəti sübut edilən faktlardan biri də beyində patomorfoloji dəyişikliklərin olmasıdır.

Makroskopik müayinə zamanı beynin müxtəlif nahiyyələrində beyin qışalarının bir-birinə bitişməsini və təbii rənginin dəyişməsini (tutqunlaşmasını) görmək mümkündür. Mikroskopik müayinədə isə hüceyrələrin degenerasiyasını, qanqlioz hüceyrələrin piylənməsini aşkar etmişlər. Müasir dövrdə kompyuter tomoqrafiyası, pnevmoensefaloqrafiya üsulları xəstənin sağlığında qiymətli məlumatlar əldə etməyə imkan verir.

**M ə h k ə m ə   p s i x i a t r i y a   e k s p e r t i z a s ı .** Qocalıq qönü və qocalıq psixozları zamanı ictimai təhlükəli hərəkətlərə yol verilməsi heç də az təsadüf etmir. Vaxtında stasionar müalicəsinə cəlb edilməyən, nəzarətsiz qalan xəstələr gözlənilməz hərəkətlər, o cümlədən, ağır cinayət hərəkətləri (başqasına xəsarət, yanğın törətmək və s.) edə bilərlər. Psixotik vəziyyətdə və ya kəskin ağıl zəifliyi nəticəsində cinayət törətmiş xəstələr anlaqsız sayılırlar.



## **Baş-beyin damarlarının sklerozu ilə əlaqədar olaraq yaranan psixi pozuntular**

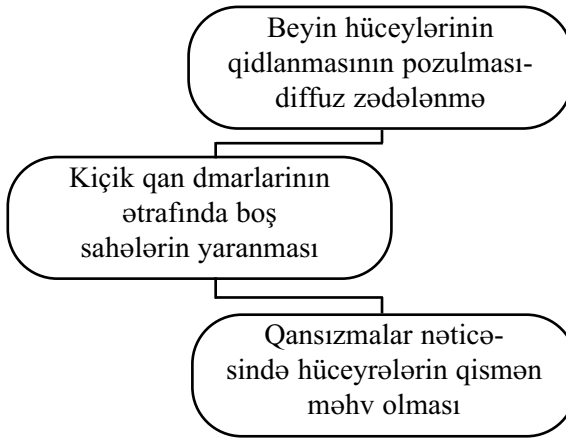
Adətən, yaşlı şəxslərdə müşahidə edilən beyin damarlarının aterosklerozu, hipertoniya xəstəliyi, tromboanqit zamanı psixi pozuntular daha tez-tez rast gəlinir. Adları çəkilən xəstəliklərdə psixi pozuntuların neçə faiz təsadüf etməsi dəqiqləşdirilməmişdir. Psixi pozuntunun ağırlığından asılı olaraq bir çox hallarda belə xəstələrin psixiatra müraciət etməməsini də nəzərə almaq lazımdır. Psixiatriya dispanserlərinin məlumatına əsasən psixi xəstəliklərə tutulmuş yaşlı şəxslər arasında beyin damarlarının patologiyası 23%-ə qədər təşkil edir.

Beyin damarlarının xəstəlikləri ilə əlaqədar yaranan psixi pozuntuların meydana çıxmasında bəzi ekzogen amillərə, məsələn, intoksikasiyalara, infeksiyalara, kəllə travmalarına, bəzi somatik xəstəliklərə əhəmiyyət verilir. Bu qrupa aid edilən psixi pozuntular, əlamətlərinin rəngarəngliyi və ağırlıq dərəcəsi ilə fərqlənir. Bu, orqanizmin müqaviməti, kompensator mexanizmlərinin vəziyyəti və digər amillərlə əlaqədardır.

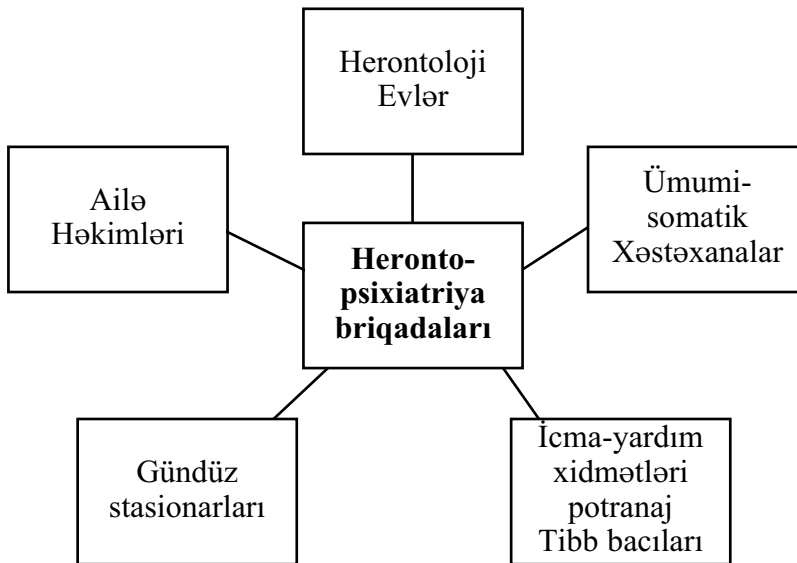
Aterosklerotik dəyişikliklər damar sisteminin müxtəlif şöbələrini əhatə edə bilər. Beyin damarlarının zədələnməsi zamanı prosesin hansı damarlarda cərəyan etməsindən asılı olaraq kobud ocaqlı (magistral damarlar zədələnsə) və ya zərif funksional əlamətlər təsadüf edilir.

Serebral aterosklerozun klinik gedişində 3 mərhələ qeyd edilir: 1) başlanğıc mərhələ; 2) kəskin nəzərə çarpan psixi pozuntularla müşayiət olunan mərhələ və 3) ağıl zəifliyi ilə nəticələnən demensiya mərhələləri. Skleroz nəticəsində b i r i n c i m ə r h ə l ə d ə meydana çıxan ilkin əlamətlərdən psixi fəallığın və yaddaşın zəifləməsidir. Xəstələrdə fikir dağınıqlığı, yaxın hadisələri unutmaq, tezyorulmaq kimi hallar qeyd olunur. Öz vəziyyətini başa düşdükələrindən onlar dərin izzirab keçirirlər. Bir qədər sonra əhvali-ruhiyyənin qeyri-sabit, qıcığa qarşı patoloji həssaslıq, emosional kövrəklik, ağlamağa meyillik kimi əlamətlər inkişaf etməyə başlayır. Bəzən asteniya ilə müşayiət edilən yüngül depressiya da ola bilər. Bir sıra hallarda psixopatabənzər əlamətlər: mənasız əsəbiləşmək, ətrafdakılarla mübahisəyə girişmək, konflikt vəziyyət yaratmaq kimi hallar da baş verir. Xəstənin şikayətləri ipoxondrik məzmunlu, başağrıları, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, yuxunun pozulması, daxili orqanların qeyri-normal fəaliyyəti və s. olub davamlı xarakter daşıyır. Nevroloji əlamətlərdən üz innervasiyasının assimetriyasını, bəbəklərin işığa reaksiyasının zəif və qeyri-bərabər olmasını göstərə bilərik. Bu mərhələdə xəstələrin davranışı kobud pozulmur və adi somatik xəstələrdən fərqlənmir.

### **Patoloji anatomik əlamətlər**



### **Herontoloji xəstələrə yardımın təşkili**



Xəstəliyin ikinci mərhələsində intellektual-amnestik pozuntular təzahür etməyə başlayır. Yaxın hadisələrə qarşı yaddaş daha dərin pozulur (*Ribo qanunu*). Təfəkkür prosesində durğunluq qeyd olunur, intellektual fəaliyyət çətinləşir. Emosional kövrəkliyin prosesə qoşulması nəticəsində xəstələr zəif, köməksiz bir görkəm alırlar. Bu dövrdə müxtə-

## **Müalicə**

- Fosfaditilxolinin (litsin) və asetilxolin A-nın səviyyəsini artırmaq
- Asetilxolinin aqonistləri (apetolin, betanokop)
- Asetilxolinesterozanın ingibitorları
- Nootroplar
- Qan təchizatını yaxşılaşdıran maddələr
- Antidepressantlar
- Neyroleptiklər
- Qeyri-benzodiazepin trankvilizatorları

lif psixopatoloji əlamətlər: sayıqlamalar, hallüsinasiyalar, əhvalın enməsi – depressiv sindrom, epizotik düşüncə pozuntuları təzahür etməyə başlayır. Sayıqlama fikirləri daha tez-tez müşahidə olunur. Xəstələrin anamnezini təhlil edərkən qohumlar arasında psixi xəstəliklərin olmasını, alkoqolizmə meyillik, bir sıra patoxarakteroloji əlamətlər, şübhə və həyəcan, auitizm və s. aşkar etmək mümkündür. Sayıqlamalar münasibət, izləmə, zəhərləmə, qısqanclıq, ipoxondrik məzmunlu olub, xəstələrin külli miqdarda şikayətləri fonunda cərəyan edir. Onlara basqın edildiyini, şeylərinin oğurlandığını, zəhərləndiklərini, aclığa və işgəncəyə məhkum edildiklərini söyləyirlər. Qısqanclıq sayıqlamaları cəfəng məzmunlu olması ilə fərqlənir. Bir xəstə 74 yaşlı arvadının 18 yaşlı bir oğlanla intim münasibətdə olmasını söyləyir, ətrafdakıların buna inanmadığını eşitdikdə əsəbi-ləşirdi.

Bəzi hallarda aterosklerotik psixoz zamanı nitqin və hərəkətlərin ləngiməsi ilə müşayiət olunan psixotik əlamətlər fonunda görmə və eşitmə hallüsinasiyaları, ağır depressiyalar baş verir. Digər hallarda isə özünü təqsirləndirmə, özünükiçiltmə sayıqlamaları üstünlük təşkil edir. Beyin damarlarının ateroskleroza nəticəsində meydana çıxan depressiya halı bir neçə həftədən bir neçə aya qədər davam edə bilər. Bu halın ardınca emosional kövrəklik, əhvali-ruhiyyənin qeyri-sabitliyi və yüngül ağıl zəifliyi inkişaf edir. Depressiv-paranoid sindromla cərəyan edən psixoz halı dəfələrlə təkrar oluna bilər.

Bəzən aterosklerotik psixoz düşüncə pozuntusu ilə birlikdə baş verir. Belə xəstələrin anamnezində ağır somatik xəstəliklər, köllə travmaları,

alkoqolizm aşkar edilir. Psixoz halı, adətən, düşüncənin delirioz və ya alqaranlıq halı ilə başlayır və davamlı olur. Göstərilən əlamətlərlə yanaşı kəskin oyanma, qorxu, bələdliyin pozulması da meydana çıxır. Narahatlıq vəziyyətində xəstələr harasa qaçmaq istəyir, ara-sıra izləmə, münasibət sayıqlamaları söyləyirlər. Bir sıra hallarda xəstəliyin klinik mənzərəsi daha da mürəkkəbləşir, iflic əlamətləri, afaziya, apraksiya qeyd olunur. Belə hal xəstəliyin proqnozunu ağırlaşdırır.

Xəstəliyin *ü ç ü n c ü m ə r h ə l ə s i n d ə* prosesin ağırlığından asılı olaraq insult və cəngolma tutmaları baş verə bilər. Paroksizmal xarakterli belə hallar qəflətən, başgicəllənmə əlaməti ilə başlayır. Xəstələr gözlərinə qaranlıq çökməsindən şikayət edir, sonra isə düşüncə pozulur, düşüncə aydınlaşdıqda isə nitqin pozulması, ətraflarda keyləşmə qeyd olunur. Bir neçə gün davam edən cəngolma tutmaları müəyyən müddətdən sonra bir qədər yüngül iflic əlamətləri ilə nəticələnir. Cəngolma tutmaları klinik mənzərəsinə görə epilepsiya tutmalarını xatırlada bilər. Tutmadan sonra xəstələrdə düşüncə pozuntusu: keyləşmə, çaşqınlıq, bələdliyin pozulması və ya psixomotor oyanma baş verir. Bəzən disforiya, şəxsiyyətin epilepsiya tipli dəyişməsi kimi əlamətlər də qeyd olunur.

Ağıl zəifliyi, adətən, birinci tutmadan 8–10 il keçdikdən sonra təzahür etməyə başlayır və lokunar xarakterli olur. Ağıl zəifliyinin inkişaf etməsinə baxmayaraq xəstələr bəzi şəxsi keyfiyyətlərini itirmirlər. Uzun müddət məşğul olduqları sənətlərini, vərdislərini saxlaya bilirlər. Özlərinə tənqidi yanaşırlar. Bəzi təsadüflərdə intellektual pozuntular tamamilə bərpa olunur və uzunmüddətli remissiya yaranır. Lakin bununla yanaşı əksər təsadüflərdə şəxsiyyətin deqradasiyasını aradan qaldırmaq mümkün olmur. Xəstələr bir qədər özlərinə tənqidi yanaşmalarına baxmayaraq faydalı əməklə məşğul ola bilmirlər. Əvvəlki bacarıq və qabiliyyətləri itir, yaxın adamlara münasibətləri dəyişir, yaddaşsızlıq və kövrəklik onlara acizənə bir görkəm verir.

Psixi pozuntuların somatik əlamətlərlə yanaşı getməsi də bu xəstəlik üçün xarakterikdir. Bədənin xarici səthi, xüsusən sifəti qırıqlarla örtülür, dəri sanki öz təbiiliyini itirir, əllərdə, başda əsmə qeyd olunur, şəxs öz yaşından böyük görünür. Somatik vəziyyətin ağırlaşması miokardit, anevrizm, arterial təzyiqin artması, yataq yaralarının əmələ gəlməsi ilə müşayiət edilir. Əksər xəstələr gecə yuxusunun pozulmasından, gündüzlər isə daima mürgüləməkdən şikayətlənirlər.

Beyin damarlarının ateroskleroza zamanı qeyd olunan nevroloji əlamətlər: bəbəklərin işığa reaksiyasının zəifləməsi, burun-dodaq büküşü-

nün hamarlanması, Romberg vəziyyətində müvazinətin pozulması, barmaqların tremoru əlamətləri böyük diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

Xəstəlik ara-sıra yaxşılaşma versə də, xronik gedişli olub, tədricən ağırlaşma xüsusiyyətinə malikdir. Xəstəliyin qoca yaşlarda başlaması və depressiya əlamətləri ilə cərəyan etməsi proqredientliyin yüksək olmasını göstərir. Əlavə zərərli amillərin qoşulması ümumi vəziyyəti daha da ağırlaşdırır və tez bir zamanda ağıl zəifliyinə səbəb olur.

**E t i o p a t o g e n e z i .** Xəstəliyin etiopatogenezi araşdırmazdan əvvəl maraqlı bir sualı aydınlaşdırmaq lazımdır. Nə üçün beyin aterosklerozuna tutulan bütün xəstələrdə psixoz əlamətləri qeyd olunmur? Sağlığında hər tərəfdən qapalı olan beyin hüceyrələrində gedən histoloji və biokimyəvi proseslərin öyrənilməməsinin çətinliyi nəzərə alınmalıdır. Tədqiqatçıların bir çoxu aterosklerozun meydana çıxmasını biokimyəvi pozuntularla: lipid mübadiləsinin pozulması və xolesterinin artması ilə əlaqələndirirlər. Damarların divarlarına çökən toksik elementlərin təsiri də nəzərə alınmalıdır. Patoloji prosesin inkişafına şərait yaradan amillər də unudulmamalıdır. Onlardan irsi amilləri, somatik xəstəliklərin olmasını, orqanizmin immunobioloji reaktivliyini, dominantlıq təşkil edən ekzogen zərərli amilləri və psixogeniyaları xüsusi qeyd etmək lazımdır. Serebral ağıl zəifliyinin inkişafında qan dövranının pozulması nəticəsində əmələ gələn destruktiv proseslərə əhəmiyyət verilməlidir.

**P a t o l o j i - a n a t o m i k** m ü a y i n ə d ə, nəinki beyin damarlarında, eyni zamanda digər orqanlarda – ürəkdə, aortada, böyrəklərdə və s.-də sklerotik dəyişikliklər aşkar edilir. Beyin maddəsinin fibroz qalınlaşması, onların yumşalması və qansızmaların meydana çıxması, nəticədə isə çapıqların əmələ gəlməsi, prosesin patoloji-anatomik dəyişikliklərlə əlaqədar olduğunu sübut edir. Beyin qan damarlarının qalınlaşması nəticəsində onların divarında tumurcuqlar əmələ gəlir. Bu da, öz növbəsində, beyin hüceyrələrinin qidalanmasının pozulmasına, onların qismən məhvinə və qliya toxumasının artmasına səbəb olur. Xəstəliyin klinika sklerotik prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq müəyyən edilir. Magistral damarların zədələnməsi daha kobud pozuntulara, qabıqaltı sahələrin zədələnməsinə, yerişin pozulmasına, süstlüyə, əzginliyə, beyin qabığının zədələnməsi isə intellektin və yaddaşın pozuntularına səbəb olur.

Beyin damarlarının ateroskleroza nəticəsində meydana çıxan mühüm patoloji-anatomik dəyişikliklər aşağıdakılardan ibarətdir:

1) Beyin hüceyrələrinin qidalanmasının pozulması nəticəsində diffuz zədələnmə;

2) Kiçik qan damarlarının ətrafında boşluq zonalarının yaranması;

3) Qansızmalar nəticəsində hüceyrələrin qismən məhv olması.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a .** Serebral ateroskleroza ağır zəifliyindən təcrid etmək çox çətinlik törədir. Aterosklerotik dəyişikliklərin çox da yaşlı olmayan adamlar arasında təsadüf etməsi, şəxsi keyfiyyətlərin tamamilə pozulmaması nəzərə alınmalıdır. Serebral ateroskleroz üçün lokunar, qocalıq ağır zəifliyi üçün isə qlobal əlamətlər xarakterikdir. İnsult və cəngolma halları patologiyanın damar mənşəliyinə dəlalət edir. Beyin sifilisindən fərqli olaraq ateroskleroz prosesi reqredient xarakter daşıyır. Epilepsiyayabənzər tutmalarla gedən ateroskleroza epilepsiya xəstəliyindən fərqləndirərkən cəngolmaların hansı yaşda başlanmasına (aterosklerozda, adətən, 50 yaşdan sonra rast gəlinir), ocaqlı əlamətlərin olub-olmamasına, epileptik şəxsiyyət dəyişikliklərinə fikir verilməlidir. Hipertonik psixozları bu xəstəlikdən fərqləndirən əsas cəhətlər patoloji əlamətlərin daha yüngül gedişi, az vaxt çəkməsi, emosional kövrəkliyin olmaması və daha gənc yaşlarda baş verməsidir.

**M ü a l i c ə** üsullarını planlaşdırarkən serebral ateroskleroza səbəb olan amillərə qarşı profilaktik tədbirləri ön plana çəkmək vacib hesab edilməlidir. Belə ki, xəstənin qidalanma və əmək rejiminə, istirahətinə, pis adətlərə (alkoqol, siqaret və s.) aludəçiliyinə qarşı lazım olan əks vasitələr tətbiq edilməlidir. Qidanın keyfiyyətinə, onun tərkibində karbohidratların, xolesterinin miqdarına diqqət yetirməli, vitaminlərlə zəngin olan qidalara üstünlük verilməlidir.

Hormonal preparatlardan noretisteron-asetatdan, o cümlədən, anobalik steroidlərdən – nerobol, retobalil, biostimulyatorlardan – amination, ensefabol, pirasetamdan istifadə etmək məsləhət görülür. Müalicənin gedişində qan təzyiqinə nəzarət edilməli, istirahət rejiminə ciddi əməl olunmalıdır.

## **Ekspertiza məsələləri**

Xəstələrdə psixoz əlamətləri və ağır zəifliyi olduğu halda əmək qabiliyyəti itir. Pseudonevrotik və ya kəskin olmayan üzvi əlamətlərdə fərdi qaydada tətbiq edilən yüngül iş şəraiti və reabilitasiya tədbirləri məsləhət görülür.

Kəskin psixoz və ya ağıl zəifliyi qeyd olunduğu hallarda cinayət əməlləri törədilərsə, belə xəstələr anlaşıq hesab edilir, mühakimə olunmurlar. Lakin müxtəlif səviyyəli məcburi müalicəyə cəlb edirlər.

## XIV FƏSİL

### **BAŞ-BEYİN DAMARLARININ DİGƏR XƏSTƏLİKLƏRİ NƏTİCƏSİNDƏ YARANAN PSİXİ POZUNTULAR**

Baş-beyin damarlarının ateroskleroza nəticəsində meydana çıxan demensiya və digər psixi pozuntular «Geriyyə inkişaf və qocalıq dövründə meydana çıxan psixi pozuntular» bölməsində verilmişdir. Bu bölmədə isə hipertoniya və hipotoniya zamanı rast gəlinən pozuntulardan bəhs ediləcəkdir.

#### **Hipertoniya xəstəliyi zamanı psixi pozuntular**

Bir çox hallarda hipertoniya xəstəliyi ilə əlaqədar yaranan psixi pozuntular beyin damarlarının ateroskleroza ilə şərtlənir. Lakin bəzən insult keçirmiş şəxslərdə aterosklerotik dəyişikliklər aşkar edilmir. Belə hallarda psixoz əlamətləri iz qoymadan keçib-gedir və ocaq əlamətləri qeyd olunmur.

1922-ci ildə Q. F. Lanq hipertoniya xəstəliyinin neyrogen mənşəli olması fikrini irəli sürmüşdür. 20–30-cu illərdə psixonevroloqlar müstəqil hipertoniya xəstəliyinin psixi pozuntulara səbəb olması ideyasını söylədilər. Daha sonra, 60-cı illərdə A. L. Myasnikov biri-birilə qarşılıqlı əlaqədar olan iki müstəqil xəstəliyin – hipertoniya və serebral ateroskleroza mövcud olduğunu şərh etdi. Psixi pozuntular verə bilən hipertoniya xəstəliyi həm involüsiya dövründə, həm də daha erkən yaşlarda təsadüf edə bilər. Xəstələr baş ağrısından, başgicəllənmədən, ürək nahiyyəsində ağrılardan, əmək qabiliyyətinin azalmasından, tezyorulmadan, bəzən çox yüksək rəqəmlərə çatan qan təzyiqinin artmasından şikayətlənirlər. Hipertoniya xəstəliyi ürək və böyrək xəstəliyi, endokrin pozuntular, uzunmüddətli emosional gərginlik və başqa amillər nəticəsində yarana bilər. Klimakterik dövrdə rast gəlinən hipertoniya gənc yaşlara nisbətən yüngül keçir. Serebral ateroskeroza fərqli olaraq hipertoniya zamanı damar divarlarında kobud morfoloji dəyişikliklər olmur. Məlum olduğu kimi, yal-



nız belə hallarda damarların innervasiyasının və beyin toxumasının qanla təchiz olunmaması nəticəsində spazm və insult əlamətləri baş verir.

Hipertoniqlərdə müşahidə olunan, insult, adətən, tez keçib-gedir, lakin bəzi hallarda ağır nəticələr verə bilər.

Hipertoniya xəstəliyini psixotik və qeyri-psixotik formalara bölmək mümkündür. Qeyri-psixotik formaya astenik, nevrotik, nevrozabənzər, psixopatabənzər formalar aiddir. Bu hallar beyin qanla təchiz edilməsinin və onun kompensator mexanizmlərinin çatışmazlığı nəticəsində meydana çıxır. İsterik, serebrostenik, asteno-depressiv və asteno-ipoxondrik sindromlar daha tez-tez, fobiya isə az hallarda təsadüf edilir. Xəstələr başağrı, başgicəllənmə, tezyorulma, ümumi zəiflik, qıcığa qarşı həssaslıqdan şikayətlənirlər. Şübhəli-təşviş, ipoxondriya, əhvalın pisləşməsi əlamətləri də qeyd oluna bilər.

Qorxu ilə müşayiət olunan, bələdliyin kobud şəkildə pozulması, oyanma halları, yalançı xatırlamalar (konfabulyator formada) hipertoniya psixozlarında tez-tez müşahidə olunur. Bəzən qısamüddətli paranoial fikirlər, sistemləşmiş münasibət sayıqlama ideyaları təsadüf edir. Bəzən isə görmə və eşitmə hallüsinasiyaları qeyd olunur. Bir qayda olaraq, bu kimi əlamətlər bir neçə həftədən çox çəkmir və amneziya ilə qurtarır.

Beyin qan dövranının kəskin pozulması nəticəsində (insult, hipertoniya kriz, subaroxnoidal qansızmalar) meydana çıxan sonrakı hallar patologiyanın ağırlığından və lokalizasiyasından asılı olur. Bu zaman yaddaş zəifliyindən ağıl zəifliyinədək əlamətlər inkişaf edə bilər. «Kəskin demensiyanı» xatırladan əlamətlər zamanı bütün psixi funksiyalar çətinləşir, nitq qabiliyyəti pozulur, xəstələr qəmgin, həyəcanlı görünürlər. Lakin, bununla yanaşı, hətta yaddaşı xeyli zəifləyən xəstələr öz şəxsi və peşə keyfiyyətlərini itirmirlər. Peşə vərdisləri saxlanılır, özlərinə tənqidi yanaşa bilirlər. Bir sıra hallarda hipertoniya xəstəliyi zamanı pozuntular psevdoparalitik tipli olur. Xəstələr söhbətçil, çoxdanışan, əhvali-ruhiyyələri yüksəlmiş, lakin bir qədər kövrək olurlar. Xəstələrin vəziyyəti gecələr gündüzə nisbətən pisləşir, özünə tənqid azalır. Bu kimi hallar bədxassəli hipertoniya üçün xarakterikdir.

Hipertoniya psixozun gedişi dalğavarı olub qan təzyiqindən və hipertoniya krizlərin baş verməsindən asılı olur.

Hipertoniya psixozlar zamanı aşkar edilən *p a t o l o j i - a n a t o m i k* dəyişikliklər, əsasən kiçik damarların ətrafında qeydə alınır. Tipik əlamətlərdən nöqtəvari qansızmaları, qansızma nəhiyəsində kiçik kistaların olmasını (ağ maddə və qabıqaltı düyünlərdə) və qabıq nəhiyəsində boşluqların əmələ gəlməsini qeyd etmək olar.

## **Serebral damarların hipotoniyası zamanı psixi pozuntular**

Öz mənşəyinə görə bu xəstəlik hipertoniya xəstəliyinə yaxın olduğu üçün, bu zaman təsadüf edən psixi pozuntuların klinikası da biri-birindən az fərqlənir. Hipotoniya xəstəliyində psixi pozuntuların yaranmasında müxtəlif zərərli amillərin, məsələn, kəllə travmalarının, alkoqolizmin və digər intoksikasiyaların, ümumi yorğunluğun əhəmiyyəti böyükdür. Bu amillərin, ələlxüsus ahıl yaşlarda baş verməsi belə xəstələrdə psixi pozuntuların meydana çıxmasına şərait yaradır.

Tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən biri asteniyaadır. Bu zaman xəstələr başağrıdan, başgicəllənmədən, tezyorulmadan, əmək fəaliyyətinin enməsindən və yaddaşın zəifləməsindən şikayətlənirlər. Psixotik əlamətlərə çox nadir hallarda təsadüf edilir. Affektiv əlamətlər, xüsusən depressiv hallar daha tez-tez rast gəlinir. Bu zaman qısamüddətli düşüncə pozuntuları, düşüncənin əlaqədarlıq halı qeyd olunur. Lakin belə hallar uzun müddət davam etmir. Nevroloji əlamətlərdən funksional xarakterli vegetativ pozuntular müşahidə edilə bilər.

**M ü a l i c ə .** Müalicə tədbirlərini müəyyən edərkən beynin damar xəstəliklərinin patogenezinə beyin hüceyrələrinin qanla təchizinin pozulmasının başlıca amil olmasını nəzərə almaq lazımdır. Buna görə də müalicənin əsas məqsədi qan təchizatını normaya salmaq, spazmi aradan qaldırmaqdır. Bu məqsədlə hipotenziv damargənəldici – amizil, belladonna, antiadrenergik – piroksan, qanqloblakatorlar – pirilen, benzonekson preparatlarından istifadə edilir.

Psixonevroloji əlamətləri aradan qaldırmaq üçün trankvilizatorlar (sibazon, tazepam), yuxugətirici maddələr (rudotel, radedorm, zolpid və s.) geniş şəkildə işlədilməlidir. Depressiya, həyəcan və digər affektiv əlamətlər olarsa antidepressantlar (azafen, amitriptilin, herfonal, koaksil və s.) tətbiq edilə bilər. Psixoterapevtik tədbirlərin əhəmiyyəti xüsusi qeyd olunmalıdır. Autogen məşq, hipnoz yuxusu altında təlqin və s. faydalı ola bilər.

Ürək-damar sisteminin vəziyyətinə uyğun lazımi terapevtik tədbirlər həkim-kardioloqun məsləhətilə görülməlidir.

Təsadüf edən psixotik halları aradan qaldırmaq üçün kiçik dozalarda psixotrop maddələrdən də istifadə edilməlidir (rezerpin, trisedil, xlorproteksen və s.). Xəstənin somatik vəziyyətindən asılı olaraq müəyyən tədbirlər görülməsi unudulmamalıdır. Kompleks müalicə üsullarını planlaşdırarkən serebral ateroskleroza səbəb olan amillərə qarşı profilaktika təd-

birlərini ön plana çəkmək vacib məsələlərdəndir. Belə ki, xəstənin qidalanma və əmək rejiminə, istirahətinə, pis adətlərə (alkoqol, siqaret və s.) aludəçiliyinə qarşı lazım olan əks vasitələr tətbiq edilməlidir. Qidanın keyfiyyətinə, onun tərkibində karbohidratların, xolesterinin miqdarına diqqət yetirməli, vitaminlərlə zəngin olan qidalara üstünlük verilməlidir.

Hormonal preparatlardan noretisteron-asetatdan, o cümlədən, anobalik steroidlərdən (nerobol, retobalil), biostimulyatorlardan – aminatedan, ensefaboldan, pirasetamdan istifadə etmək məsləhət görülür. Müalicənin gedişində qan təzyiqinə nəzarət edilməli, istirahət rejiminə ciddi əməl olunmalıdır.

### **Ekspertiza məsələləri**

Xəstələrdə psixoz əlamətləri və ağıl zəifliyi olduğu halda əmək qabiliyyəti itir. Pseudonevrotik və ya kəskin olmayan orqanik əlamətlərdə fərdi qaydada tətbiq edilən yüngül iş şəraiti və reabilitasiya tədbirləri məsləhət görülür.

Kəskin psixoz və ya ağıl zəifliyi qeyd olunduğu hallarda cinayət əməlləri törədilərsə belə xəstələr anlaşıq hesab edilir və məcburi müalicəyə göndərilir.

## XV FƏSİL

### İNTOKSİKASIYALAR NƏTİCƏSİNDƏ MEYDANA ÇIXAN PSİXİ POZUNTULAR

Toksiki təsir göstərən maddələrin təsiri nəticəsində meydana çıxan psixi pozuntular bir sıra xəstəlikləri əhatə edir. İntoksikasion psixozların yaranmasında toksiki agentlərlə yanaşı xəstənin orqanizminin immunobioloji xüsusiyyətləri, yaşı, cinsi və digər fərdi xüsusiyyətləri də rol oynayır. İntoksikasion psixozları onları törədən amillərə görə bir neçə qrupa bölmək qəbul olunmuşdur. Bunlara alkoqolun, dərman maddələrinin (yuxugətirici, ağrıkəsici, neyroleptik, hormonal preparatlar və s.), qida məhsullarının (zəhərli göbələklər, bitkilər, tərkibində toksinlər olan digər məhsullar), sənaye məhsullarının (qurğuşun, civə, dəmqazı, antifriz, pestisidlər, neft məhsulları və i. a.), məişətdə işlədilən kimyəvi maddələrin və digər amillərin təsirindən yaranan psixi pozuntular aiddir.

İntoksikasion psixozlar kəskin və xronik ola bilər. Kəskin psixozlar zəhərli məhsulların toksik dozalarda orqanizmə daxil olması nəticəsində baş verir və qəflətən başlaması, nəzərə çarpan zəhərlənmə əlamətlərinin və psixopatoloji əlamətlərin olması ilə xarakterizə edilir. Kəskin psixotik vəziyyət əksər hallarda deliriozabənzər düşüncə pozuntusu ilə başlayır.

#### Alkoqolun yaratdığı psixi pozuntular

- Ağ isitmə (delirium tremens)
- Kəskin alkoqol hallüsinozu
- Xroniki alkoqol hallüsinozu
- Alkoqol paranoiidi
- Alkoqol ensefalopatiyası
  - Qaye-Vernike xəstəliyi
  - Korsakov psixozu
  - Alkoqol psevdofilici
- Alkoqol epilepsiyası
- Patoloji sərxoşluq

Oksigen aclığı ilə müşayiət edilən zəhərlənmələrin yüngül formalarında keyləşmə, ağır formalarında isə koma baş verir. Xəstələrin əksəriyyətində hiperkinezlərlə müşayiət edilən hərəkəi oyanıqlıq qeyd olunur.

Xronik intoksikasion psixozlar zəhərli maddələrin uzun müddət orqanizmə sisteməlik təsiri nəticəsində meydana çıxır və polimorf əlamətlərlə cərəyan edir. Bu zaman dizartiriyalarla müşayiət edilən eyforiya, ataksiya, Korsakov sindromu, eplepsiyayabənzər cəngolma tutmaları, bəzən isə katatonik, hallüsinator, paranoid əlamətlərlə təzahür edən şizofreniya-yabənzər əlamətlər qeyd olunur. Bir sıra hallarda göstərilən əlamətlərlə yanaşı asteniya, asteno-ipoxondriya əlamətlərinə də rast gəlinə bilər. Psixi pozuntular, bəzi somatik, ürək-damar, mədə-bağırsaq, tənəffüs orqanlarına aid və nevroloji əlamətlərlə şərtlənir. Bu qrupa alkoqol, narkotiklər və digər maddələrin təsiri nəticəsində yaranan, **t o k s i k o m a n i y a** adı altında birləşən psixi nozuntular aid edilir.

### **Alkoqolizm və onun mənşəyi haqqında**

*Alkoqolizm, sırf tibbi mənada etil spirtinə (alkoqola) aludəçiliklə şərtlənən ən geniş yayılmış toksikomaniyadır.* İctimai mənada isə alkoqolizm bir sıra davranış, əmək fəaliyyəti və digər pozuntularla müşayiət edilən, bəzi cinayət əməllərinin törənməsinə şərait yaradan spirtli içkilərdən sui-istifadədir.

Alkoqolizmin əhali arasında yayılması haqqında dəqiq məlumat əldə etmək bir sıra çətinliklərlə əlaqədardır. Çünki spirtli içkiləri müntəzəm qəbul edənlərin, hətta ondan sui-istifadə edənlərin əksəriyyəti tibb müəssisələrinə müraciət etmirlər. Alkoqolizmin yayılması barədə təxmini məlumat adambaşına satılan və ya istehsal olunan spirtli içkilərin miqdarına, tibb müəssisələrinə müraciət edənlərin sayına görə müəyyən edilir. Alkoqoldan istifadə edənlərin sayı şəhər əhalisi arasında kənd rayonlarına nisbətən iki-üç dəfə çoxdur. Azərbaycan üzrə bu göstərici 2001-ci ildə şəhər əhalisi arasında 68%, kənd əhalisi arasında isə 32% olmuşdur.

Alkoqolun qəbulu nəticəsində yaranan psixi pozuntular iki qrupa bölünür:

- 1) Spirtli içkilərin birdəfəyə və ya epizodik qəbulu nəticəsində meydana çıxan alkoqol sərxoşluğunun törətdiyi psixi pozuntular;
- 2) Uzun müddət, müntəzəm olaraq spirtli içkilərin qəbulu nəticəsində meydana çıxan və xronik alkoqolizmlə şərtlənən psixi pozuntular.

*Alkoqol sərxoşluğu və ya kəskin alkoqol intoksikasiyası etil spirtinin psixotrop təsiri nəticəsində yaranır. İntoksikasiyanın əmələgəlmə və əlamətlərin inkişafı bir çox amillərlə, o cümlədən, alkoqolun nazik bağırsaq-*

### **Xroniki alkoqolizm və onun mərhələləri**

- I - mərhələ (məişət alkoqolizmi)
- II - mərhələ (xumarlanma sindromu)
- III - mərhələ (tolerantlığın azalması, şəxsiyyət dəyişkənliyi və i.a.)
- Dipsomaniya
- Abstenensiya

lardan sorulma sürəti, yəni onun mədədə evakuasiyası tezliyindən asılıdır. Mədədə olan qidanın miqdarı və tərkibi spirtin sorulmasını ləngidir. Alkoqolun tündlüyü, müxtəlif dərman maddələrinin (barbituratlar, analgetiklər, neyroleptiklər və s.) qəbulu alkoqolun sorulma sürətinə və onun toksikliyinə təsir göstərir. Spirtli içkilərin təsir gücünə müqavimət göstərən orqanizmin fərdi fiziki və bioloji imkanları da nəzərə alınmalıdır. Ümumi və psixi yorğunluq, müxtəlif somatik xəstəliklər, mərkəzi sinir sisteminin üzvi patologiyası bu prosesdə fəal iştirak edir. Spirtli içkilərə qocalar, uşaqlar və qadınlar daha həssas olurlar.

Sərxoşluğun dərəcəsi qanda alkoqolun konsentrasiyası və bədən çəkisinə nisbəti – Vidmark formulası ( $A=P \cdot C \cdot R \cdot A$  – alkoqolun miqdarı; P – fərdin çəkisi; S – qanda alkoqolun konsentrasiyası; P – əmsal kişilər üçün 0,68, qadınlar üçün 0,59) ilə ölçülür. Lakin bu göstərici təqribi xarakter daşıyır. Klinik təcrübədə alkoqol intoksikasiyasını yüngül, orta və ağır dərəcələrə bölmək qəbul olunmuşdur.

Qanda spirtin miqdarından asılı olaraq sərxoşluğun dərəcələri:

1. 0,001 – 0,003 % endogen spirtin göstəricisi;
2. 0,1 – 0,5 % yüngül dərəcə;
3. 0,5 – 2 % orta dərəcə;
4. 2–6 % – ağır dərəcə;
5. 6 %-dən yuxarı sərxoşluğun ölümə nəticələnə bilən dərəcəsidir.

Sərxoşluğun ilkin mərhələsində əhvalın yüksəlməsi, sərbəstlik, əzələlərin relaksasiyası, bütün bədəni bürüyən xoş istilik duyğusunun təsiri altında məstolma, rahatlıq hissi yaranır. Orqanizmin keçirdiyi belə bir hal adamı məmnunluğa və cəsarətli olmağa sövq edir. Belə şəxslər yad adamlarla asanlıqla tanışlıq yarada bilir, zarafatçı, şən və çoxdanışan olurlar. İçkinin miqdarı azdırsa mədə şirəsi ifrazının güclənməsi nəticəsində iştah artır. Belə adamlar yeməkdən xüsusi ləzzət alırlar. Qeyd edilənlərlə

yanaşı tənəffüsün dərinləşməsi, nəbzin sürətlənməsi, damarların genişlənməsi nəticəsində dərinin, dodaqların və gözlərin qızarması müşahidə edilir. Bir çox hallarda cinsi meyilin güclənməsi baş verir. Bunlarla yanaşı sərxoşluğun ilk mərhələsindən başlayaraq hərəkətlərin qeyri-dəqiqliyi, özünə və ətrafdakılara qarşı tənqidi münasibətin enməsi qeyd edilir.

Orta dərəcəli alkoqol intoksikasiyası zamanı bədənin müvazinətinin, koordinasiyanın pozulması baş verir. Xoş əhvali-ruhiyyə, qıcığa qarşı həssaslığın artması, mənasız yerə əsəbiləşmək, hiddətlənmək, qaşqabaq sallamaq, çoxları ilə razılaşmadıqları üçün mübahisəyə girişmək kimi hallar qeyd edilir. Biri-birilə uzlaşmayan müxtəlif affektiv reaksiyaların meydana çıxması davranış pozuntularına səbəb olur. Belə hallarda impulsiv, aqressiv hərəkətlər mümkündür. Şəxsin nitqi də dəyişir, sözlər anlaşılmaz, qeyri-səlis tələffüz olunur. İfadə və cümlələr lüzumsuz təkrarlanır, bəzən isə onların arasında əlaqə pozulur.

Sərxoşluq mərhələsi qurtardıqdan sonra ümumi zəiflik, süstlük, əzginlik, baş ağrı, ağızda xoşagəlməz hissiyyət, susuzluq, qıcığa qarşı həssaslığın artması kimi əlamətlər təzahür edir. Yüngül və orta dərəcəli sərxoşluq zamanı baş vermiş hadisələr, keçirilən hisslər, davranış pozuntuları şəxsin yadında qalır.

Ağır dərəcəli alkoqol sərxoşluğunda düşüncənin keyləşməsindən kəmayadək pozulması inkişaf edə bilər. Bununla yanaşı əzələlərin atoniyası, hipotermiya, reflekslərin itməsi, tənəffüsün (həmçinin Çeyn – Stok tipli), ürək fəaliyyətinin pozuntuları, bəzən isə qeyri-ixtiyari sidik ifrazı və defekasiya aktları, epilepsiyabənzər cəngolma tutmaları müşahidə edilir. Ağır dərəcəli sərxoşluq tam amneziyaya səbəb olur.

**D i a q n o z** klinik müşahidəyə və biokimyəvi sınaqlara (müxtəlif reaktivlərin, o cümlədən, kalium-permanqanatın, xrom anhidridinin xəstənin tənəffüs etdiyi havanı oksidləşdirməsinə əsaslanan Rapoport və Maxov – Şinkarenko sınaqları), həmçinin bir sıra yeni üsulların göstəricilərinə əsaslanır. Son illərdə ekspress müayinə üsulu geniş tətbiq edilir. Sərxoş adamın qanında, sidiyində, mədə möhtəviyyatında və nəfəsində alkoqolun miqdarını dəqiq təyin etmək üçün qazoxromatoqrafiya və spektroqrammadan istifadə etmək olar.

Qanda spirtin konsentrasiyası 6%-dən çox olduqda xəstədə ağır alkoqol zəhərlənməsi yaranır. Xəstə, adətən, komatoz vəziyyətdə xəstəxanaya gətirilir. Belə ağır zəhərlənmə vəziyyətində xəstəxanaya gətirilən xəstələrdən yalnız üçündən birinin həyatını qorumaq olur.

## **Xronik alkoqolizm**

Xronik alkoqolizm, spirtli içkilərə güclü meyillik, ona qarşı orqanizmin fiziki və psixi asılılığı ilə müşayiət edilən, tədricən şiddətlənən xəstəlikdir. Bu, alkoqolu uzun müddət müntəzəm olaraq qəbul edən adamlar arasında baş verir. Xəstəliyin özünəməxsus klinik mənzərəsi, qanunauyğun dinamikası, somatik və psixonevroloji ağırlaşmaları vardır.

Xronik alkoqolizm əhali arasında geniş yayılmış xəstəliklərdəndir. Elmi mənbələrin məlumatına görə bu xəstəliyə düçar olma halları spirtli içkilər qəbul edənlər arasında 0,1–0,6% və daha çox təşkil edir. 2001-ci ilin məlumatına görə isə Azərbaycanda 0,5% olmuşdur. Qadınlar arasında alkoqolizmə 10 dəfə az təsadüf edilir.

Xronik alkoqolizmin meydana çıxması təkcə onu müntəzəm qəbul etməklə deyil, həm də qəbul edilən içkidə alkoqolun konsentrasiyası, şəxsin yaşı, fərdi həssaslığı, irsi meyilliliyi, orqanizmin ümumi sağlamlığı, somatik xəstəliklərin, kəllə travmalarının olması, ictimai amillər və s. səbəblərlə əlaqədardır.

XIX əsrin ikinci yarısından başlayaraq müxtəlif tədqiqatçılar xronik alkoqolizmi sistemləşdirməyə çalışmışlar. S. S. Korsakovun (1893) və V. P. Serbskinin (1912) təsnifatları vaxtilə daha çox məşhurlaşmışdı. İ. V. Strelçukun (1973) təsnifatına görə xronik alkoqolizm üç mərhələyə: 1 – başlanğıc; 2 – inkişaf etmiş və 3 – son mərhələlərə bölünür. Xəstəliyin formalaşması məişət sərxoşluğu adlanan mərhələdən başlayır. Bu mərhələdə yüngül və orta dərəcəli sərxoşluqla müşayiət edilən vaxtaşırı və ya müntəzəm içmə halları qeyd edilir. İçki qəbul edən şəxs, adətən, bunu öz evində və ya dost-tanış məclislərində həyata keçirir. Məişət sərxoşluğu mərhələsi orqanizmin alkoqola qarşı bioloji rezistentliyindən və şəxsin psixoloji xüsusiyyətlərindən asılı olaraq 1–2 il, bəzən isə daha çox davam edə bilər.

**I mərhələ.** Bu mərhələnin əsas göstəriciləri patoloji meyilliyyənin yaranması, qəbul edilən içkinin miqdarı üzərində nəzarətin tədricən itməsi, tolerantlığın artması və hissəvi amneziyanın olmasıdır. Bu mərhələ gənc yaşlarda (18–30) rast gəlinir. Alkoqola qarşı hərislik, onu tez-tez və artan dozalarda qəbul etməkdə, içki məclisləri təşkil etməyə səy göstərməkdə özünü bürüzə verir. Spirtli içkilər olan məclislərə alkoqolik xüsusi rəvnəq verir. Özünün şən əhvali-ruhiyyəsi, duzlu-məzəli lətifələri, ilk çağlarda rəvan görünən əda və davranış üslubu onu məclisin bəzəyi olmağa, bir çoxları tərəfindən sevilməsinə səbəb olur. Özünə qarşı müsbət münasibəti hiss edərkən belə adamlar daha da şuxlanır, hamıdan çox içməsinə bəraət qazandırır, hətta bunu məharət hesab edir. Lakin bir qədər sonra yüngül və ya orta dərəcəli sərxoşluq vəziyyətində öz üzərində nəzarəti itir, içkinin qədrini bilmir. Çoxlu miqdarda içməsinə baxmayaraq on-



lar alkoqoldan qətiyyən çirkinmirlər, hətta qusma refleksinin sönməsi qeyd edilir. Bu isə dozanı getdikcə artırmağa səbəb olur. Sərxoş vəziyyətdə olan adam özünü olduqca məmnun, cəsarətli hiss etdiyindən yaxın adamların tənbehi ona nəinki təsir etmir, əksinə antoqonist reaksiyalar yaradır. Belə hallarda qohumlar, dostlar, iş yoldaşları ilə konfliktə səbəb olan mübahisələr, deyişmələr baş verir. Bəzi qohum və dostların «canıyananlıq» sayəsində bu mərhələdə şəxs, adətən, müalicəyə cəlb edilmir, «nə qəbahət iş var ki», «hamı kimi o da içir də» və bu kimi sözlərlə bərat qazandırılır. Xronik alkoqolizmin I mərhələsinin davamiyyəti 5–6 il çəkir.

**I I mərhələ.** Bu mərhələdə əvvəlki mərhələnin əlamətləri daha da güclənir, alkoqola qarşı patoloji meyillik ifrat dərəcəyə çatır. İçki qəbulu müntəzəm olaraq, bəzən isə bir neçə günlük qısa fasilələrlə davam etdirilir. Çox vaxt fasilələrə xəstənin pulunun olmaması, yaxud da ətrafdakıların tənbeh və təqiqləri səbəb olur. Şəxsin öz təşəbbüsü ilə edilməyən bu imtina xəstənin ovqatına, iş qabiliyyətinə mənfi təsir göstərir. İçmək arzusu bir an belə xəstəni sərbəst buraxmır. Birinci mərhələdə ara-bir yaranan «içim, ya yox» ideyası bu zaman artıq olmur. İçmək tələbinin yaratdığı emosiyalar xəstənin mənliyinə hakimlik edir. Tolerantlığın artdığını da qeyd etmək lazımdır. Göstərilən bu amillər adamı sərxoş olmaq üçün daha çox, həm də daha tünd içki qəbul etməyə (bəzən 1,5–2 litr) vadar edir. Belə vəziyyət bəzən bir neçə il davam edir.

Sərxoş şəxs artıq içki məclislərinə rəvnəq verə bilmir. Kövrəkliklə müşayiət edilən eyforik hal tez-tez əsəbiləşmək və ətrafdakılara qarşı hörmətsizlik əlamətləri ilə əvəz olunur. Qəbul edilən içkinin miqdarına nəzarət edə bilməyən xəstə həddini aşır, ayıldıqdan sonra da heç kəsin tənbehinə məhəl qoymur.

İkinci mərhələnin xarakter əlamətlərindən biri sərxoşluğun amneziya ilə bitməsi və alkoqol abstinensiyası (alkoqol aclığı) sindromunun meydana çıxmasıdır. *Alkoqol abstinensiyası sindromu alkoqol qəbulunu dayandırdıqdan sonra meydana çıxan və onun yenidən qəbulu ilə bərpa olunan bir sıra psixi, nevroloji və somatovegetativ pozuntularla təzahür edən spesifik patoloji hala deyilir.* Bu sindromun klinikası aşağıdakı əlamətlərlə xarakterizə edilir. Əvvəlcə xəstə özünü narahat, əzgin və zəif hiss edir, iştahası olmur, onu soyuq tər basır. Bunun ardınca tədricən güclənən başağrı, ürəkbulanma, mədə-bağırsaq pozuntusu əlamətləri, ağızda quruluq və xoşagəlməz dad, taxikardiya, ürəkdə və digər daxili orqanlarda narahatlıq, spazmatik ağrılar və s. meydana çıxır. Qabağa uzadılmış qolun və əl barmaqlarının əsməsi (tremor) də spesifik əlamətlərdəndir. Əsmə bəzən

o qədər güclənir ki, xəstə paltarını geymək, qaşıqla xörək yemək kimi adi hərəkətləri edə bilmir. Yeri-yerkən oyan-buyana aşır, bədənini şax saxlıya bilmir. Xəstənin yuxusu pozulur, dəhşətli yuxular görür. Bu halları keçirən adam qaşqabaqlı, həyəcanlı, qəmgin və şübhəli görünür. Abstinensiya sindromunun güclənməsi içki qəbulu dayandırıldıqdan 3–4 gün sonra başlayır və 3–7 gün davam edir. Bu günlərdə yenidən içki qəbul edilərsə abstinensiya əlamətləri sönür. «Xumarlanma» deyilən əlamətin yaranması üçün bəzən xəstələr kiçik dozalarla bütün günü içki qəbul etmək istəyi duyur. Xronik alkoqol intoksikasiyasının təsiri altında orqanizmin müqavimət qüvvəsinin zəifləməsi, bir sıra interkurent xəstəliklərin meydana çıxmasına səbəb ola bilər. Bu isə ölüm təhlükəsi yaradar.

Xronik alkoqolizmin ikinci mərhələsində şəxsiyyətin enməsi əlamətləri daha da güclənir. Bu əlamətlər, əsasən intellekt və emosiya sferasını əhatə edir. Yaradıcılıq fəallığının azalması, yeni biliklər əldə etməyə, ictimai işlərlə məşğul olmağa imkan vermir. Özünü-tənqidin azalması nəticəsində şəxs bu qüsurları düzgün qiymətləndirə bilmir və imkanlarını şişirdir, müvəffəqiyyətsizliklərinin səbəbini başqalarının ona «paxıllıq» etməsində görür: «mane olurlar», «işləməyə qoymurlar». Lakin kənardan baxanlar aydınca görürlər ki, heç də belə deyil. Aşkar hiss olunur ki, alkoqola aludə olan şəxs iş qabiliyyətini, insani keyfiyyətlərini itirir, tez-tez əsəbiləşir, dözümsüz və ədəbsiz olur. Bəzən də eyforik halda özlərini tərifləyir, keçmiş xidmətlərini şişirdilmiş şəkildə yada salır, qeyri-adi bacarığa malik adam olduqlarını qeyd edirlər. Günbəgün vəziyyəti ağırlaşan, dostlarını, tanışlarını, vəzifəsini itirən şəxs «dərd-qəmini unutmaq xatirinə» daha tez-tez içməyə başlayır.

**III mərhələ** – alkoqola qarşı fiziki və psixi asılılıq daha da güclənir. Bu mərhələnin xarakter cəhətlərindən biri də *toleorantlığın azalması və yaddaşın zəifləməsidir*. Əvvəllər sərxoş olmaq üçün 0,5 l və daha çox tünd içkilər tələb olunurdusa, indi 200–300 q içməklə həmin vəziyyətə düşə bilər. Xəstə tədricən daha zəif içki növlərindən, məsələn, çaxırdan, pivədən istifadə etməyə başlayır. Belə xəstələr mütəmadi olaraq içdiklərindən bütün günü sərxoş vəziyyətdə olurlar. Bəzən də bircə badə xəstənin keflənməsinə kifayət edir. Bu mərhələdə ardıcıl içmə 7–8 gün davam edir, fasilə, spirtli içkilərə qarşı dözümsüzlük və iyrənmək əlamətləri nəticəsində baş verir. Bu zaman spirtli içkilər haqqında düşünmək belə onda qusma, başgicəllənmə və bir sıra digər vegetativ əlamətlərə səbəb olur. Lakin xəstə yenə də alkoqolsuz keçinə bilmir, vəziyyətinin «düzəlməsi» üçün az-az içməyə başlayır. Bir neçə gündən sonra «tam işıqlı»

mərhələ başlayır. Belə hallarda epilepsiyabənzər cəngolma tutmaları baş verə bilər.

Alkoqolizmin üçüncü mərhələsində şəxsiyyətin enməsi, kobudluq, emosiya, iradə sferasına aid olan əlamətlərlə təzahür etməyə başlayır. Xəstə qəzəbli, aqressiv, ədəbsiz və ya süst, qəmgin, yazıq və küt görünür. Adi sosial-etik prinsiplər pozulur və xəstənin bütün varlığı yalnız bir istiqamətə, istənilən yolla içki əldə etməyə yönəlir. İnsanlıq ləyaqətini itirmiş belə adamlar heç nəyin fərqiə varmadan harada gəldi, necə gəldi içir, lüzumsuz və cəfəng bir şəkildə öz heyvanı hisslərini söndürməyə cəhd göstərirlər. Belə vəziyyətə düşmüş alkoqolik artıq ailəsini də itirir, heç yerdə daimi iş qəbul edilmir, təsadüfi qazancla, bəzən də xırda oğurluq və ya tanış-bilişlərdən qəpik-quruş almaq hesabına (dilançilik edənlər də az olmur) dolanırlar. Bu mərhələnin ağır keçən formalarında ağıl zəifliyi – demensiya inkişaf edir. Yaddaş kəskin şəkildə pozulur, intellektual fəaliyyətin xeyli zəifləməsi qeyd edilir. Üçüncü mərhələdə xəstələrə tibbi yardım göstərmək praktik olaraq qeyri-mümkündür.

## **Dipsomaniya**

Bu alkoqolizmin xüsusi bir forması olub vaxtaşırı spirtli içkilərə qarşı güclü meyilin yaranmasıdır. İçki qəbuletmə tsikli gözlənilmədən başlayaraq, eləcə də qurtarmaqla 1–2 həftə çəkir. Başqa vaxtlar alkoqola qarşı heç bir meyil olmur, hətta ona qarşı nifrət hissi qeyd edilir. Dipsomaniya vəziyyəti keçirən adam içkini keçə-gündüz, həm də təkbaşına qəbul edir. Əksər tədqiqatçılar dipsomaniyanı xronik alkoqolizmin xüsusi variantı hesab edirlər. Xəstəliyin patogenezi bu günədək dəqiq öyrənilməmişdir. Dipsomaniya tsiklini dayandırmağın yeganə yolu xəstəni stasionarda müalicəyə göndərməkdir.

## **Alkoqolizmin yaşla əlaqədar xüsusiyyətləri**

Yeniyyətlər arasında alkoqolizmin meydana çıxmasının başlıca səbəblərindən biri onları əhatə edən qeyri-sağlam mühitin, valideynlərin içkiyə aludəçiliyi, yeniyyətlərin özlərini böyüklərə oxşatmaq arzusu, onların içki məclislərində iştirakı və i. a. olmasıdır.

Uşaq və yeniyyətə alkoqolizmi böyüklərə nisbətən daha sürətlə inkişaf edir və qısa müddətdə xəstəliyin şiddətlənmə mərhələləri biri-birini əvəz edir. Məsələn, böyüklər arasında alkoqola qarşı patoloji meyilin formalaşması üçün 2–4 il tələb olunursa, yeniyyətlərdə bu müddət 2–3 ay

çəkir. Yeniyetmələr bu müddət ərzində içkinin miqdarı üzərində nəzarəti itirir, onlarda abstinensiya sindromu, somatovegetativ pozuntular inkişaf edir. Onlar arasında alkoqolizmin narkomaniyalarla ağırlaşması daha tez-tez müşahidə olunur. Eyni zamanda yeniyetmələrin psixoz verməsinə isə xeyli az təsadüf edilir.

Ahıl yaşlarda alkoqolizmə düçar olmaq az hallarda rast gəlinir. Onların xronik alkoqolizmə və alkoqol psixozlarına tutulması nisbətən gənc yaşlardan başlanan spirtli içkilərə yüksək meyilliklə əlaqədar olur. Yaşlılar arasında xəstəliyin klinik əlamətləri xeyli zəif ifadə olunur, lakin somatik ağırlaşmalar daha kəskin keçir.

Ahıl yaşlarda alkoqolizmin digər psixi xəstəliklərlə: şizofreniya, affektiv pozuntular, beynin travmatik xəstəlikləri, epilepsiya, psixopatiyalar və s. yanaşı baş verməsi xəstəliyin klinik mənzərəsini dəyişir, psixoz əlamətləri daha «yumşaq» cərəyan edir.

Qadınlar arasında alkoqolizm, adətən, 30–50 yaşlar arasında təsadüf edilir. Son 10–15 ildə daha gənc qadınların bu xəstəliyə tutulması müşahidə olunur. Belə qadınların anamnezində kəməğilliq, psixopatiya, nevroz kimi xəstəliklərin olmasını aşkar etmək mümkündür.

Yaşlı qadınların alkoqolizmə düçar olmasının əsas amillərindən biri psixi travmalardır (yaxın adamlarını itirmək, tək və köməksiz qalmaq və s.). Qadını əhatə edən mikrososial mühitin, məsələn, alkoqol satan və istehsal edən müəssisələrdə: restoranlarda, mağazalarda, içki istehsal edən zavodlarda çalışması, ərinin və ya yaxın dostlarının alkoqolizmi, onlarda alkoqol hərisliyinə səbəb olur.

Tədqiqatçılar qeyd edirlər ki, qadınların alkoqolizmi kişilərə nisbətən daha ağır keçir. Xəstəliyin II və III mərhələləri sürətlə inkişaf edir. Onlarda şəxsiyyətin dəyişməsi, əsasən isterik əlamətlərlə zənginləşir, somatik və vegetativ əlamətlər daha kəskin şəkil alır.

## **Somatik və nevroloji ağırlaşmalar**

Xronik alkoqolizmin yaratdığı intoksikasiyalar bir sıra somatik və nevroloji pozuntulara səbəb olur. Alkoqoliklər populyasiyasında mədəbağırsaq sistemi xəstəlikləri: qastrit – 70–95%, mədənin və onikibarmaq bağırsağın xorası – 4–9%, pankreatit, hepatit, qaraciyər sirrozu, alkoqol piy distrofiyası – 35% hallarda təsadüf edilir. Alkoqoliklər arasında rast gəlinən ürək-damar xəstəlikləri: kardiodistrofiya, ürəyin genişlənməsi – «mal ürəyi», hipertenziya, stenokardiya, infarkt və s. tez-tez ölümə səbəb olan amillərdəndir. Bundan əlavə, zülal, karbohidratlar, piy mübadiləsinin

pozulmasını, endokrin sistemin xəstəliklərini, vitamin çatışmazlığını da qeyd etmək olar. Ağır keçən xronik alkoqolizm 20–30% hallarda alkoqol polinevritinə səbəb olur. Nikotin turşusunun (vitamin PP), tiamin kompleksinin çatışmazlığı da polinevritlərlə nəticələnə bilər. Bu zaman ətraflarda ağrı, əzələlərin dartılması, parasteziyalar meydana çıxır. Bir sıra hallarda xəstələrin yerişi pozula bilər. Xronik alkoqolizmə tutulanlar soyuqdəymə xəstəliklərinə, xüsusilə ağciyərin iltahabı, bronxitə daha həssas olurlar.

**P a t o g e n e z i.** Xronik alkoqolizmin meydana çıxması spirtli içkilərin orqanizmin fiziki halına və ayrı-ayrı orqanların funksiyasına göstərdiyi təsirlə şərtlənir.

Xronik alkoqolizmin patogenizində iki klinik amil böyük rol oynayır:

1) Alkoqola qarşı hərisliyin artması ilə əlaqədar baş verən **a l k o - q o l a c l ı ğ ı s i n d r o m u – a b s t i n e n s i y a h a l ı**. Bu hadisə alkoqoliki müntəzəm olaraq spirtli içkiləri qəbul etməyə vadar edir. Üstəlik də dözülməz abstenensiya halı və yeni xumarlanma sindromu yaranır;

2) Uzun müddət spirtli içkiləri içməklə əlaqədar alkoqolikin spirtli içkilərə **t o l e r a n t l ı ğ ı a z a l ı r**, bununla əlaqədar alkoqolik hər 3–4 aydan bir ardıcıl qəbul etdiyi spirtli içkinin miqdarını artırmalı olur. Belə ki, abstenensiya halına düşməmək üçün o, içkini sutkada 1 litr, hətta bəzən 2 litrə qədər artırır.

Bəzi alimlərin fikrincə, alkoqolizmin inkişafında ictimai, psixoloji, fərdi, bioloji amillərin rolu təkzibedilməzdir. Bu xəstəliyin yaranmasında xarici mühitin, o cümlədən, ailənin, tərbiyənin, adət-ənənələrin və i. a. rolu olduqca böyükdür.

Aparılan müşahidələr, eksperimental təcrübələr göstərmişdir ki, alkoqolun kiçik dozaları mərkəzi sinir sisteminə təsir edərək onun gərginliyini azaldır, insanı sakitləşdirir, əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsinə və beləliklə də ətrafdakılarla asan kontakt yaratmağa səbəb olur. Psixopatoloji xüsusiyyətlərə malik olan şəxslərə: psixopatlara, nevrotiklərə, oliqofrenlərə, mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəlikləri olan adamlara alkoqol asanlıqla dezadaptasiyaya (uyğunlaşmanın pozulması), çətinliyə, emosional qıcıqlara qarşı müqavimətin azalmasına səbəb olur. Müvafiq şəraitin olması, onları asanlıqla spirtli içkilərdən sui-istifadə etməyə təhrik edir. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, xronik alkoqolizmə yuvarlananlar arasında tam sağlam şəxslər də az deyil. Deməli, alkoqolizmə tutulmaq üçün, yuxarıda qeyd edilən psixopatoloji hallardan başqa, şəxsin fərdi psixoloji xüs

susuiyyətləri də, məsələn, iradənin zəifliyi, təlqinə qarşı həssaslıq, emosional labillik və s. olmalıdır.

XX əsrin 60–70-ci illərindən başlayaraq alkoqolizmin patoloji irsiyyətlə əlaqədar meydana çıxmasını izah edən elmi işlər bir qədər çoxalır. Bu işlərin başlıca məzmunu ondan ibarətdir ki, alkoqolizm zamanı biokimyəvi proseslər pozulur və bu pozuntular irsən verilə bilər. Beləliklə, nəslin nümayəndələri arasında alkoqola qarşı bioloji həssaslıq yaranır və əlavə zərərli amillər, o cümlədən, alkoqolizmə təhrik edən əlverişli şərait olarsa, şəxs asanlıqla alkoqolizmə düşər ola bilər.

İngiltərə tədqiqatçılarının son illərdə əldə etdikləri nəticələrə görə, xronik alkoqolizmin inkişaf etməsi biri-birilə əlaqəsi olmayan iki mexanizm üzrə baş verir. Onlardan biri irsi, digəri isə xarici amillərin təsiri ilə əlaqədardır. İrsi çatışmazlıq – alkoqolizmə meyillik yaradan patoloji genin təsiri nəticəsində meydana çıxır. Belə hallarda alkoqolizmi yalnız genetik aparata təsir etməklə, xarici amillərin təsirindən yaranan xəstəliyi isə müasir müalicə üsulları, o cümlədən, psixoterapevtik vasitələrlə müalicə etmək mümkündür.

XX əsrin axırlarında aparılmış tədqiqat işləri sübut etmişdir ki, opiat aktivliyə malik endogen peptidlər alkoqolizmə meyilliyi yüksəldən amillərdəndir. Elmi mənbələrin məlumatına görə alkoqolizm zamanı katexolaminlərin, xüsusən dofamin sisteminin funksiyası pozulur. Belə olduqda alkoqola aludəciliyin, abstinensiya sindromunun və alkoqol psixozlarının meydana çıxmasını təsəvvür etmək çətin deyil.

**P r o q n o z** – həmin adamın spirtli içkilərdən könüllü olaraq imtina edə bilməsi (iradəsi) və şəxsi keyfiyyətlərinin mühafizə olunması, o cümlədən, alkoqolun yarada biləcəyi mənfi təsirləri anlamaqdan irəli gələn tənqidi münasibətin olması ilə müəyyən edilir.

Alkoqolizmdən xilas olmaq üçün əlverişli mikrososial mühitin varlığı da vacib şərtlərdəndir. Uzun illər alkoqol qəbul edənlərin müəyyən müddət ondan imtina etməsi, hələ tam xilas olmaq kimi qiymətləndirilməməlidir.

Xronik alkoqolizm bir sıra somato-nevroloji, psixi və sosial dekompensasiyalara səbəb olur. Belə xəstələr arasında 60 yaşnadək ölüm, alkoqolik olmayanlara nisbətən 3–5 dəfə çoxdur. Belə adamların ömrü adi adamlara nisbətən orta hesabda 15–18 il az olur.

**M ü a l i c ə v ə p r o f i l a k t i k a n ı n** səmərəli olması üçün bu xəstəliyə tutulanların müalicəsinə mümkün qədər tez başlanılmalıdır.

Xəstəliyin I mərhələsi dispanser, bəzən, hətta ev şəraitində, II və III mərhələləri isə stasionar şəraitində təşkil edilməlidir. Terapevtik müalicə

uzunmüddətli, kompleksşəkilli və mühafizəedici tədbirlər sistemini tətbiq etməklə aparılmalıdır.

Terapiya – abstinensiya elementlərini aradan qaldırmaq, dezintoksikasion maddələr təyin etməklə başlanılmalıdır. Bu məqsədlə vitaminlər (B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, PP, C), natrium tiosulfat (30%–10,0–15,0 venaya, hər gün, cəmi 10–15 inyeksiya), 40%-li qlükoza məhlulu (20 ml venaya və ya 5%-li əzələ daxilinə, gündə 1–2 dəfə, 10–12 gün müddətində), maqnezium-sulfat (25%-li 5–15 ml venaya və ya əzələ daxilinə, 10 gün) təyin edilir. Damcı üsulu ilə hemodez sutkada 200–400 ml və daha çox, izotonik məhlul (0,9%-li natrium-xlorid) geniş tətbiq edilir. Bu məhlullara natrium, kalium, kalsium ionları, reapoliklikin də əlavə edilməklə ümumi dozanı sutkada bir litrə qədər çatdırmaq olar. Son illərdə plazmofarez, ultrabənövşəyi şüalandırma və digər detoksikasiya üsullarından geniş istifadə edilir. Fasiləsiz içmə sindromunu aradan qaldırmaq məqsədilə hipertermik vasitələrdən (məsələn, sulfazindən 1–2%-li, 2–5 ml, pirogenaldan 10–150 BV) istifadə olunur. Bu preparatları təyin edərkən xəstənin somatik halına, ürəyin, qaraciyərin, böyrəklərin sağlamlığına diqqət yetirilməlidir.

Psixotrop maddələrin xəstənin psixikası ilə yanaşı spirtli içkilərə meyilliyi azaltmasını da nəzərə alsaq, ilk günlərdən bu preparatların təyini məqsəduyğundur. Təcrübədə geniş istifadə edilən belə maddələrdən sedukseni (sutkada 40 mq-dək), eleniumu (20–100 mq), fenazepamı (1–3 mq), qrandaksini (100–500 mq) qeyd etmək olar. Xəstəliyin klinikasında depressiya əlamətləri olarsa kiçik dozalarla amitriptilin (sutkada 50–150 mq), pirazidol (75–150 mq), gerfonal (50–150 mq) təyin edilə bilər. Eyni məqsədlə bəzən timoleptiklər də (melleril, sutkada 150–300 mq, xlorproteksen, 15–30 mq və s.) işlədilir. Lazım gələrsə xəstənin somatik halına təsir göstərmək məqsədilə simptomatik dərmanlardan da istifadə edilməlidir.

Müalicənin ikinci mərhələsinin məqsədi alkoqola qarşı şərti reflektor yolla qusma reaksiyası yaratmaqdır. Bu effekti əmələ gətirən maddələrdən ən səmərəlisi apomorfindir. Bunun 0,5%-li məhlulu dəri altına yeridildikdən (0,2 ml-dən başlayaraq dozanı 1 ml-ə dək artırılır) 3–4 dəq sonra tənəffüsün çətinləşməsi, taxikardiya, tərləmə, hiperhidroz əlamətləri ilə müşayiət edilən öyümə və qusma reaksiyası baş verir. Belə bir hal keçirən xəstəyə 30–50 ml içməyə adət etdiyi alkoqol təklif edilir. Bəzi xəstələrdə öyümə-qusma reaksiyası son dərəcə ağır keçir. Elə hallarda apomorfının dozası, müalicə seanslarının sayı korreksiya edilməlidir.



**Şəkil 22.** Görmə hallüsinasiyalarının təsiri altında xəstənin çəkdiyi şəkil.

Yaxşı nəticə əldə etmək üçün apomorfin inyeksiyaları, adətən, gündə bir dəfə olmaqla 10–15 gün təkrar edilir.

Müalicənin üçüncü, son mərhələsində alkoqola qarşı meyilin söndürülməsi məqsədi güdən və onu qəbul etməyə imkan verməyən sensiblizəedici preparatlardan istifadə edilir. Bu maddələrdən ən faydalısı teturamdır (antabus adlanan bu maddənin əvəzediciləri: trixopol, nikotin turşusu, esperal və s.-dir). Teturam xüsusi sxemlə 10–15 gün, lazım gələrsə daha uzun müddət ərzində, həb şəklində daxilə qəbul edilir. Teturamla müalicə ərəfəsində spirtli içkilərin qəbulu ürəkdöyünmə, ekstrosistoliya, boğulma hissi, qan təzyiqinin enməsi, güclü vegetativ pozuntularla, qorxu hissləri ilə müşayiət edilən, xəstəni son dərəcə narahat edən reaksiyalar verir. Ağır ürək-damar xəstəlikləri olarsa teturamla müalicə etmək olmaz. Esperal adlanan preparat uzun müddət təsir edən prolonq maddə olub xəstənin sağrı, bud, kürək nahiyyəsində dəri altına tikilir. Preparatın lazım olan konsentrasiyası uzun müddət (aylarla) qanda dövr edərək lazımı səmərə verir. Teturat və esperal təyin edərkən xəstə və onun yaxın adamları, alkoqol qəbul edərsə ağır nəticələr baş verə biləcəyi barədə yazılı xəbərdar edilməlidirlər.



Xronik alkoqolizmin kompleks müalicəsinin çox mühüm bir sahəsini psixoterapiya təşkil edir. Bu müalicə üsulları təlqin, izahedici, hipnosuq-questiv, autogen məşq, imaqoterapiya, stress-psixoterapiya və digər üsullar həm fərdi, həm də qrup şəklində aparıla bilər. Son illərdə Krımda (Dovjenko), Bişkekdə (Nəzəraliyev), Kislovodskda (Olerma klinikası) tətbiq edilən müalicə daha səmərəli psixoterapiya olması haqqında məlumatlar toplanmaqdadır. Onların tətbiq etdikləri psixoterapiyanın mahiyyəti təsirlili emosional şəraitdə hipnoz yuxusu altında və ya bunsuz təlqin etməkdir. Həkim xəstənin beyninə onun özü ilə razılaşdırılmış, təsiri 1–2 və daha uzun illər davam edə bilən «xüsusi kod»u təlqinlə yerləşdirir. Bu əməliyyatdan sonra xəstə içki qəbul edərsə ölüm baş verə bilər. Dovjenko üsulu ilə müalicəyə gələn xəstələr iki həftə müddətində könüllü olaraq içkidən imtina etməlidirlər. Azərbaycanda toplanmış məlumatlara əsasən Dovjenko üsulunun səmərəliliyi xronik alkoqolizmin ağırlığından, şəxsi keyfiyyətlərin mühafizə olunması dərəcəsiindən və digər amillərdən asılı olaraq 50–60%-dək ola bilər.

Alkoqolizmin profilaktikası bir sıra tədbirlər kompleksindən ibarətdir. Dövlət tərəfindən müəyyən edilmiş inzibati tədbirlər, tibbi-sosial vasitə-



**Şəkil 23.** Kəskin alkoqol psixozu (ağ isitmə) keçirən xəstənin ona rahatlıq verməyən «cücüləri» ovlaması.

lərlə yanaşı aparılmalıdır. Uşaq və yeniyetmələr arasında tərbiyə işinin gücləndirilməsi, ictimai mühitin sağlamlaşdırılması, sağlam həyat tərzinin təbliğ olunması müsbət səmərə verir.

### **Əmək və məhkəmə ekspertizası**

Azərbaycanda, həmçinin MDB ölkələrində mövcud olan qanunlara əsasən alkoqolizmin yaratdığı xəstəliklər nəticəsində əmək qabiliyyətinin itirilməsinə görə təqaüd verilmir. Alkoqolun uzun müddət təsiri nəticəsində meydana çıxan şəxsiyyətin dəyişməsi olduğu hallarda, şəxs öz hərəkətlərinə nəzarət etməyi bacarmalıdır. Belə adamlar cinayət məsuliyyətindən də azad olunmur, anlaqlı hesab edirlər.

Xronik alkoqolizmə tutulan adamlar ailəsinə maddi zərər yetirərsə və uşaqlarının tərbiyəsinə mənfi təsir göstərərsə məhkəmə tərəfindən valideynlik (qəyyumluq) hüququndan məhrum olar və onun üzərində qəyyumlar təyin edilə bilər. Belə hallarda onları müalicə-əmək profilaktoriyalarına (MƏP) və ya digər müvafiq müəssisələrə göndərmək olar.

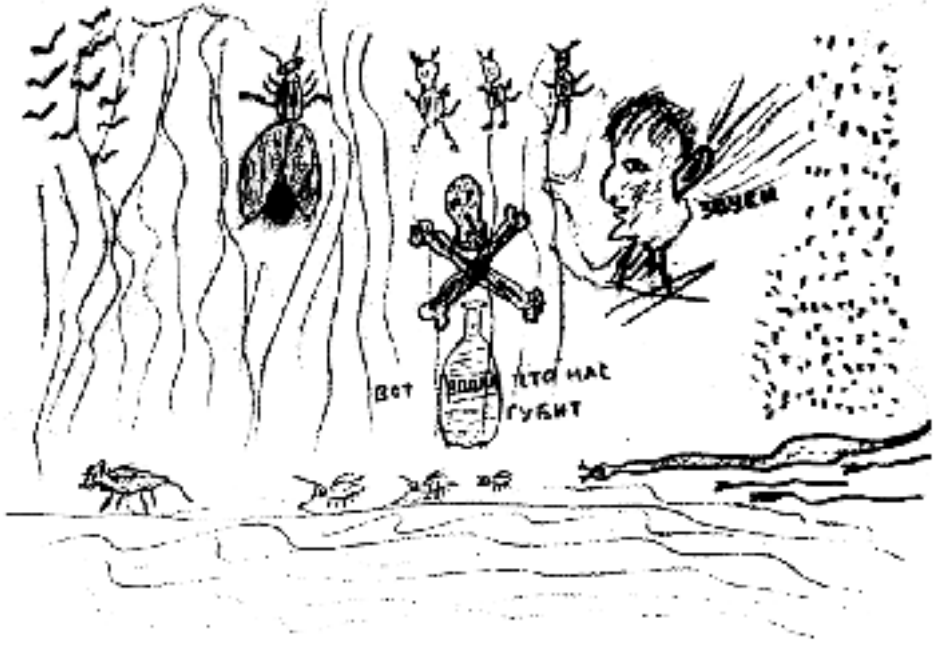
### **Alkoqol psixozları**

Bu qrupa aid edilən psixozlara xronik alkoqolizmə tutulanlar arasında xəstəliyin formalaşdığı və müalicə edilmədiyi təsadüflərdə rast gəlinir. Alkoqol psixozlarının müasir təsnifatı, əsasən aşağıdakı xəstəlikləri əhatə edir: 1) ağ isitmə və ya titrəməli deliriy; 2) kəskin alkoqol hallüsinozu; 3) xronik alkoqol hallüsinozu; 4) alkoqol paranoiidi; 5) alkoqol ensefalopatiyası; 6) alkoqol epilepsiyası; 7) patoloji sərxoşluq.

### **Ağ isitmə və ya titrəməli deliriy (delirium tremens)**

Ağ isitmə, yaxud titrəməli deliriy alkoqolizmin törətdiyi, tez-tez təsadüf edən psixozlardan olub uzun müddət fasiləsiz içki qəbuletmə dövründə və ya kəskin əlamətlərlə təzahür olunan abstinensiya zamanı meydana çıxır. Ağ isitmənin əmələ gəlməsinə şərait yaradan amillərdən kəskin somatik, infeksiya xəstəlikləri və beyin travmalarını qeyd etmək olar. Xəstəlik, əsasən kişilər arasında (30 yaşdan sonra) rast gəlinir.

Xəbərverici əlamətlərdən əhvalın pisləşməsi, yuxu pozuntuları, təşviş və həyəcan reaksiyalarını qeyd etmək olar. Xəstəlik kəskin şəkildə, adətən, gecələr başlayır, lakin tədricən inkişaf edən (yarımkəskin) hallara da



**Şəkil 24.** Kəskin alkoqol hallüsinozu keçirən xəstənin iztirabları.

təsadüf edilir. *Psixozu xarakterizə edən başlıca əlamətlər düşüncənin deliriyoz tipli pozulması, affektiv qorxular və görmə hallüsinasiyalarıdır.* Xəstənin mühitə qarşı bələdliyi pozulur, parlaq şəkildə təzahür edən görmə hallüsinasiyaları: heyvan obrazları, kiçik böcəklər, siçan, ilan və s. görüntülü qarabasmalar meydana çıxır. Bəzən iri canlılar: fillər, at, çox böyük quşlar, nağıllarda təsvir olunan cin və şeytanları görür. Əcaib görkəmli bu canlılar ona doğru hərəkət edir, vahimə və həyəcana səbəb olur. 38 yaşlı bir xəstə kəskin psixoz vəziyyətində arvadının, uşaqlarının və qaynanasının parçalanmış bədən hissələrini görür, onların şkaflarının üstünə qoyulmuş başlarının dəhşətli sözlər dediyini söyləyir. Bəzi hallarda xəstələr içki məclisində oturan adamları, bunların onu stol arxasına, içməyə dəvət etdiyini görür və səslərini eşidir (şəkil 22).

Xəstənin davranışı, qavradığı hallüsinator obrazların məzmunundan asılı olaraq müxtəlif ola bilər. Əksər hallarda o, özünü vəhşi və əcaib obrazların hücumundan qoruyur, harasa qaçmaq, gizlənmək istəyir. Belə hal keçirən bir xəstə çarpayının altında gizlənmiş, başqa birisi isə özünü ikinci mərtəbənin pəncərəsindən atmaq istəmişdir. Görmə hallüsinasiyaları bəzən eşitmə, qoxu, dad və taktıl hallüsinasiyalarla yanaşı təsadüf edir. Xəstənin burnuna qeyri-adi, üfunətli qoxular gəlir, ağzında acılıq hiss

edir, bədən səthində, paltarlarının altında cücülər gəzişir, onu narahat edir. Xəstənin qorxu və təşviş hissi keçirməsi onun xarici görkəmində, hərəkətlərində əks olunur. Gözlərini vahimədən geniş açaraq tez-tez oyan-buyana baxan xəstə qorxusundan əsir, imdad gözləyir. Bəzən də özünü müdafiə məqsədilə aqressiv hərəkətlər edir. Sayıqlama ideyalarının məzmunu hallüsinasiyaların məzmununa uyğun gəlir və davamsız olur (şəkil 23).

Xəstənin xarici görünüşü astenik halın olmasını göstərir, üzünün rəngi dəyişir, gözləri parlayır. Bədən hərərəti 38–40°C-dək yüksəlir. Bəzən epilepsiya cəngolmasını xatırladan tutmalar qeyd edilir.

Somatonevroloji əlamətlərdən tərləmə, dərinin qızarması, nəbzin sürətlənməsi, arterial təzyiqin enib-qalxması, əzələlərin hipotoniyası, vətər reflekslərinin yüksəlməsi, nistagm, konvergensiyanın zəifləməsi olur. Kəskin psixoz halı, adətən, 5–7 gündən artıq çəkmir.

Xəstələri dilə tutub sakitləşdirmək, bəzən, hətta normal kontakt yaratmaq mümkündür. Lakin ara verməyən hallüsinasiyalar, sayıqlama fikirləri buna mane olur, xəstəni yenidən qorxu və həyəcan keçirməyə vadar edir.

Psixoz vəziyyətində olan xəstələrin təlqinə həssaslığı xeyli artır. Təlqin etməklə xəstələrə ağ kağız üzərində yazı oxutdurmaq (*Reyxard simptomu*), xəttə birləşdirilməmiş telefonla kiminləsə danışmaq (*Aşaffenburq simptomu*), yaxud da ki, gözü yumulu halda istənilən məzmunlu görmə hallüsinasiyaları yaratmaq (*Lipman simptomu*) mümkündür.

Xəstələr ətrafı düzgün qavraya bilmir, öz qohumlarını, ailə üzvlərini tanımır. Xəstəliyin xarakter əlamətlərindən biri də dilin, əllərin və bütün bədənə titrəməsidir. Buna görə də xəstəliyə *titrəməli deliriy* deyilir.

Kəskin psixoz halının qurtarması qəflətən, adətən, yuxudan sonra baş verir. Xəstə yuxudan tam sağlam, düşüncəsi aydın, ifadələri səlis ayılır. Keçirdiyi halın çoxu unudulur (*hissəvi amneziya*).

Ağ isitmənin atipik variantları: abortiv, sistemləşmiş, zümzüməli, qarışıq və i. a. formalarına da rast gəlinir.

**P r o q n o z u** – düzgün aprılan müalicə zamanı yaxşıdır. Qısa müddət ərzində psixozu aradan qaldırmaq mümkün olur. Somatik xəstəliklərin (pnevmoniya və s.) qoşulması xəstənin vəziyyətini xeyli ağırlaşdırır və bəzi hallarda ölümə səbəb olur. Bir çox müəlliflərin məlumatına görə ölüm 15–16%-ə çata bilər.

## **Kəskin alkoqol hallüsinozu**

Xəstəlik uzun illər xronik alkoqolizm keçirən adamlar arasında, adə-

tən, 40 yaşdan sonra təsadüf edilir. Bir çox hallarda qadınlar da bu xəstəliyə tutulurlar. Alkoqol hallüsinozunun kəskin və xronik variantları ayırd edilir. Kəskin variant abstinensiya zamanı və ya fasiləsiz içmə dövründə inkişaf edir. Xəstəliyin meydana çıxmasına əksər təsadüflərdə infeksiyalar, fiziki və psixi yorğunluq şərait yaradır. Psixoz əlamətləri əksər təsadüflərdə kəskin (axşam və gecə saatlarında) başlayır. Titrəməli deliriydən fərqli olaraq, burada dərin düşüncə pozuntuları qeyd edilmir. Xəstənin özünə, mühitə və vaxta görə bələdliyi pozulmur.

Xəstəliyin ən başlıca əlaməti verbal hallüsinasiyaların olmasıdır. Əvvəlcə «səslər», məsələn, qatarın təkərlərinin və ya işləyən saatın tiqqıltısı, yağış damcılarının səsi və s. illüзор xarakter daşıyır. Ümumi yuxusuzluq fonunda akoazmlar, həyəcan, təəccüb və təşviş kimi əlamətlər diqqəti cəlb edir. Bundan sonra onlar səlis ifadələrlə – deyilən hədə, təhqir və söyüşlər eşidirlər. «Səslər» tək-tək ifadələr eşitmə, yaxud da sual-cavab şəklində ola bilər. Dinlənən «səslər» çox vaxt xoşagələn deyil, xəstəni lağa qoyan, təhqir edən, onunla mübahisəyə girən məzmun daşıyır. Psixoz keçirən bir xəstə söyləyirdi ki, bir tərəfdən gələn «səslər» ona rahatlıq vermir, təkrar-təkrar onu «alçaq və yaramaz» adlandırır, digər «səslər» isə «o, mərhəmətli və yaxşı adamdır» deyirmiş. Xəstəyə nalayiq sözlər yağdıran səslər, eyni zamanda onları ölümlə, cəza ilə qorxuda bilər. Bu isə xəstəni cavab hərəkətləri etməyə vadar edə bilər (şəkil 24).

Alkoqol hallüsinozu zamanı görmə hallüsinasiyaları mühüm rol oynamır. Sayıqlamalar, adətən, nadir hallarda təsadüf edilir və «səslərin» məzmunu ilə uzlaşır. Məsələn, kimsə onları izləyir, təqsirləndirir, fiziki və psixi təsir göstərir. Hallüsinator sayıqlamaların məzmununa uyğun olaraq xəstə müdafiə olunur, qaçıb gizlənmək istəyir və ya inzibati orqanlara müraciət edir. Affektiv oyanma vəziyyətində «işgəncə» və «əzablardan» xilas olmaq üçün onlar özlərinə sui-qəsd də edə bilərlər.

Kəskin hallüsinoz 1–2 həftə, bəzən isə daha çox (bir ayadək) davam edir. Psixopatoloji əlamətlərin «yox olması», sağalma, adətən, dərin yuxudan sonra, birdən-birə, yaxud da tədricən, bir neçə gün ərzində baş verir.

**X**əstə A. 39 yaşında. Atasını və dayısını spirtli içkilərdən sui-istifadə edəmişlər. Anadan sağlam doğulub. Kiçik yaşlarında ciddi heç bir xəstəlik keçirməyib. 8-ci sinfi, sonra da avtoçilingər ixtisası üzrə texniki-peşə məktəbini bitirib. Əsgəri xidmətə qədər bir neçə dəfə kiçik dozalarla alkoqol qəbul etmişdir. Atasını sərxoş görərkən əsəbiləşər, gərginlik hissi keçirərmiş. Spirtli içkilər qəbul etməyə əsgəri xidmətdən sonra, 21 yaşından başlamışdır. Əvvəlcə az-az, sonralar isə sistematik, gündə 500–600 q-dək araq qəbul edərmiş. Sərxoş olarkən özünü narahat aparar və münafişə yaradarmış. Cəmi 3–4 ildən sonra «xumarlanma sindromu» (bu alkoqol sərxoşluğunun ertəsi günü həmin adamın özünü nasaz, küskün, fəaliyyətsiz

və digər bu kimi hallar keçirməsi ilə təzahür edən xüsusi vəziyyətdir. Az miqdarda içki qəbulundan sonra onların halı dərhal düzəlir, əhvali-ruhiyyələri, əmək qabiliyyətləri bərpa olunur) inkişaf etmişdir. Bundan sonra ailəsi dağılmış, işdən qovulmaq qorxusu yaranmışdır. Amma bunların heç biri onu içkidən uzaqlaşdırma bilməmişdir. Stasionara daxil olmazdan bir neçə gün əvvəl başağrıları, yuxu pozuntuları, narahatlıq, əhvalın pisləşməsi kimi əlamətlər meydana çıxmışdır. Hiss etməyə başlamışdır ki, iş yoldaşları ona pis münasibət bəsləyir, nifrətlə baxırlar. «Pyaniska, axmaq» deyirlər. Ertəsi günü axşam «sərxoş, alçaq, yenə də içmək istəyirsən?» – sözlərini «eşitməyə» başlamışdır. Bir qədər sonra həmin səslər «səni öldürmək, boğmaq lazımdır» deyər hədələmişdir. Ara-sıra başqa bir «səs» «qaç canını qurtar» əmri vermişdir. Xəstə işə gedə bilməmiş, qorxudan qapı və pəncərələri möhkəm bağlamışdır. Lakin bu xəstəni sakitləşdirməmiş, evdən çıxıb qohumlarının evinə qaçarkən polis tərəfindən tutulub xəstəxanaya gətirilmişdir.

Müayinə zamanı özünü, vaxtı və ətrafı düzgün dərk edir, verilən suallara kafi cavablar verir, lakin xəstəxana işçilərinin bəzilərindən şübhələnir. Onu hədələyən, təhqir edən «səslər» eşidir. Bəzən də «səslər» onu sakit olmağa çağırır, təskinlik verir. Özünü xəstə hesab etmir.

Somatik halı kafidir, ürək tonları karlaşmış, dili ərpli, əlləri və kirpikləri əsir, vətər refleksləri bir qədər yüksəlmişdir.

Müvafiq müalicə tədbirlərindən sonra «səslər» yox olmuş, ümumi halı yaxşılaşmış, xəstəliyinə qarşı tənqidi münasibət yaranmışdır. Klinik diaqnoz: kəskin alkoqol hallüsinozu. Xəstəyə xronik alkoqolizmə qarşı müalicə olunmaq təklif edilmişdir.

Kəskin alkoqol hallüsinozunun atipik və abortiv formaları da vardır. Cəmi bir gün davam edən, sayıqlamaların üstünlüyü ilə gedən, deliriyoz və ya oneyroid düşüncə pozuntuları fonunda cərəyan edən hallüsinozlara və digər klinik variantlara da rast gəlmək mümkündür.

## **Xroniki alkoqol hallüsinozu**

Bu xəstəlik kəskin alkoqol hallüsinozuna nisbətən az rast gəlinir və daha uzun müddət, bir neçə ay davam edir. Psixozun başlıca əlaməti müxtəlif məzmunlu eşitmə hallüsinasiyalarıdır. «Səslər» bir an belə xəstəni sakit buraxmır, onunla mübahisə edir, təhqirlər yağdırır. Bir qədər sonra xəstə bu «səslərə» öyrənir və hallüsinasiyalar öz aktuallığını itirir. Bu xəstəliyə tutulanlar əmək qabiliyyətini saxlayır, öz xəstəliklərinə qarşı düşüncəli müqavimət göstərir. Bəzi hallarda hallüsinoz sayıqlama fikirləri ilə yanaşı cərəyan edir. Sayıqlamaların məzmunu «səslərin» məzmununa uyğun olub daha çox izləmə, təqib xarakterli olur.

Xəstə alkoqol qəbulunu dayandırarsa hallüsinoz geriyə inkişaf etməyə başlayır, əksinə spirtli içkilərin qəbulu davam etdirilərsə xəstəlik daha da kəskinləşir.

Xronik alkoqol hallüsinozunu ağ isitmədən və şizofreniyadan fərqləndirmək həmişə asan olmur. Psevдохallüsinasiyaların olmaması, eşitmə hallüsinasiyalarının görmə hallüsinasiyalarına görə üstünlük təşkil etməsi, davranışın kobud pozuntularının qeyd edilməməsi və tənqidi münasibətin saxlanılması alkoqol hallüsinozunu təsdiq edir. Alkoqol hallüsinozunda təsadüf edən sayıqlama ideyaları məzmun və intensivliyindən asılı olmayaraq xəstənin fəallığına təsir göstərmir, o özünü kollektivdə və ailədə sərbəst, qüsursuz idarə edə bilər. Şizofreniya xəstəliyində isə, məlum olduğu kimi, xəstə ətrafdakılarla normal əlaqə saxlaya bilmir, autizm, tənhalığa meyillik olur, bir çox hallarda psevдохallüsinasiyalar (*Kandinski-Klerambo sindromu*) qeyd edilir. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsində anamnezdə xronik alkoqolizmin olması, psixozun hansı yaşda baş verməsi (alkoqol hallüsinozu yetkin yaşlarda rast gəlinir) böyük əhəmiyyət kəsb edir.

## **Alkoqol paranoiidi**

Bu xəstəlik ahıl yaşlarda, xronik alkoqolizmə tutlan kişiler arasında təsadüf edilir. Alkoqol paranoiidin geniş yayılmış klinik variantlarından **alkoqol qısqancılığı** sayıqlamalarını və **alkoqol izləmə** sayıqlamalarını qeyd etmək olar.

Xəstəliyin xarakter əlamətləri: şübhəlilik, qısqanclıq, adətən, çoxlu miqdarda spirtli içkilər qəbul edən psixopatlarda və şəxsiyyətin enməsi sindromu olan adamlarda rast gəlinir. Sərxoş vəziyyətdə olarkən, ilk növbədə, həyat yoldaşına qarşı şübhəlilik, bir qədər sonra isə müxtəlif ailə münasıqələri, arvadına qarşı kobudluq və təhqirlər meydana çıxır: seksual hissənin zəifləməsi (impotensiya) qısqanclıqla əlaqədar şübhələri daha da gücləndirir və gələcəkdə onların sistemləşmiş sayıqlama fikirlərinə çevrilməsinə imkan verir. Xəstə öz fikirlərini sübuta yetirmək üçün «konkret faktlar» axtarır, yatacaq əşyalarını, qadınının paltarlarını yoxlayır, onu güdür və s. Çox vaxt qısqanclıq sayıqlamaları cəfəng və gülünc bir forma alır. Məsələn, 70 yaşlı bir xəstə, 67 yaşlı arvadını 30 yaşlı kürəkəsinə qısqanır və sübut etməyə çalışırdı ki, arvadı kürəkəni üçün yemək hazırlayır, onunla görüşəndə gülümsəyir, tez-tez onların evinə gedib saatlarla vaxtını orada keçirir. Qısqanclıq ideyalarına təqib, izləmə ideyaları da qoşula bilər. 56 yaşlı digər bir xəstə, 54 yaşlı arvadını, onun 20 yaşlı tələbəsinə qısqanır və təsdiq etməyə çalışırdı ki, onlar ikisi birləşib məni öldürmək, sonra da evlənmək və mənim var-dövlətimə sahib olmaq istəyirlər. Bir çox hallarda xəstələr övladlarının başqa kişidən olmasını sübuta yetirməyə cəhd göstərirlər. Bu məqsədlə ağılasığmaz «dəlillərdən» istifadə edirlər. «10 il bundan əvvəl onlar bir müəssisədə işləyiblər», «bir neçə il

əvvəl biz qonşu olarkən filankəs arvadımla mehriban salamlaşır, üzünə gülümsəyərdi» və i. a. Bəzən xəstələr həyat yoldaşını ifşa etmək məqsədilə müxtəlif təşkilatlara, inzibati orqanlara müraciət edir, yaxud da aqresiv hərəkətlərə, şübhələndikləri adamı öldürməyə cəhd göstərirlər.

Alkoqol izləmə sayıqlamaları həyəcan və qorxu hissləri ilə qəflətən başlayır, verbal illüziyalar və eşitmə hallüsinasiyaları ilə birlikdə təzahür edir. Xəstə hər yerdə onu «izləyən adamları» görür, şübhələndikləri adamların mimikalarını və digər hərəkətlərini yozmağa, faktlar və sübutlar toplamağa çalışır.

Alkoqol sayıqlamaları iki-üç həftəyədək davam edir. Bəzən isə xronik formaya keçərək aylarla davam edir və ya arabil yaxşılaşaraq yenidən ressidivlər verir.

Xəstə K., 47 yaşında, fəhlə işləyir. Evlidir, iki uşağı var. 18 yaşından spirtli içkilər qəbul edir. Son 10 ildə tez-tez, 5–10 gün ara verməklə bir neçə litr fasiləsiz alkoqol qəbul edir. Həm də fərqi nə varmadan bütün içki növlərindən, pivə, araq, çaxır və s. istifadə edir. «Xumarlanma simptomu» hərdənbir qeyd edilir. Son 5 ildə dörd dəfə iş yerini dəyişmişdir. Bir il əvvəl başqa şəhərdə istirahətdə olarkən bir ay müddətində hər gün 500–600 q və daha çox araq qəbul edirmiş. Qatara evə qayıtmaq istəyərkən biletlə bilmədiyindən bir sutka vəğzalda qalmalı olmuşdur. Gözləmə salonunda çoxlu qaraçılar var imiş. Xəstəyə elə gəlir ki, onlar xüsusi məqsədlə onu izləmək üçün buraya göndərilib. Qatara mindikdən sonra yuxusu çəkilir, səhərə qədər qorxu və həyəcan onu yatmağa qoymur. Vaqondakı adamlardan şübhələnməyə başlayır. Ona elə gəlir ki, «xüsusi agentlər» biri-birinə işarələr verir, «casusu» yaxalamaq üçün fürsət axtarırlar. Növbəti stansiya yaxınlaşarkən xəstə özünü qatardan yerə atır, xeyli zədə alır. Təcili yardım maşınında onu xəstəxanaya aparırlar. Xəstəxanada özünü narahat aparır, qorxu, həyəcan hiss edir, qulağına hədələyici səslər gəlir. Ona elə gəlir ki, tibb işçiləri onu təqib edir, hərəkətlərini izləyir və məlumat toplayırlar. Gecə bayıra çıxıb qaçmaq istəyir, nə etdiyini soruşduqda, deyir ki, arvadını və uşaqlarını öldürüblər, indi də onu həbs edib öldürmək istəyirlər. Ay yarım müalicədən sonra vəziyyəti yaxşılaşmış, psixopatoloji əlamətlər keçib getmiş, xəstəliyinə qarşı nisbi tənqidi münasibət yaranmışdır. Cüzi hiss edilən alkoqol tipli şəxsiyyətin dəyişməsi aşkar edilmiş, əhvali-ruhiyyədə eyforiya tipli yüksəliş qeyd edilir. Alkoqolizmi, xəstəliyinin əsas səbəbi olduğunu qəbul etmir.

D i a q n o z: izləmə sayıqlamaları ilə müşayiət edilən alkoqol paranoi.

## Alkoqol ensefalopatiyaları

Bu xəstəlik xronik alkoqolizm zamanı inkişaf edən alkoqol psixozlarından. Bu qrup xəstəliklərin başlıca cəhəti bir sıra somatik və nevroloji əlamətlərlə müşayiət edilən psixi pozuntuların olmasıdır. Alkoqol və alkoqolu əvəz edən içkilərin (evdə hazırlanan cecə, tut arağı, təmizlənmə-



miş spirt və s.) çoxlu miqdarda, fasiləsiz içilməsi nəticəsində xronik alkoqolizmin III mərhələsinə çatmış adamlarda, alkoqol ensefalopatiyalarının meydana çıxması təsadüfləri tez-tez rast gəlinir. Abstinensiya vəziyyətində elə xəstələrdə çox vaxt epilepsiya cəngəllmələri baş verir, psixoz halları yaranır. Xəstələrdə kəskin ifadə olunmuş şəxsiyyətin deqradasiyası, əmək qabiliyyətinin enməsi, peşə vərdişlərinin itirilməsi kimi əlamətlər qeyd edilir. Xronik alkoqolizm fonunda inkişaf edən alkoqol ensefalopatiyasında nevroloji və somatik əlamətlər geniş miqyasda təsadüf edir. Xronik qastritlər, enterokolitlər, mədə və onikibarmaq bağırsağın xorası, qaraciyər xəstəlikləri daha tez-tez rast gəlinir.

Kəskin alkoqol ensefalopatiyasının klinik variantlarından biri də *Q a y e – V e r n i k e* xəstəliyidir. 50 yaşından sonra, kişilər arasında təsadüf edilir. Xəstəliyə bir çox hallarda tam inkişaf mərhələsinə çatmamış, adi professional və ya zümzüməli deliriy şəklində rast gəlinir. Affektiv pozuntular monoton, sönük, daha çox həyəcan reaksiyaları şəklində olur. Hərəkət oyanıqlığı, stereotip məhdud çərçivə daxilində olub əksər hallarda çarpayı dairəsindən kənara çıxmır. Bəzən də tam hərəkətsiz «əzələ gərginliyi»ni xatırladır. Nitqi anlaşılmaz, sözlər və cümlələr əlaqəsiz olub, xəstə sanki burnunun altında danışır. Kontakt yaratmaq olduqca çətinləşir. Bir neçə gündən sonra xəstəliyin klinik mənzərəsi dəyişir, gündüz saatlarında qeyd edilən düşüncənin keyləşməsi, axşamlar sopor və ya koma vəziyyətindəkə ağırlaşır. Müxtəlif nevroloji əlamətlər: üz əzələlərinin səyriməsi, hiperkinezlər, aşağı ətraf və digər qrup əzələlərin hipertoniyası, oral əzələlərin avtomatizmi, fil xortumu simptomu, ataksiya və i. a. meydana çıxır. Xəstələrin fiziki vəziyyəti getdikcə ağırlaşır, görkəmləri bir qədər yaşlı və yorğun görünür. Sifətləri şişkin, dərisi quru, yaxud da tərlı və yağlı olur. Bədənin dəri örtüyü və selikli qişalar solğun, ətraflar şişkin görünür. Ağır xəstələrin bəzilərində yataq yarıları əmələ gəlir. Daxili orqanların bir çoxunda patoloji hallar inkişaf edir. Tənəffüs sürətlənir, qaraciyər böyüyür, ürək-damar sistemi pozuntuları, qan təzyiqinin əvvəlcə yüksəlməsi, sonra da enməsi, kollaps müşahidə edilir. Bədən hərarəti 40–41°C-dək yüksələ bilər. Bu da proqnozunda da pisləşməsinə, ölüm qorxusunun yaranmasına səbəb olur. Bəzən xəstəliyin inkişafının 3–10 günündə «işıqlı dövr», sağalma qeyd edilir.

*Xronik alkoqol ensefalopatiyalarının klinik variantlarına Korsakov psixozu və alkoqol psevdoflicii aiddir.* Alkoqol polinevritik psixozu 1887-ci ildə S. S. Korsakov tərəfindən təsvir edilmişdir. Xəstəlik alimin şərəfinə *K o r s a k o v* *p s i x o z u* adlanır. Hazırda xəstəliyə nadir hallarda təsadüf edilir. O, adətən, 40–50 və daha yaşlı adamlar arasında rast gə-

linir. Xəstələrin anamnezində, onların əvvəllər alkoqol psixozunu keçirməsi qeyd edilir. Xəstəliyin klinikasında kəskin alkoqol ensefalopatiyalarına xas olan psixi, nevroloji və somatik pozuntulara rast gəlmək mümkündür. Diaqnostik əhəmiyyət kəsb edən başlıca əlamətlər isə bunlardır: 1) amneziya; 2) bələdliyin pozulması və konfabulyasiya; 3) müxtəlif polinevritlər.

Yaxın hadisələrə qarşı yaddaş pozulur, xəstə heç nəyi yadında saxlaya bilmir. Bu *fiksasiya retroqrad amneziya* adlanır. Xəstələnen adam, yaddaş pozuntularını yalançı xatırlamalar – konfabulyator yaddaşla əvəz etməyə çalışır. Bir xəstə uzun müddət xəstəxanada olduğu halda söyləyirdi ki, dünən gündüz işdə, axşam isə qonaqlıqda olub. Əslində, o, heç nə uydurmur, vaxtilə olan hadisəni danışır. Burada vaxta qarşı bələdliyin pozulmasından, psevdoreminissensiya – yalançı xatırlamalardan söhbət gedir. Ertəsi gün həmin xəstə xəstəxanada olduğunu bilir, lakin öz palatasını tapa bilmir, on beş dəqiqə əvvəl gördüyü adamlarla yenidən salamlaşır. Belə xəstə bəzən verilən suala cavab tapa bilmədiyindən zarafat etməyə və beləliklə bilmədiyi cavabı yumora çevirmyə cəhd göstərir.

Korsakov psixozunda paralel olaraq polinevrit əlamətləri də olur. Oturaq siniri boyunca ağrılar, yerişin pozulması – ataksiya, paraparezlər qeyd edilir. Vətər refleksləri, bəbəyin işığa reaksiyası ya zəifləyir, ya da heç alınmır. Romberg simptomu müsbət olur. Xəstəliyin gedişi ağırlaşarsa alkoqol ağıl zəifliyi inkişaf edir. Spirtli içkilərin qəbulu dayandırılırsa, yaxşılaşma baş verə bilər. Əksər hallarda proqnoz pis olur.

Alkoqol ensefalopatiyalarının nadir hallarda təsadüf edən bir forması da *alkoqol psevdoflicidir*. Bu zaman rast gəlinən psixi və nevroloji əlamətlər progressiv iflici xatırladır.

Alkoqol ensefalopatiyalarında spesifik patoloji-anatomik əlamətlər: beyinin ödəmi, qan damarlarının bəzi hissələrinin zədələnməsi (*Qaye – Vernikenin hemorragiya simptomu*), neyronların quruluşunun dəyişməsi aşkar edilir.

## Alkoqol epilepsiyası

Simptomatik epilepsiyanın bir forması olub alkoqolun təsiri nəticəsində şiddətlənərək cəngolma hazırlığı yaranır. Bəzən alkoqolizmin ilkin mərhələsində abstinensiya zamanı, ağ isitmə tutmasından əvvəl və ya xronik ensefalopatiyalar inkişaf etdikdən sonra meydana çıxır. Cəngolma tutmaları adi epilepsiyada olduğundan fərqlənmir, yəni düşüncənin pozul-

ması, tonik və klonik fazalar, qeyri-ixtiyari sidikburaxma və i. a. eyni qaydada, bəzən hətta daha ağır cərəyan edir. Kiçik cəngolma tutmaları, demək olar ki, müşahidə edilmir. Lakin EEQ-də epilepsiya üçün xas olan əyrilər qeyd olunur və şəxsiyyətin dəyişməsi alkoqol tipli olur.

## **Patoloji sərxoşluq**

Xəstəliyin başlıca cəhəti az miqdarda (200 q-adək), tək-tək hallarda isə böyük dozalarda alkoqol qəbulundan sonra d ü ş ü n c ə n i n a l a - q a r a n l ı q ş ə k i l d ə p o z u l m a s ı d ı r. Bəzi müəlliflər patoloji sərxoşluğu kəskin tranzitor psixozlara aid edirlər. Xəstəliyin baş verməsi üçün xronik alkoqolizmin olması əsas şərt deyil. Fiziki və psixi yorğunluq, emosional sarsıntılar patoloji sərxoşluğa şərait yaradan amillərdəndir. Bir çox hallarda xəstəlik epilepsiya, psixopatiya, mərkəzi sinir sisteminin üzvi patologiyası olan adamlarda baş verir.

Patoloji sərxoşluq qəflətən, başlayır. Heç bir səbəb olmadan xəstənin davranışı pozulur, adi sərxoşluq əlamətləri, ataksiya nitqin dolaşıcılığı və s. yox olur, mühitə qarşı bələdlik pozulur, affektiv boyalarla zəngin qorxu, həyəcan, qəzəb reaksiyaları meydana çıxır. Xəstə ətrafdakı adamları tanıya bilmir, onları düşmən kimi qəbul edir. Olduğu otağı həbsxanaya, zirzəmiyə, yaxud da qətlə yetiriləcəyi kameraya bənzədir. Ətrafdakı adamların bütün hərəkətini izləyən xəstə son dərəcə gərgin bir vəziyyət alır, hər bir hərəkəti və səsi «hücum», «zərbə» kimi qiymətləndirir. Görmə illüziyaları, hallüsinasiyalar, qorxunc məzmunlu sayıqlamalar meydana çıxır. Narahatlıq keçirən xəstə bir söz belə demir, yaxud da dua oxuyan adamlara məxsus ifadələr söyləyir. Epilepsiya xəstəliyi olanlarda (epileptik variant) xəstəlik narahatlıq, gərinlik və aqressiv hərəkətlərlə müşayiət edilir. Paranoid variantda mühitin yanlış qavranılması, affektiv qorxular, qavrama pozuntuları qeyd edilir. Xəstə harasa qaçmaq, müdafiə olunmağa can atır. Qaçmağa imkan tapan belə xəstələr, yolda qarşısına çıxan adamlara bəzən ölümlə nəticələnən zərbələr endirir.

Patoloji sərxoşluq bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir. Sonra bir neçə saatlıq dərin yuxu (*böhran yuxusu*) baş verir və ayılıqda heç nə xatırlamır, tam amneziya qeyd olunur.

Patoloji sərxoşluq nadir hallarda, həmin şəxsin həyatında bir dəfə rast gəlir. *Məhkəmə psixiatriya ekspertizası bu xəstəliyi qısamüddətli kəskin psixi pozuntulara aid edir və həmin şəxsi anlaqsız hesab edir.*

## **Alkoqol psixozlarının patogenezi, müalicə və profilaktikası**

Kəskin alkoqol psixozları (patoloji sərxoşluqdan başqa) mütləq xronik alkoqoliklərdə paraalkoqol dəyişikləri ilə əlaqədar olur.

Alkoqol delirisi zamanı beynin diensefal şöbəsində bir sıra dəyişikliklər aşkar edilir. Xronik alkoqolizmdə müşahidə edilən neyrovegetativ pozuntular da bu nahiyyənin funksional pozuntuları ilə əlaqələndirilir. Bütün kəskin alkoqol psixozları üçün xarakterik sayılan autointoksikasiya, maddələr mübadiləsinin pozulması, alkoqolun parçalanmasının, ara maddə məhsullarının təsiri nəticəsində meydana çıxır. Qaraciyərin funksiyasının pozulması alkoqolun oksidləşməsinə təsir göstərərək qanda ketoturşuların toplanmasına, asidoza, bilirubinin, xolesterinin artmasına, maqnezium və kalium ionlarının azalmasına səbəb olur. Beyində gedən toksikoz və hipoksiya damar divarlarının keçiriciliyini yüksəldərək ödəmə, bu isə vegetativ disrequlyasiyaya şərait yaradır.

Yuxarıda qeyd edilənlərlə yanaşı tədqiqatçıların fikrincə kəskin alkoqol psixozlarının patogenezi axıradək öyrənilmiş hesab etmək olmaz. Alkoqolizmin yaratdığı xronik psixozlarda diqqəti cəlb edən ensefalopatik pozuntulardır.

**P r o q n o z** – kəskin alkoqol psixozlarının müasir müalicə üsullarının vaxtında tətbiqi ilə əlaqədar xeyli yaxşı ola bilər. Bir qədər mürəkkəb sayılan ağır keçən deliridir. Bir neçə dəfə təkrar edən psixozlar və xronik alkoqolizm, intellektin enməsinə – şəxsiyyətin alkoqol tipli deqradasiyasına gətirib çıxarır.

**M ü a l i c ə .** Alkoqol psixozlarının müalicəsi stasionar şəraitində aparılmalıdır. Terapevtik tədbirlər kompleks şəklində və intensiv olmalıdır. Hərəkət oyanaqlığını və yuxu pozuntularını aradan qaldırmaq üçün psixotrop preparatlardan istifadə edilir. Bu məqsədlə vena daxilinə və ya əzələ arasına 10–40 mq seduksen, kiçik dozalarla aminazin (25 mq), dimedrol (1 ml), tizersin (50 mq), haloperidol (10–15 mq) yeridilir. Metabolik proseslərin (asidozun, zülalların və su-elektrik mübadiləsinin hipoksiyanın) qarşısını almaq, ürəyin, qaraciyərin, böyrəklərin, tənəffüs sisteminin fəaliyyətini tənzim etmək, interkurrent xəstəliklərin, beyin ödeminin və s. qarşısını almaq məqsədilə intensiv infuzion müalicə tədbirləri aparılmalıdır. Vena daxilinə damcı şəklində 5%-li qlükoza (sutkada 700–1500 ml), hemodez (400 ml, sutkada 2–3 dəfə), reopoliqlükin (400–1000 ml, sutkada bir dəfə) və digər maddələr yeridilməlidir. Hiperhidrotasiya əlamətləri, beynin, ağciyərin və ətrafların ödemi olarsa dehidratasiya müalicə üsulları (sutkada 1%-li 2 ml laziks, 25%-li 10 ml maqnezium-sulfat

məhlulu və s.) tətbiq edilməlidir. Ürək-damar pozuntuları olduqda strofantin, korqlükon təyin edilir. Kəskin ürək-damar çatışmazlığı ilə əlaqədar arterial təzyiqin artması müşahidə edilərsə, 100 ml 5%-li qlükoza ilə birlikdə 1–2 ml, 0,1 %-li adrenalın məhlulu təyin edilə bilər. Tənəffüs aktının pozuntularında lobelin, sitaton, oksigenoterapiya, hərəkətin yüksəlməsində analgetiklər (analgin, amidopirin və i. a.) verilməlidir. Çoxlu miqdarda vitaminlər (B qrup, PP, C) verilməsi məsləhət görülür. Neyroleptik preparatlardan aminazin (sutkada 400 mq-adək), haloperidol (sutkada 12–15 mq), tizersin (50–75 mq-adək) və i. a. tətbiq etməklə, psixotik əlamətləri tezliklə aradan qaldırmaq mümkündür. Xəstə psixoz halından çıxdıqdan bir-iki ay sonra alkoqolizm əleyhinə müalicə aparmaq olar.

**Profilaktika.** Xronik alkoqolizmin və alkoqol psixozlarının bu sahədə mübarizə tədbirləri kompleks və ardıcıl olaraq aparılaraq səmərə verə bilər. Sərxoşluğun təmbəh edilməsi, sağlam həyat tərzinin təbliği, uşaqların və yeniyetmələrin spirtli içkilər qəbul etməsinin tərbiyə vasitələri ilə və lazım gələrsə qadağan etməklə qarşısının alınması belə tədbirlərdəndir. İş vaxtı iş yerində alkoqoldan istifadə etmək qəti qadağan edilməli, bu məqsədlə inzibati tədbirlər gücləndirilməlidir. Profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsində rəsmi orqanlarla yanaşı ictimai təşkilatlar, alkoqolizmə meyil göstərənlərin ailə üzvləri və yaxın adamları ciddi əks tədbirlər gördükdə müvəffəqiyyət qazanmaq mümkündür.

## **Ekspertiza məsələləri**

Uzun müddət alkoqola hərislik göstərənlərin əmək qabiliyyəti qismən və ya tamamilə itə bilər. Ölkəmizdə qüvvədə olan qanunlara əsasən, xronik alkoqolizmə, o cümlədən, alkoqol psixozlarına tutulanlara, sərxoş vəziyyətdə xəsarət aldıkları üçün əmək qabiliyyətini müvəqqəti və daimi itirənlərə, stasionarda və ya ambulatoriya şəraitində müalicə edilmələrindən asılı olmayaraq, müvəqqəti əmək qabiliyyətini itirdiyinə görə əmək haqqı verilmir. Belə hallarda onlara yalnız arayış verilir. Şəxsiyyətin enməsi ilə müşayiət edilən iş qabiliyyətinin davamlı pozulması olarsa II və III dərəcəli əlillik müəyyən edilir.

Adi sərxoşluq zamanı hüquqi pozuntulara yol verilərsə şəxs məsuliyyətdən azad edilmir. Yalnız alkoqol psixozları nəticəsində psixotik əlamətlər: düşüncə pozuntuları, hallüsinasiyalar, sayıqlamalar olarsa cinayət hərəkətlərinə yol verildikdə və şəxs cinayət etdiyi anda öz hərəkətlərinə nəzarət etmək qabiliyyətini itirdikdə məhkəmə psixiatriya ekspertizası anlaşıqlıq haqqında qərar qəbul edə bilər.

## **Narkomaniyalar**

Narkomaniya yunanca «narke» – donub qalma, «mania» – psixi pozuntu sözlərindən götürülüb narkotik maddələrdən sui-istifadə nəticəsində yaranan toksikomaniyaların bir formasıdır. Narkomaniya yalnız tibbi anlayış kimi deyil, həm də ictimai və hüquqi bir problem kimi nəzərdən keçirilməlidir. Narkotik maddələrə qarşı psixi və fiziki asılılığın yaranması narkomaniyanın meydana çıxdığını sübut edir. İki və daha çox narkotik maddələrdən istifadə etməklə meydana çıxan narkomaniyalar *p o l i n a r k o m a n i y a* adlanır.

Narkotik maddələrə hərislik uzaq keçmişdən məlumdur. Belə ki, bu maddələrdən bəzi xəstələri sakitləşdirmək, əhvali-ruhiyyəni yüksəltmək məqsədilə istifadə edilərdi. XIX əsrdə bir çox ölkələrdə, xüsusən Şərqdə narkotik maddələr geniş yayılmağa başladı. Əsasən morfi, həşiş, kofein və onların törəmələrindən istifadə edilərmiş. XX əsrin əvvəllərindən etibarən narkomaniya müstəqil nozoloji vahid, yəni ayrıca xəstəlik forması kimi öyrənilməyə başlandı. Əsasən gənclər arasında yayılan bu ictimai bəla son illər yeni-yeni maddələr qəbul etməklə həyata keçirilir. Bir sıra psixotrop preparatlar, antidepressantlar, psixostimulyatorlar artıq müstəqil toksikomaniyalar kimi nəzərdən keçirilir. Son illərdə bəzi toksik maddələrin özündən və buxarından (efirli yağlar, benzin, aseton, məişət kimyasında işlədilən maddələr və i. a.) istifadə edilməyə başlanmışdır.

Müşahidələr göstərir ki, psixopatik, mənəvi davamsız, iradəsi zəif, təlqinə həssas, psixi yetkin olmayan, intellekti aşağı şəxslər daha tez kənar təsirlərə uyur və narkoman olurlar. İctimai mühitin qüsurlu, ailə tərbiyəsinin qeyri-qənaətbəxş olması narkominayaya şərait yaradır. Bəzi cavanlar isə sadələvhlik göstərərək «bir dəfə dadmaq» xatirinə narkomana çevrilirlər. Deyilənlərə irsi meyilliyyənin rolunu da əlavə etmək lazımdır. Tibb müəssisələrində toplanan dəlillər göstərir ki, bir sıra hallarda narkomaniyanın səbəbi həkimlərin lüzumsuz narkotik maddələr təyin etməsi və onun satışı üzərində möhkəm nəzarətin olmamasıdır.

Narkotik maddələrin orqanizmə təsiri çoxcəhətlidir. Son illərin tədqiqatları göstərmişdir ki, narkotiklərin təsiri nəticəsində neyropeptidlərin (endorfinlərin, enkefalinlərin) və tsiklik nukleotidlərin mübadiləsi pozulur. Bu maddələrin, xüsusən opiatların təsiri neyromediatorlara, onlarda, öz növbəsində, ali sinir sisteminin fəaliyyətinə təsir göstərir. Orqanizmin müxtəlif sistemlərinin zədələnməsi də toxumalarda gedən oksidləşmə-bərpa prosesinə narkotiklərin təsirinin nəticəsidir.

Məlum olduğu kimi, narkomaniyaya tutulanlar tolerantlığın yüksəlməsi ilə əlaqədar get-gedə dozanı artırmaq məcburiyyəti qarşısında qalırlar. Digər təqdirdə lazımi effekt-eyforiya yaranmır. Belə hallarda həkim, abstinensiyada olduğu kimi hərəkət etməlidir.

Hazırda narkomaniyaların geniş yayılmış formalarından morfinizm,

həşişizm və kokainizm, yuxugətiricilərə, amfetaminlərə, hallüsinogenlərə öyrəşməni göstərmək olar.

## **Opiat tipli maddələrin yaratdığı narkomaniya**

Bu qrup maddələrə müxtəlif növ opi çətənəsindən alınan preparatlar (opium, kodein, heroin, tiryək), morfiyəbənzər təsirə malik sintetik preparatlar (promedol) aid edilir. Məlum olduğu kimi, opium və onun preparatları ağrıkəsici maddə kimi işlədilir, lakin bəzən «lüzumsuz maraq» xatirinə də qəbul edənlər olur. Öyrəşmə çox tez yaranır. Zəhərlənmə (bu ölüm dozasının cüzi 1/3 hissəsindən yarana bilər) zamanı adam tədricən artan zəiflik, yuxuculluq, başgicəllənmə, qulaqlarda küy hiss edir. Bəbəklərin daralması, komatoz vəziyyət, ürək-damar və tənəffüs sistemi pozuntuları: Çeyn – Stok tipli tənəffüs meydana çıxır. Ölüm tənəffüs mərkəzinin iflici nəticəsində baş verə bilər. Xəstəni bu haldan çıxarmaq mümkün olarsa korluq, nitqin pozulması kimi əlamətlər qala bilər. Kəskin zəhərlənmə zamanı mədəni yumaq, təmizləyici imalə, vena daxilinə hər yarım saatdan bir damcı şəklində 1 ml 0,1%-li atropin, 1 ml 1%-li lobelin yeridilməlidir. Bir neçə dəfə qəbul edən adamlarda xronik zəhərlənmə əlamətləri inkişaf edir. Əvvəlcə onun narkotik təsiri—eyforiya, əhvalın yüksəlməsi, şənəlmə və sadələşmə əlamətləri, xoş sevinc hissi, bəzən isə qeyd edilənlərə mühitin yanlış qavranılması da əlavə olunur. Bir neçə dəqiqədən sonra eyforiya, süslük fazasına keçir, bunun ardınca isə yuxuculluq və ya yuxu baş verir.

Narkotik maddələrdən sui-istifadə etdikdə ağızda quruluq, iştahanın azalması, mədə-bağırsaq və digər somatik pozuntular meydana çıxır. Kəskin surətdə arıqlayan xəstələr fiziki cəhətcə zəifləyir, tez-tez tərləmə, parasteziyalar, ətraflarda soyuqluq və ya istilik hissi, titrəmə qeyd edilir. Dəriləri qırıqla örtülür, çox vaxt quru və torpaq rəngində olub, inyeksiya edilən yerlərdə sızacaq, yaxud da abses əmələ gəlir. Vazomotor pozuntular, ürəkdöyünmə, əzələlərin hipotoniyası, vətər reflekslərinin yüksəlməsi, yuxarı ətrafların, dilin titrəməsi, yerişin pozulması, ataksiya, inamsız yerləş, dəri hissiyyatının azalması qeyd edilir. Bəbəklər xeyli kiçilmiş, bəzən qeyri-bərabər, işığa qarşı reaksiyası zəif olur. Yuxu, adətən, qeyri-normal və pis məzmunlu yuxugörmələrlə müşayiət olunur. Qanda leykositoz, şəkerin azalması aşkar edilir.

**O p i a t   a b s t i n e n s i y a s ı** daha ağır keçir. Xəstə narahat, əhvalı pis olur və qorxu keçirir. Bəbəklər genişlənir, sifət xüsusi görkəm alır. Əzələlərin, oynaqların və sümüklərin ağrıdığını, qusmaq istədiklərini söyləyirlər. İztirab içərisində inildəyən xəstə öyrəşdiyi narkotiki tələb

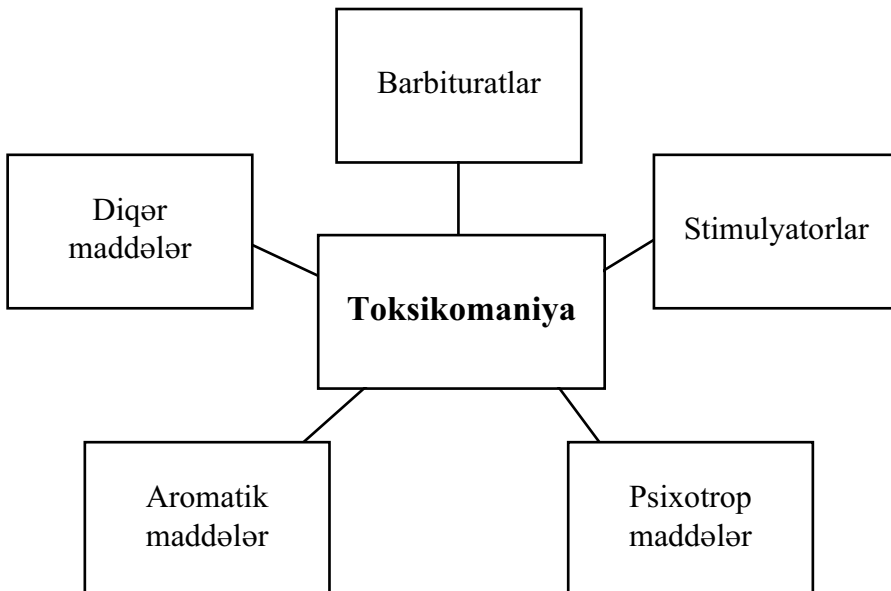
edir. Tələbi ödənilmədikdə qeyd edilən əlamətlər daha da güclənir və xəstə acınacaqlı hallar keçirir.

Opium psixozu az hallarda təsadüf edir və qısamüddətli olur. Bu zaman hipnoqagik hallüsinasiyalar, deliriy halı qeyd edilir.

Xəstəliyin gedişi fərdi xüsusiyyət daşıyır. Bəzən müalicəsiz narkotikin qəbulu dayandırılır, lakin bir müddətdən sonra yenidən davam etdirilir. Yalnız stasionar müalicəsi vasitəsilə xəstələrə kömək etmək mümkün olur. Xəstəliyin p r o q n o z u əksər təsadüflərdə yaxşı olmur. Ölüm ümumi zəiflik, marazm və interkurrent xəstəliklər nəticəsində baş verir.

D i a q n o s t i k a çətinlik törətmir. İnyeksiya yerlərinin spesifik görünüşü, əhvalın dəyişkənliyi, əmək qabiliyyətinin enməsi xəstəliyi asanlıqla təyin etməyə imkan verir. Sidikdə və nəcisdə qəbul edilmiş narkotik maddənin və onun preparatlarının qalıqlarını aşkar etmək olur.

K o k a i n i z m. Kokain Cənubi Amerikada bitən koka kollarının yarpaqlarından alınan alkaloiddir. Yerli analgetik xüsusiyyətə malik olub, böyük dozalarda mərkəzi sinir sisteminə təsir göstərir. Qəbul etdikdən az sonra (vena daxilinə və ya qoxulamaqla) eyforiya, fikirlərin axını – nitqin sürətlənməsi, fəaliyyətin, yaradıcılıq imkanlarının xeyli güclənməsi qeyd edilir. Lakin 2–3 saatdan sonra ümumi zəiflik, əzginlik, qıcığa qarşı həssaslıq, əhvalın enməsi baş verir, öyrəşmə qısa müddət ərzində, bəzən 2–



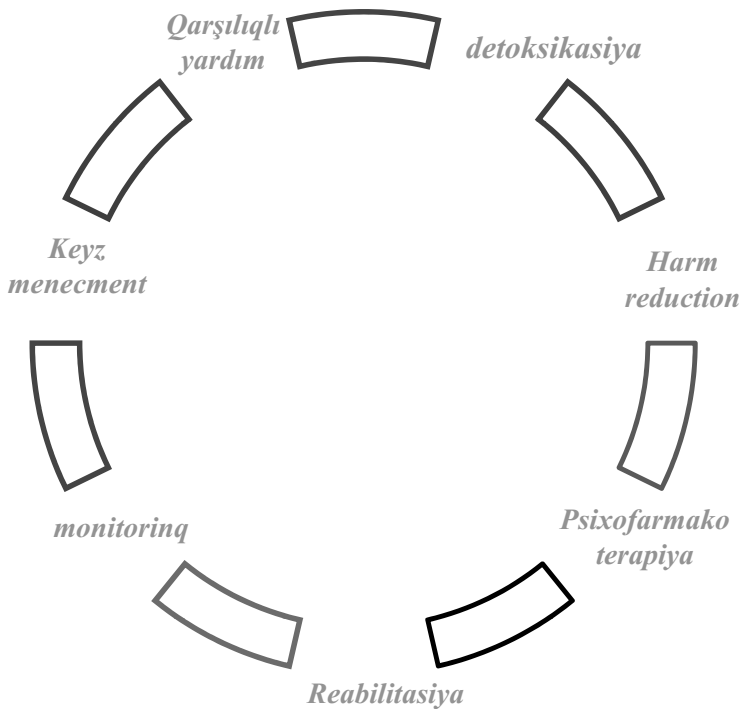


3 dəfə qəbul etdikdən sonra yaranır. Şəxsiyyətin deqradasiyası digər narkomaniyalarda olduğundan daha kobud olur və 1–2 ildən sonra təzahür edir. İlk əlamətlər eqoizm, ətrafdakılara qarşı dözümsüzlük, kinlilik şəklində özünü büruzə verir. Kokainizmə tutulanlar olduğundan yaşlı görünür, intellektləri və emosiyaları xeyli kasadlaşır. Tez-tez psixi pozuntular, qısqanclıq, izləmə sayıqlamaları, qorxunc görmə, taktil hallüsinasiyalar, «çəkisizlik hissi» kimi əlamətlər meydana çıxır.

Abstinensiya sindromu başgicəllənmə, başağrı, parasteziya, depressiya kimi əlamətlərlə müşayiət edilir və ağır keçir.

**H ə ş i ş i z m.** Bu narkomaniya forması Amerika qitəsində, şərq ölkələrində, o cümlədən, orta Asiyada və respublikamızda geniş yayılmışdır. Həşiş və ya anaşa hind çətənəsindən (*kannabis indica*) alınır. Marixuana, plan, xaras, banq, kif kimi narkotiklər də həşiş qrupuna aiddir.

Həşiş özünəməxsus qoxusu olan, acı dadlı, qatranabənzər maddədir. Narkomanlar onu tütünə qatıb çəkir, çeynəyir, yaxud da içkiyə və yeməyə qatırlar. Onu qəbul edərkən tədricən dozanı artırmaq tələb olunmur. Bəzi hallarda onu ilk dəfə qəbul edən adamlar öyümə, ağızda acılıq, ağızdan suaxma, başağrıları kimi əlamətlər hiss edirlər. Bu da gələcəkdə ondan imtina etməyə imkan verir. Lakin təkrar qəbul edilərsə sərxoşluq, xoşhallanma, fəaliyyətin güclənməsi qeyd edilir. Psixomotor və nitq oyanıqlığı adamı «fəaliyyət göstərəməyə» – hərəkətli olmağa, rəqs etməyə, çox danışmağa, özünü öyməyə, qürrelənməyə sövq edir. Adam özünü sanki «quş kimi», «çəkisiz», bəzən də «ilhamı coşan» şəxs kimi hiss edir. Bir sıra hallarda hərəkət oyanıqlığı, məst olmaq, xumarlanmaq, yaxud da gülmək və ya ağlamaqla əvəz olunur. Ətrafdan gələn qıcıqlar parlaq və qərribə nağıllar aləmində baş verən hadisələrə bənzəyir. Bəzən isə illüziyalar, psixosensor pozuntular, məsələn, əşyalar öz forma və rəngini itirmiş, həddindən artıq böyük və ya sensor derealizasiya əlamətləri olduğundan kiçik qavranılır. Erotik hissin güclənməsi, xoş əhvali-ruhiyyə, asanlıqla qorxu, depersonalizasiya əlamətləri ilə əvəz oluna bilər. Belə hal keçirən bir xəstə söyləyirdi ki, bədənim sanki özümünkü deyil, quş kimi yüngüləm, adamların sifəti meyiti xatırladır. Vaxt sanki hərəkət etmir, hər şey öz yerində donub qalıb. Oyanıqlıq, əzginlik, zəiflik, yaxud da yuxu ilə nəticələnir. Bəzən isə narahatlıq, başağrı, ürəkdöyünmə, müvazinətin pozulması kimi əlamətlər meydana çıxır. Həşiş narkomaniyası nisbətən ləng inkişaf edir. Aradır onu tərgidən adamlar bir qədər sonra yenidən qəbul etməyə başlayırlar. Uzun müddət anaşaya uyan adamlar fiziki və mənəvi cəhətcə geri gedir – deqradasiyaya uğrayırlar. Belələri qıcığa qarşı patoloji həssas, əsəbi, dözümsüz olurlar, əmək qabiliyyətləri azalır. Narkotik maddənin kiçik dozası belə sərxoşluq halının yaranmasına səbəb

2  
re  
ng

**Sxem 9.** Narkomaniya və toksikomaniyanın müalicə prinsipləri

olur. Bir çox hallarda izləmə, təqib sayıqlamaları, hallüsinasiyalar və digər psixotik əlamətlərlə müşayiət edilən şizofreniyabənzər psixoz inkişaf edir (Ə. Ə. Abasquliyev, 1960).

Uzun illər anaşa çəkənlərin özünəməxsus xarici görkəmləri diqqəti cəlb edir. Belələri əzgin, zəif, dəriləri sarımtıl torpaq rəngində, baş tükləri seyrək, quru, yerləşləri səhmansız və ağır, nitqləri dolaşiq, bəzən də anlaşılmaz olur. Göz bəbəkləri daralır, işığa reaksiyası zəifləyir, əqli qabiliyyətləri və hissiyyatları kütləşir.

### **Hallüsinogenlərin təsirindən yaranan narkomaniya**

Hallüsinogenlərə dietilamid lizerginin turşusu (DLT, Beynəlxalq terminologiyada – LSD) və buna bənzər maddələrin törəmələri: psilosibin, meskalin, fentsiklidin, triptamin və s. aiddir. Bu maddələrin ən kiçik dozaları (0,05–0,5 mq) qəbul edildikdən 15–20 dəq. sonra 2–3 saat davam edən müxtəlif psixi pozuntulara səbəb olur. Tez-tez müşahidə edilən əla-

mətlərdən eşitmə, görmə, dad və qoxu hallüsinasiyaları, düşüncə pozuntuları, eyforiya, qeyri-təbii gülmə qeyd edilir. Bir çox xəstələrdə bunlarla yanaşı şübhəlilik, qorxu, sayıqlama fikirləri də meydana çıxır.

## **Toksikomaniyalar**

Öyrəşmə və meyillik yalnız narkotik təsir göstərən maddələrə qarşı deyil, digər preparatlara, məsələn, barbiturlara, stimulyatorlara, psixotrop maddələrə və s. qarşı da yaranır. Göstərilən dərmanlardan bəzən məst olmaq, bəzən də müxtəlif ağrıları, yuxusuzluğu və digər narahatlığa səbəb olan əlamətləri aradan qaldırmaq üçün istifadə edirlər. Toksikogen maddələrin təsirindən yaranan hallar, qəbul edilən preparatın kimyəvi tərkibindən asılıdır. Yuxugətiricilərdən lüminal, dimedrol, pipolfen daha tez-tez istifadə edilir. Narkotik effekt almaq üçün onları böyük dozalarda qəbul etmək tələb olunur. Bu maddələrdən uzun müddət istifadə edilərsə müvazinətin, nitqin pozulması, əzələ tonusunun və vətər reflekslərinin zəifləməsi, düşüncənin keyləşməsi və bir sıra vegetativ əlamətlər qeyd edilir. Həmin maddələrdən sui-istifadə davam etdirilərsə şəxsiyyətin dəyişməsi, məsələn, qıcığa qarşı həssaslığın yüksəlməsi, əsəbilik, qəzəb hissi, təfəkkürün sürətlənməsi və yaddaşı zəifləməsi meydana çıxır. Belə adamların hərəkətləri ləng, düşüncələri bir qədər keyləşmiş olur. Daha sonra ağıl zəifliyi ilə müşayiət edilən psixoorqanik əlamətlər inkişaf edir. Maraqlı dairəsi daralır, əmək qabiliyyətləri enir, tüfeyli həyat sürürlər. Nevroloji və somatogen pozuntular inkişaf etməyə başlayır. Belə xəstələrdə müşahidə edilən abstinensiya sindromu güclü şəkildə təzahür edir.

Toksikomaniyaların digər bir forması stimulyatorların: efedrin, kofein, fenamin, sidnokarb, sentedrin və i. a. qəbulu nəticəsində yaranır. Bu preparatlardan istifadə süni olaraq orqanizmin tonusunu, fəaliyyət imkanlarını qaldırmaq arzusundan irəli gəlir. Lakin qısa müddət ərzində öyrəşmə baş verir. Bu maddələrin təsiri nəticəsində ürəkdöyünmə, qan təzyiqinin, tənəffüs aktının sayının artması, iştahın pozulması müşahidə edilir. Dozanı artırıqda baş ağrı, başgicəllənmə, tərləmə, ağızda quruluq, yuxuculluq, narahatlıq, bəzən psixomotor oyanma kimi əlamətlər meydana çıxır. Ətrafda cərəyan edən hadisələr dumanlı qavranılır. Stimulyatorları uzun müddət qəbul edənlər arasında bəzən görmə, eşitmə hallüsinasiyaları, izləmə sayıqlamaları, psixoz halları xronik şəkildə alarsa disforiya, yuxunun pozulması, ürək-damar sisteminə, böyrəklərə məxsus patoloji əlamətlər inkişaf edir. Abstinensiya halı nisbətən zəif ifadə olunur.

Həddindən artıq tünd dəmlənilmiş çay (çifir) tərkibindəki, teinin hesabına psixomotor oyanmaya səbəb olur. Belə adamların yuxusu pozulur,

əhvalın dəyişkənliyi, affektiv davamsızlıq müşahidə edilir. Lüzumsuz adət davam etdirilərsə ictimai marağın enməsi və digər şəxsiyyət pozuntuları baş verə bilər. Kofeinə qarşı abstinensiya, demək olar ki, yaranmır.

Hazırda psixiatriya təcrübəsində geniş tətbiq edilən neyroleptiklərin əks təsirinə, ekstrapiramid əlamətlərin qarşısını almaq məqsədilə işlədilən korrektorlara (sikladol, parkopan, romparkin və s.) qarşı toksikomania halları yayılmağa başlanmışdır. Bu maddələri böyük dozalarda qəbul etməklə eyforiya, məstolma effekti yaratmaq mümkündür. Bir sıra hallarda eyni zamanda görmə, taktil və digər hallüsinasiyalar meydana çıxır.

Narkoz məqsədilə işlədilən efirin tənəffüs yolları vasitəsilə orqanizmə daxil olması nəticəsində spesifik sərxoşluq halı yaratmaq olur. Belə ki, efirin təsirindən əhvali-ruhiyyə yüksəlir, «eyforik şənlənmə», bədəndə «yüngüllük», «sərbəstlik» kimi əlamətlər meydana çıxır. Efirə qarşı öyrəşmə çox tez yaranır. Onu qəbul etmədikdə adam narahat, əsəbi görünür. Uzun müddət qəbul edilərsə yaddaşın pisləşməsi, intellektual enmə, yuxu pozuntuları, şübhəlilik, tez-tez əsəbiləşmə müşahidə edilir. Yüngül formada abstinensiya halları yarana bilər.

Son illərdə həm xarici ölkələrdə, həm də ölkəmizdə məişət kimyasında və sənayedə işlədilən uçucu aromatik maddələrə aseton, benzin, həlledici, təmizləyici məhlullar, yapışqanlar, nitroboyalar, ləkə təmizləyən, ev həşəratlarını məhv edən preparatlar və s. qarşı toksikomoniya tez-tez təsadüf edilir. Bu maddələrin təsirindən yaranan kəskin intoksikasiya adi alkoqol sərxoşluğuna bənzəyir. Əvvəlcə oyanıqlıq, sonra özünə nəzarətin pozulması və nəhayət yuxuculluq meydana çıxır. Yanaqlar qızarır, gözlər parıldayır, ağızda quruluq və müvazinətin pozulması baş verir. Ağızdan, qəbul etdikləri maddənin qoxusu gəlir. Psixoz nadir hallarda inkişaf edir, bəzən görmə hallüsinasiyaları ola bilər. Tez-tez daxili orqanların pozuntuları: miokardiodistrofiya, qaraciyər, böyrək xəstəlikləri və s., tənəffüs yollarının iltihabı, ümumi əzginlik müşahidə edilir. Adətən, bir neçə aydan sonra əmək qabiliyyəti azalır, xasiyyətdə və davranışda ciddi pozuntular qeyd edilir. Diaqnozu dəqiqləşdirməkdə anamnezə – yaxın adamların məlumatlarına istinad etmək lazımdır. İnyeksiya yerlərinin və abstinensiyanın olması da mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Laborator müayinəsi nəticəsində xəstənin bioloji mayelərində narkotik maddələrin qalıqlarını aşkar etmək mümkündür.

## **Müalicə və reabilitasiya məsələləri**

Narkomaniyaların müalicə oluna bilməsi xəstənin bu prosesə fəal mənasibətilə müəyyən edilir. Başqa sözlə, terapeutik tədbirlər şəxsin könüllü surətdə razılığı olduqda müvəffəqiyyətli ola bilər. Müalicəyə mümkün

qədər tez başlamaq lazımdır. Xəstənin narkotik maddələri əldə edə bilməsinin qarşısını almaq və onun əhatəsində olan narkomanları kənar etmək bəzən asan olmur. Ona görə xəstə stasionara yerləşdirilməli və orada müalicə olunmalıdır. Stasionarda saxlanılma müddəti iki aydan az olmamalıdır. Müalicənin *b i r i n c i m ə r h ə l ə s i n d ə* dezintoksikasyon, ümumi möhkəmləndirici və sedativ dərmanlar tətbiq olunur. Sonuncu maddələr onların narkotik təsiri nəzərə alınmaqla təyin edilməlidir. Həyəcan, qorxu, yuxu pozuntuları və vegetativ əlamətlərə qarşı elenium, seduksen, sibazon, tazepam təyin edilə bilər. Abstinensiya sindromunu aradan qaldırmaq üçün sulfazindən (2–8 ml əzələ arasına, 2–3 gündən bir, cəmi 5–6 inyeksiya), 30%-li tiosulfat-natrium 5–10 ml vena daxilinə, № 10, 25%-li maqnezium-sulfat 5–10 ml əzələ arasına, 10 gün 40%-li qlükoka 15–20 ml vena daxilinə yeridilməli, vitaminlər (B qrup, A, C, E) təyin edilməlidir. Oyanma halları, yuxusuzluq, psixopatoloji pozuntular olduqda trisedil, neuleptil, haloperidol (damcı, həb, inyeksiya şəklində) tətbiq edilir. Ağrı əlamətlərinə qarşı analgin, amidopirin vermək olar.

Xəstəni narkotik maddələrdən dərhal və ya tədricən ayırmaq olar. Bu zaman şəraiti, fərdi xüsusiyyətləri, xəstəliyin şiddətini nəzərə almaq lazımdır.

Müalicənin *i k i n c i m ə r h ə l ə s i n d ə* xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq fəal və ya simptomatik müalicə təyin edilə bilər. Fəal müalicə məqsədilə apomorfindən (0,5%-li 1–0,2 ml, dəri altına), emetindən (0,02, gündə 1–2 dəfə daxilə) istifadə etmək olar. Bu mərhələdə fizioterapevtik üsullardan, isti, sakitləşdirici vannalar, duş, elektroforez, elektrik yuxu müalicəsi, müalicə idmanı və s. istifadə etmək mümkündür.

Psixoterapiya müalicənin ilk günlərindən tətbiq edilməli və fəal müalicə qurtardıqdan sonra da xeyli müddət davam etdirilməlidir.

*Ü ç ü n c ü m ə r h ə l ə* uzunmüddətli qoruyucu müalicədən ibarətdir. Xəstə həkimin nəzarəti altında olmalı, psixoterapevtik tədbirlərlə yanaşı sosial yardım formalarından da istifadə edilməlidir. Xəstəni əmək fəaliyyətinə qaytarmaq, fəal həyat mövqeyini bərpa etməkdə ona yardım göstərmək lazımdır. Bu prosesdə ailə üzvləri, ictimai təşkilatlar yaxından iştirak etməlidirlər.

Alkoqolizmdə olduğu kimi narkomaniyalar zamanı da məcburi müalicə tətbiq etmək olar.

## **Ekspertiza məsələləri**

Ekspertiza komissiyasının qarşısında duran başlıca məsələ cinayət hərəkətləri etmiş şəxsin həmin anda abstinensiya və ya psixoz vəziyyətində

olmasını təyin etməkdir. Müəyyənləşdirmək lazımdır ki, xəstənin şəxsiyyətinin dəyişməsi, ona etdiyi hərəkləri qiymətləndirməyə nə dərəcədə imkan vermişdir. Bir sıra hallarda, həqiqətən, xəstə özünənəzarəti itirir və düşünülməmiş hərəkətlər edir. Anlaqsız sayıldığı üçün cinayət məsuliyyətindən azad edilən xəstələrə müxtəlif dərəcəli (adi, gücləndirilmiş, ciddi) məcburi müalicə təyin edilir.

Şəxsiyyətin dəyişməsi, psixoz və ya ağıl zəifliyi olan xəstələr məhkəmənin hökmü ilə qəyyumluq hüququndan məhrum edilə bilərlər. Müntəzəm surətdə narkotik maddələr qəbul edən şəxslər öz ailəsini maddi çətinliklər qarşısında qoya bilər, yaxud da uşaqlarının tərbiyəsinə ciddi ziyan gətirə bilər. Belə hallarda, o, məhdud şəkildə bəzi hüquqlarından (məsələn, valideynlikdən) məhrum edilə bilər. Yalnız psixoz və ağıl zəifliyi nəticəsində əmək qabiliyyətini itirmiş narkomanlar əlillik dərəcəsi almaq üçün Həkim əmək ekspert komissiyasına (HƏEK) göndərilirlər.

## XVI FƏSİL

**SOMATİK VƏ ENDOKRİN SİSTEMİN  
XƏSTƏLİKLƏRİ NƏTİCƏSİNDƏ  
YARANAN PSİXİ POZUNTULAR**

Somatik xəstəliklər zamanı mərkəzi sinir sisteminin patoloji prosesə cəlb olunması və bu zaman müxtəlif psixi pozuntuların qeyd olunması klinisistlərə yaxşı məlumdur. Sinir əlamətlərinin formasından, ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq əsas xəstəliyin gedişi və müalicəsi xeyli mürəkkəbləşə bilər. Somatik xəstəliyin gedişində maddələr mübadiləsinin dərin pozuntuları və bunun da nəticəsində toksikoz əlamətləri olarsa, xəstənin vəziyyəti daha da ağırlaşır və bir sıra psixoz əlamətləri meydana çıxır. Belə psixi pozuntular *somatogen və ya simptomatik pozuntular* adlanır.

Somatogen mənşəli pozuntuların klinikası olduqca mürəkkəbdır. Bu somatik xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi, xəstənin şəxsiyyətinin strukturu, sinir sisteminin tipi və digər amillərlə əlaqədardır.

Bu bölmədə təsvir edilən psixopatoloji halların bir sıra xarakter cəhətləri vardır ki, bu da, ilk növbədə, klinik əlamətlərin təzahürü və gedişinə görə sırf psixi xəstəliklərdən əsaslı surətdə fərqlənməsidir.

Somatogen mənşəli psixi əlamətlər xeyli yüngül olub, adətən, xəstələrin özü tərəfindən anlaşılr, başqa sözlə, tənqidi münasibət bəslənilir. Xəstənin iztirabları patologiyaya uğramış orqanın üzərində cəmlənir və onlar psixoterapevtik təsirlərə asan tabe olur. Yalnız ağır toksikozla əlaqədar yaranan, yaxud da hərarət reaksiyaları ilə müşayiət edilən hallarda düşüncənin pozulması, hallüsinasiyalar, sayıqlamalar olduqda, xəstə bir müddət özünü tənqidi itirir və psixoz əlamətləri öz spesifikliyini dəyişir.

**Daxili orqanların xəstəlikləri ilə əlaqədar  
yaranan psixi pozuntular**

Ü r ə k x ə s t ə l i k l ə r i zamanı rast gəlinən psixopatoloji əlamətlər, adətən, ürəyin yerləşdiyi nahiyədəki ağrılarla əlaqədardır. Xəstənin əhvalı pisləşir, daima qorxu içərisində olub, ara-sıra kədər və həyəcan reaksiyaları qeyd olunur. Bəzən qorxu hissinin güclənməsi nəticəsində hərəkəti narahatlıqlar, ipoxondrik şikayətlər nəzərə cərpır. Xəstə ürəyi-

nin qəflətən dayanacağından, damarlarının partlamasından qorxaraq saatlarla əli ürəyinin üstündə iztirab keçirir, narahat vəziyyətdə otaqda var-gəl edir, təcili yardım tələb edir. Daha ağır hallarda kəskin düşüncə pozuntuları, deliriy halı meydana çıxıb bilər.

**M i o k a r d i n f a r k t ı** keçirən xəstələrdə təsadüf edilən psixopatoloji əlamətləri əsas xəstəliyin gedişi mərhələlərinə uyğun dörd yerə bölmək olar: prodromal, kəskin, yarımkəskin və sağalma mərhələləri. İntensiv cərəyan edən psixotik əlamətlər kəskin dövrdə meydana çıxır və qısamüddətli olur. Prodromal dövrdə kəskin ürək ağrıları yoxdursa, xəstə nisbətən sakit görünür. Yalnız ipoxondrik şikayətlər söyləyir, yaxud da əhvali-ruhiyyənin enməsi, həyəcan, təşviş reaksiyaları qeyd edilir. Yuxu pozuntuları ürək xəstəliklərində tez-tez rast gəlinən əlamətlərdəndir. Sağalma mərhələsində psixopatoloji əlamətlər astenik sindromla əvəz olunur. Bəzi hallarda isə əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi və hipomaniakal vəziyyətlə müşahidə edilir.

Ürəkdə aparılan cərrahi əməliyyatlardan sonra psixoz əlamətlərinin meydana çıxması daha tez-tez, adi ürək xəstəliklərində olduğundan iki-üç dəfə çox rast gəlinir. Adətən, cərrahi əməliyyatdan 2–6 gün sonra təzahür edən əlamətlər qəflətən başlayır və ağır keçir. Düşüncə amentiv, deliriyoz, oneyroid tipli pozulur, eşitmə hallüsinasiyaları, qorxu, həyəcan və psixosensor pozuntular qeyd edilir.

Ürək xəstəlikləri ilə əlaqədar meydana çıxan psixi pozuntuların qısamüddətli və belə xəstələrin psixogen amillərə həssas olmasını nəzərə alaraq onların müalicəsi kardioloji şöbələrdə aparılmalıdır. Müalicə, ilk növbədə, əsas xəstəliyə qarşı yönəldilməlidir. Yuxu pozuntularını, əhvali-ruhiyyənin enməsini və ürək ağrılarını aradan qaldırmağa yönəldilmiş müalicə (relanium, seduksen, amitriptilin, dimedrol və s.) təyin edilməlidir. Psixotrop maddələrdən (aminazin, haloperidol) kəskin oyanmalarla təzahür edən psixoz əlamətləri olduqda istifadə etmək olar. Müalicənin bütün mərhələlərində və profilaktika məqsədilə psixoterapiya geniş tətbiq edilməlidir.

**H ə z m s i s t e m i o r q a n l a r ı n ı n** xəstəlikləri zamanı psixoz əlamətləri nadir hallarda təsadüf edilir. Bu xəstəliklərlə əlaqədar yaranan psixi pozuntular, əsasən, nevroitik, astenik, asteno-depressiv, ipoxondrik sindromlardan ibarət olur. Onların meydana çıxması, ağırlıq dərəcəsi və davamlılığı əsas xəstəliyin gedişindən və fərdin psixoloji xüsusiyyətlərindən asılıdır. Əlavə zərərli amillər: əmək və istirahət şəraitinin pisləşməsi, intoksikasiyalar, emosional gərginlik və xronik gediş psixopatoloji əlamətlərin meydana çıxmasına şərait yaradır.

**M ə d ə v ə o n i k i b a r m a q b a ğ ı r s a q x o r a s ı** olan



adamlarda xəstəliyin kəskinləşməsi ilə əlaqədar ipoxondrik fikirlər, senestopatiyalar, depressiv-paranoid sindrom, hətta eşitmə hallüsinasiyaları meydana çıxı bilər. Belə xəstələr arasında nevroitik-ipoxondrik, depressiv hallar, ümumi zəiflik, yuxu pozuntuları daha tez-tez rast gəlinir. Mədə-bağırsaq sistemində, qaraciyərdə aparılan cərrahi əməliyyatlar kəskin psixoz əlamətlərinə səbəb ola bilər. Belə hallarda sayıqlama ideyaları, hərəkəti oyanma reaksiyaları, tək-tək hallarda düşüncə pozuntuları müşahidə edilir.

Ağır və xronik gedişə malik qaraciyər xəstəliklərində, o cümlədən, qaraciyər serrozu olan xəstələrdə psixi pozuntular nisbətən tez-tez təsadüf edilir. Vegetativ pozuntularla müşayiət edilən asteniya, qıcığa qarşı həssaslığın yüksəlməsi, əhvali-ruhiyyənin enməsi daha çox rast gəlinən əlamətlərdəndir. Yuxunun pozulması, vegetativ reaksiyalar, taxikardiya, tərləmə, dərinin hiperemiyası xəstənin həyəcan keçirməsi ilə əlaqədar meydana çıxır. Qəfləti qanaxma baş verərsə ölüm qorxusu xəstənin halını daha da pisləşdirir. Bəzi hallarda ətrafdakılara qarşı şübhəlilik, təsir, münasibət sayıqlamaları qeyd olunur. İntoksikasiya əlamətlərinin güclənməsi nəticəsindən paroksizmal xarakterli vegetativ krizlər, psixosensor pozuntular, qısamüddətli düşüncə pozuntuları mümkündür. Bəzən isə düşüncə komaşəkilli pozuntu verə bilər.

Qaraciyərin toksik distrofiyası ağır keçən düşüncə pozuntuları zamanı daha tez-tez rast gəlinir. Qısamüddətli bayılmalar, boğulma hissi, başgicəllənmə, ürəkbulanma, əsnəmə, hıçqırma kimi əlamətlər xəstənin somatik halının pisləşməsini və koma baş verə biləcəyini göstərir.

Bəzi xəstələrdə bu əlamətlərlə yanaşı hərəkəti narahatlıqlar, nitqin qırıqlığı, mühitə bələdliyin pozulması, görmə, eşitmə hallüsinasiyaları, kədarli görkəm, ölüm qorxusu qeyd edilir. Bir çox təsadüflərdə belə xəstələri xilas etmək mümkün olmur. Müalicə əsas xəstəliyə, xusussən intoksikasiyaya qarşı aparılmalıdır.

Böyrək xəstəliklərində, xusussən onun xronik çatışmazlığı zamanı intoksikasiya nəticəsində ağır psixi əlamətlər meydana çıxır. Yuxunun pozulması, dəhşətli yuxugörmələr, cəngolma tutmaları, psixosensor pozuntular, müxtəlif düşüncə pozuntuları: delirioz, oneiroid, amektiv hallara rast gəlinir. Dekompensasiyaolunmuş xronik böyrək çatmamazlığı olan xəstələrə təcili tibbi yardım göstərməli, o cümlədən, hemodializ tətbiq edilməlidir.

### **Daxili sekresiya vəzilərinin xəstəlikləri ilə əlaqədar yaranan psixi pozuntular**

- Qalxanvari və qalxanvari ətraf vəzilərin xəstəlikləri (Bazedov xəstəliyi, Miksödema)
- Hipofiz vəzinin ön payının adenoması nəticəsində (İtsenko-Kuşinq xəstəliyi, Adipozo-genital distrofiya sindromu)
- Böyrəküstü vəzinin funksiyasının çatmamazlığı nəticəsində (Adison xəstəliyi)
- Şəkərli diabet nəticəsində (diabetik koma)

### **Maddələr mübadiləsinin pozulması və avitaminozlarla əlaqədar yaranan psixi pozuntular**

**A l i m e n t a r d i s t r o f i y a** nəticəsində meydana çıxan asteniya sindromu, yaddaş pozuntuları, bəzi psixoz əlamətləri ilə ağırlaşa bilər. Düşüncənin keyləşməsi və ya delirioz, oneyroid tipli pozuntular, görmə hallüsinasiyaları (xəstələr çox vaxt çörək, meyvə və müxtəlif yeyinti məhsulları görürlər), psixomotor oyanma halları, nitq pozuntuları ilə müşayiət edilə bilər. Psixoz əlamətləri keçib getdikdən sonra yenidən asteniya, diqqətin və yaddaşın zəifləməsi qeyd edilir.

**Q a n a z l ı ğ ı i l ə ə l a q ə d a r** meydana çıxan psixi pozuntular, əsasən affektiv sferanı əhatə edir. Ən başlıca əlamətlərdən əhvali-ruhiyyənin davamsızlığını, güclü oyanma hallarını və qıcığa qarşı həssaslığın artmasını göstərmək olar. Bu əlamətlərlə yanaşı yaddaşın pisləşməsi, ümumi halsızlıq, başağrıları və müxtəlif nevroitik hallar qeyd edilir.

Göstərilən əlamətlərin meydana çıxması yalnız orqanizmin zəifləməsi ilə deyil, həm də toksikozla əlaqədardır.

Müalicənin əsas istiqaməti xəstənin fiziki halının və qanyaradıcı orqanların fəaliyyətinin artırılmasına yönəldilməlidir. Qida keyfiyyətli, zülallar, vitaminlər və mikroelementlərlə zəngin olmalıdır. Vena daxilinə hər gün 20 ml 40%-li qlükoza yeridilməli, fosfor, dəmir preparatları, kiçik dozalarla insulin (5–15 vahid), B-qrup və C vitaminləri təyin edilməlidir. Ehtiyac olarsa qan və qanəvəzedici məhlullar köçürülməlidir.

**A v i t a m i n o z l a r ı n** yaratdığı psixi pozuntulardan diqqəti cəlb edən pellaqra xəstəliyi və uşaqlarda B<sub>6</sub> vitamini çatışmazlığı nəticəsində meydana çıxan psixoz hallarıdır.

Pellaqra orqanizmdə PP vitamininin çatışmazlığı nəticəsində meydana çıxır. Xəstəliyin ilkin əlamətləri astenik hallarla: başağrıları, qıcığa qarşı həssaslığın yüksəlməsi, ümumi əzginlik, əhvalın pisləşməsi, yuxu pozuntuları ilə başlayır. Bir qədər sonra dermatit, diarreya və demensiya əlamətləri meydana çıxır. Bir sıra somatik (kolit və dizenteriyayı xatırladan əlamətlər) və nevroloji əlamətlərin: anizokariya, bəbəklərin işığa reaksiyasının zəifləməsi, üz əzələlərinin birtərəfli parezi, nitqin anlaşılmazlığı və i. a. təzahür etməsi diaqnostikanı mürəkkəbləşdirir. Xəstəliyin xarakter əlamətlərindən biri dərinin, xüsusən ətraflarda və boyun nahiyyəsində pigmentasiyanın pozulması və kobudlaşmasıdır. Ağıl zəifliyi, qavramanın, yaddaşın pozulması, Korsakov amnestik sindromuna bənzər əlamətlərlə xarakterizə olunur. Xəstələrin xarici görkəmi təşviş və kədər ifadə edir. Ölüm qorxusu, özünü təqsirləndirmə ideyaları qeyd edilir. Nadir hallarda eşitmə və görmə hallüsinasiyaları, amentiv və ya delirioz formada düşüncə pozuntuları da müşahidə oluna bilər.

Müalicə stasionar şəraitində aparılmalı, nikotin turşusunun (100 mq, gündə 2 dəfə) və triptofanın təyini ilə başlanmalıdır. Neyroleptiklərdən haloperidol, aminazin, frenalon – kiçik və orta dozalarda, amitriptilin, gündə 50–75 mq, seduksen gündə 2–3 həb və s. təyin edilə bilər. Xəstənin qidalanmasına xüsusi diqqət yetirilməli, qaraciyər, böyrək, yağsız mal və balıq əti vermək məsləhət görülür. Süd məhsulları: qatıq, şor, süzmə, duzsuz pendir, vitaminlərlə (xüsusən PP, B<sub>2</sub>, C) zəngin şirələr, meyvələr verilməlidir.

Körpə uşaqlar arasında B<sub>6</sub> vitaminin çatışmazlığı nəticəsində böyük və kiçik cəngolma tutmalarını xatırladan hallara rast gəlinir. Vaxtında tədbir görülməzsə uşaqların inkişafdan qalması və ağıl zəifliyi əlamətləri meydana çıxır.

### **Daxili sekresiya vəzilərinin xəstəlikləri ilə əlaqədar yaranan psixi pozuntular**

Q a l x a n v a r ı v ə q a l x a n v a r ı ə t r a f v ə z i l ə r i n xəstəlikləri zamanı psixi pozuntulara da rast gəlinir. Belə pozuntular Bazədov xəstəliyi, miksödem (*Selikli ölüm*) zamanı daha tez-tez, hipoparati-reoz (tetaniya), akromeqaliya zamanı isə nisbətən az hallarda təsadüf edilir.

B a z e d o v x ə s t ə l i y i, bir qayda olaraq, oyanıqlığın yüksəlməsi və affektiv əlamətlərlə müşayiət edilir. Belə adamlarda tezyorulma, nitqin kasadlığı kimi əlamətlər qeyd olunur. Nevroloji pozuntulardan əl barmaqlarının, kipriklərin, dilin, bəzən isə bütün bədən titrəməsini mü-

şahidə etmək mümkündür. Xəstəlik ağır keçdiyi hallarda, tireotoksikozun güclənməsi nəticəsində hallüsinasiyalar, sayıqlamalar, maniakal oyanma halları, düşüncənin delirioz şəkildə pozulması meydana çıxabilir.

Bazedov xəstəliyinin xarakter əlamətləri qalxanvarı vəzinin böyüməsi, dombagözlük – göz almalarının böyüyərək qabağa çıxması, taxikardiya və arıqlamaqdır. Xəstələnməyə səbəb orqanizmin tiroksinlə zəhərlənməsidir. Buna görə də müalicənin əsasını zəhərlənmənin qarşısının alınması təşkil edir. Psixi pozuntular əleyhinə yod preparatlarından, metiltiurosildən, xinin, kalsium preparatlarından istifadə edilir. Xəstəni sakitləşdirmək və yuxunu yaxşılaşdırmaq məqsədilə brom preparatlarından, lüminaldan, sedativ preparatlardan istifadə etmək olar.

**M i k s ö d e m a** Bazedov xəstəliyindən fərqli olaraq qalxanvarı vəzinin inkişafdan qalması və ya heç inkişaf etməməsi nəticəsində meydana çıxır. Xəstəliyin somatik əlamətləri bradikardiya, dəri və dərialtı toxumaların selikli-jelatinəbənzər dəyişməsi, sifətin qızarması, başın və qolların tükünün tökülməsi, dırnaqların, tükün sınmaq meyilliyinin yüksəlməsidir.

Psixi əlamətlərdən əhvali-ruhiyyənin pisləşməsi, tezyorulmanı, yuxuculuğu qeyd etmək olar. Belə adamlar başağrısından, başgicəllənmədən, daima üşümələrdən, dəriləri üzərində sanki cüclər gəzdiyindən şikayətlənirlər.

Uşaq yaşlarında başlayan miksödema intellektin, boyun inkişafdan qalmasına səbəb olur.

Xəstəliyin **m ü a l i c ə s i** qalxanvarı vəzinin preparatları ilə (tireodin) aparılır.

Hipofiz vəzinin ön payının adenomasi nəticəsində meydana çıxan **İ t s e n k o – K u ş i n q x ə s t ə l i y i** də bir sıra psixonevroloji pozuntulara səbəb olur. Qeyd edilən başlıca pozuntular ümumi əzginlik, psixasteniyə, izləmə, özünü-təqsirləndirmə ideyalarının, eyforiya və digər afektiv əlamətlərin olmasıdır.

Xəstəlik qadınlar arasında daha geniş yayılmışdır. Belə adamlarda cinsi vəzilər atrofiyaya uğrayır, mensturasiya və cinsi hormonların ifrazı dayanır, kəkələmə başlayır. Piy toxuması, əsasən köks qəfəsi, qarın nahiyyəsi və üzərdə toplanır, sifət daima qırmızı görünür. Adipozo-genital distrofiya halı yaranır.

Vaxtında müalicəyə cəlb edilməyən xəstələrdə psixi pozuntuların artması və ümitsizlik hissinin təsiri altında özünə sui-qəsd hərəkətləri qeyd edilir.

Müalicə – estrogenlərin təyini, çəkinin azaldılmasına yönəldilən tədbirlərlə aparılır.

Böyrəküstü vəzinin funksiyasının çatışmazlığı nəticəsində yaranan Addison xəstəliyində zamanı psixi pozuntular müşahidə edilə bilər. Xəstələr yuxusuzluqdan, tezyorulmadan, əhvali-ruhiyyələrinin daima enməsindən şikayətlənirlər. Ağır keçən hallarda epilepsiyabənzər cəngolma tutmaları və bəzi psixoz əlamətləri: sayıqlamalar, düşüncə pozuntuları meydana çıxı bilər.

Müalicə böyrəküstü vəzinin qabıq maddəsinin preparatları, kortizon və adrenalin vasitəsilə aparılır.

Şəkərli diabet bəzi hallarda, xüsusən gənc yaşlarda nevroitik və psixotik pozuntulara səbəb olur. Belə hallarda əhvalın tez-tez pisləşməsi, ümumi zəiflik, baş ağrıları, yuxusuzluq qeyd edilir. Bəzən xəstəliyin gedişinin ağırlaşması ilə əlaqədar psixi oyanma, düşüncənin delirioz pozulması və koma halı – diabetik koma meydana çıxır. Koma halından çıxmış xəstələrdə psixomotor oyanma və cəngolma tutmaları ola bilər. Patogenezi tam məlum olmayan belə hallarda vena daxilinə qlükoza yeritmək məsləhət görülür. Psixonevroloji əlamətlərə qarşı sedativ maddələr: brom, valerian preparatları, seduksen, tazepam, azafen və s. işlədilir.

## **Doğuşdan sonra yaranan psixi pozuntular**

Ümümdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) statistik məlumatına görə doğuşdansonrakı psixoz (DSP) zəif qadınların 0,1-0,2%-ində rast gəlinir. Bu pozuntunun əsas əlamətləri doğuşdansonrakı dövrdə (bu dövr doğuş günündən etibarən 4 ayadək müddəti əhatə edir) xəstələrin sayıqlama, depressiya, aqressiv fikirlərlərin olması və digər bu kimi əlamətlərlə təzahür etməsidir. Belə psixoz keçirən qadının özünə və körpəsinə qarşı aqressiv hərəkət etmək meyili xəstələrin, demək olar ki, əksəriyyətində müşahidə edilir. Əvvəllər psixotik epizodlar keçirmiş (xüsusən depressiya pozuntuları) qadınların bu psixozla tutulma imkanları adi təsadüflərə nisbətən 4–5 dəfə artıq olur. Bir çox hallarda doğuşdan sonra başlayan psixoz gələcəkdə inkişaf edərək ağır ruhi xəstəliyə – şizofreniyaya və ya bipolar affektiv pozuntulara çevrilir. Deməli, doğuş amili burada təkan rolunu oynayır.

Etiooloji amillər sırasına mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəlikləri, lokalizasiyası baş-beyinlə əlaqədar olan infeksiyon xəstəlikləri, o cümlədən, digər infeksiyon xəstəliklər də aid edilməlidir. Bəzi təd-

qıqatçılar doğuşdansonrakı psixozun endokrin pozuntularla əlaqədar olmasını qeyd edirlər. Məsələn, hamiləlik və doğuşla əlaqədar estrogenlərin, progesteronun miqdarının azalmasını, kortizol, serotonin, tireodin hormonunun miqdarının dəyişməsinə əsas amil kimi qiymətləndirirlər. Son illərdə aparılmış tədqiqatlar doğuşdansonrakı psixozun inkişafında bioloji amillərə daha çox üstünlük verilməsini tələb edir. Yuxarıda göstərilənlərlə yanaşı psixodinamiki nəzəriyyə tərəfdarları da sanballı dəlillər irəli sürürlər. Məsələn, qadın hər hansı bir səbəbə görə hamilə olmaq istəmərsə, bu, ona məcburən etdirilirsə, artıq konflikt üçün əsas yaranır. Ailə həyatından narazılıq zəminində baş verən doğuşdansonrakı psixozlar təqribən 20–25% təşkil edir. Ədəbiyyatda nadir hallarda olsa da bəzi ataların bu xəstəliyə tutulması təsadüfləri qeyd edilmişdir. Ailədə uşağın doğulması ata üçün arzuolunmazdırsa və ya ciddi iqtisadi çətinliklərlə qarşılaşma varsa atanın xəstələnməsi baş verə bilər.

**K l i n i k   g e d i ş .** Psixozun ilkin əlamətləri doğuşdansonrakı günlərdə (3–5-ci günlərdən etibarən) başlayır. Xəstə səbəbsiz narahatlıq keçirir, əhvali-ruhiyyəsi pisləşir, özünü yorğun, təqətsiz hiss edir. Göstərilən əlamətlər başağrı, yuxu pozuntuları, fəbiyalarla müşayiət edilir. Bir qədər sonra xəstə sayıqlama fikirləri, cəfəng ifadələrlə zəngin dolaşq cümlələr işlədir. Uşağının qeyri-normal və ya ağır xəstəliklə doğulduğunu israr edir. Bu fikirlərə əsaslanaraq xəstə uşağı əmizdirməkdən, ona qulluq etməkdən imtina edir. Uşağa xəsarət yetirmək fikri ananı tərk etmir. Ətrafındakıların cəhdinə baxmayaraq, zahı qadını fikrindən döndərmək, ona uşağın sağlam, normal olmasını sübut etmək mümkün olmur. Bir sıra hallarda xəstə qəti olaraq bildirir ki, o, ümumiyyətlə, ana deyil, heç ərə də getməyib, uşaq isə kiminsə tərəfindən atılıb və onu məcburi xəstə, eybəcər uşağın anası etmək istəyirlər.

Ən təhlükəli əlamətlərdən biri də eşitmə hallüsinasiyalarının olmasıdır. İmperativ xarakterli belə hallüsinasiyalar xəstəni tezliklə uşağı məhv etməyə səsləyir. Xəstəliyin gedişini və proqnozunu müəyyən edən əsas göstəricilər yalnız psixopatoloji əlamətlərlə şərtlənmir. Bu baxımdan xəstəlikönu dövrün əhəmiyyəti xüsusi qeyd olunmalıdır. İrsiyyəti sağlam olan, hamiləliyə qədər sağlam həyat sürən adamlar üçün xəstəliyin tezliklə sağlması başlıca amil kimi qiymətləndirilməlidir.

**D i f e r e n s i a l   d i a q n o s t i k a,** adətən, çətinlik törətmir. Doğuşdan sonra bir ay müddətində əvvəllər tam sağlam olmuş qadının yuxarıda göstərilən əlamətlərlə psixotik hala düşməsi diaqnozu təsdiq et-

məyə imkan verir. Lakin bəzi hallarda bu diaqnoz təsdiq olunmur. Məsələn, xəstə hamiləlik dövründə və ya doğuşdansonrakı ilk günlərdə qəbul etdiyi bəzi dərman preparatlarının (antihipertenziv maddələr, pentazotsin və s.) təsiri ilə əlaqədar psixotik vəziyyət yarana bilər. Endokrin pozuntular nəticəsində (*Kuşinq sindromu*) depressiya sindromunun rast gəlinməsi, toksemiya, bəzi infeksiyaların psixotik vəziyyət yaratması da tez-tez təsadüf edilir. Nəhayət, zahı qadınların 50–60%-də rast gəlinən doğuşdansonrakı nevroitik-depressiv vəziyyəti də nəzərdən qaçırtmamalıyıq. Yorgunluq, qıcığa qarşı həssaslıq, təşviş, həyəcan kimi əlamətlərlə müşayiət edilən belə vəziyyət bir həftədən artıq çəkmir və bir çox hallarda müalicəsiz ötüb keçir. Belə halları DSP kimi qiymətləndirmək olmaz.

**M ü a l i c ə.** Doğuşdansonrakı psixozun müalicəsinə mümkün qədər tez başlamaq lazımdır. Müalicə taktikası iki əsas sindromu: depressiyanı və xəstənin körpəsinə və özünə qarşı olan aqressiv hərəkətlərini aradan qaldırmağa yönəlməlidir. Maniakal məzmunlu pozuntulara qarşı antipsixotik maddələrdən (tizersin, aminazin, qaloperidol, etaperazin və i. a.) və litium preparatlarından istifadə edilir. Dərman maddələrini təyin edərkən körpənin ana südü ilə qidalanması məsələsi də həll edilməlidir. Ananı uşaqdan uzun müddət təcrid etmək məsləhət görülmür. Lakin xəstə ananın hər an aqressiv hərəkətlərə əl atması ehtimalı nəzərdən qaçırılmamalıdır. Statistik məlumatlara görə 10% hallarda ananın öz körpəsinə və ya özünü öldürməsi mümkündür. Psixoterapevtik təsir vasitələrindən geniş istifadə edilməlidir. Lakin buna xəstəliyin kəskin mərhələsi səngidikdən sonra başlanılmalıdır. Bəzən uşağın atasının və digər yaxınlarının iştirakı ilə aparılan psixoterapiya səmərəli nəticələr verir. DSP-un vaxtında və düzgün aparılan müalicəsi əksər hallarda müvəffəqiyyətlə nəticələnir.

## XVII FƏSİL

### İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRLƏ ƏLAQƏDAR YARANAN PSİXİ POZUNTULAR

Müxtəlif infeksiyaların təsiri nəticəsində meydana çıxan və psixi pozuntu əlamətləri ilə şərtlənən bu qrup xəstəliklərə *infeksiyon psixozları* da deyilir. Psixi pozuntular forması və ağırlıq dərəcəsi – infeksiyanın növü, lokalizasiyası, orqanizmin reaktivliyi və digər amillərlə əlaqədardır. Bir sıra somatik xəstəliklər (pnevmoniya, tonzillit, qrip və s.), yüksək hərarət, bəzi psixi pozuntular verə bilər.

Kəskin psixotik hallar beyin hüceyrələrində üzvi dəyişikliklər törətmirsə, xəstəlik psixi qüsurlardan keçib gedə bilər. Infeksiyalarla əlaqədar meydana çıxan bu növ psixi pozuntulara *simptomatik psixozları* deyilir. Psixoz əlamətlərinin şiddətindən asılı olmayaraq belə hallarda proqredientlik qeyd olunmur. Bir sıra hallarda, məsələn, ensefalitlərdə, infeksiya bilavasitə beyin hüceyrələrini zədələdiyi üçün geridönməz üzvi beyin əlamətləri meydana çıxır. Proqredient gedişə malik, xronik psixozlar sırasına aid edilən beyin sifilisi və proqressiv iflic orqanik dəyişikliklərlə nəticələnir. Qızılca, skarlatina, səpgili və qarın yatalağı zamanı müşahidə edilən psixoz halları daha kəskin gedişi ilə fərqlənir. Bu psixozları bəzən intoksikasion və travmatik psixozlardan ayırmaq çətin olur. Etiologiyası müxtəlif olan bu psixozların klinik oxşarlığı, eyni tipli psixoz əlamətləri ilə təzahür etməsi 1910-cu ildə alman alimi Benqoffərə «ekzogen tipli psixi reaksiyalar» konsepsiyasını irəli sürməyə imkan verdi.

İnfeksiyalarla əlaqədar meydana çıxan bütün psixozları «infeksiyon psixozlar» qrupuna aid etmək düz olmazdı. Bəzən tamamilə başqa etioloji amillərlə malik psixi xəstəlik, məhz infeksiyaların təsiri nəticəsində başlayır və ya kəskinləşir.

Şizofreniya və affektiv pozuntularda belə hallara tez-tez rast gəlinir. Bu zaman infeksiyanın rolu əsas xəstəliyin meydana çıxmasını sürətləndirən amil kimi qiymətləndirilməlidir.

İnfeksiyon psixozların meydana çıxması üçün bir sıra amillərin zəruriliyinin – irsiyyətin, orqanizmin, ilk növbədə, sinir sisteminin həssaslığının, yaşın, immun sistemin əhəmiyyətini xüsusi qeyd etmək lazımdır.



## **Kəskin infeksiyon psixozlar**

Bu qrupa aid olan psixozlar bu və ya digər infeksiyanın törətdiyi spesifik əlamətlər fonunda cərəyan edir. Psixotik əlamətlərin təzahür etməsi temperaturun ən yüksək olduğu dövrdə və ya normaya endiyi anda ola bilər. Bir çox hallarda psixi pozuntuların meydana çıxmasından əvvəl kəskin başağrıları, ümumi əzginlik, düşüncənin keyləşməsi və ya xarici qıcıqlara qarşı həssaslığın güclənməsi, yuxunun pozulması qeyd edilir. Bu kimi əlamətlərin ardınca psixozun başlıca sindromları, müxtəlif dərinliyə malik düşüncə pozuntuları, deliriy, amensiya, çaşqınlıq, sayıqlama və hallüsinasiyalar meydana çıxır. Əksər hallarda mühitə bələdlilik kobud pozulduğu halda özünə bələdlilik saxlanılır. Hərəkətlərin fəallaşması, ümumi narahatlıq fonunda görmə və eşitmə hallüsinasiyaları, nitqin qırıqlığı tez-tez rast gəlinən əlamətlərdəndir. Bəzi paraydeliyalar, illüziyalar da təsadüf edir. Belə ki, divarda asılmış xalçanın naxışları, yaxud xəstənin diqqətini cəlb edən digər rəsmlər və cizgilər fonunda əcaib obrazlar, fantastik səhnələr, vəhşi heyvanların silueti qavranılır. Qorxulu məzmunlu illüзор və hallüsinator pozuntular xarakter əlamətlərdən sayılır. Hallüsinator sayıqlama sindromunun meydana çıxmasında müxtəlif orqanlarda yaranan ağrıların rolu qeyd olunmalıdır. *P n e v m o n i y a* zamanı köks qəfəsinin aşağı hissələrində zərbvari ağrılar müşahidə edilir. Bu zaman xəstələr ağciyərlərin parçalandığını, bədənlərinin hissələrə ayrıldığını söyləyirlər.

*Q r i p və y a t a l a q xəstəlikləri* zamanı meydana çıxan psixozlarda xəstə müxtəlif orqanlarının və ya bədən hissələrinin «ikiləşdiyini» deyir. Məsələn, «iki başı», «iki ağzı», «dörd əli və dörd ayağı» olduğunu söyləyir.

Ağır keçən psixozlarda düşüncənin kəskin pozulması, deliriy, amentiv hal, narahatlıq və qorxu əlamətləri ilə yanaşı epilepsiyayabənzər cəngolmələrə də təsadüf edilir, cəngolmə tutması bəzən bir neçə saat davam edir. Bəzən meningial oyanmalar zamanı düşüncə bir o qədər də pozulmur, sorğu zamanı özünü böyütmə və ya müflisləşmə sayıqlamaları aşkar edilir. Görmə, eşitmə hallüsinasiyaları, adətən, bir neçə gün davam edir.

Amentiv düşüncə pozuntuları ilə gedən psixozlarda bu əlamətlər daha uzun müddət davam edə bilər. Xəstələr çox narahat və somatik cəhətcə ağır olduqları üçün ünsiyyət yaratmaq qeyri-mümkün olur. Nitqin qırıqlığı, sözlərin anlaşılmazlığı qeyd edilir. Xəstələr yataqdan qalxır, harasa qaçmaq, sanki kiməsə «hücum etmək» istəyir, lakin belə narahatlıq çarpayı ətrafında qalır. Xəstə tezliklə taqətini itirir, fəallığı enir, ümumi zəiflik gətdikcə güclənir. Bəzən xəstə ətrafdakı adamları «düşmənləri» kimi

qavrayır, onlardan qorxur və ya əksinə onlara qarşı aqressiv olur. Əhvali-ruhiyyənin tez-tez dəyişməsi: qorxu, həyəcan, qəzəb və nifrət kimi əlamətlər bir-birini əvəz edir. Bir sıra hallarda katatonik əlamətlər: neqativizm, stereotip hərəkətlər, ifadələr, axşam saatlarında ümumi halın pisləşməsi müşahidə olunur. Ümumiyyətlə, amentiv sindrom psixozun ağır gedişini və müddətinin daha uzun olacağını göstərən əlamət kimi qiymətləndirilməlidir. Psixoz halı qurtardıqdan sonra belə xəstələrdə tam amneziya qeyd olunur. Delirioz sindromla gedən psixozlarda isə xəstə keçirdiyi halın bəzi epizodlarını yadında saxlayır – hissəvi amneziya olur.

Əksər hallarda kəskin infeksiyon psixozlar sağalma ilə nəticələnir. Lakin xeyli davam edən asteniya əlamətlərinin qarşısını almaq mümkün olmur. Bu, bütün orqanizmin, ilk növbədə, sinir sisteminin zəifləməsi ilə əlaqədardır. Psixoz müddətində xəstə arıqlayır, yuxusu pozulur, əhvalı pisləşir, abuliya əlamətləri meydana çıxır. Cüzi fiziki iş və zehni fəaliyyət onları tez yorur, təqətsiz edir. Bu zaman qıcığa qarşı həssaslıq yüksəlir, aralıq başağrıları, fikir dağınıqlığı, yaddaş və diqqətin zəifliyi qeyd olunur. Bəzən daha ciddi əlamətlər: amnestik sindrom, yuxu pozuntusu meydana çıxır. Lakin bütün hallarda proqnoz yaxşı olur. Xəstənin halı gec-tez tamamilə normaya düşür.

## **Neyroinfeksiyalarla əlaqədar psixi pozuntular**

**Kəskin irinli meningit.** Xəstəlik meningokokk, streptokokk, stafilokokk, pnevmokokk və başqa infeksiyalar tərəfindən törədilir. Əksər hallarda yatalaq, sepsis, irinli otit, qızılıy və digər xəstəliklərin ağırlaşması kimi meydana çıxır. Temperatur qısa müddət ərzində yüksək həddə çatır, kəskin beyin əlamətləri qeyd olunur. Başlıca ümumi əlamətlərdən kəskin əzabverici başağrıları, qida qəbulu ilə əlaqədar olmayan ürəkbulanma, qusma, hissiyyatın yüksəlməsi – hipersteziya qeyd olunur. Xarakter nevroloji əlamətlərdən isə ənsə-boyun əzələlərinin gərginləşməsini – rixidliyini, Kering simptomunu, ptoz, görmə qabiliyyətinin zəifləməsini, qu-laclardakı küyü qeyd etmək lazımdır. Uşaqlarda bu əlamətlərlə yanaşı epilepsiyabənzər cəngolma tutmaları da baş verir. Tək-tək hallarda parəz və iflic əlamətləri təsadüf edə bilər.

Beyin qışası ilə yanaşı beyin maddəsinin də prosesə cəlb olunması əlamətlərin daha da ağırlaşmasına səbəb olur.

Psixi əlamətlərin şiddəti infeksiyanın növü və gedişinin ağırlığı ilə əlaqədardır. İrinli meningit zamanı psixopatoloji əlamətlər daha sürətlə baş verir. Düşüncənin keyləşməsindən koma vəziyyətinədək inkişaf edən

sindromlar fonunda çaşqınlıq, narahatlıq, işıqdanqorxma kimi əlamətlər, bir neçə gün sonra hallüsinator – sayıqlama əlamətləri, nitqin qırıqlığı, apatiya halı inkişaf edir.

**D i a q n o s t i k ə h ə m i y y ə t** kəsb edən obyektiv əlamətlərdən kəllədaxili təzyiq, müsbət qlobulin reaksiyası, polinuklear hüceyrələrin çoxalması, qanda və haram ilik mayesinde zülal, albumin-qlobulin əmsali və şəkər çoxalır.

İrinli meningit xəstəliyində ölüm faizinin yüksək olmasına baxmayaraq vaxtında görülmüş tədbirlər nəticəsində bir çox xəstələri xilas etmək mümkündür. Lakin xəstələrin əksəriyyətində bəzi qalıq əlamətləri: əqli zəiflik, karlıq, hemiparezlər, cəngolma tutmaları qeyd olunur.

Müalicə əsas xəstəliyin aradan qaldırılmasına yönəldilməli, antibiotiklərlə, vaxtında lumbal punksiya etməklə aparılmalıdır.

**S e r o z m e n i n g i t** yuxarıda göstərilən infeksiyaların təsiri nəticəsində meydana çıxır. Nevroloji və psixotik əlamətlərin inkişafı və klinik təsviri irinli meningitdə olduğu kimidir. Lakin bir qədər süst və daha uzun müddət davam edir.

Haram ilik mayesinin artması ilə yanaşı, orada olan limfositlərin sayının çoxalması diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Xəstələr sağaldıqdan sonra araxnoidit, hidrosefaliya, görmənin pisləşməsi kimi qalıq əlamətləri təzahür edə bilər. Müalicə məqsədilə antibiotiklərdən, haram iliyi mayesinin punksiya vasitəsilə buraxılmasından, rentgenoterapiyadan istifadə olunur.

**Ensefalitlər.** Ensefalitlər beyin toxumasını zədələyən neyrotrop viruslar tərəfindən törədilir. Digər neyroinfeksiyalardan fərqli olaraq ensefalitlər zamanı spesifik və ümumi reaksiyalar deyil, infeksiyanın təbiətindən və hansı nəhiyəni zədələməsindən asılı olan əlamətlər meydana çıxır.

**E k o n o m e p i d e m i k e n s e f a l i t i .** 1917-ci ildə təsvir edilmiş bu xəstəlik hazırda, demək olar ki, təsadüf edilmir və tarixi əhəmiyyət kəsb edən xəstəlik kimi nəzərdən keçirilir. 1915–1920-ci illərdə bu xəstəliyin bir sıra ölkələri, o cümlədən, keçmiş SSRİ-ni əhatə edən pandemiyası olmuşdur. Son illərdə bəzi ölkələrin ayrı-ayrı regionlarında ekonom epidemik ensefalitin infeksiya mənbələrinin qeydə alınmasını da nəzərə almaq lazımdır.

Xəstəlik süzülən viruslar tərəfindən törədilir. Hava-damcı yolu ilə yoluxmaq mümkündür. Xəstəliyin xarakter cəhətlərindən biri, bir-iki həftə davam edən prodromal dövrün olmasıdır. Həmin dövrdə başağrı, ümumi zəiflik, dalgavarı temperaturun qalxıb-enməsi müşahidə edilir. Nevroloji əlamətlərdən göz almalarının hərəkətinin (diplopiya), akomodasiya, kon-

vergensiyanın pozulması, ptoz əlaməti, üz əzələlərinin parezi, müxtəlif hiperkinezlərin qeyd olunmasıdır. Ən xarakter əlamətlərdən biri də yuxuculluq – laterkiya əlamətidir. Ədəbiyyatda tez-tez təsadüf olunan «l a - t e r k i k - e n s e f a l i t» adı da buradan götürülmüşdür. Xəstələr gecə və gündüz şəraitdən asılı olmayaraq, harada gəldi yuxulayırlar. Hətta yeməyə belə onları zorla qaldırmaq mümkün olur. Tək-tək hallarda deliriyoz tipli düşüncə pozuntusu və hiperkinezlər də rast gəlinir.

Xəstələrin özünəməxsus, spesifik xarici görkəmi – donuqluq, maskavarı, ifadəsiz sifətləri diaqnozu asanlaşdırır. Onlar özlərini süst, key kimi aparır, ağır, kiçik addımlarla, dizlərini bükmədən yeriyirlər. Qolları sanki hərəkət etmir və ya qeyri-münasib vəziyyətdə sallanmış olur. Bəzən uzun müddət bir yerdə oturaraq və yaxud ayaq üstə donub qalırlar. Tipik əlamətlərdən biri «dişli çarx» fenomenidir (passiv hərəkət zamanı əzələlərin gərginləşməsi və pillə-pillə açılması). Nitqləri ləng, monoton və emosional cəhətdən sönük olur. Bəzən sözlərin arasında uzun fasilə verməklə danışırlar. Bir sıra hallarda isə eyni sözü və ya cümləni bir neçə dəfə təkrar edirlər.

Laborator tədqiqatı zamanı haram ilik mayesində şəkərin, zülalın, plazmatik hüceyrələrin artmasını və limfositoz aşkar etmək mümkündür.

Psixi pozuntulardan ən başlıcası sinir hüceyrələrində gedən ləngimənin güclənməsi ilə əlaqədar ümumi fəallığın və psixi fəaliyyətin bütün formalarının yavaşmasıdır. Bu növ ləngimə daha çox yaddaş, diqqət və affektiv sferada özünü büruzə verir. Təfəkkür prosesinin xeyli yavaşmasına baxmayaraq ağıl zəifliyi əlamətləri qeyd olunmur. Belə ki, bilik ehtiyatları heç də azalmır, lakin xəstə az danışır, suallara ləng cavab verir. Bəzən uzun müddət davam edən qeyri-normal hallar: ağlama, gülmə, yersiz hərəkətlər qeyd olunur. Daha ciddi psixi pozuntulardan hallüsinasiyalar və sayıqlamalardır. Sayıqlama fikirləri, əsasən izləmə, təsir, münasibət məzmunlu olub sanki xəstəni o qədər də narahat etmir. M. O. Qureviçin (1949) fikrincə başlıca psixi əlamətlərdən biri psixosensor pozuntuların olmasıdır. Xəstə ətrafdakı əşyaları formaca dəyişmiş, başqa rəngdə qavrayır. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində rast gəlinən bu pozuntular uzun müddət davam etmir.

Xəstələri narahat edən əlamətlərdən biri də, vestibulyar aparatda olan pozuntulardır. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə xasiyyət pozuntuları: təlxəkvarı, gülünc hərəkətlər, seksual hissin güclənməsi kimi əlamətlər təzahür edir. Əqli qabiliyyətin norma çərçivəsində olmasına baxmayaraq belə uşaqlar ədəb qaydalarını pozmağa, avaraçılığa, cəfəng hərəkətlər etməyə meyil göstərilir.

X r o n i k   g e d i ş   ə   m a l i k   e n s e f a l i t   xəstəliyi xarici

amillərin və ya əlavə xəstəliklərin təsiri nəticəsində ağırlaşsa bilər. Belə olduqda xəstələrin halı dəyişir, qısa müddət ərzində arıqlayır və tələf olurlar. Son illərdə müalicənin təkmilləşməsi hesabına ölüm faizi xeyli azalmış və proqnoz yaxşılaşmışdır.

Sayıqlama fikirləri, hallüsinasiyalarla və digər psixotik əlamətlərlə gədən ensefalitləri şizofreniyadan təcrid etmək heç də asan olmur. Belə hallarda şizofreniya üçün xarakterik olan əlamətlərin: autizm, təfəkkürün parçalanması, neqativizm, emosiyaların enməsi və s. strukturuna və dinamika-sına diqqət yetirmək lazımdır.

Yeniyyətlərdə rast gəlinən psixopatabənzər əlamətlər, monoton və sarıxan tipli hərəkətlər diaqnozu çətinləşdirə bilər. Beynin digər xəstəliklərdən (meningit, kəllənin travmatik xəstəlikləri, şişlər), epidemik ensefaliti fərqləndirən cəhətlərdən biri də kəskin mərhələnin və üzvi nevroloji əlamətlərin, ekstrapiramid və vegetativ pozuntuların olmamasıdır.

Müalicə antibiotiklərin, dezintoksikasion preparatların (hemodez, qlükoza, vitamin «C», poliqlükon və s.) tətbiqi ilə aparılır. Xronik gedişdə parkinson əleyhinə maddələrdən: tsikladol, romparkin, L-dofa və s. uzun müddət istifadə edilməlidir.

**Gənə ensefaliti.** Rusiyanın Sibir regionunda yaz-yay aylarında təsadüf edilən bu ensefalitə Uzaq Şərq, Tayqa, rus ensefaliti də deyilir. Xəstəliyin törədicisi tərkibində RNT olan virusdur. Yoluxma gənələr vasitəsilə, transmissiv yolla mümkündür. Gizli dövrü 7–21 gün və bəzən daha çox ola bilər. Xəstəlik yüksək temperaturla (40°C) davam edir. Ümumi əlamətlər başağrı, qusma, ətraflarda ağrılardır. Bəzi hallarda Kojevnikov tipli epilepsiya tutmaları da ola bilər.

Xəstəliyin ilk günlərində psixonevroloji əlamətlər qeyd olunur. Birinci növbədə nəzərə çarpan müxtəlif ağırlığa malik düşüncə pozuntusudur (keyləşmə, sopor, koma). Bəzi hallarda udmanın, tənəffüsün pozulması diqqəti cəlb edir. Ağır keçən formalarda yüksək temperatur fonunda meningikal əlamətlər, qorxu ilə müşayiət olunan deliriyoz tipli düşüncə pozuntusu qeyd olunur. Xəstələr gözlərini özünəməxsus tərzdə bərəldərək donuq bir görkəm alır, göz qapaqlarını ara-sıra qırpır, sifətləri maskavarı, ifadəsiz görünür, nitqləri yavaşlayır, qolların, ayaqların müstəqil avtomatik hərəkətləri pozulur. Vegetativ sinir sisteminə məxsus pozuntulardan təvəzilərinin ifrazatının güclənməsi, gözlərin bulanması, sifətin parıldaması və bir sıra vazomotor əlamətləri göstərmək olar. Xarakter əlamətlərdən biri də bədənin müxtəlif nahiyələrində atrofik proseslərin baş verməsi və frunkulyozun meydana çıxmasıdır.

Uşaqlar bu xəstəliyə tutulduqda onların intellektual inkişafı dayanır, ümumi infantilizm əlamətləri təzahür edir. Xəstəliyin xronik gedişində

marazm mərhələsinədək çatan üzvi tipli ağıl zəifliyi baş verir və xəstələr bir qədər sonra tələf olurlar.

Gənə ensefalitində nəzərə çarpan ciddi patoloji-anatomik dəyişikliklər qeyd edilir. Beyin toxumasında iltihab, distrofik proses, mərkəzi sinir sisteminin bütün sahələrini əhatə edir. Buynuz nahiyyəsindəki hüceyrələr daha tez zədələnir və məhv olur.

Qanın laborator müayinəsi zamanı əvvəlcə leykopeniya, sonralar leykositoz, haram ilik mayesinin müayinəsində isə hüceyrə elementlərinin və zülalın artması (limfositar poliositoz – 0,1–0,2%) qeyd olunur. EEG və kompüter tomoqrafiyası zamanı xarakter dəyişikliklər aşkar edilir.

**Yapon ensefaliti.** Bu xəstəlik Yaponiyada, Koreyada, Rusiyanın Yaponiya ilə həmsərhəd rayonlarında rast gəlinir. Xəstəliyin törədicisi – virusların, quşların və donuzların orqanizmində yaşayır. Virusları insanlara yoluxdurən isə bəzi ağcaqanad növləridir. Virus insana yoluxdurulduqdan 5–14 gün sonra xəstəlik özünü büruzə verməyə başlayır.

Patoloji proses kəskin, temperaturun yüksəlməsi (39–41°C), delirioz tipli düşüncə pozuntusu, hərəkəti oyanmalar və meningial əlamətlərlə başlayır. Ətraf əzələləri gərginləşir, tənəffüs aktı sürətlənir. Görmə və eşitmə hallüsinasiyaları, sayıqlama fikirləri, nitqin qırıqlığı, depressiya tez-tez rast gəlinən əlamətlərdəndir. Nevroloji əlamətlərdən ətrafların parez və iflicini göstərmək olar. Ölüm 50%-ə çatır. Xronik gedişə malik formalar da iflic əlaməti və ağıl zəifliyi qeyd olunur.

*Patoloji-anatomik dəyişikliklərdən* beyin hiperemiyası, ödem, mikrohemorragiya əlamətləri meydana çıxır. Ağır keçən hallarda beyin damarlarında patoloji dəyişikliklər qeyd olunur. Yuxarıda göstərilən pozuntular talamus və hipotalamus, orta beyində, onun qışası və qabıqaltı törəmələrdə tapılır. Tək-tək hallarda isə uzunsov beyin hüceyrələrində də rast gəlinir.

**M ü a l i c ə** bütün hallarda səmərə vermir. Qan zərdabından, xüsusi hazırlanmış hiperimmun heyvani qan zərdabından, dezintoksikasion preparatlardan, kortikosteroidlərdən istifadə edilir. Xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq simptomatik müalicə tətbiq edilir.

**Beyin absesi** – irintörədici infeksiyaların kəllədaxilinə keçməsi nəticəsində meydana çıxır. Xəstəlik beyinə yaxın orqanlarda (qulaq, haymor boşluğu, sifət və s.) irinli infeksiyaların törətdiyi xəstəliklər zamanı inkişaf edir. Bəzən isə kəllənin mexaniki zədələnməsi nəticəsində meydana çıxır. Abses, əsas etibarilə, irinli infeksiyalara daha həssas olan ağ maddədə əmələ gəlir.

Xəstəliyin klinik təsviri və ağırlıq dərəcəsi prosesin harada yerləşməsindən və həcmindən asılıdır. Meningitlərdən və ensefalitlərdən fərqli

olaraq xəstəliyin başlanğıc mərhələsi kəskin olmur. Temperatur azacıq yüksəlir, uzun müddət davam edən başağrı, ümumi əzginlik, bəzən isə başgicəllənmə və ürəkbulanma diqqəti cəlb edir. Bəzi hallarda cəngolma əlamətləri ola bilər. Göz dibinin müayinəsi zamanı «durğun məməcik» əlaməti meydana çıxır. Psixi pozuntulardan fikir dağınıqlığı, yaddaşın zəifləməsi, ümumi fəallığın enməsi qeyd olunur. Bir qədər sonra prosesin dərinləşməsi ilə əlaqədar olaraq çəşqınlıq, süstlük, bəzən isə hallüsinasiyalar və deliriyoz tipli düşüncə pozuntuları aşkar edilir. Absesin beyin qışasına və mədəciklərinə yayılması nəticəsində proses daha da dərinləşir və əlamətlər kəskinləşir. Leykositoz, EÇS xeyli yüksəlir.

Müalicə cərrahi yolla aparılır.

### **Kəskin infeksiyalar zamanı rast gəlinən psixozların xüsusiyyətləri**

Qeyd edildiyi kimi, bir çox infeksiyon xəstəliklər psixi pozuntular törətmək qabiliyyətinə malikdir. Müxtəlif infeksiyon, toksik agentlərin beyin maddəsinə təsiri nəticəsində əksər hallarda oxşar əlamətlərin meydana çıxmasını inkar etmədən, eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, diqqətlə aparılan klinik təhlil müəyyən fərqləri aşkar etməyə imkan verir. Əvvəla, nəzərə alınmalıdır ki, son onilliklərdə infeksiyaların bəzi xüsusiyyətləri dəyişmişdir. Məsələn, əvvəllər kəskin gedişə malik olan və əksər hallarda ölümə nəticələnən vərəm meningiti, son illərdə süst gedişi ilə diqqəti cəlb edir.

İnfeksiyon psixozların meydana çıxması şəratini və klinik gedişinin xüsusiyyətlərini təhlil edərkən orqanizmin və mikroorqanizmin özünün, bir sıra xarici amillərin: ictimai, ekoloji, psixoloji, gigiyenik və s. təsiri nəticəsində dəyişə bilməsini də unutmamalıyıq. Dinamik xarakter daşıyan bu proseslərin qanunauyğunluqları daima nəzərə alınmalıdır.

**Q a r ı n y a t a l a ğ ı n ı n** bəzi hallarda psixoz əlamətləri verməsi tibbi ədəbiyyatda çoxdan məlumdur. Psixi pozuntular, adətən, temperaturun yüksək olduğu dövrdə və ya kollaps vəziyyətində təzahür edir. Deliriy halı, epilepsiyabənzər cəngolma tutmaları, psixomotor oyanıqlıq, düşüncənin aləqaranlıq pozulması kimi əlamətlər meydana çıxır. Bir sıra hallarda eyforiya fonunda sayıqlamalar, bunun ardınca isə ağır asteniya və ya amnestik sindrom baş verir.

**S ə p g i l i y a t a l a q** daha tez-tez psixi pozuntulara səbəb olur. Bu zaman maniakal vəziyyət, rəngarəng məzmunlu sayıqlama ideyaları, hallüsinasiyalar, illüziyalar (paraydeliya şəklində) diqqəti cəlb edir. Tem-

peraturun enməsi ilə bu əlamətlər tədricən çəkilir, lakin qalıq əlaməti kimi bəzi sayıqlama fikirləri, sonra isə amentiv sindrom qeyd olunur.

Uşaq infeksiyalarından *s k a r l a t i n a*, *q ı z ı l c a*, beyin toxumasının ocaqlı zədələnməsi nəticəsində ensefalitik sindrom, meningial əlamətlərlə yanaşı bəzi psixotik əlamətlərin də (nitq pozuntuları, sayıqlamaları) yaranmasına səbəb olur. Bu xəstəliklərin daha ağır formalarında uzunmüddətli psixi pozuntularla müşayiət olunan meninqoensefalitik əlamətlər, ən nəhayət korluq, iflic kimi ağırlaşmalar baş verə bilər. 4–5 yaşa qədər uşaqlar arasında inkişafdanqalma, nitqin, hərəkətlərin repressiyası mümkündür. Böyük yaşlı uşaqlarda isə ekstrapiramid pozuntu, hiperginezlər meydana çıxır, nitq qabiliyyəti çətinləşir.

*A ğ ı r k e ç ə n* angina, fleqmona, ağciyərlərin qanqrenası, doğuşdansonrakı sepsis və digər bu kimi xəstəliklər də psixi pozuntulara səbəb ola bilər. Bu zaman diqqəti cəlb edən əlamətlərdən müxtəlif düşüncə pozuntularını: keyləşmə, deliriy halı, düşüncənin keyləşməsi ilə nəticələnən psixomotor oyanmanı göstərə bilərik.

*Q r i p z a m a n ı* hərərətin yüksəldiyi və ya normaya endiyi anlarda bəzi psixi pozuntular müşahidə edilir. Daha tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən amentiv tipli düşüncə pozuntusunu, katatonik oyanma və ya stupor halını qeyd etmək olar. Bu əlamətlər depressiv-ipoxondriya sindromu ilə müşayiət edilən astenik vəziyyət zamanı meydana çıxır. Qripin ən ağır keçən formalarında beyin qabığının və maddəsinin zədələnməsi nəticəsində daha kobud əlamətlər müşahidə edilə bilər.

Azərbaycan ərazisində nisbətən geniş yayılan, iribuynuzlu heyvanların yeyinti məhsulları ilə yoluxdurduğu *b r u s e l y o z* xəstəliyiyi zamanı bəzi psixi pozuntulara rast gəlinir. Apatiya, münasibət sayıqlamaları, deliriyoz tipli düşüncə pozuntusu, çaşqınlıq və s. bu kimi əlamətlər daha tez-tez baş verir. Bəzi xəstələrdə əllərdə hissiyyatın azalması – hiposteziya, nitqin tormozlanması, absans halı, müxtəlif düşüncə pozuntuları qeyd olunur. Xarakterik cəhətlərdən biri də bu əlamətlərin qısa müddət ərzində keçib getməsidir.

*A ğ c i y ə r v ə r ə m i* zamanı rast gəlinən psixopatoloji əlamətlər özünün stabilliyi və davamlı olması ilə fərqlənir. Belə xəstələr daima yorğun, zəif olduqlarından, qıcığa qarşı həssaslıqdan, ağlamağa meyilli olmaqdan, əhvalın tez-tez dəyişməsindən şikayətlənirlər. Xəstəliyin ağır keçən formalarında əksinə, əsassız nikbinlik, eyforiya halı ola bilər. Təktək hallarda amentiv tipli ekzogen reaksiyalar, hallüsinasiyalar rast gəlinir. Göstərilən əlamətlər nevroloji simptomlarla eyni vaxtda təzahür edə bilər. Belə əlamətlərdən vətər reflekslərinin yüksəlməsini, bəzi vegetativ



pozuntuları, anizokariyanı göstərmək olar. Qeyd edilən əlamətlər vərəm infeksiyasının beyinə toksik təsirinin nəticəsi kimi qiymətləndirilməlidir.

Vərəm çöplərinin bilavasitə beyinə və ya onun qışasına təsiri nəticəsində *m e n i n g i t x ə s t ə l i y i* inkişaf edə bilər. Uşaqlar və yeniyetmələr vərəmli meningitə daha asan tutulurlar. Xəstəliyin prodromal dövrü bir həftədən 45 günədək ola bilər. Xəstəlik yüksək temperaturla (40°C-dək) başlayır, əzginlik, yorğunluq əlamətləri diqqəti cəlb edir. Temperaturun enməsi düşüncənin qısamüddətli pozulmasına və vestibulyar əlamətlərə səbəb olur. Uşaqlarda vərəmli meningitin bir sıra özünəməxsus xüsusiyyətləri vardır. Uşaq yataqda məcburi vəziyyətdə uzanır. Ayaqlar dizdən bükülərək qarına sığır, xəstənin sifəti dərin iztirab ifadə edir. Ara-sıra təkrar olunan öyümə, qusma, xəstəni bir an belə sakit buraxmayan baş ağrı, başgicəllənmə ümumi vəziyyəti daha da ağırlaşdırır. Xəstələrin yuxusu pozulur, işığa, səs-küyə qarşı çox həssas olurlar. Müxtəlif parez və iflic əlamətləri təzahür edir. Düşüncənin pozulması bəzən oneyroid və ya deliriy səviyyəsindəkə çata bilər. Belə hallarda məzmunca tez-tez dəyişən görmə hallüsinasiyaları, qorxu, narahat hərəkətlər diqqəti cəlb edir. Xəstənin düşüncəsinin daha ağır pozulması – koma vəziyyəti ölümə nəticələnir.

Əvvəllər bütün təsadüflərdə ölümə səbəb olan vərəmli meningit, hazırda antibiotiklərin və digər preparatların köməyi ilə yüksək faiz sağalma verir. Xəstəliyin sağalma ilə qurtaran təsadüflərində üzvü qalıq əlamətləri, o cümlədən, əqli qabiliyyətin inkişafdan qalması qeyd olunur. Vərəm infeksiyasının müalicəsində tətbiq olunan bəzi maddələrin (tsikloserin, tubazid, streptomisin) psixi pozuntulara səbəb ola bilməsi də unudulmamalıdır.

*R e v m a t i z m x ə s t ə l i y i n i n b ə z i g e d i ş f o r m a l a r ı n d a* ciddi psixoz əlamətlərinin inkişaf etməsi 1945-ci ildə təsvir edilmişdir. Bəzi tədqiqatçılar (Hervez, Chegon) «beyin revmatizmi» anlayışını irəli sürmüşlər. Bu xəstəlik zamanı meydana çıxan psixi pozuntular uzun müddət davam edən, süstgedişli revmatizm nəticəsində əmələ gəlir.

Bu zaman müşahidə olunan başlıca əlamətlərdən biri asteniyaadır. Kəskin psixoz halları çox az təsadüf edir və əsas xəstəliyin təkrar tutmaları ilə əlaqədar olur. D. S. Ozeretskovskinin müşahidəsi (1950) göstərmişdir ki, revmatizmin törətdiyi psixotik əlamətlər polimorf xarakterli olub aşağıdakı əlamətlə xarakterizə edilir: qısamüddətli düşüncə pozuntuları, alaqaranlıq, deliriyoz və ya oneyroid tipli pozuntularla əvəz edilə bilər. Qavrama pozuntularından eşitmə, qoxu və taktil hallüsinasiyalar ola bilər. Bir sıra hallarda katelepsiya, stupor qeyd olunur və bu vəziyyətin

asanlıqla psixomotor oyanmaya keçməsi mümkündür. Kəskin psixoz, adətən, yalnız bir dəfə təsadüf edilir və bir daha təkrar olunmur.

Tədqiqatçıların fikrincə revmatizm nəticəsində meydana çıxan psixoz qadınlar arasında daha geniş yayılmışdır. Xəstəliyin xronik getdiyi təsadüflərdə bəzən uzunmüddətli asteniya, arabit psixosensor və intellektual-mnestik pozuntular qeyd oluna bilər.

Xronik davam edən psixoz revmatizmin yaratdığı meninqo-ensefalitlə əlaqədardır. Adi ensefalitlərdən fərqli olaraq bu zaman beyin sütunu və qabıqaltı düyünlər zədələnmir. Göz almalarının hərəkətinin pozulması, parkinsonizm, nevroloji əlamətlər, o cümlədən, xoreya, epilepsiya tipli cəngolma totmaları da təsadüf edə bilər. Mənşəyi aydın olmayan müxtəlif psixoz əlamətləri zamanı poliartirit və ürəyin revmatoid tipli pozuntuları olarsa diaqnoz çətinlik törətmir.

**M a l y a r i y a p s i x o z u** hazırda olduqca az təsadüf edilir. Psixoz əlamətləri, hərarət yüksəldikdə başlıca olaraq delirioz və amektiv sindromlarla özünü büruzə verir. Əsas xəstəliyin ağır keçdiyi hallarda daha dərin düşüncə pozuntusu – koma vəziyyəti yarana bilər. Bu zaman qusma, Ceyn – Stok tipli tənəffüs qeyd olunur. Xəstəlik ensefalitlə ağırlaşdıqda epileptik cəngolmalar, xaotik hərəkətlər mümkündür. Malyariya psixozunun bir çox təsadüfləri *Korsakov amnestik sindromunun* meydana çıxması, şəxsiyyətin dəyişməsi və ağıl zəifliyi ilə nəticələnmə bilər. Lakin əksər hallarda yaddaşın zəifləməsi, tezyorulmaq, subdepressiya və ipoxondriya əlamətləri ilə müşayiət olunan asteniya baş verir.

Quduz heyvanların (əsasən, itlərin, canavarın və s.) dişləməsi nəticəsində viruslar vasitəsilə yoluxan **q u d u z l u q x ə s t ə l i y i** zamanı da psixoz hallarına rast gəlinir. Heyvanın dişlədiyi nahiyədən asılı olaraq xəstəliyin gizli dövrü 2–15 gün çəkə bilər (boyun, sifət, baş zədələndikdə patoloji hallar daha tez başlayır). Xəstəliyin başlıca əlamətlərindən biri qorxu hissinin (xüsusilə sudan qorxmanın) olmasıdır. Başağrıları, narahatlıq, parasteziyalar müşahidə olunur. Temperaturun yüksəlməsi ilə əlaqədar olaraq udmanın çətinləşməsi, spazmlar, boğulma, ağızda quru luq, daha sonra isə hallüsinasiyalar, sayıqlamalar meydana çıxar bilər. Nadir hallarda qəzəblənmə, özündənçixma kimi hallar da müşahidə olunur. Tədricən düşüncə pozulur, çəşmə, deliriy, cəngolmalar, iflic əlamətləri meydana çıxır. Vaxtında aparılmayan müalicə və profilaktika tədbirləri xəstənin ölümü ilə nəticələnmə bilər. Xəstəliyin qarşısını alan ən etibarlı tədbirlərdən biri vaxtında aparılan antirabik peyvəndlərdir.

İnfeksion psixozlar zamanı başlıca problemlərdən biri diferensial diaqnostikadır. Bu qrup psixozları, ilk növbədə, şizofreniya ilə müqayisə etmək lazımdır.

## **Müalicə**

Neyroinfeksiyalar zamanı meydana çıxan psixi pozuntuların müalicəsi əsas xəstəliyin etiologiyası və klinik xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla kompleks şəkildə aparılmalıdır. İlk növbədə, bu və ya başqa infeksiyon xəstəliyi törədən mikroorqanizmə və ya onun toksinlərinə qarşı tədbirlər aparılmalıdır. Orqanizmin immunoloji fəallığının gücləndirilməsinə xüsusi fikir verilməlidir. Nəhayət psixopatoloji əlamətlərə qarşı müalicə təyin edilməlidir. Antibiotiklər, antibakterial və virus əleyhinə preparatlar, hemoloji qammaqlobulinlər və qlükokortikoidlərdən geniş istifadə edilir. Eyni zamanda dezintoksikasion (hemodez, poliqlikon, qlükoza, fizioloji məhlul və s.), dehidrotasion (maqnezium-sulfat məhlulu, laziks) preparatları geniş tətbiq edilir. Bərpa dövründə nootropalar, ferment preparatları və vitaminlər təyin olunur.

## **Ekspertiza məsələləri**

İnfeksiyon psixozların kəskin dövründə, adətən, xəstələr anlaqsız olur və etdikləri cinayət xarakterli hərəkətlər üçün məsuliyyət daşıyırlar. Kəskin dövr keçib-getdikdən sonra müşahidə edilən əlamətlər ayrıca qiymətləndirilməlidir. Bir çox hallarda əmək fəaliyyəti məhdudlaşdırılmalı, xəstə yüngül iş keçirilməli və ya əməkdən tamamilə təcrid edilməlidir. Bu dövrdə cinayət etmiş şəxsin anlaqlı olub-olmaması, psixi pozuntunun və intellektual dəyişikliyin dərəcəsinə müvafiq olaraq fərdi qaydada həll edilir.

## **Sinir sisteminin sifilisi nəticəsində yaranan psixi xəstəliklər**

Son illərdə sifilisə tutulanların bir qədər artması ilə əlaqədar olaraq bu infeksiyanın törətdiyi psixi pozuntulara təsadüf edilməsi mümkündür. Sifilitik infeksiyanın, yəni solğun spiroxetaların törətdiyi psixi xəstəliklərə *beyin sifilisi və progressiv iflic* aiddir.

Baş-beyin damarlarının sifilisi xəstəliyin II və III mərhələsində başağrıları, başgicəllənmə, yaddaşı və intellektin enməsi, kövrəklik kimi serebral əlamətlərlə özünü büruzə verir. Xəstəliyin klinikası və gediş xüsusiyyətləri, hansı damarların (böyük magistral, kiçik kapilyar) zədələnməsindən asılıdır. Bir sıra hallarda insult əlamətləri və patoloji prosesin lokalizasiyası ilə əlaqədar parezlər, ifliclər, afaziya, aqnoziyalar meydana çıxır. Nevroloji müayinə zamanı daha kobud üzvi əlamətlər aşkar edilir.

Seroloji müayinə isə əksinə diqqəti cəlb etmir, hətta norma çərçivəsində qala bilər. İnsult ya ölümlə, ya da dərin ağıl zəifliyi verməklə nəticələnir. Bəzi hallarda epileptik cəngolmamalar (generalizəolunmuş və ya Cekson tipli) müşahidə olunur. Bu zaman dalbadal baş verən cəngolmalar ölümlə nəticələnir. Patoloji-anatomik tədqiqatlar tutmaların kiçik damarların endoartiriti nəticəsində meydana çıxdığını sübut etmişdir.

Xəstəliyin klinikasında bəzi psixotik halların inkişafı, məsələn, hallüsinasiyalar, sayıqlama fikirləri: münasibət, təsir, təqib, zəhərləmə və s. mümkündür. Hallüsinasiyalar məzmun etibarilə hədələyici, imperitiv olur. Bəzən psixi oyanma, çaşqınlıq kimi əlamətlər də meydana çıxır.

S e r o l o j i m ü a y i n ə l ər həmişə obyektiv vəziyyəti əks etdirə bilmir.

Beyin damarlarının zədələnməsi nəticəsində meydana çıxan pozuntulardan biri də s i f i l i t i k p s e v d o i f l i c d i r . Bu xəstəlik əksər hallarda insultdan sonra və zəif əlamətlərlə inkişaf edir. Belə xəstələr sərsəm, əqli qabiliyyətləri və yaddaşları pozulmuş olur. Öz xəstəliklərinə qarşı tənqidi münasibətləri olmur, özlərini bir qədər şən və qayğısız aparırlar. Ağır keçən formalarda tək-tək cəngolma tutmaları ola bilər. Bu əlamət parez, iflic, yerişin, yazı qabiliyyətinin, nitqin pozulması ilə müşayiət edilir. Sifilitik psevdoflic inkişaf edərsə çaşma, sayıqlama və hallüsinasiyalar da meydana çıxır. Yaddaşın pozuntusu Korsakov sindromu ilə nəticələnir.

Sifilis xəstəliyinin III mərhələsində bəzən sifilitik qummalar inkişaf edə bilər. Bu patologiyanın klinik təsviri qummaların həcmindən və lokalizasiyasından asılıdır. Bir qummanın olması rentgenoloji müayinədə həmçinin, kompyuter tamoqrafiyası zamanı şişi xatırlada bilər. Qummalar zamanı kəllədaxili təzyiqin artması, halsızlıq, süstlük, yuxuculluq, əhvalın enməsi, ətraf mühitə qarşı laqeydlik qeyd olunur. Xəstələr başağrıdan, görmə qabiliyyətinin pisləşməsindən şikayətlənirlər. Nevroloji müayinə zamanı bir sıra xarakter üzvi əlamətlər, o cümlədən, göz dibinə məxsus dəyişikliklər aşkar olunur. Üzvi psixi sindromların inkişafı insult, epileptik cəngolmalar da verə bilər. Dəqiq diaqnostik məlumat əldə etmək məqsədilə seroloji müayinələrdən – Vasserman, Lanqe reaksiyalarından istifadə edilir.

A n a d a n g ə l m ə s i f i l i s zamanı təsadüf edilən pozuntuların başlıca əlamətləri fiziki və psixi qüsurların olmasıdır. Ana bətnində dölün sifilisə yoluxması bütün orqanlarda, o cümlədən, mərkəzi sinir sistemində ağır patoloji halların inkişafına səbəb olur. Belə uşaqlar artıq ciddi çatışmazlıqlarla doğulur. İlk çağlardan iflic və parez, cəngolma tutmaları müşahidə olunur. Sifilisə yoluxmuş uşağın xarici görkəmində və bəzi

orqanlarında xarakter qüsurlar diqqəti cəlb edir. Yəhərvarı burun, dişlərdə aypara formalı kəsiklər, başın, sifətin, ümumiyyətlə, bütün bədən qüsurlu, displastik olması diqqəti cəlb edir. Çox vaxt görmə siniri zədələnilir. Seraloji tədqiqatlar həmişə dəqiq məlumat vermir.

**B e l q u r u m a s ı ( t a b e s d o r s a l i s )** zamanı meydana çıxan psixi pozuntulara nisbətən az rast gəlinir. Belə hallarda təsadüf edilən əlamətlərdən depressiya, həyəcan və ipoxondrik şikayətləri qeyd etmək olar. Bir qədər sonra görmə qabiliyyətinin itməsi, yerişin və yuxunun pozulması, təqətsizlik, kövrəklik, emosiyaların enməsi kimi əlamətlər diqqəti cəlb edir.

**M ü a l i c ə.** Beyin sifilisi zamanı müalicə tədbirləri mümkün qədər tez başlanmalı, kompleks şəkildə və müntəzəm aparılmalıdır. Müalicə prosesində yod preparatları (kalium yodidi, bismut) və bioxinoldan istifadə olunur. Yaşlı xəstələrə bismut ehtiyatla təyin edilməlidir. Hazırda pensillin (kurs müalicəsi 12 milyon vahiddən az olmayaraq), ekmonovosillin və digər antibiotiklər geniş işlədilir. Pirogen müalicə üsulundan, vitaminoterapiyadan, biostimulyatorlardan, ümumi möhkəmləndirici preparatlardan istifadə edilməlidir. Böyrəyin fəaliyyətinə nəzarət etmək şərti ilə ciyə preparatları da tətbiq edilə bilər.

**P r o q n o z** – xəstənin yaşından, patoloji prosesin mərhələsindən və müalicənin nə vaxt başlanmasından asılıdır. Vaxtında edilən keyfiyyətli müalicə prosesin dayanmasına və xəstəliyin müalicə olunmasına təminat verə bilər. Xəstənin əmək fəaliyyətinə qayıtması az hallarda mümkündür.

Xəstənin *məhkəmə-psixiatriyası* cəhətcə qiymətləndirilməsi prosesin dərinliyindən, psixi pozuntuların dərəcəsindən və aparılan müalicənin nəticəsindən asılı olaraq müəyyən edilir.

## **Proqressiv iflic**

Sifilis infeksiyasının beyin hüceyrələrini zədələməsi nəticəsində meydana çıxan proqressiv iflic mərkəzi sinir sisteminin ciddi pozuntularına, ağıl zəifliyi və şəxsiyyətin tənəzzülünə səbəb olan xəstəlikdir. Bu ilk dəfə 1822-ci ildə Fransa psixiatri Beyl tərəfindən təsvir edilmişdir. Əksər müəlliflərin fikrincə sifilisə tutulanların təqribən 4–5%-ində proqressiv iflic baş verir. Hazırda xəstəliyin klassik variantlarına olduqca az rast gəlinir. Tək-tək hallarda müşahidə olunan proqressiv iflic xəstəliyi daha çox atipik formalarda, başlıca olaraq proqressiv artan ağıl zəifliyi əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Əvvəllər daha geniş yayılmış, parlaq əlamətlərlə diqqəti cəlb edən ekspansiv maniakal forma indi, demək olar ki, rast gəlinmir. Xəstəliyin meydana çıxmasında həm irsi, yəm də ekzogen zərərli

amillərə – alkoqolizm, kəllənin travması, somatik xəstəliklər və s.-yə əhəmiyyət verilir. Lakin bu amillərin bütün təsadüflərdə aparıcı rol oynaması təsdiq edilməmişdir.

Xəstəlik, adətən, 30–50 yaşlarda (bəzən bir qədər gec) təsadüf edilir. Yoluxmadan 8–15 il sonra meydana çıxmağa başlayır. Xəstəliyin davam etmə müddəti 3–5 ildir. Başlanğıc dövrdə yorğunluq, təqətsizlik, qıcığa qarşı dözümsüzlük, əmək qabiliyyətinin enməsi, yaddaşın zəifləməsi və şəxsiyyətin disharmoniyası kimi əlamətlər diqqəti cəlb edir. Bir qədər sonra xəstəliyin ən əsas sindromu, tədricən artan total ağıl zəifliyi – *p a - r a l i t i k a ğ ı l z ə i f l i y i* inkişaf etməyə başlayır. Digər əlamətlərdən əhvali-ruhiyyənin tez-tez dəyişməsini, affektiv reaksiyaları, sayıqlama ideyalarını göstərmək olar. Bu əlamətlərin getdikcə artan ağıl zəifliyi fonunda təzahür etməsi, onları digər psixozlarda rast gəlinən həmin əlamətlərdən həm forma, həm də məzmun etibarilə fərqləndirir. Məsələn, sayıqlama ideyaları cəfəng, fantastik, meqolomonik məzmunu ilə diqqəti cəlb edir. Proqressiv iflic xəstəliyinə tutulan xəstə rastlaşdığı hər adama yaxınlaşaraq deyirdi: «Mənim uzaq planetlərdə malikanələrim var. Padşah olanda tikdirmişəm. İndi orada mənim sevimli arvadlarım və uşaqlarım yaşayırlar».

Ağıl zəifliyi bilavasitə beyin qabığının zədələnməsi və patoloji-anatomik dəyişikliklərin əmələ gəlməsi ilə əlaqədardır.

Xəstəliyin ilk mərhələlərindən belə şəxslər utancaqlıq hissini itirdiklərindən danışdıqlarında və davranışlarında etik qaydalara sığışmayan lüzumsuz, bəzən isə biabırçı hərəkətlərə yol verirlər. Məsələn, həmişə abır-həyasını gözləyən tərbiyəli qadın bədənini çılpalaşdırmaqdan, seksual məzmunlu kobud ifadələr işlətməkdən çəkinmir, utancaqlıq hissini sanki itirir. Belə xəstələrin eyni zamanda yaddaşları, intellektual qabiliyyətləri, əmək vərdisləri də pozulur. Ali təhsilli mühasib işləmiş şəxs 15-dən 4-ü çıxma bilmir, uşaqlarının adlarını düz deyə bilmir. Belə xəstələrə nəzarət edilmədikdə onlardan istənilən cəfəng hərəkətlər (yanğın törətmək, kranı açıb evi su ilə doldurmaq, yeməyə duz əvəzinə potaş, yuyucu tozlar qatmaq və s.) gözləmək olar. Bəzi xəstələrdə özünəməxsus yüngül düşüncə pozuntusu qeyd olunur. Düşüncənin keyləşməsinə bənzəyən belə hal bir növ sərxoş adamları xatırladır. Xəstə məqsədsiz hərəkətlər edir, yersiz gülümsəyir və s.

Şəxsiyyətin enməsi get-gedə güclənərək marazm dərəcəsinədək inkişaf edir. Özünü-tənqidin itməsi nəticəsində xəstələr heç nəyin fərqiə varmır, kobud ifadələr işlədir, nalayiq jestlər edir, böyük-küçük, qadın-kişi anlayışı onlar üçün əhəmiyyətini itirir. Bir sıra hallarda xəstələrin əhvalı pozulur, qəzəbli görkəm alır. Lakin bir qədər sonra bu qəzəb kövrəkliklə,

göz yaşları və ya gülüşlə əvəz olunur. Bu xəstəlik üçün bir sıra meyil pozuntularının olması xarakterikdir. Əks cinsə qarşı yüksək seksual maraq göstərmək, miqdarına, keyfiyyətinə əhəmiyyət vermədən hər nə gəldi yemək və bu kimi digər əlamətlər tez-tez rast gəlinir.

Psixotik əlamətlərdən hallüsinasiyalar nisbətən az təsadüf edilir, görmə və eşitmə formasında olur. Spesifik məzmunu ilə fərqlənən sayıqlama fikirləri isə daha tez-tez müşahidə edilir. Xəstələr özlərini dahi adamlara bənzədir, həddindən artıq dövlətli, güclü, elmlı olduqlarını israr edirlər. Bəzən xəstələr ən qiymətli əşyalarını ona-buna paylayır və ya bütün pullarını lazımsız şeylər almağa sərf edirlər. Depressiya halı keçirən xəstələrin sayıqlama fikirləri ümitsiz ifadələrlə zəngin olur. Məsələn, ağır fəlakət üz verəcəyini, bütün qohumlarının məhv olacağını və ya güclü zəlzələ nəticəsində hamının qırılacağını söyləyirlər. Bəzən xəstəliyin klinik mənzərəsi şizofreniyanı xatırladır, katatonik əlamətlər, psixomotor oyanma, qorxu kimi əlamətlər meydana çıxır.

Qeyd olunan psixopatoloji hallar orqanizmin bütün sistem və funksiyalarını əhatə edən somatik pozuntularla birlikdə cərəyan edir. Xəstəliyin erkən dövrlərində hərəkətlərin dəqiqliyinin pozulması diqqəti cəlb edir. Xəstələr sanki hər şeydən çəkinir, koordinasiya pozulur, cəsarətsiz, tənbəl görünürlər. Əl barmaqlarında, üz əzələlərində, dildə, göz qapaqlarında titrəmələr, dartılmalar nəzərə çarpır. Saqqız çeynəməni xatırladan, dişləri biri-birinə sürtmə hərəkətləri edirlər. Xarakter əlamətlərdən biri də yazı qabiliyyətinin, xəttin dəyişməsidir. Yazı səliqəsiz, əyri-üyrü və səhvlərlə dolu olur. Nitq qabiliyyəti də tez bir zamanda pozulur, mürəkkəb sözlərin tələffüzü çətinləşir. Bir qədər sonra hətta mümkün olmur, xəstə fasilələrlə danışır, sanki sözləri unudur, onları söyləmə formasını bilmir, səsi titrəməyə başlayır və s.

*Diagnostic* əhəmiyyət kəsb edən əlamətlərdən biri bəbəklərin konvergensiya və akkomodasiya qabiliyyəti saxlanıldığı halda işığa reaksiyasının itməsidir (*Arvil Robertson simptomu*). Bəbəklərin dairəvi forması dəyişir. Onlar qeyri-bərabər (anizokariya), dairəvi hamarlığı pozulmuş olur, normadan kiçik (mioz) və ya böyük (midriaz) görünür. Gözün hərəkəti siniri bütün hallarda, görmə siniri isə bəzən patologiyaya uğrayır. Əksər hallarda digər beyin sinirləri də zədələnir və nəticədə ptoz, mimiki əzələlərin parezi, assimetriyası müşahidə edilə bilər. Ətraf əzələlərin gücdən düşməsi, vətər reflekslərinin qeyri-bərabərliyi, bəzən isə sönməsi və ya güclənməsi qeyd olunur. Ağır keçən formalarda sfinktorların zəifləməsi nəticəsində defekasiya və sidikburaxma əlamətləri təsadüf edilir.

Proqressiv iflic xəstəliyində cəngolma tutmaları da ola bilər. İnsult

əlamətləri, bədənin müxtəlif nahiyyələrində hissiyyatın azalması (hipalgeziya), trofik yaralar, sümüklərin kövrəkləşməsi nəticəsində tez-tez sınması, tüklərin tökülməsi, ətrafların sianozu kimi əlamətlər də təsadüf edir. Ciddi somatik ağırlaşmalardan skelet əzələlərinin getdikcə güclənən parəzi, iflic əlamətləri, aortanın zədələnməsidir.

Diagnozun dəqiqləşdirilməsində laborator müayinələrdən istifadə edilməlidir. Xəstəliyin bütün mərhələlərində həm qanda, həm də haram ilik mayesində Vasserman reaksiyası müsbət olur. Bu reaksiyanın düzgünlüyünə şübhə olduqda immunoflüeressensiya (İFR) və solğun treponomun immoblizasiyası reaksiyasından (STİR) istifadə edilə bilər. Bütün qlobulin reaksiyaları (Nonne Apelt, Pandi, Veyxbrod) müsbət nəticə verdiyini nəzərə alaraq onlardan istifadə edilə bilər. Xəstəliyin şiddətli dövründə haram ilik mayesində limfositoz, qanda ümumi zülalın miqdarı iki dəfə çox, albumin-qlobulin əmsalı qlobulinlərin hesabına artır. Haram ilik mayesinin Lanqe reaksiyası xarakter əyriyə malik olur.

**G e d i ş i v ə k l i n i k f o r m a l a r ı .** Xəstəliyin başlanğıc və latent dövrlərində, əsasən başağrı, başgicəllənmə kimi əlamətlər qeyd olunur. Bu da başqa xəstəliklərdən şübhələnməyə əsas verir. Xəstəliyin inkişafında üç mərhələni izləmək mümkündür: 1) başlanğıc mərhələ; 2) tam inkişaf mərhələsi; 3) paralitik marazm və ya cismani tənəzzül mərhələsi.

**B a ş l a n ğ ı c m ə r h ə l ə d ə** (I mər.), qeyd edildiyi kimi, nevroloji əlamətlər üstünlük təşkil edir. Psixi pozuntu əlamətlərindən yaddaşın pozulması, tez-tez səhvetmə və öz səhvini düzəldə bilməmək diqqəti cəlb edir. Bu mərhələdə getdikcə artan şəxsiyyətin enməsi sindromu nəzərə çarpır. Xəstələrdə çox yemək (qarınqululuq), erotik meyillər, özünə tənqidin azalması kimi əlamətlər inkişaf etməyə başlayır. Hələ əmək qabiliyyətini itirməyən belə şəxslər öz işlərində tez-tez səhvə yol verir, onlara irad tutan adamlara etinasız yanaşırlar. Hər şeyi tez unudurlar. Lakin bir qədər sonra işin öhdəsindən gələ bilmirlər, tez-tez kobud və cəfəng səhvlərə yol verdiklərindən, yalançı vədlər vermək, lazımsız işlərə vaxt sərf etmək, iş yoldaşlarına, müdiriyyətə qarşı kobud münasibət və s. səbəblərdən işdən kənar olunmaq məcburiyyəti qarşısında qalırlar. Nevroloji müayinə, bəbək reaksiyası, hissiyyatın azalması və s. mühüm diaqnostik məlumatlar əldə etməyə imkan verir.

**T a m i n k i ş a f m ə r h ə l ə s i n d ə** (II mər.) ağıl zəifliyi, yaddaşın kobud dərəcədə pozulması, özünü tənqidin tamamilə itməsi kimi əlamətlər meydana çıxır.

**P a r a l i t i k m a r a z m v ə y a c i s m a n i t ə n ə z z ü l m ə r h ə l ə s i n d ə** (III mər.) artıq ən kobud əlamətlər, ətraf əzələləri



getdikcə güclənən parez və iflicə uğraması, şəxsiyyətin tənəzzülü – mərazm əlamətlərinin gündən-günə artması diqqəti cəlb edir. Xəstələr köməksiz bir görkəm alaraq çox vaxt yataqdan qalxa bilmirlər. Tədricən yataq yaraları, kontrakturalar meydana çıxır. Xəstəliyin davamətmə müddəti 2–3 ildən artıq olmur. Xəstələr orqanizmin ümumi halsızlığı fonunda insult və ya hər hansı bir somatik ağırlaşma nəticəsində tələf olurlar.

Müalicə tədbirləri və qulluq nəticəsində yarana bilən remissiya xəstəliyin ilkin iki mərhələsində mümkündür. Belə hallarda nevroloji əlamətlər və seroloji dəyişikliklər bərpa olunmur.

Xəstəliyin klinik formalara bölünməsi əsas sindroma görə aparılır. Lakin bunların praktik əhəmiyyəti azdır, formaların biri-birinə keçməsi mümkündür.

1) Ekspansiv və ya klassik forma – əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi fonunda cəfəng məzmunlu özünüböyütmə sayıqlamaları ilə diqqəti cəlb edir. Özünütənqid itir. XIX əsrdə və XX əsrin əvvəllərində geniş yayılmış bu forma son vaxtlar olduqca az təsadüf edilir.

2) Eyforik forma – 20-30% hallarda meydana çıxır. Bu formada konfabulyator – özünüböyütmə sayıqlamaları, mənəvi kövrəklik və ağıl zəifliyi qeyd edilir.

3) Sadə demensiya forması – ən çox rast gəlinən (40–60%) formalardandır. Tezliklə şəxsiyyətin tam tənəzzülünə gətirib çıxaran, sürətlə inkişaf edən ağıl zəifliyi əlamətləri ilə xarakterizə edilir. Süst gedişə malik bu formada emosional oyanmalar və sayıqlama ideyaları olmur.

4) Depressiv forma nadir hallarda təsadüf edir. Xəstələr süst, əhvali-ruhiyyələri aşağı olur. Xəstəlik özünütəqsirləndirmə, təqib, ipoxondriya sayıqlamaları ilə cərəyan edir. Kotar sindromunun olması xarakterikdir. Xəstələr daxili orqanlarının yoxluğunu və ya çürüməsini, canı olduqlarını söyləyir, «Bəşəriyyətin məhv olmasında» özlərini təqsirləndirirlər. Bəzən özünə sui-qəsd hərəkətləri edə bilirlər.

5) Sirkulyar forma az rast gəlinir, depressiya və maniakal halların biri-birini əvəz etməsi ilə cərəyan edir. İlk dəfə S. S. Korsakov və A. N. Berşteyn təsvir etmişdir.

6) Sayıqlama və hallusinator sayıqlama forması da nisbətən az (20–30%) hallarda rast gəlinir. Bu formanın başlıca xüsusiyyəti müxtəlif sayıqlamalarla yanaşı, eşitmə hallüsinasiyalarının və katatonik əlamətlərin (oyanma, stupor) olmasıdır.

7) Bel quruması (taboiflic) forması proqressiv iflic üçün xas olan ağıl zəifliyi ilə yanaşı spesifik nevroloji əlamətlərlə fərqlənir. Bu zaman dizəşil refleksləri alınmır. Görmə sinirinin atrofiyası və trofik pozuntular olmur.

Göstərilən bu əsas formalarla yanaşı bir sıra atipik formalar da mövcuddur. Bunlardan ajitəli və təcridən inkişaf edən ocaqlı formanı, xüsusi uşaq (6–12 yaşlarda təsadüf edən), gənclik (18–20 yaşlarda) və digər formaları göstərmək olar.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o z u.** Proqressiv iflicin diaqnostikası anamnezə, xəstəliyin klinik mənzərəsinə, spesifik nevroloji əlamətlərə və laborator müayinələrinə əsaslanır. Xəstəliyin sonrakı mərhələlərində diaqnoz heç də çətinlik törətmir. Başlanğıc dövrdə isə xəstəliyi, əsasən sifilis nəticəsində meydana çıxan astenik sindromla (*sifilitik asteniya*) diferensiasiya etmək zəruriyyəti yaranır.

İlkin mərhələdə prosesin şiddətlənməsi nəticəsində xəstəliyin klinik təsviri meningiti, meninqoensefaliti xatırlada bilər. Lakin bir qədər sonra proqressiv iflicə xas olan qlobal ağıl zəifliyi və digər spesifik psixi və nevroloji əlamətlər təzahür etməyə başlayır. Xəstələrin sifətinin maskavarı olması, nitqin, hərəkətlərin pozulması, pərez və iflic əlamətləri diaqnozu asanlaşdırır. Bəzən xəstəliyin gedişi affektiv pozuntunu xatırlada bilər. Belə hallarda nəzərə almaq lazımdır ki, proqressiv iflic zamanı təsadüf edən maniakal və ya depressiv əlamətlər digər daha kobud əlamətlərlə, məsələn, ağıl zəifliyi, yaddaşın pozulması, cəfəngiyyat məzmunlu sayıqlamalar üzvi pozuntularla yanaşı təsadüf edir. Daima artan bu əlamətlər psixikanın dərin pozuntuları ilə nəticələnir. Bir sıra hallarda xəstəliyin gedişi şizofreniyanı, epilepsiyanı xatırlada bilər. Seroloji tədqiqatlar şübhələri aydınlaşdırır və diaqnozun dəqiqləşdirilməsinə kömək edir.

Beyin şişləri zamanı proqressiv iflici xatırladan pozuntular: ətraflarda iflic, haram ilik mayesində müsbət zülal reaksiyası, leykositlərin artması və s. əlamətlər ola bilər. Göz dibinin müayinəsi zamanı «durğun məməcik» simptomunun olması, kəllədaxili təzyiqin artması beyin şişindən şübhələnməyə imkan verir. Ağır kəllə travmalarının uzaq nəticələri bəzən proqressiv iflicin klinikasına bənzəyən əlamətlərlə təzahür edə bilər. Belə hallarda bəbək əlamətləri və seroloji tədqiqatlar tezliklə diaqnozu dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Məlum olduğu kimi, ağıl yaşlarda rast gəlinən beyin damarlarının ateroskleroza zamanı şəxsiyyətin tənəzzülü, ağıl zəifliyi əlamətləri olur. Bu həmin xəstəliyi proqressiv iflicə bənzədə bilər. Lakin diqqətlə yanaşdıqda ateroskleroza məxsus bir sıra xarakter əlamətlərin: emosional kövrəklik, ağlamağa meyillik, bəzən də qəzəblənmə hallarının olması tez bir zamanda diaqnozu dəqiqləşdirməyə imkan verir. Bir sıra xronik zəhərlənmələrdə (alkoqolla, qurğuşunla, yuxugətirici maddələrlə və s.), uremiyalarda proqressiv iflici xatırladan əlamətlər təsadüf edə bilər. Belə hallar-

## **QİÇS ilə əlaqədar psixi pozuntular**

- Emosional pozuntular
- Psixonevroloji pozuntular
- Ağırlaşmalar (beyin şişi)
- Demensiya
- İntihara meyillik problemi
- Psixoloji yardım və etika məsələləri

da dəqiq anamnez, nevroloji və laborator müayinələrinin diqqətlə araşdırılması diaqnozu dəqiqləşdirməyə kömək edir.

**P a t o l o j i - a n a t o m i k d ə y i ş i k l i k l ə r.** Proqressiv iflic xəstəliyi beynin bir sıra xarakterik anatomik-histoloji dəyişiklikləri ilə səciyyələnir. Böyük beyin yarımkürələrinin qabığı atrofiyaya uğrayır, beyin maddəsi azalır (sanki əriyir), mədəciklər genişlənir. Mikroskopik tədqiqat zamanı beynin yumşaq qişasında və kiçik damarlarında iltihabi proseslərin izləri, infiltrasiya və maddələr mübadiləsinin çöküntü məhsulları aşkar olunur. Neyroqliyada qlioz liflər, çubuğabənzər, amyöbəbənzər hüceyrələr inkişaf edir. Amyöbvəri hüceyrələr insultda olduğundan fərqli olaraq boz və ağ maddələrin sərhədində deyil, ancaq qliya hüceyrələrinin toplandığı nahiyyələrdə meydana çıxır. Bundan əlavə sinir hüceyrələrinin ətrafında solğun treponomu aşkar etmək mümkündür. Beynin yumşaq qişası tutqun, qalınlaşmış və beyin maddəsi ilə bitişmiş olur. Göstərilən bu əlamətlər beyin qabığının arxitektonikasını dəyişir və ona xarakter bir görkəm verir. Beyin səthində və aşağı qatlarda hiperemiya və nöqtəvari qansızmalar qeyd olunur. Proqressiv iflic zamanı xarakter patoloji-anatomik dəyişikliklərdən biri də aortanın ateromatozudur.

**M ü a l i c ə.** Qeyd edildiyi kimi, son on illiklər ərzində siflisin müvəffəqiyyətli müalicəsi nəticəsində proqressiv iflic kəskin surətdə azalmışdır. Əvvəllər proqressiv iflici malyariya peyvəndləri ilə müalicə edilirdilər. Bu üsul 1917-ci ildə Vyana psixiatri Vaqer Yaureq tərəfindən təklif edilmişdir. Elə həmin dövrlərdə digər infeksiyalarla: yatalaq və pirogen üsullarla, sulfazin, pirogenal, arı zəhəri və s. müalicə formaları da kəşf edildi. Hazırda siflis infeksiyasına qarşı bu üsullar tətbiq edilmir, tarixi əhəmiyyəti olan fakt kimi maraqlıdır.

XX əsrin 40-cı illərindən başlayaraq proqressiv iflicin müalicəsində pensillindən istifadə olunur. Bu antibiotikin tətbiqi nəticəsində 40–80% hallarda prosesi dayandırmaq, remissiya əldə etmək mümkündür. Pensil-

lin hər kursu 12–20 mln. vahid, 1–2 aylıq fasilələrlə 6–8 dəfə təkrarlanmalıdır. Pensillinə qarşı həssaslıq yüksək olarsa, onu eritromisinlə və ya digər antibiotiklərlə əvəz etmək olar. Eyni zamanda yod və bismut preparatlarından, bioxinol, bismoveroldan da istifadə olunur.

Müasir müalicə üsulları progressiv iflicdən ölənlərin sayını xeyli azaltmışdır. Lakin bir sıra üzvi əlamətləri aradan qaldırmaq mümkün olmur və yaxud da uzunmüddətli müalicə və reabilitasiya tədbirləri tələb edir. Müalicənin səmərəliliyini göstərən əlamətlər yalnız klinik sindromlar deyil, laborator müayinə vasitəsilə də təsdiq olunmalıdır.

Xəstəliyin profilaktikası onun vaxtında aşkar edilməsi ilə yanaşı sifilis infeksiyasından qorunmağa, əhali arasında sanitariya-maarifi işinin gücləndirilməsinə yönəlməlidir.

## **Ekspertiza məsələləri**

Bu xəstəlik zamanı əmək qabiliyyətinin enməsi və ya tamamilə itməsi mümkündür. Bütün təsadüflərdə xəstəyə fərdi yanaşmaqla bu məsələni həll etmək lazımdır. Xəstənin vəziyyətinin məhkəmə psixiatriyası cəhətcə qiymətləndirilməsi xəstəliyin gedişinin mərhələsindən, şəxsiyyətin dəyişməsi dərəcəsiindən asılı olaraq həll edilir. Ağıl zəifliyi fonunda təzahür edən sayıqlamalar zamanı xəstələr öz hərəkətlərinə nəzarət etmək qabiliyyətini itirirlər və anlaşıq sayılırlar.

## **Qazanılma immun çatışmazlığı sindromu – QİÇS ilə əlaqədar psixi pozuntular**

Güclü emosional reaksiyalara, psixonevroloji pozuntulara səbəb olan, bəzi müəlliflərin distress kimi təsvir etdikləri halları yaradan QİÇS ümumi təbabətlə yanaşı psixiatriyanın da probleminə çevrilmişdir. Bu mövzu haqqında müvafiq mənbələrdə kifayət qədər məlumatların olmasını nəzərə alaraq, yalnız QİÇS-lə əlaqədar meydana çıxan psixonevroloji problemlərdən bəhs ediləcəkdir. Bir çox tədqiqatçıların müşahidələrinə əsasən deyə bilərik ki, immun çatışmazlığı olan şəxslərin bir çoxu uzun müddət tam normal həyat sürürlər. Belə şəxslər xüsusi müayinədən keçiblər-sə özlərini sağlam və qayğısız hiss edirlər.

Müayinə nəticəsində QİÇS virusunun tapılması əksər adamlarda həyəcan və güclü depressiya yaradır. Öz taleyi haqqında daima düşünməyə məcbur olan belə insanlar rahatlığını itirir, ətrafdakılarla ünsiyyətdən qor-



xur, ümitsizlik, təşviş bir an belə onları tərk etmir. Belə şəxsləri daha çox narahat edən çıxış yolunun olmaması və cəmiyyətdə öz mövqelərinin sarsılmasını hiss etmələridir. Bütün bunlar həmin şəxsin ciddi psixioloji gərginlik şəraitində yaşamasına səbəb olur.

QİÇS – inkişaf edərək fəal xəstəlik formasına keçməsi xəstələrin vəziyyətini daha da ağırlaşdırır. Kəskin və yarımkəskin ensefalit əlamətləri fonunda delirioz tipli düşüncə pozuntusu, kəllədaxili şişlərin yaranması və s. ilə kəskinləşir.

Əksər xəstələrdə təşviş, həyəcan əlamətləri ilə yanaşı başağrıları, cəngolma tutmaları, günbəgün artan ağıl zəifliyi və digər bu kimi hallar inkişaf etməyə başlayır. Bir çox hallarda nevroloji əlamətlər periferik sinir sistemini də əhatə edir. Sinir sisteminin bütün sahələrinə yayılan bu əlamətlər immun sistemində gedən kəskin pozuntularla əlaqədardır.

QİÇS haqqında əlavə məlumatlar toplayan pasiyentlər bütün vasitələrə əl atır, o cümlədən, intihar etməyə cəhd göstərirlər. Ətrafdakıların, ilk növbədə, ailə üzvlərinin, yoldaşlarının neqativ münasibətilə üzləşən şəxslər olduqca güclü mənəvi sarsıntı keçirirlər. Psixi və nevroloji əlamətlərin həcmi günbəgün artmağa başlayır, xəstələr qorxu və həyəcanla yanaşı obrazlı görmə-əşitmə hallusinasiyalarından da əziyyət çəkirlər. Hər an ölüm səhnələrini nəzərində canlandıran şəxslərin emosional vəziyyətini təsəvvür etmək heç də çətin deyil. Pasiyentin diqqətini daha çox cəlb edən onların kim tərəfindən yoluxdurulması və xəstəliyin sonunun nə vaxt çatması kimi ideyalardır. Öz yaxınlarını yoluxdura bilməsi fikri də ciddi problemlər yaradır. Xəstə həmin adamlarla necə rəftar etmək oriyentasiyasını itirir, dözülməz hisslər keçirir. Aktiv xəstəlik fazası yaşayan xəstələr tezliklə ağıl zəifliyi və digər ağırlaşmalar nəticəsində tələf olurlar.

Psixiatriya xidməti sahəsində çalışan işçilər belə xəstələrə yüksək həssaslıqla, humanist prinsiplərlə yanaşmaqla, imkanları daxilində olan bütün yardım formalarından istifadə etməlidirlər.

## XVIII FƏSİL

### **BAŞ-BEYİN TRAVMALARI NƏTİCƏSİNDƏ YARANAN PSİXİ POZUNTULAR**

Beynin travmatik xəstəlikləri kəllənin mexaniki zədələnməsi nəticəsində meydana çıxır və sinir-psixi funksiyaların pozuntuları ilə müşayiət olunur.

Beynin zədələnmələri qapalı və açıq olmaqla iki yerə bölünür. Daxilə işləyən kəllə-beyin zədələnmələri güllə, qəlpə, iti alətlərlə zərbə və s. beyin qabığının və maddəsinin tamlığının pozulması ilə yanaşı təsadüf edilə bilər. Beyin sütununun zədələnməsi dərhal ölümə nəticələnir. Daxilə işləyən yaralanmalar zamanı meningit, beyin absesi kimi ağırlaşmalar baş verə bilər. Kəllənin daxilə işləməyən yaralanmaları, beyin qışası mühafizə olunmaqla, onun xarici yumşaq toxumalarının və kəllə sümüklərinin zədələnmələri şəklində təsadüf edilir.

Qapalı beyin travmaları beyin silkələnməsi – kommosiyalar, əzilməsi – kontuziyalar və qarışıq formalara bölünür.

Kommosiyaları kontuziyalardan fərqləndirmək həmişə asan deyil, lakin unutmamalıyıq ki, kontuziyalar yaralanma nəhiyəsindən asılı olaraq bir sıra ümumi beyin əlamətləri ilə müşayiət edilir. Onlardan düşüncənin itməsi, qavrama qabiliyyətinin pozulması, hissəvi iflic, parakinezləri və s. qeyd etmək olar. Göstərilən əlamətlərin şiddəti, travmanın ağırlığından, lokalizasiyasından, müddətindən, ağırlaşmalardan və s. səbəblərdən asılıdır.

Beyin travmalarını başlanğıc, kəskin, gec və uzaq mərhələlərə bölmək qəbul olunmuşdur.

**B e y i n s i l k ə l ə n m ə s i** əksər hallarda düşüncənin itməsi ilə müşayiət edilir. Bəzən isə düşüncənin daha yüngül pozuntuları, keyləşməsi və sopor halları rast gəlinir. Düşüncənin pozulması əlamətləri bir neçə dəqiqədən bir neçə günə qədər davam edə bilər. Düşüncənin dərin pozuntusu zamanı xəstə hərəkətsiz vəziyyətdə olur. Sifəti avazıyır, sonra göyərir, bəbəklər genişlənir, işığa qarşı reaksiyası olmur. Hissiyyatın bütün növləri itir. Nəbz yavaşır, tənəffüs aktı pozulur, sfinktorlar boşalır.

Belə bir vəziyyət xəstənin həyatı üçün qorxulu mərhələ sayılmalıdır. Bu mərhələnin uzun müddət davam etməsi travmanın ağırlığını göstərir.

Xəstənin düşüncəsinin aydınlaşması ilə travmanın birinci mərhələsi qurtarır və ikinci kəskin mərhələ başlayır. Bu mərhələnin xarakter əlamətləri asteneya, süslük, yorğunluq, hərəkətlərin adinamiası, başda küt ağrılar və başgicəllənmə, vegetativ, vazomotor və vestibulyar pozuntuların olmasıdır. Göstərilənlərlə yanaşı bir sıra nevroloji əlamətlər də, məsələn, bəbəyin işığa qarşı reaksiyasının, konvergensiyanın zəifləməsi, işığa, səsə qarşı kəskin qıcıqlanma reaksiyaları, kəllədaxili təzyiqin artması müşahidə edilir. Tez-tez rast gəlinən psixi pozuntulardan yaddaşın, təfəkkürün və diqqətin zəifləməsi, affektiv fonun enməsinə göstərmək olar. Bu dövr 3 həftədən 8 həftəyədək davam edə bilər. Beyin silkələnməsinin gecikmiş və uzun müddət keçdikdən sonra rast gəlinən əlamətləri, adətən, yaşlı şəxslərdə hər hansı bir zərərli amillərlə: alkoqol intoksikasiyası, infeksiyalarla əlaqədar olaraq meydana çıxır.

**K o n t u z i y a   z a m a n ı** başlanğıc mərhələ beyin silkələnməsində olduğu kimi düşüncənin itməsi, qan dövrəni və tənəffüsün pozuntuları ilə cərəyan edir. Ümumi beyin əlamətlərinin üstünlük təşkil etməsinə baxmayaraq xəstənin nəhiyəsindən və həcmindən asılı olaraq erkən mərhələdə bir sıra lokal əlamətlər nəzərə çarpır. Hərəkəti pozuntular: iflic, bir və ikitərəfli parezilər, taktil hissiyyatın pozuntusu, görmə və eşitmə pozuntuları, meningial əlamətlər, ənsə və boyun əzələlərinin gərginliyi, Kerniq simptomu, ocaqlı qabıq pozuntuları, afaziya, apraksiya, aleksiya, yaddaş pozuntuları müşahidə oluna bilər.

Kəllə travmalarının ağır nəticələrinə, beyin maddəsinə və onun qışasına olan qansızmalar aiddir. Qansızmalar əksər hallarda kəllə sümüklərinin çatlaması və sınması zamanı baş verir. Bir sıra hallarda qansızmalar travmadan xeyli müddət keçdikdən sonra, hətta xəstənin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşdığı dövrdə meydana çıxır. Bu zaman xəstənin vəziyyətinin yenidən ağırlaşması: kəllənin müvafiq nəhiyələrində mərkəzləşən kəskin başağrıları, üşütmə, əsnəmə, düşüncənin keyləşməsi kimi əlamətlər qeyd olunur. Nəbz sürətlənir, arterial və kəllədaxili təzyiq artır, haram ilik mayesində qan aşkar edilir.

Kontuziyalar lokalizasiyasından asılı olaraq aşağıdakı əlamətlərlə diqqəti cəlb edir:

1) Alın əlamətləri: eyforiya, təlxəklik, apato-abulik sindrom, diqqətin, yaddaşın zəifləməsi, davranışın dəyişməsi, əsəbilik, tənqiddən enməsi. Alın payının arxa hissələri xədəyə məruz qalarsa motor afaziası, hərəkətlərin səlisliyinin pozulması kimi əlamətlər də qeyd olunur.

2) Aşağı gicgah və gicgah-ənsə əlamətləri: apraksiya, amnestik afazi-

ya, nitq qabiliyyətinin pozulması, aqrafiya, bədən quruluşunun və xarici mühitdə yerləşən əşyaların ölçüsünün və yerinin yanlış qavranılması – de-personalizasiya və derealizasiya.

3) Gicgah əlamətləri: eşitmə, dad və qoxu bilmənin pozulması – sensor afaziya. Epileptik cəngolma tutmaları da ola bilər.

4) Mərkəzi qırışlar əlaməti: müxtəlif parez və ifliclər. Yerli və ya generalizə olunmuş cəngolma tutmaları, dəri hissiyyətinin pozulması, düşüncənin əlaqədarlıq şəkildə pozulması.

5) Böyük yarımkürələrin yuxarı səthinin zədələnməsi əlamətləri: lokal alın-gicgah sindromları ilə yanaşı kobud ağıl zəifliyi.

6) Ənsə əlamətləri: əşyaların rənginin, ölçüsünün, quruluşunun, sayının və bir çox hallarda görmə qabiliyyətinin pozulması.

7) Beyinciynin zədələnməsi əlamətləri: müvazinətin, yerişin pozulması, sözlərin və nitqin təkrarlanması.

8) Qabıqaltı bazal və beyin sütunu əlamətləri: əsas etibarilə kəllə əsasının sınıqlarında rast gəlinir. Bu zaman parkinsonizm halları, qoxubilmənin, dadbilmənin pozulması, vestibulyar, vegetativ-damar sisteminə aid əlamətlər müşahidə olunur. Kontuziyalarda, bir qayda olaraq, kobud, nevroloji əlamətlər, o cümlədən, görmə sinirinə aid simptomlar qeyd olunur.

Kəskin mərhələdə travmatik psixozların inkişafı mümkündür. Travmanın müddəti uzaqlaşdıqca beyin əlamətləri tədricən bərpa olunmağa başlayır: qansızmalar və ödem sorulur, mərkəzi sinir sisteminin funksiyası bərpa olunur. Həmin dövrdə geridönməz çapıq əlamətləri də müşahidə oluna bilər ki, bu da epilepsiya tutmalarına səbəb olur. Ağır kəllə-beyin travmalarının uzaq nəticələri bir sıra rezidual (qalıq) əlamətləri verir ki, bunlardan travmatik ensefalopatiyanı, epilepsiyanı və kobud ağıl zəifliyini qeyd etmək olar. Xəstəliyin gedişini ağırlaşdıran amillər: infeksiya, alkoqolizm, təkrari travmalar və s. olarsa, göstərilən patoloji halların inkişafı daha da sürətlənir.

Müharibə dövrü rast gəlinən travmalara partlayış dalğasının təsiri nəticəsində meydana çıxan zədələnmələr də aiddir. Bu növ travmalar, əsasən qapalı olub beyin silkələnməsi və əzilməsi formasında olur. Çox güclü partlayış dalğasının zərbəsi nəticəsində düşüncə pozulur, boğazdan, burundan və qulaqlardan qanaxma baş verə bilər. Belə hallarda beyin sütunu, vegetativ-damar və vestibulyar əlamətlər də qeyd olunur. Düşüncə aydınlaşarkən psixi oyanma, neqativizm, başağrı, qulaqlarda küy, işığa və səsə qarşı həssaslığın artması kimi əlamətlər müşahidə edilir. Bir çox halda lal-karlıq da baş verir. Nitq bərpa olunduqdan sonra kəkələmə, duruxma kimi əlamətlər də mümkündür. Kəskin dövrdə ekstrapiramid pozuntu-

lar, cəngolma tutmaları ola bilər. Psixoz halları, adətən, ya olmur və ya stupor vəziyyəti şəklində təzahür edir, tez də keçib gedir.

Güllə və qəlpə yaralanmaları nəticəsində meydana çıxan travmalarda əvvəlcə ümumi beyin əlamətləri və şok, sonra isə yaralanma nəhiyəsindən asılı olaraq lokal əlamətlər meydana çıxır. Açıq travmalar zamanı beyin maddəsinin xaricə axması baş verə bilər. Belə hallarda infeksiya daxil olması imkanı artır, meningit, ensefalit, beyin absesi kimi ağırlaşmaların meydana çıxma qorxusu yaranır.

### **Kəskin dövr psixozları**

Kəllə travmaları zamanı psixi pozuntular müşahidə olunmasına baxmayaraq kəskin psixoz əlamətləri az hallarda təsadüf edilir. Bir sıra hallarda travma keçirən şəxsin düşüncəsi aydınlaşan kimi qavrama, təfəkkür, yaddaş və digər funksiyalara aid pozuntular meydana çıxır, xəstələr euforiya və ya disforiya halında olur, öz xəstəliklərinə qarşı tənqidi münasibət göstərmirlər. Qeyd olunan psixotik vəziyyət düşüncənin delirioz və ya alaqaranlıq pozuntusu fonunda cərəyan edir.

**Deliriy.** Əlavə zərərverici amillərin, ilk növbədə, alkoqolun təsiri nəticəsində meydana çıxır. Xəstələr özlərini narahat, çaşqın aparır, ətraf mühitə və vaxta qarşı bələdlik pozulur, müxtəlif məzmunlu görmə hallüsinasiyaları qeyd edilir. Eyni zamanda xəstələr qorxu və həyəcan keçirirlər. Bu əlamətlər axşam saatlarında daha da güclənir, gündüzlər isə xeyli azalır. Belə hal bir neçə gündən bir həftəyədək davam edir, əksər hallarda hissəvi amneziya və sağalma ilə nəticələnir.

**Düşüncənin alaqaranlıq vəziyyəti.** Başlanğıc mərhələdən bir qədər sonra meydana çıxır və adətən, bir sıra zərərli amillərin yorğunluq, yuxusuzluq, bəzi somatik xəstəliklərin olması ilə şərtlənir. Bəzi hallarda epileptik tipli oyanma, hallüsinasiyalar, sayıqlamalar, nitqin qırıqlığı, aqressiv hərəkətlər qeyd olunur. Ambulator avtomatizmi və ya alaqaranlıq düşüncə pozuntusu ilə müşayiət olunan stupor hal və bu kimi digər əlamətlərlə cərəyan edən psixoz da tez-tez təsadüf edilir. Lakin bütün bu hallar qısamüddətli olur.

**Amnestik – Korsakov sindromu** uzun müddət davam edən (2–3 ayadək) və ağır keçən postravmatik psixozlardandır. Travmadan bir neçə gün sonra inkişaf edir və düşüncə pozuntularının davamı kimi diqqəti cəlb edir. Bu psixozun ən başlıca cəhəti yadda saxlamanın kəskin pozulmasıdır. Ətrafda baş verən hadisələrin heç birini xəstə yadında saxlaya bilmir, özlərinə və mühitə bələdçilik pozulur. Şəxs nə vaxt xəstələnməsini, xəstəxanaya nə zaman gətirilməsini deyə bilmir, retroq-

rad amneziya qeyd olunur. Xəstə düzgün olmayan fantastik məzmunlu xatırlamalar (konfabulyasiya) söyləyir. Əhvali-ruhiyyəsi yüksəlmiş, yaxud da kövrəklik əlamətləri ilə xarakterizə olunur. Ağlamaq istəyir, mimikasında yazıqlıq ifadəsi yaranır. Bu sindromun Korsakov alkoqol psixozundan fərqi həmin psixoz üçün xarakterik olan fəallığın, şit zarafatlara meyilin olmamasıdır. Travma nəticəsində meydana çıxan amnestik sindrom zamanı əksinə xəstələr süst, əzgin, qıcığa qarşı çox həssas olurlar. Psixoz əksər təsadüflərdə sağalma ilə nəticələnir.

**P a r k i n s o n i z m v ə e p i l e p s i y a y a b ə n z ə r t u t m a l a r** müalicənin qüsurları və ya əlavə ağırlaşdırıcı amillərin olması ilə şərtlənən bir qədər gec, bir neçə həftə və ya aydan sonra baş verən postravmatik psixozlardan biridir. Travmatik parkinsonizm beyin sütununun və ekstrapiramid sistemin zədələnməsi nəticəsində yaranır. Xəstələrdə amimiya, rigidlik, ümumi tormozlanma, nitqin yavaşması və monotonluğu, göz almalarının hərəkətinin və konvergensiyanın pozulması kimi əlamətlər meydana çıxır. Eyni zamanda bir sıra psixi pozuntular: əhvalın enməsi, süstlük, fəallığın azalması və tənqiddin olmaması kimi əlamətlər də qeyd olunur.

**E p i l e p s i y a y a b ə n z ə r t u t m a l a r** kəllə-beyin travmalarının ağırlaşmalarından biri olub müxtəlif variantlarda təzahür edir, hiperkinezlər, xoreyabənzər hərəkətlərlə özünü büruzə verir. Bəzən belə tutmalar absans xarakterli olur. Epilepsiyabənzər tutmaların travmaların kəskin dövründə meydana çıxması proqnostik cəhətcə pis əlamətlərdəndir.

**K ə l l ə - b e y i n t r a v m a l a r ı n ı n b i r q ə d ə r u z a q d ö v r l ə r i n d ə r a s t g ə l i n ə n p s i x i d ə y i ş i k l i k -**

## **Baş-beyin travmalarına aid olan psixi pozuntular**

### ***Yaxın (kəskin) dövrün psixozları:***

- Deliriy sindromu
- Düşüncənin alaqaranlıq halı
- Amnestik Korsakov sindromu
- Parkinsonizm və epilepsiyabənzər tutmalar
- Uzaqlıq dövrü psixi pozuntuları:
- Uzvi psixosindrom və ya nevroitik sindrom
- Davranış (psixopatabənzər) pozuntuları
- Travmatik epilepsiya
- Travmatik ağıl zəifliyi
- Daha uzaq dövrlərdə təsadüf edən psixozlar

**l ə r** kəllə-beyin travmalarından 1–2 aydan bir ilə qədər keçən dövr ərzində bütün funksiyaların tədricən bərpası və xəstələrin tam sağlması baş verir. Əlbəttə, daha ağır hallarda sağalma yarımçıq və qeyri-sabit ola bilər. Bir il keçdikdən sonra müxtəlif qalıq əlamətləri qeyd olunarsa, belə hallarda kəllə-beyin travmalarının uzaq nəticələri barədə düşünmək lazımdır. Belə vəziyyətin yaranması travmanın lokalizasiyası və ağırlığından, şəxsin travmayaqədərki ümumi sağlamlığı və yaşından, həmçinin əlavə zərərli amillərdən: təkrar travmanın baş verməsi, alkoqolizm, infeksiya və s. asılıdır. Uzaq dövrlərdə rast gəlinən başlıca əlamətlərdən nevroitik pozuntular, başağrıları, başgicəllənmə, yorğunluq, yuxu pozuntusu, əhvalın tez-tez dəyişməsi və subyektiv nəzərə çarpan intellektual enməni göstərmək lazımdır.

**Ü z v i p s i x o s i n d r o m** tez-tez rast gəlinən başlıca əlamətlərdən biri olub psixi pozuntusu olmayan, sırf travma mənşəlidir. Travmatik asteniya daha çox rast gəlinən əlamətlərdən olub (60–65% hallarda) qıcığa qarşı həssaslıq, tezyorulma kimi əlamətlərlə özünü büruzə verir. Belə hallarda xəstə dözümsüz, hər şeydən narazı, heç nə üstə özündən çıxmaqla bir qədər yorğun və süst görünür. Güclü qıcıqlanma tutması peşmançılıq hissləri ilə qurtarır. Fiziki və psixi yorğunluq fonunda inciklik, narazılıq, patoloji həssaslıq, özünə qarşı inamsızlıq kimi əlamətlər diqqəti cəlb edir. Hiperesteziya, parasteziya, qan təzyiqinin, nəbzın qeyri-sabitliyi, əllərin tərləməsi daimi əlamətlərdəndir. Xəstələr huşsuzluqdan, yaddaşın pisləşməsindən, diqqətlərini toplaya bilməmələrindən, yuxu pozuntusundan, nəqliyyatda hərəkət edərkən narahat olmalarından şikayətlənirlər. Göstərilən əlamətlər atmosfer təzyiqindən, havanın rütubətindən və temperaturundan asılı olaraq dəyişə bilər. Bir sıra hallarda travmatik astenianın klinikasında əsas yeri apatiya, maraq və həvəsin zəifləməsi tutur.

**P s i x o p a t a b ə n z ə r p o z u n t u l a r** kəllə travmalarının ağır keçən uzaq nəticələrindən biridir. Buna şəxsiyyətin psixopatvari dəyişməsi ilə gedən travmatik-ensefalopatiya da deyilir. Bu zaman isteroid əlamətlər, ictimai təhlükəli əməllərə meyilin güclənməsi qeyd olunur. Bunlarla yanaşı asteniya əlamətləri sanki yox olur.

**T r a v m a t i k e p i l e p s i y a .** Travmatik ensefalopatiyanın bir forması kimi meydana çıxır. Ümumiyyətlə, qeyd etmək lazımdır ki, epilepsiyabənzər tutmalar travma ocağının qıcıqlanması, qansızma, qəlpə, çapıq və s. və ümumi beyin əlamətləri ilə, hipertenziya, ödəmlə əlaqədar olaraq açıq kəllə travmalarında hər zaman rast gəlinə bilər. Əksər hallarda isə tutmalar kəllənin açıq zədələnmələrində və kontuziyalar zamanı təsadüf olunur. Beyin qabığının zədələnməsi ilə əlaqədar olaraq aydın düşüncə fonunda Cekson tipli tutmalar da az təsadüf etmir. Bir çox

hallarda travmatik epilepsiyayabənzər tutmaları generalizə olunmuş həqiqi tutmalardan ayırmaq çətin olur. Bəzi hallarda cəngolmasız diensefal psixosensor pozuntular, bəzən isə düşüncənin əlaqədarlıq pozulması, disforiya kimi əlamətlər də qeyd olunur. Şəxsiyyətin dəyişməsi psixopatabənzər tipli olub dövrü xarakter daşıyır. Lakin, sırf epilepsiya tipli şəxsiyyət dəyişiklikləri, məsələn, qarayaxlıq, uzunçuluq və s. olmur.

Travmatik epilepsiya zamanı vegetativ damar, vestibulyar pozuntularla yanaşı tezyorulma, intellektual-təfəkkür qabiliyyətinin və şəxsiyyətin ümumi səviyyəsinin enməsi kimi əlamətlər də rast gəlinir.

**T r a v m a t i k   a ğ ı l   z ə i f l i y i** ağır kontuziyalar, kəllə əsasının sınıqları, beyin qabığının pozuntuları ilə müşayiət olunan açıq kəllə travmalarında (3–5%) təsadüf edilir. Bəzən uzun müddət davam edən travmatik psixozlar ağıl zəifliyinin inkişaf etməsi ilə nəticələnir. Kəllə-beyin travmaları beyin damarlarının zədlənməsi və ya alkoqolizmlə ağırlaşarsa, belə hallarda ağıl zəifliyi meydana çıxa bilər. Travmatik ağıl zəifliyi zamanı, əsasən lokal, tək-tək hallarda isə global əlamətlər qeyd olunur. Mnestic əlamətlər daha qabarıq formada nəzərə çarpır. Bundan əlavə ümumi əzginlik, apatiya, tələb və arzuların zəifləməsi, tormozlanmanın və qıcığa qarşı həssaslığın qısamüddətli güclənməsi əlamətləri də qeyd olunur.

### **Kəllə-beyin travmalarının uzaq dövrlərində təsadüf edilən psixi pozuntular**

Travmadan sonrakı dövrlərdə patoloji prosesin inkişafı üçün əlverişli şərait yaranarsa (psixogen, somatogen və s. amillərin olması) travmatikasteniyə, nevrozabənzər, psixopatabənzər hallar və parkinsonizm tədricən ağırlaşaraq, müxtəlif psixozlar səviyyəsinə çata bilər. Belə ağırlaşmaların inkişafı 10–12 ildən sonra, affektiv, hallüsinator, sayıqlama əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Affektiv psixozlar maniakal və depressiv tutmaların biri-birini əvəz etməsi ilə cərəyan edir. Qadınlar arasında daha tez-tez rast gəlinir. Maniakal sindromun meydana çıxmasından əvvəl qıcığa qarşı həssaslığın artması, emosional canlanma, disforiya əlamətləri qeyd olunur. Qısamüddətli düşüncə pozuntuları, cəngolmalar – epilepsiyayabənzər tutmalar və bu kimi digər hallar da müşahidə oluna bilər.

Depressiyalar bir sıra psixotik əlamətlərin: asteniya, əhvalın tsiklotomik dəyişməsi, ipoxondriya əlamətlərinin fonunda inkişaf edir. Tutmalar çox vaxt düşüncənin əlaqədarlıq və ya delirioz pozulması ilə şərtlənir. Depressiya tutmaları uzunmüddətli, «klišə» tipli olub ağıl zəifliyində də inkişaf edə bilən üzümlü əlamətlərlə qurtara bilər. Hallüsinator-sayıqlama



psixozları əksər hallarda kişilər arasında rast gəlinir, kəllənin orta və ağır travmalarından sonra inkişaf edir. Psixozdan əvvəl asteniya, apatiya, sub-depressiya, epilepsiyayabənzər paroksizmlər və ya generalizəolunmuş cəngolma tumaları meydana çıxır. Psixoz zamanı düşüncənin deliriyoz və ya əlaqaranlıq pozulması, verbal hallüsinasiyalar və sayıqlamalar aşkar edilir. Hallüsinasiyalar sayıqlamalara nisbətən daha çox rast gəlinir. Sayıqlamaların məzmunu hallüsinator qavramalarla uzlaşır. Təkrar tutmalar olarsa ideator avtomatizm əlamətləri müşahidə oluna bilər. Psixozun uzun sürməsi üzvi patologiyanın dərinləşməsinə və gələcəkdə ağır zəifliyinə meydana çıxacağını göstərən əlamət kimi qiymətləndirilməlidir.

Paranoyal vəziyyətlər və paranoid psixozlar ən çox kişilər arasında, travmadan 10 və daha çox illər keçdikdən sonra meydana çıxır. Başlıca olaraq qısqanlıq, özünüböyütmə sayıqlamaları qeyd olunur. Belə xəstələr konfliktə çox həris, davakar olmaqla, bir növ tüfeyli həyat sürməyə meyil göstərirlər. Bəzən sayıqlamaların məzmunu dəyişir, təqib, müflisləşmə, zəhərlənmə kimi ideyalarla əvəz olunur. Psixoz xronik xarakterli olub, üzvi əlamətlərin artması ilə diqqəti cəlb edir. Xəstələr daima yorğun görünür, bir sıra yaddaş pozuntuları aşkar edilir.

## **Uşaqlarda kəllə-beyin travmalarının xüsusiyyətləri**

Uşaqlar arasında (xüsusən 3–7 yaşlarda) məişət və ya nəqliyyat travmaları tez-tez təsadüf edilir. Onlarda kəllənin sərt qışasının zədələnməsi halları böyüklərə nisbətən daha çox rast gəlinir. Travmalara məruz qalan kiçik yaşlı və körpə uşaqların kəllə sümüklərinin, beyin maddəsinin zədələnməsi təmayülü daha yüksək olur. Bu, sümüklərin və onların birləşmələrinin hələ zəif olması ilə əlaqədardır. Səciyyəvi cəhətlərdən biri də, kəllənin zədələnməsi zamanı ocaqlı əlamətlərin olmaması, ya da çox zəif olmasıdır. Bu da qabıq funksiyalarının tam diferensasiya olunmaması, kəllə sümüklərinin hərəkətliliyi və sümüklərarası boşluqların varlığı ilə əlaqədardır.

Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda ən ağır travmalarda belə düşüncənin kobud pozulması, demək olar ki, rast gəlinmir. Əvəzində isə düşüncənin keyləşməsi, süslük, yuxuculluq, hərəkəti narahatlıq, tez-tez qusma kimi əlamətlər müşahidə olunur. Bəzi hallarda həyatı əhəmiyyətli mərkəzlərin zədələnməsi nəticəsində bir sıra nevroloji əlamətlər meydana çıxır. Beyindəxili hematomanın olması xəstəliyin klinik mənzərəsini daha da mürəkkəbləşdirir. Bu zaman düşüncənin kobud pozulmaması, xəstənin yuxulu olması, travmanın ilk günləri ümumi halın çox da ağır olmaması,

zədənin ağırlığı haqqında düzgün təsəvvür yaratmağa imkan vermir. Belə hallarda bir neçə gün keçdikdən sonra xəstənin vəziyyətinin kəskin dəyişməsi müşahidə edilir. Düşüncə koma vəziyyətində pozulur, bir sıra həyat əhəmiyyətli funksiyalar, o cümlədən, tənəffüs, ürək-damar sistemini idarə edən mərkəzlərin funksiyası da pozula bilər. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədilə klinik müşahidələrlə yanaşı müasir obyektiv tədqiqat metodlarından exoensefaloqrafiya, kompyuter tomoqrafiya və s.-dən istifadə etmək məqsədəuyğundur.

Uşaqlarda kompensator bərpa sisteminin güclü olmasına baxmayaraq travma keçirmiş uşaqlara ciddi yanaşmalı, müalicə düzgün və yubanmadan təşkil edilməlidir. Ağır kəllə travması keçirmiş uşaqlar arasında epilepsiya, əqli qabiliyyətin inkişafdan qalması, nevrozabənzər, psixopatabənzər əlamətlər müşahidə oluna bilər.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a s ı .** Kəllə-beyin travmalarının diaqnozu anamestik məlumatlar, travmanın olmasını göstərən klinik əlamətlər, parakliniki-laborator müayinələr: EEG, ExoEQ, kompyuter tomoqrafiya, pnevmo EEG, angiografiya, kraniografiya, haram iliyin seroloji müayinəsi nəticəsində təyin edilir. Nevropatoloq, neyrocərrah da xəstəni müayinə edib məsləhət verməlidir. Travmanın kəskin dövründə xəstənin vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Yüngül travmalar zamanı, adətən, instrumental müayinələrə və cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olmur.

Travmadan xeyli, bir il və daha çox müddət keçdikdən sonra meydana çıxan psixi pozuntuları aşkar etmək və onları bir sıra digər psixi pozuntulardan fərqləndirmək o qədər də asan deyil. Xəstəliyi, əsas etibarilə endogen psixi xəstəliklərlə, affektiv və intoksikasion psixozlarla diferensiasiya etmək tələb olunur. Travmadan uzun illər sonra baş verən psixotik vəziyyəti, adətən, başqa amillərlə: infeksiyalar, intoksikasiya ilə yorğunluq və digər səbəblərlə əlaqələndirirlər.

Travmanın ilkin mərhələsində müşahidə olunan düşüncənin, nəbz, arterial təzyiqin, qan dövranının pozulmasını, bayılma ilə qarışdırmaq olar. Kommosiyalar zamanı vegetativ-damar, vestibulyar və hipertenziya əlamətləri ilə yanaşı haram ilik mayesində zülalın artması və EEG-də müvafiq dəyişikliklər aşkar etmək mümkündür. Kəskin travmatik psixozlar, bir qayda olaraq, düşüncənin pozulması ilə başlayır.

Travmatik psixozları şizofreniyadan, affektiv pozuntulardan təcrid edərkən xəstəliyin dinamikasına diqqət yetirmək lazımdır. Beynin üzvi patologiyası nəticəsində meydana çıxan apatik-abulik, disforiya, hallüsinator-sayıqlama sindromları üzvi pozuntular fonunda getsə də endogen psixozlar üçün xas olan spesifikliyə və dinamikaya malik olmur. Travma-

tik psixozlar zamanı xəstəlik özünü uzunmüddətli asteniya, psixopatabənzər, tsiklotimik əlamətlərlə büruzə verir. Asteniya nəinki psixozdan əvvəl, həm də psixozun gedişi boyu daimi sindrom kimi meydana çıxır.

Travmatik psixozları bəzən isteriya psixozundan fərqləndirmək lazım gəlir. İsteriya üçün xarakterik olan paroksizmlərin olmaması, lal-karlığın total xarakteri, eşitmə və nitqin pozulduğu halda oxuma və yazma qabiliyyətinin saxlanılması psixozun travma mənşəli olduğunu göstərən əlamətlərdəndir. Bunlardan əlavə isteriya zamanı isterik xasiyyətin və xəstəliyin anamnezində mexaniki travmanın olmaması diaqnozu asanlaşdıran məlumatlardır.

Travmatik epilepsiyanın spesifik xüsusiyyətləri ilə (daima artan psixi əlamətlərin olması) fərqlənən genuin epilepsiyadan fərqləndirmək kifayət qədər təcrübəsi olan həkim üçün çətin olmur. Travmatik epilepsiya zamanı yorğunluqdan şikayət etmə, əmək qabiliyyətinin enməsi, travma tipli lokal ağrı zəifliyin olması xarakter əlamətlərdəndir. Bütün təsadüflərdə aşkar edilən üzvi nevroloji sindrom mühüm diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

**P a t o g e n e z v ə p a t o l o j i - a n a t o m i k d ə y i ş i k l i k l ər .** Kəllə-beyin travmaları nəticəsində meydana çıxan psixi pozuntular bilavasitə beyin toxumasına olan təsir və qansızma ilə əlaqədardır. Nəticədə beyin qan dövranı, kəllədaxili likvor mübadiləsi, mediator əlaqə və enerji mübadiləsi pozulur, hematoensefalitik baryerin keçiriciliyinə xələl gəlir, beyin maddəsinin ödemi və kəllədaxili hipertenziya meydana çıxır. Kəskin dövrdə müşahidə olunan anatomik dəyişikliklər, mexaniki zədələnmə və beyin toxumasının ödemi ilə şərtlənir. Bu zaman sinir hüceyrələrinin şişməsinin, neyronofagiya, toxumaların degenerasiyasını, qliyada bəzi dəyişikliklərin olmasını görmək mümkündür. Kontuziyalar zamanı beyin qışasında, beyin qabığında, tək-tək hallarda isə ağ maddədə nöqtəvari qansızmalar aşkar etmək olur. Zərbə nahiyəsində beyin maddəsi bu və ya başqa həcmdə zədələnmə bilər. Qan dövranının pozulması nəticəsində beyin maddəsində yumşalma prosesi gedir.

Kəskin dövrdə psixi pozuntuların meydana çıxması bilavasitə hemodinamikanın pozulması və hipoksiya nəticəsində yaranır. Bu zaman yerli qan damarlarının proliferativ dəyişikliyi beyin toxumasının ödeminə səbəb olur. Bu vəziyyət 2–3 gündən sonra tədricən sorulmaqla azalır, ikinci həftənin sonunadək tamamilə yox olur. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, beyin maddəsinin travmatik zədələnməsi nəticəsində sinapsların maddələr mübadiləsi və onların arasında impulsların ötürülməsi pozulur. Bu isə, öz növbəsində, retikulyar formasiyanın, beyin sütununun və hipotalamusun normal funksiyalarının pozulmasına şərait yaradır.

Travmanın uzaq dövrlərində qeyd edilən patomorfoloji dəyişikliklər bərpa olunur, bu da xəstəliyin klinik mənzərəsinin yaxşılaşmaya doğru dəyişməsində özünü büruzə verir. Travma nəticəsində beyin toxuması ciddi zədələnsə, hüceyrələrin tamliqının pozulması baş verərsə, zədə yerində çapıq və birləşdirici toxuma elementlərinin inkişaf etməsi mümkündür. Bəzi hallarda kistalar, beyin qışasının qalınlaşması və xronik araxnoidit kimi hallar da inkişaf edir. Kiçik nöqtəvari qansızmalar, beyin maddəsinin yumşalması kimi əlamətlər beyin qabığının qırışlarını əhatə edərsə, bu xronik davam edən psixi pozuntulara səbəb olur.

**Müalicə və reabilitasiya.** Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq kəllə-beyin travmalarının müalicə taktikası bir sıra mütəxəssislərin: neyrocərrah, stomatoloq, otolarinqoloq, psixiatr və b. -nin birgə cəlb olunması ilə aparılmalıdır. Müalicə mümkün qədər tez, hətta xəstəxanaya çatdırılmazdan əvvəl başlanmalı, beyin qan və likvor dövrünün normallaşması, beyin ödeminin qarşısını almaq məqsədi daşıyan bütün tədbirlər görülməlidir. Açıq zədələnmələr zamanı infeksiya və çirklənmənin qarşısı alınmalıdır. Xəstə stasionara çatdırıldıqdan sonra ciddi yataq rejimi, tam sakitlik təmin olunmaqla, ilk növbədə, neyrocərrahın və ya neyrot travmatoloqun rəhbərliyi altında müalicə tədbirləri başlanmalıdır. Xəstəni yaxın 7–14 gün müddətində narahat etmək, yataq rejimini pozmaq olmaz.

Kəllədaxili təzyiq yüksək olarsa mütləq, ehtiyatla (damcıvari) haram illik mayesi buraxılmalıdır. İmkan daxilində EEQ, kompyuter tomogramması, kəllədaxili qan dövrünün vəziyyəti öyrənilməlidir. Travmadan sonrakı mərhələdə dehidratasiya terapiyaya başlanmalıdır. Bu məqsədlə vena daxilinə 25%-li maqnezium-sulfat, 10%-li natrium-tiosulfat, 1%-li lazeks məhlulları yeridilməlidir. Əsas müalicə tədbirləri beyin ödeminin qarşısının alınmasına yönəldilməlidir. Manitol, qlükokortikoidlər, deka-metazon və bu kimi digər dərman maddələrindən geniş istifadə olunur. Beyin ödeminin və kəllədaxili hipertenziyanın qarşısını almaq üçün neyrocərrahiyyə (neyrot travmatologiya) şöbələrində beynin yan mədəciklərinin uzunmüddətli kateterizasiyasından geniş istifadə edilir. Arterial və kəllədaxili təzyiqə nəzarət etməklə barbituratlar işlədilir. Təzyiqin enməsi zamanı vena daxilinə damcı şəklində 500 ml-dək 5%-li qlükoza məhlulu yeritmək məsləhətdir. Bəzi psixopatoloji əlamətləri və vegetativ pozuntuları aradan qaldırmaq məqsədilə trankvilizatorlardan (seduksen, relanium, fenazepam, trioksazin) istifadə edilir. Düşüncə pozuntuları və psixomotor oyanma olarsa vena daxilinə və ya əzələyə aminazin, seduksen, tizertsin və s. maddələr yeritmək olar. Hallüsinator-sayıqlama əlamətləri varsa digər neyroleptiklərdən (haloperidol, trisedil, triflazin) istifadə olu-

nur. Həmin maddələri bir neçə gündən sonra per os vermək məsləhətdir. Cəngolma əlamətləri, o cümlədən, paroksizmlər qeyd olunarsa, müvafiq dərman maddələri: benzonal, difenin, depakin, luminal+kofein qarışığı və s. tətbiq edilməlidir.

Travmanın uzaq dövrlərində baş verə biləcək psixonevroloji pozuntuların qarşısını almaq məqsədilə müalicə uzunmüddətli, bütün əlamətlər aradan qaldırılana qədər aparılmalıdır. Kəllə travması keçirmiş şəxslər təqribən 10–12 il həkim nəzarəti altında olmalı, lazım gəldikdə profilaktik müalicə qəbul etməlidirlər. Bərpa dövründə ümumi möhkəmləndirici maddələrdən və fizioterapevtik tədbirlərdən, o cümlədən, kurort amillərindən, kiçik trankvilizatorlardan, nootrop maddələrdən, vitamin preparatlarından geniş istifadə olunmalıdır. Xəstələrə müvafiq pəhriz: duz və maye qəbulunun azaldılması, yüngül işə keçmə, istirahət və yuxu rejiminə riayət etmək məsləhət görülür.

## **Ekspertiza məsələləri**

Kəllə-beyin travması keçirmiş şəxslərin məhkəmə ekspertizası xeyli çətinlik törədən təsadüflərdəndir. Travma keçirmiş adamların psixi halı asteniya, psixopatabənzər və ya nevrozabənzər sindromlar çərçivəsində olarsa onlar anlaqlı sayılır və etdikləri cinayət hərəkətləri üçün məsuliyyət daşıyırlar. Anlaqsız o şəxslər sayıla bilər ki, travmadan sonra nəzərəçarpan ağıl zəifliyi öz hərəkətlərinə qiymət verə bilməsini çətinləşdirsin və ya mümkün olmasın. Travmatik psixoz və disforiya halı keçirən, düşüncəsi pozulmuş şəxslər müvəqqəti anlaqsız sayılırlar. Öz halından çıxdıqdan sonra onların anlaqlı olması məsələsi həll edilməlidir. Anlaqsız sayılan və cinayət hərəkətləri etmiş şəxslər məcburi müalicəyə göndərilirlər.

Kəllə travması keçirmiş və müxtəlif üzvi, həmçinin psixi pozuntusu olan şəxslər hərbi xidmətdən ya birdəfəlik, yüngül hallarda isə qismən azad edilirlər.

Əmək ekspertizası, yəni əlillik dərəcəsi xəstənin vəziyyətinə əsasən təyin edilir. Kəllə travmaları nəticəsində ruhi-əsəb pozuntularına məruz qalan şəxslərin 80%-ə qədəri əlilliyə görə təqaüd alanlardır.

## XIX FƏSİL

### NEVROTİK, STRESSLƏ ƏLAQƏDAR VƏ SOMATOFORM POZUNTULAR

Əvvəllər bütün dərslik və monoqrafiyalarda «Nevrozlar» adı altında təsvir edilən sinir sisteminin funksional xəstəlikləri müasir baxımdan xeyli dəyişikliklərə məruz qalmışdır. Belə ki, nevroz (və ya nevrozlar) termini təsnifat məzmunu baza anlayışı kimi təqdim edilir. Elmi, tarixi və psixoloji cəhətdən yanaşdıqda nevrotik, stresslə əlaqədar və somatoform pozuntular, ilk növbədə, psixoloji sarsıntının nəticəsi kimi meydana çıxır. Əvvəllər mövcud olmuş təsnifatların və terminlərin tarixinə nəzər salmaqla bir çox məsələlərə aydınlıq gətirməyə çalışaq.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının hazırlayıb təqdim etdiyi xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifatının X bəşşinə (1992) qədər nevrozlara sinir sisteminin funksional pozuntusu nəticəsində meydana çıxan, müxtəlif sinir-psixi əlamətlərlə, o cümlədən, emosional davamsızlıq, fiziki və psixi yorğunluq, somatik şikayətlər və başqa bu kimi patoloji hallarla təzahür edən xəstəliklər aid edilirdi. «Nevroz» termini ilk dəfə 1776-cı ildə Şotlandiya həkimi U.Qullen tərəfindən təklif edilmişdir. XIX əsrin axırlarına qədər bir sıra somatik, nevrotik, psixi və digər xəstəliklər nevrozlar kimi təsvir edilirdi. F.Pinel karlılığı, korluğu, bağırsaq keçməzliyini, tetanus xəstəliyini də nevroz hesab edirdi. M.Romberg isə hətta iflicləri, beyin siflisini, mərkəzi sinir sisteminin xəstəliklərini də nevrozlar kimi təqdim etməyə cəhd göstərmişdir. Göründüyü kimi, XIX əsrin sonuna qədər mütəxəssislər nevroza, nevrotik pozuntularla heç bir əlaqəsi olmayan xəstəlikləri də aid edirdilər. Beləliklə, nevroz anlayışı mənşəyi müxtəlif olan, qarışıq xəstəliklər yığınına əhatə edirdi.

1904-cü ildə alman alimi P.Dübua birinci olaraq nevroz termininin düzgün elmi tərifini verdi. O, nevrozların əsəb sisteminin funksional pozuntulardan olması konsepsiyasını irəli sürdü. 1911-ci ildə P.Jane nevrozların yaranmasında psixi travmaların rolunu sübut edərək göstərdi ki, sadə reaksiyalar (psixonevroloji əlamətlər) daha mürəkkəb reaksiyaların (ali sinir fəaliyyətinin) çatışmazlığı, daha doğrusu, onların tarazlığının pozulması nəticəsində meydana çıxır. Bu ideyanı müdafiə edən P.Dübua (1912) hətta «nevroz» termininin «psixonevroz» termini ilə əvəz olunmasını təklif etdi.

Dübua nevroz termininin mahiyyətini o dövr üçün daha münasib tələblər əsasında izah etdikdən sonra da məsələyə tam aydınlıq gətirilmədi. Elə həmin illərdən yeni-yeni nevroz formaları təsvir edilməyə başladı: ürək nevrozu, mədə nevrozu, qaraciyər nevrozu, görmə nevrozu, cinsi fəaliyyət nevrozu və i.a. Yaranmış xaosa – nevroz təliminə böyük rus fizioloqu İ.P.Pavlov elmi düzəliş verməyə çalışdı. O, 1930-cu illərdə ali sinir fəaliyyəti haqqında birinci və ikinci siqnal sistemləri nəzəriyyəsini irəli sürdü.

**Birinci siqnal sistemi**nə təbiətin bilavasitə təsirindən yaranan siqnalları aid etdi. Bu siqnal sistemi heyvanat aləminin sinir fəaliyyətini xarakterizə edir. Yer kürəsində insan papulyasiyası yaranandan sonra onlar arasında təbii qıcıqları söz vasitəsilə əvəz edən ikinci siqnal sistemi yaranmışdır. Bu hadisə insan beyninin yaradıcılıq qabiliyyətini olduqca gücləndirdi. Bir neçə səs qıcığı (söz) yüzlərlə, minlərlə təbiət hadisələrini özündə əks etdirə bilər.

**İkinci siqnal sistemi** insanın təfəkkür prosesi ilə əlaqədardır. İ.P.Pavlov insanlarda iki siqnal sistemi ilə bağlı üç ali sinir fəaliyyəti tipi fərqləndirmişdi:

*I Bədii tip* – birinci siqnal sistemi ikinci siqnal sistemi üzərində üstünlük təşkil edir.

*II Təfəkkür tipi* – ikinci siqnal sistemi birinci siqnal sistemi üzərində üstünlük təşkil edir.

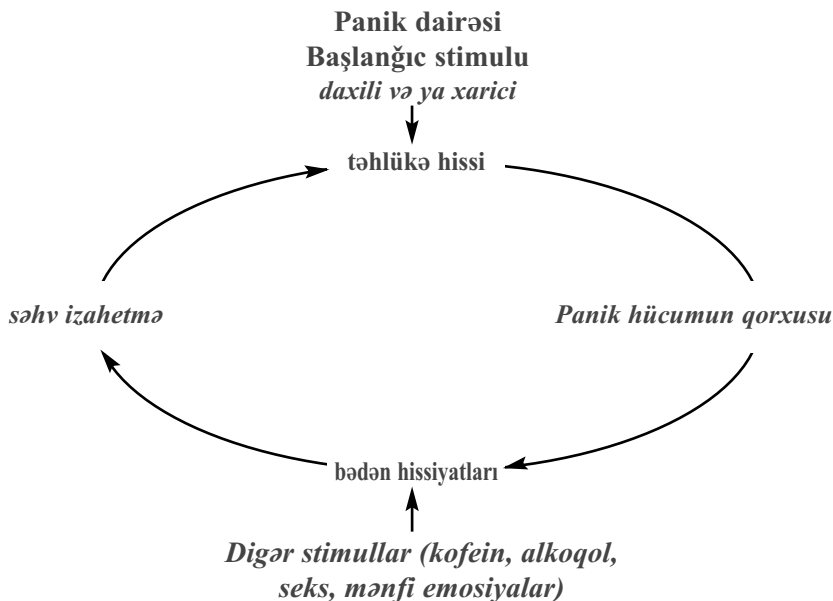
*III Orta tip* – hər iki siqnal sisteminin bərabər inkişaf etdiyi, bir-birlərini tamamlamaq – harmoniya yaratmaq qabiliyyəti olan tiplərdir.

Pavlov bu nəzəriyyə əsasında hər bir tipə məxsus müxtəlif nevrozların baş verməsini göstərməyə çalışmışdır. Belə ki, sinir sisteminin funksional pozuntuları baş verdikdə bədii tiplərdə isteriya nevrozu, təfəkkür tipinə məxsus olan şəxslərdə sarışan hallar nevrozu, orta tipə mənsub olan-

### **Generalizə olunmuş həyəcan pozuntusu**

- Əhatəsində əşyaların çoxluğundan narahatlıq keçirmək
- Qorxulu hadisələrin ola biləcəyindən narahatlıq
- Fiziki əlamətlər:
  - Baş ağrısı
  - Hərəkəti narahatlıq
  - Əzələ gərginliyi
  - Ümumi bədən narahatlığı

# 2 re ng



**Sxem 10.** Panik (vahiməli) hücum

larda isə nevrasteniya nevrozu inkişaf edir. İ.P.Pavlov öz konsepsiyasını heyvanlar üzərində apardığı ekperimentlərində sübuta yetirməyə çalışdı və bu sahədə xeyli müvəffəqiyyətlərə nail oldu. İnsanlara gəldikdə isə bu konsepsiyaya bir qədər fərqli yanaşmaq lazımdır.

XX əsrin 30-cu illərindən başlayaraq İ.P.Pavlov və onun ardıcılıarı ilə yanaşı qərb alimləri də nevrozların mənşəyi haqqında ciddi elmi axtarışlar etməyə başladılar.

Z.Freyd nevrozların meydana çıxmasında naməlum səbəblərə deyil, konkret etioloji amillərə əhəmiyyət verməyə üstünlük verirdi. O qeyd edirdi ki, nevroz kimi qəbul edilən xəstəliklərin əksəriyyətinin sırf psixoloji səbəbləri vardır. Buna görə də, o, nevrozların bir çox variantını, məsələn, isteriyanı, həyəcan reaksiyalarını və sarışan halları psixonevrozlar adlandırmağı təklif etmişdi. Bir qədər sonra qərb mütəxəssisləri bütün nevrozları psixonevrozlar adlandırmağa başladılar. Nevrozların meydana çıxmasında şəxsiyyətin roluna da xüsusi əhəmiyyət verilirdi. Elə həmin illərdən işlədilən «nevrotik xarakter» anlayışı Freydin təşəbbüsü ilə meydana çıxmışdır.

Bəzi alman alimləri (Yaspers, Şnayder) nevrozu şəxsiyyətin sarsıntıya anormal reaksiyası hesab edirdi. Yuxarıda adları çəkilən alimlərin fi-



kirləri ilə razılaşsaq nevrozları nozoloji forma – müstəqil xəstəliklər kimi deyil, patoloji emosional reaksiyalar kimi qəbul etməliyik. Məsələyə aydınlıq gətirmək üçün ayrı-ayrı nevrotik əlamətlərlə nevrotik sindromlar arasında ümumi və xüsusi cəhətləri ayırd etməliyik. Məlum olduğu kimi ayrı-ayrı nevrotik əlamətlər bir çox psixi xəstəliklərdə də müşahidə edilir. Nevrotik sindromlar isə ayrı-ayrı əlamətlərin spesifik kombinasiyası kimi yalnız nevrozlarda müşahidə edilir. Əlbəttə, bu baxışla razılaşmamaq da olar. Məsələn, ipoxondrik və ya depersonalizasiya sindromlarının yalnız nevrozlara məxsus olmasını heç kəs inkar edə bilməz. Göründüyü kimi, nevroz termini ilə əlaqədar elmi mübahisələr hələ də həllolunmamış qalır. Bu və ya başqa dərəcədə məqbul sayılan odur ki, «nevroz» sözü üç başlıca xüsusiyyətləri özündə birləşdirən bir anlayış kimi geniş yayılmışdır və ondan asanlıqla imtina etmək mümkün olmayacaqdır. Nevrozlar üçün xarakterik olan üç əsas əlamətlər bunlardır:

1) Onların hamısı funksional pozuntular olub heç bir üzvi dəyişikliklər yaratmır.

2) Onların heç birində psixoz əlamətləri müşahidə olunmur. Vəziyyətlərinin nə dərəcədə ağır olmasına baxmayaraq ətrafdakılara normal münasibət, eyni zamanda onları əhatə edən adekvat əlaqələri pozulmur.

3) Öz vəziyyətlərini düşüncəli surətdə dərk etmələrinə və xəstəlik əlamətlərinə qarşı tənqidi münasibət saxlanılır.

Nevrotik pozuntuların ayrı-ayrı klinik variantlarını nəzərdən keçirməzdən əvvəl, mühüm bir məsələ üzərində dayanmaq lazımdır. Nevrozları tədqiq edən alimlərin əksəriyyəti hesab edirlər ki, nevrotik pozuntular ağırlıq dərəcəsinə görə üç səviyyədə təsadüf edilir: 1) ayrıca əlamət kimi; 2) kiçikhəcmli nevrotik pozuntu kimi və 3) spesifik nevrotik sindrom kimi. Ayrı-ayrı nevrotik əlamətlər ara-sıra əksər adamlarda müşahidə olunan haldır. Ötəri xarakter daşıyan bu əlamətlər bəzən həkimin köməyi olmadan da bərpa olunur. Ümumi praktika ilə məşğul olan həkimlərin təcrübəsində belə hallara olduqca tez-tez rast gəlinir. Kiçik nevrotik reaksiyalara və ya qısamüddətli emosional pozuntulara isə, əsasən, terapevtlərin və ya nevroloqların təcrübəsində rast gəlinir. Üçüncü tip – daha ağır nevrotik pozuntuları olan şəxslərə isə psixiatriya təcrübəsində rast gəlinir.

Epidemioloji tədqiqatlar belə pozuntuların əhali arasında yayılmasını tədqiq edərək müəyyən etmişlər ki, tək-tək rast gəlinən yüngül nevrotik əlamətlərə əhali arasında 70–75% hallarda, kiçik nevrotik pozuntulara 15–25%, spesifik nevrotik sindromlara isə 8–12% hallarda təsadüf edilir. Bu qrupa aid edilən xəstələrin əksəriyyətində aşağıdakı əlamətlərin olması qeyd olunmalıdır: həyəcan (təşviş), narahatlıq, emosional pozuntu,

yorğunluq, somatik şikayətlər. Bu əlamətlərin bir neçəsinin eyni zamanda eyni şəxsdə rast gəlməsi artıq xüsusi psixiatriya yardımı tələb edən vəziyyət kimi qiymətləndirilməlidir.

## **Təşvişli həyəcan pozuntuları**

Bu tip nevroitik pozuntuların başlıca cəhəti həyəcan və qorxu əlamətlərinin müvafiq şərait və ya konkret hadisə ilə əlaqədar meydana çıxmasıdır. Gərginlik yaradan səbəblə qarşılaşan şəxs, ilk növbədə, onu dərk etməyə çalışır. Bu mümkün olmadıqda qorxu, təşviş və depressiv halları yaşamaq məcburiyyətində qalır.

Kəskin formada başlayan həyəcan pozuntuları bir sıra psixoloji və somatik əlamətlərlə təzahür edir. Həyəcan signalını hiss edən xəstə özünü narahat, gərgin hiss etməyə başlayır. Hər hansı zəif qıcıq belə, güclü reaksiya verə bilər. Həyəcan keçirən belə şəxs fikrini bir yerdə cəmləyə bilmir, yaddaşının pisləşməsindən, başında küt ağrılardan, ürək sıxıntısından şikayətlənir. Nəbzinin sürətlənməsini və ya ürəkdöyüntüsü hiss edən xəstə, ürək tutması baş verəcəyini düşünərək səbəbsiz narahatlıq keçirməyə başlayır.

Xarici görünüşləri, ilk növbədə, mimikaları dəyişən belə xəstələrin dərin iztirab keçirmələri şübhə doğurmur. Sifətlərinin rəngi avazmış, qaşları çatılmış görünən xəstə ətrafı tez-tez həyəcan və qorxu ifadə edən baxışlarla seyr edir. Bu zaman üz əzələlərinin səyriməsini müşahidə etmək mümkündür. Somatik əlamətlərin təzahür etməsi simpatik sinir sisteminin fəallaşması – qıcığa həssaslığın artması və əzələlərin patoloji gərginliyi ilə əlaqədar meydana çıxır. Daha tez-tez rast gəlinən əlamətlər mədə-bağırsaq və tənəffüs orqanlarına aid olur. Epigastral nahiyyədə ağrılar, çeynəmə-udma aktlarının çətinləşməsi, bağırsaqlarda köp əmələ gəlmə, ağızda quruluq, defekasiya aktının tez-tez olması müşahidə edilir. Tənəffüs sisteminə aid olan əlamətlər isə bunlardır: tənəffüsün çətinləşməsi, tənəffüsəlik, döş qəfəsində sıxıntı. Ürək-damar əlamətlərindən: ürəkdöyünmə, ürək nahiyyəsində sancı, gərginləşmə və ağırlıq pulsasiyanın hiss olunmasını göstərmək olar. Deyilənlərdən əlavə, kişilərdə cinsi zəiflik, qadınlarda menstrual tsiklin pozulması da tez-tez rast gəlinən əlamətlərdəndir.

Skelet əzələlərinin tonusunun artması ilə əlaqədar olaraq başda, boyun nahiyyəsində, kürəyin arxa hissəsində ağrılar tez-tez qeyd edilən əlamətlərdəndir. Həyəcan nevrozu zamanı somatik əlamətlərin daha qabarıq təzahür etməsi diferensial-diaqnostik cəhətdən problemlər yarada bilər.

Belə ki, xəstə somatik şikayətlərlə ən çox terapevtlərə müraciət etməli olur.

Xəstəliyin gedişinin bütün mərhələlərində yuxu pozuntuları ön planda olur. Xəstələr çətin yuxuya getdiklərini, tez-tez ayıldıqlarını, mürəkkəb məzmunlu, qorxulu yuxular gördüklərini söyləyirlər. Səhərin açılmasını səbirsizliklə gözləyən xəstə yataqdan qalxdıqdan sonra özünü əzgin hiss edir və əhvali-ruhiyyəsi aşağı olur.

Genişmiqyaslı həyəcan nevrozu keçirən xəstələr tez-tez təşviş tutmaları nümayiş etdirirlər. Qəflətən meydana çıxan həyəcan reaksiyası müxtəlif somatik əlamətlərə qarışaraq güclü qorxu yaradır. Xəstə qeyri-adi hadisələr baş verəcəyini, vəziyyətinin ağırlaşacağını düşünərək qorxu içərisində əzab çəkməli olur. Xəstəliyi gün ərzində müşayiət edən bir sıra psixoloji əlamətlər, məsələn, depresionalizasiya, sarışan fikirlər o qədər də əhəmiyyət kəsb etmir. Ön planda həyəcan, somatik əlamətlər və yuxu pozuntuları durur.

**D i f e r e n s i a l   d i a q n o s t i k a s ı** baxımından həyəcan nevrozlarının araşdırılması xeyli çətinlik törədə bilər. Həyəcan əlaməti və ya həyəcanlı vəziyyət bir çox ruhi-əsəb xəstəliklərində meydana çıxır. Məsələn, depressiya pozuntularının bütün formalarında həyəcan, həyəcan nevrozunda isə depressiyanın təzahür etməsi adi haldır. Belə təqdirdə diaqnozu düzgün təyin etmək üçün ətraflı anamnez toplamaq və xəstəni bir neçə gün müşahidə etmək lazımdır. Xəstə ilə aparılan ilkin ətraflı söhbətdə bir çox məsələləri aydınlaşdırmaq mümkündür. Şizofreniya xəstəliyinin başlanğıc mərhələsində təsadüf edilən həyəcan reaksiyası müxtəlif sayıqlama fikirləri ilə birlikdə meydana çıxır. Presenil depressiyalar zamanı rast gəlinən həyəcan əlamətini ayırd etmək çətinlik törətmir. Həyəcan reaksiyası ilə yanaşı yaddaş, diqqət pozuntularının olması daha çox involusion depressiyadan şübhələnməyə əsas verir. Alkoqolizm və narkomaniyalar zamanı rast gəlinən abstenensiya halı da həyəcansız olmur. Bəzən xəstə əsl səbəbi gizlədərək mənasız həyəcan keçirdiyini deyir. Belə hallarda həyəcanın günün hansı saatlarında meydana çıxmasına fikir vermək lazımdır. Həyəcan reaksiyalarının səhər saatlarında baş verməsi daha çox abstinensiyadan şübhələnməyə imkan verir.

Bir sıra somatik xəstəliklər zamanı təsadüf edilən həyəcan əlamətləri də unudulmamalıdır. Bəzi endokrinoloji xəstəliklərdə, məsələn, triotoksikoz, şəkərli diabet zamanı həyəcanlı vəziyyətə tez-tez rast gəlinir. Qanda şəkərin təyin edilməsi, qalxanvari vəzin həcmnin böyüməsi və ekzofthalm, taxikardiya əlamətlərinin olması, həyəcanın somatik mənşəli olmasını əsaslandırmağa imkan verir.

Həyəcan nevrozlarının əhali arasında təsadüf etməsi haqqında müxtə-

lif ölkələrin mütəxəssislərinin məlumatları eyni deyil. Avropa tədqiqatçıları bu rəqəmin əhali arasında 2,5–6,4 % olmasını göstərir. MDB ölkələrində, o cümlədən, Azərbaycanda isə həyəcan sindromu ilə gedən nevrozlar 0,15-0,45% təşkil edir. Yəni 1000 nəfər əhalinin 15–45 nəfəri bu pozuntuya məruz qalır.

**Etiologiya və patogenezi.** Ümumiyyətlə, bütün nevrozların, o cümlədən, həyəcan nevrozlarının meydana çıxmasında bir neçə etioloji amillərə əhəmiyyət verilir. Onlardan daha çox diqqəti cəlb edənləri nəzərdən keçirək.

1. İrsi amillərin rolunu qiymətləndirməyə əsas verən qohumlar arasında xəstəliyin yayılma faizinin 15-ədək olmasıdır (adi populyasiyada isə bu rəqəm orta hesabla 3–4%-ə bərabərdir). Təkyumurtalı əkizlər arasında xəstəliyin 41% hallarda qeyd olunması irsi amilin az əhəmiyyətli olmadığını göstərir.

2. Xəstəliyin strukturuna görə şübhəli, həyəcanlı və ya astenik tipə məxsus olan şəxslərdə bu pozuntular daha tez-tez, təqribən 3–4 dəfə çox rast gəlinir.

3. Sarsıntı və gərginlik keçirmiş şəxslərin həyəcan nevrozuna tutulması faktı da mütəxəssisləri ciddi maraqlandıran amillərdəndir.

4. Psixoanalitik nəzəriyyənin tərəfdarları Z.Freydə istinadən qeyd edirlər ki, həyəcan sindromunun meydana çıxması üçün 3 mənbədən gələn enerjinin güclənməsi tələb olunur. Həmin enerji mənbələri bunlardır: a) xarici mühitdən gələn enerji – real həyəcan; b) şüuraltı qatdan gələn enerji – nevroitik həyəcan; c) super ego ilə əlaqədar yaranan mənəvi həyəcan. Uşaq yaşlarında keçirilən mənəvi sarsıntıların uzun illər keçdikdən sonra «oyanması» da psixoanalitiklərin müzakirə mövzularındandır.

**Müalicə.** Həyəcan əlamətləri ilə təzahür edən pozuntularda daha adekvat təsir göstərən vasitələrə üstünlük verilməlidir. Bu baxımdan psixoloji təsir vasitələri ön plana çəkilməlidir. Elə ilk görüşdə həkimin qayğı və diqqətini hiss edən pasiyentin əhvali-ruhiyyəsi dəyişməyə başlayır. Həyəcan fonunda meydana çıxan bəzi somatik əlamətlər xəstələri çox narahat etdiyini nəzərə alaraq, həkim bu əlamətlərə qarşı adekvat tədbirlər görməlidir. Məsələn, ürəkdöyülmə, təngnəfəslik kimi əlamətləri aradan qaldırmaq üçün xəstəni sakitləşdirmək, ona izah etmək lazımdır ki, bu kimi əlamətlər heç də ağciyər xəstəlikləri ilə əlaqədar deyil, sadəcə olaraq gərginlik və təlaş hisslərinin nəticəsidir.

Bir sıra psixoterapevtik üsullar, relaksasiyaedici əməliyyatlar xəstələrə güclü terapevtik təsir göstərən vasitələrdir. Həyəcan nevrozları zamanı dərman preparatlarından az istifadə edilməlidir. Bir çox xəstələr dərmanlara daha çox etibar etdiyini nəzərə alaraq onlara müalicənin ilk gün-

lərində aşağıdakı preparatları təyin etmək olar: sedativ preparatlardan diazepam, qrandaksin, bəzi antidepressantlar: amitriptilin, melipramin, auroriks və s. təyin edilə bilər.

## **Obsessiv-kompulsiv pozuntular**

### **Sarışan hallar pozuntusu**

Bu nevrozun ən başlıca cəhəti xəstəni narahat edən sarışan halların: qorxular, hərəkətlər, fikirlər, xatırlamalar və s. olmasıdır. Xəstə həmin fikir və hisslərin bayağılığını, lüzumsuzluğunu başa düşməsinə baxmayaraq onlardan yaxa qurtara bilmir.

Bəzi müəlliflər bu və ya digər əlamətlərin üstünlük təşkil etməsindən asılı olaraq sarışan hallar nevrozunun üç klinik variantını qeyd edirlər. Bunlara obsessiv, fobik, sarışan-kompulsiv formalar aiddir. **O b s e s s i v f o r m a n ı** sarışan xatırlamalar, təsəvvürlər, lüzumsuz evlərin pəncərələrini, mərtəbələrini saymaq və s. təşkil edir. **F o b i y a ( q o r x u ) f o r m a s ı** üçün xarakter əlamət xəstəliklərə tutulmaqdan qorxmaqdır. **S a r ı ş a n - k o m p u l s i v f o r m a d a** isə xəstənin öz arzusundan asılı olmayaraq kobud və nalayiq hərəkətlərə meyil göstərməsidir. Məsələn, kiməsə zərbə endirmək, hər hansı bir əşyanı sındıraraq dağıtmaq, kimisə izdiham içində təhqir etmək və s. Sarışan hallar nevrozu İngiltərədə obsession, ABŞ-da kompulsion nevrozlar adlandırılır, qorxu (fobiya) nevrozu isə ayrıca təsvir olunur. Xəstəliyin gedişində bir formanın çərçivəsində digər əlamətlərin də rast gəlinməsinə nəzərə alsaq, yuxarıda göstərilən formaların nisbi xarakter daşdığını görürük.

**X**əstə S. 28 yaşında, orta məktəbdə kimya müəlliməsi işləyir. Ailəlidir, iki uşağı vardır. Əvvəllər diqqəti cəlb edən heç bir xəstəlik keçirməyib. Ya-

### **Dissosiativ konversiyə pozuntular**

- ☐ Dissosiativ amneziya
- ☐ Dissosiativ fuqa
- ☐ Dissosiativ stupor
- ☐ Translar
- ☐ Dissosiativ motor pozuntular (iflic)
- ☐ Dissosiativ cəngəlmələr
- ☐ Dissosiativ anesteziya
- ☐ Qanzer sindromu
- ☐ Şəxsiyyətin çoxluğu pozuntusu

xın qohumları arasında ruhi xəstəliklərə tutulan olmayıb. Anasında erkən (47 yaşında) klimaks başlamış və uzun illər «klimakterik nevroz» xəstəliyinə qarşı müalicə olunmuşdur. Xəstənin söylədiyinə görə tələbəklik illərində utancaq və qətiyyətsizliyi ilə fərqlənirmiş. Lakin işləməyə başladıqdan sonra bu xasiyyətlər artıq yox olmuşdur. Vəzifə borcuna və uşaqlarının tərbiyəsinə qarşı məsuliyyətlidir. Altı aya yaxındır ki, özünü xəstə hiss edir. Ağır xəstəliyə – mədə xərçənginə tutulacağından qorxur. Dəlil kimi 2 kq arıqladığını, udqunmasının çətinləşməsini və boğazında şişəoxşar düynünün əlləndiyini söyləyir. Mütəxəssislərin fikrincə, həmin şişəsdə xərçənc xəstəliyinin heç bir əlaməti yoxdur, arıqlamasının səbəbi isə az qida qəbul etməsidir. Müayinə olunmaq, «xəstəliyini» təsdiq etdirmək üçün keçmiş SSRİ-nin bir neçə şəhərlərinə gedib, lakin hər dəfə sağlamlığına zəmanət veriblər. Söhbət zamanı xəstə özünü bədbin, iztirab keçirən ağır xəstə kimi aparır. Soruşduqda ki, «hansı əsasla görə özünü xəstə hesab edirsiniz?» Cavab verir: «Tutarlı bir əsasım yoxdur, məni müayinə edən həkimlərə də inanmamağa haqqım yoxdur. Amma şübhələrdən azad ola bilmirəm. Bəzən «xəstə» olmağım yadımdan çıxır, özümü tam sağlam hiss edirəm, lakin boğazımdakı düynü əlləşdirib, güzgüyə baxarkən «şişkinlik» görən kimi yenidən şübhələnməyə başlayıram». Xəstəyə dərman preparatları ilə yanaşı hipnosuqgestiv psixoterapiya təyin edilmiş və 3 həftəlik müalicədən sonra bütün şübhələrdən azad olmuşdur.



Şəkil 25. İsteriya tutmalarının müxtəlif variantları.

Sarışan hallar müxtəlif formalarda təzahür edə bilər: ağır xəstəliyə tutulmaq qorxusu – *n o z o f o b i y a*, yüksəklikdən qorxmaq – *a k r o f o b i y a*, geniş küçələrdən və ya meydanlardan keçə bilməmək – *a q r o f o b i y a*, yaxın adamlarını itirmək, evdə tək qalmaqdan qorxmaq – *m o n o f o b i y a*, ağılı itirmək, ruhi xəstəliyə tutulmaq qorxusu – *p s i x o f o b i y a* və i. a. Özlərindəki qorxu və şübhələri azaltmaq məqsədilə bəzən xəstələr cürbəcür rituallardan, «qorunmaq hərəkətlərindən» istifadə edirlər. Məsələn, bir xəstə gün ərzində ona heç bir xəta toxunmaması üçün səhərlər, evdən çıxmazdan əvvəl gözünü yumaraq üç dəfə otağın divarını

öpermiş. Başqa bir xəstə isə heç bir infeksiyaya tutulmamaq üçün hər gün bədəninin müxtəlif yerlərinə, barmaqlarına, dabanına və qulaqlarının arxasına yod sürtərmiş.

Sarışan halların geniş yayılmış formalarından biri də, *sarışan fikirlərdir*. Bu zaman məzmunsuz, qeyri-sağlam müdriklik deyilən əlamətlər müşahidə edilir. Belə xəstələr hamıya yaxşı məlum olan, sübuta ehtiyacı olmayan, ümumiyyətlə, mənasız fikirləri «çeynəməyə» ehtiyac duyur, ətrafdakı adamlara mənasız suallar verməkdən, mübahisədən sanki zövq alırlar. Xəstələri bəzən belə suallar maraqlandırır: «nə üçün süd ağ, yağ isə sarı rəngdədir? Nə üçün gözlər kəllənin yuxarı hissəsində, dişlər isə ondan aşağıda yerləşmişdir? Nə üçün heyvanlar insanlar kimi danışa bilmir və dörd ayaq üstə gəzirələr?»

Sarışan hallar nevrozu çərçivəsində nəzərdən keçirilməsi məqsədəuyğun olan, ədəbiyyatda *gözləmə nevrozu* adlandırılan sindromun təhlilinə gəldikdə, demək lazımdır ki, bu da öz klinik və patogenetik xüsusiyyətlərinə görə sarışan hallar nevrozunun bir variantıdır. Bu sindromun başlıca cəhəti bütün nevrozların inkişafında rol oynayan psixotraumatik amillərin şəxsin yersiz təşviş və həyəcanına səbəb olan xəstəlik hallı əmələ gətirməsidir. Belə ki, xəstə vərdiş etdiyi ən adi hərəkətləri icra edərkən təşviş keçirir, onun baş tutmayacağını gözləyir. Məsələn, gecələr yuxuya gedə bilməməsindən, imtahan zamanı müəllimə yaxşı cavab verə bilməyəcəyindən və i. a. qorxur, həyəcan keçirir. Bu sindromun yaranması nəticəsində nitq pozuntuları (kəkələmə), impotensiya, yuxu pozuntuları meydana çıxır. İyirmi beş il ali məktəbdə mühazirələr oxumuş bir müəllim nevroza tutulduğu zaman auditoriyaya girməkdən qorxur, mühazirə oxuya bilməyəcəyindən ehtiyat edərək tədricən sevimli peşəsindən uzaqlaşır.

Gedişinə görə sarışan hallar nevrozu, adətən, uzun müddət davam edir. Onların müalicəsi də xeyli çətinlik törədir. Müalicə təyin edərkən bir neçə şərtlər unudulmamalıdır. Dərman preparatları heç də yeganə üsul deyil. Xəstəni psixoterapevtik yönümlü söhbətlərə cəlb etmək, xəstəlik əlamətlərindən uzaqlaşdırmaq üçün müxtəlif tədbirlər – qohumlarla əlaqənin möhkəmlənməsi, səyahət, bədii yaradıcılıq, idman məşğələlərinə və s. istiqamətləndirmək vacibdir. Müalicədə anksiolitik preparatlardan, antidepressantlardan geniş istifadə olunur.

## **Dissosiativ (konversion) pozuntular**

### **İsteriya**

Hal-hazırda bir çox mənbələrdə, o cümlədən XBT-10-cu baxışında

Dissosiativ (konversion) pozuntu kimi təsvir edilən isteriya qədim dövrlərdən bəlli olan xəstəliklərdəndir. Əvvəllər belə hesab edirdilər ki, bu xəstəliyə, ancaq qadınlar arasında rast gəlinir və uşaqlığın «azaraq bə-dəndə gəzməsi» ilə əlaqədar meydana çıxır. İsteriya (yunanca «hystera» – «uşaqlıq» deməkdir) adı da buradan götürülmüşdür. Yalnız XVII əsrdə Fransa hakimi Şarl Lepua müəyyən etdi ki, isteriya kişilərdə və uşaqlarda da rast gəlinən xəstəlikdir.

İsteriyanın klinik mənzərəsi olduqca rəngarəngdir. Xəstənin yaşadığı ictimai mühit, onun intellektual səviyyəsi, yaşı və digər amillərdə xəstəlik əlamətlərinin təzahür etməsinə öz təsirini göstərir. Xəstəliyin başlıca xüsusiyyəti hərəkət və emosional sferaya aid olan funksional pozuntuların olması, xəstənin asanlıqla təlqinə və özünü-təlqinə məruz qalmasıdır. Diqqəti cəlb edən cəhətlərdən biri də, onların öz xəstəliklərinə «xüsusi» münasibət bəsləməsidir. Bir tərəfdən müalicə olunmasını istəyərək həkimə müraciət edir, digər tərəfdən də xəstəlik halından çıxmaq istəmir, sanki bu hərəkətlər ona «zövq» verir.

İsteriya xəstəliyi, adətən, isteroid xasiyyətli şəxslərdə, ikinci signal sistemi zəif, bədii tipə mənsub olan adamlarda təsadüf edir.

Xəstəliyin klinik əlamətlərini sistemləşdirərək onları üç qrupa bölmək mümkündür:

1) İsterik cəngolmalar;

2) Vegetativ və hərəkət funksiyalarının isterik pozuntuları, isteriya stiqmaları;

3) İsterik tipli psixi pozuntular.

**İsterik cəngolmalar** ən müxtəlif formalarda, xəstənin yaşadığı ictimai mühitin başlıca xüsusiyyətlərini əks etdirməklə cərəyan edir. Məsələn, XIX əsrin ikinci yarısında Fransada yaşamış məşhur psixonevroloq Şarkonun təsvir etdiyi «isteriya qövsü» (xəstə yalnız ayaq barmaqlarına başının təpə və alın nahiyəsinə söykənərək bütün bədənini qövs şəklində yuxarı qaldırır bu vəziyyətdə xeyli dayanır. Buna «Şarko qövsü» də deyilir). Hazırda çox az təsadüf edilir (şəkil 25).

Müharibə illərində və ondan bir neçə il sonra isteriya tutmaları çox vaxt aşağıdakı şəkildə cərəyan edərmiş. Xəstə özünü əsgərə oxşadaraq «ura», «hücum» deyər qışqıraraq hamını onun ardınca gəlməyə səsləyərmiş. Yaxud da, əllərini yuxarı qaldırmaqla, «təslim oluruq» deməklə əsir roluna girərmiş. Hazırkı dövrdə isteriya tutmaları daxili orqanların funksional, hərəkət və hissiyyat sferasına aid olan pozuntularla cərəyan edir. Belə tutmalar zamanı ətrafların isterik iflici, hissəvi cəngolmalar, əsmə hərəkətləri müşahidə edilir, bəzən isə həmin orqanlarda ağrılar qeyd olunur.

Epilepsiya cəngolmalarından fərqli olaraq, isteriya tutması zamanı ar-



dıcıl mərhələlər olmur. Tutmalar xaotik, xəstənin arzu və istəyini, daha doğrusu, şıltaqlığını əks etdirən məzmununda olub, əslində isə nümayiş xarakteri daşıyır. Müxtəlif dərmanlardan, məsələn, nəşatır spirti və təlqin vasitələrindən istifadə etməklə tutmanı dayandırmaq mümkündür.

İsteriya tutmasının daha bir xüsusiyyətini də qeyd etmək lazımdır ki, o da epileptik cəngolmalardan fərqli olaraq bu tutmaların daha mülayim, aurasız və düşüncə pozulması olmadan baş verməsidir. Belə tutma zamanı xəstə ehtiyatla, astaca, özü də münasib yerə: çəməniyə, yatacağa, xalçanın üstünə və s. yıxılır. Tutma 20–30 dəq. və daha çox davam edə bilər. Bu zaman bəbəklərin işığa reaksiyası saxlanılır, xəstə dil və dodaqlarını, adətən, zədələmir və sidikburaxma aktı qeyd olunmur.

**V e g e t a t i v v ə h ə r ə k i f u n k s i y a l a r ı n ı s t e r i k p o z u n t u l a r ı**, adətən, tutmadan sonra qalıq əlamətləri kimi meydana çıxır. Tez-tez rast gəlinən əlamətlərdən, isterik stuporu, hiperkinezləri, xəstənin öz müvazinətini və yerini itirməsini, astaziya-abaziyanı, sidikburaxmanı, ayaq üstə durma və yerimə qabiliyyətinin pozulması, əzələ kontrakturu: boynun əyilməsi, çiyin əzələlərinin hərəkətsizliyi və i. a. göstərmək olar. Xəstəliyin klinikasında çox vaxt tutmalarla əlaqədar meydana çıxan nitq pozuntularına da rast gəlinir. Bu kimi hallardan mutizmi (lallıq), kəkələməni, afoniyanı (səsin kəlləşməsi) göstərmək olar. Maraqlı burasıdır ki, isterik xəstə öskürərkən və ya asqırarkən afoniya hiss olunmur, bu, ancaq danışarkən baş verir.

Xəstələrdə dəri hissiyyatının pozulmasına da tez-tez rast gəlinir. Məsələn, qolun başqa nahiyyəsində hissiyyat saxlandığı halda əlcək formasında, bələkdən bir qədər yuxarıyadək hissiyyat itir və yaxud corab şəklində corabın örtüyü sahə keyləşir və s. Bəzən görmə qabiliyyəti müvəqqəti pozulur. Eyni cür pozuntu eşitmə, qoxu və dadbilmə qabiliyyətinə də aid ola bilər.

Vegetativ pozuntuların geniş yayılmış formalarından biri boğazda «**i s t e r i k y u m a ğ ı n**» əmələ gəlməsidir. Bu zaman xəstə danışmaq və tənəffüs qabiliyyətinin çətinləşməsini söyləyir, boğazında ona mane olan yumağabənzər bir maneədən şikayətlənir. Həyəcan keçirərkən bu hiss daha da güclənir, digər nahiyyələrində ağrılar təzahür edir. Bəzi xəstələrdə qorxu (fobiya) müşahidə oluna bilər.

## **Uşaqlarda nevrozların xüsusiyyətləri**

Uşaq yaşlarında təsadüf edən nevrozun əmələ gəlməsinə və klinik xüsusiyyətlərinə təsir edən başlıca cəhət, tam inkişaf mərhələsinə çatmamış sinir sistemidir. Q.E.Suxareva (1974) qeyd etmişdir ki, əgər uşaq kiçik

yaşlarından qarşıya çıxma biləcək həyat çətinliklərinə qarşı hazırlanmayıbsa, yəni onun tərbiyəsi və fiziki hazırlığı qənaətbəxş deyilsə, belə uşaqlar asanlıqla nevroza tutulurlar.

Ən kiçik yaşlarda meydana çıxan nevroz əlamətləri bəzən müntəzəm ana qayğısının olmaması ilə bağlı meydana çıxır. Anasına öyrənmiş uşaq uzun müddət onu görmədikdə əhvalı dəyişir, yuxusu pozulur, göz yaşları içərisində anasını gözləyir. Bəzən isə əksinə, ana öz uşağına lazımı mehribanlıq göstərmir, onu tez-tez cəzalandırır. Hər iki halda ananın münasibəti uşağın psixikasında ciddi təlatümə və nevrotik halın inkişaf etməsinə səbəb olur.

Hər iki valideynin və ailənin digər üzvlərinin (baba, nənə, böyük bacı, qardaş) uşağa qeyri-bərabər, bəzən antoqonist münasibəti də nevrotik əlamətlərin formalaşmasına səbəb olur. Atanın qəddar və ciddiliyi, ananın isə mülayim və qayğıkeşliyi uşağın əsəb sisteminə olduqca mənfi təsir göstərir. Belə halda sinir sisteminin gərginləşməsi üçün şərait yaranır. Nevrozların əmələ gəlməsində ən qorxulu səbəblərdən biri də, uşağın ərköyün tərbiyə olunmasıdır.

Uşağın yaşı artdıqca ailədaxili münasibətlərin təsiri də güclənir. Ata ilə ana arasında münasibət pis olarsa, evdə tez-tez baş verən dava-dalaş, təhqiramiz sözlər, xüsusən ailənin dağılması uşaqlarda nevrozların yaranması üçün əlverişli şərait yaradır. Ailədə iki və daha çox uşaq olduqda bir cəhət heç vaxt unudulmamalıdır – yaşıdan və cinsindən asılı olmayaraq valideynlərin onlara münasibəti eyni olmalıdır.

Məktəb yaşlı uşaqlarda nevrozların əmələ gəlməsində başlıca rol oynayan amillərdən biri, uşağın gərgin müalicə etməsidir. Uşağını vunderkindlər cərgəsində görmək istəyən valideynlər, bəzən öz övladlarının fiziki və intellektual imkanlarını nəzərə almadan onu çox işləməyə, məşğul olmağa vadar edir, istirahət rejimindən, harmonik inkişafın vacib elementlərindən həmyaşıdları ilə oynamaqdan məhrum edirlər. Mənzil şəraitinin yarasız olmasına, darısqallıq, natəmizlik və pis adətlərə də (papiros, içki) nevroza səbəb olan amillər kimi yanaşmaq lazımdır.

Uşaq yaşlarında təsadüf edən nevrozun başlıca formaları *isteriya* və *nevrasteniya*dır. Əlbəttə, digər nevrotik hallara da, məsələn, *fobiya* *sindromu*, *enurez*, *sinir anoreksiya*sı və s. bu kimi xəstəlik hallarına da az təsadüf edilmir. İsteriya nevrozu uşaqlarda da böyükklərdə olduğu kimi cərəyan edir. Lakin emosional reaksiyalar onlarda daha coşqun təzahür edir. Belə uşaqların xasiyyətində həmyaşıdlarına qarşı laqeydlilik, hətta dözümsüzlük və qəddarlıq kimi münasibətlər qeyd olunur. Bəzən isteriya reaksiyaları *asteziya*-*abaziya*, *mutizm*, *kəkeləmə* kimi əlamətlərin meydana çıxması-

na səbəb olur. Belə uşaqlarda fantastik fikirlər söyləməyə, yalan danışmağa meyillik müşahidə olunur. Onlarla münasibətdə olmaq xeyli çətinləşir, dözümsüzlük, ərköynlük tezliklə kəskin isterik reaksiyalara səbəb olur. Uşaq özünü yerə vurur, bədəninə xəsarət yetirir və s.

Uşaqlarda nevrasteniyanın gedişi rəngarəng əlamətlərlə və onların daha qabarıq ifadə olunması ilə fərqlənir. Məktəbəqədər yaş dövründə nevrasteniya, ümumi yorğunluq, tez-tez əsəbiləşmək, ərköynlük, yuxu pozuntuları kimi əlamətlərlə təzahür edir. Məktəb yaşı dövründə isə yuxarıda göstərilən əlamətlərlə yanaşı qıcığa qarşı həssaslığın artması, diqqətin zəifləməsi nəticəsində dərsi mənimsəmənin çətinləşməsi qeyd olunur. Bəzi uşaqlarda maraq dairəsinin azalması, başladığı işi: dərslərini hazırlayarkən, müxtəlif idman oyunları icra edərkən, ev işlərində valideynlərinə kömək edərkən və s. axıra çatdıra bilməmək, dərs zamanı və ya televizora baxarkən yuxulama və digər bu kimi əlamətlər meydana çıxır.

Nevrasteniyalı uşaqları xarakterizə edən cəhətlərdən biri də onların həddindən artıq həssas, daima şübhəli və öz maraq dairələrinə aid olmayan bütün işlərə neqativ münasibət göstərmələridir. Bəzi xəstələrdə sarışan hallar nevrozuna xas olan əlamətlər, məsələn, müxtəlif fobiylar: qaranlıqdan, evdə tək qalmaqdan, hündürlükdən, kəskin alətlərdən qorxmaq, özünə qarşı inamsızlıq və başqa əlamətlər də təzahür edə bilər. Uşaqlarda nevrasteniya, bir qayda olaraq yuxu pozuntuları ilə müşahidə olunur. Gecənin çox hissəsini oyaq və ya yarıyuxulu keçirən uşaq səhərə yaxın normal yatır, səhərlər çətinliklə ayılır, yataqdan yorğun və bikiyə qalxaraq dərsə getməkdən boyun qaçırır. Bir tərəfdən sinir sisteminin vəziyyəti və uşağın fiziki halı, digər tərəfdən də, ailədə mövcud olan psixogen amillərin intensivliyi nevrozların gedişini mürəkkəbləşdirir, müalicəni xeyli çətinləşdirir.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a.** Kifayət qədər təcrübəsi olan mütəxəssis üçün nevrozları psixozlardan fərqləndirmək, o qədər də çətinlik törətmir. Nevrozlar zamanı kobud psixi pozuntular: hallüsinasiyalar, sayıqlama fikirləri, ağıl zəifliyi, katotonik əlamətlər olmur. Nevroza tutulmuşların xarakter cəhətlərindən biri də, öz şikayətlərini məmnuniyyətlə söyləmələri və itiriblərə qarşı tənqidi münasibət bəsləmələridir. Lakin unutmamaq olmur ki, bir çox ciddi psixi xəstəliklər, məsələn, şizofreniya, beyin sifilisi, mərkəzi sinir sisteminin üzvü xəstəlikləri və bəzi somatik xəstəliklər ilkin mərhələdə nevrozabənzər əlamətlərlə başlayır. Belə halda yanılmamaq üçün dəqiq anamnez toplamaq, rentgen, laborator, elektrofizoloji müayinələrin nəticələrini təhlil etmək tələb olunur.

Bir sıra hallarda nevrozları süstgedişli sadə forma şizofreniyadan təcrid etmək xeyli çətinlik törədir. Nevrozabənzər əlamətlərlə gedən şizof-

reniyanın bu forması, adətən, diqqəti cəlb edən kobud neqativ əlamətlər vermir. Nevrozlardan fərqli olaraq süst gedişli şizofreniya zamanı obsessiv-kompulsiv, fobik, ipoxondrik-senestopatik və digər bu kimi əlamətlər daha qabarıq şəkildə ifadə olunur. Sarışan halların xarakterinə gəldikdə isə, qeyd etmək lazımdır ki, şizofreniya zamanı rast gəlinən bu əlamət qısa müddətdə mürəkkəbləşərək tez-tez təkrar olunan, monoton və eyni tipli hərəkətlərə, bəzən də rituallara çevrilir.

Nevrozların klinikasında diqqəti cəlb edən xüsusiyyətlərdən biri də, xəstənin öz şikayətlərinə yüksək emosionallıq, ürək ağrısı ilə yanaşmasıdır. Şizofreniyada isə belə əlamətlər abstrakt, yersiz, əcaib olmasına baxmayaraq sanki xəstəni narahat etmir, onda nəzərə çarpan emosional reaksiyalara səbəb olmur.

**Etiologiya və patogenezi.** Nevrozların əmələ gəlməsində başlıca amil kimi psixi travmaların rolu istər köhnə, istərsə də yeni ədəbiyyatda hərtərəfli işıqlandırılmışdır. Bu konsepsiyaya şübhə ilə yanaşmağa hazırda tutarlı elmi əsas yoxdur. Lakin bununla yanaşı, digər amillərin əhəmiyyətini də nəzərdən keçirmək və psixogeniyaların özünə yeni elmi dəlillərlə yanaşmağa ehtiyac vardır.

Sinir sisteminin fəaliyyətinin tənzim olunmasında biokimyəvi, endokrin, immun və digər bioloji proseslərin əhəmiyyətli rol oynaması artıq heç kəsə şübhə doğurmur. Sinir sisteminin anadangəlmə xüsusiyyətlərini də qiymətləndirmək vacib şərtlərdəndir. Deməli, ali sinir fəaliyyətinin funksional patologiyası kimi qiymətləndirilən nevrozları onların yaranmasında qeyd olunan bütün amilləri təhlil etmədən, xəstəliyin necə meydana çıxmasını və inkişaf mexanizmini düzgün təsəvvür etmək qeyri-mümkündür.

Son illər sinir sisteminin tipindən asılı olaraq orqanizmdə gedən fizioloji proseslər, o cümlədən, psixi fəaliyyətin dəyişməsi haqqında çox yazılmışdır. Sinir sisteminin immunoloji-uyğunlaşma prosesindəki rolunu da qeyd etsək, məlum olar ki, sağlamlığı təmin edən başlıca amillərdən biri bütün sistemlərin normal və müştərək fəaliyyətidir. Bu sistemlərin etibarlı fəaliyyəti bir çox xəstəliklər kimi nevrozların da meydana çıxmasında böyük əhəmiyyət kəsb edir. Nevrozların əmələ gəlməsində mərkəzi sinir sisteminə üzvü dəyişikliklərin olmasına əsaslanan mülahizələrə də etinasız yanaşmaq olmaz. Nəhayət, xronik davam edən somatik pozuntuların da nevroza səbəb olması nəzərə alınmalıdır.

Nevrozları əmələ gətirən amilləri nəzərdən keçirərkən, onları başlıca olaraq üç qrupa bölmək mümkündür. Klinik qanunauyğunluqlarla heç də həmişə uzlaşmayan bu bölgü daha çox nəzəri mülahizələrdən ibarətdir: 1) Əsasını irsi meyillik təşkil edən **k o n s t i t u s i o n a l a m i l l ər**

n ə z ə r i y y ə s i. Bu nəzəriyyənin tərəfdarları Fransa alimi V.A.Morelin (1865) irəli sürdüyü degenerasiya haqqında elmi baxışlara əsaslanan irsi amilləri ön plana çəkirlər. Psixogeniyalara isə ikinci dərəcəli amil kimi yanaşırlar; 2) Mühitin zərərli təsirlərini ön plana çəkməklə, konstitusional-şəxsi keyfiyyətləri ikinci dərəcəli hesab edən alimlərin nəzərdə tutduğu *ekzogen-patogenetik amillər nəzəriyyəsi*; 3) XIX əsrin sonu, XX əsrin əvvəllərində yaranmış, qərb aləmində daha geniş yayılmış, Z.Freydin şüuraltı sahənin təsirinə əsaslanan *subyektiv-idealistik nəzəriyyəsidir*.

Həyatının müəyyən dövrlərində, demək olar ki, bütün insanlar bu və ya başqa dərəcədə istər kəskin, istərsə xronik təsir edən psixi travmalara məruz qalırlar. Lakin onların hamısında nevroz inkişaf etmir.

Nevrozları əmələ gətirən səbəbləri, onun klinikasını dərinlən öyrənməklə İ.P.Pavlov və onun tələbələri müəyyən etdilər ki, eyni məzmunlu mənfi qıcıqlar (psixogen amillər) müxtəlif adamlarda, müxtəlif nevrozlara səbəb olur. Birinci signal sisteminin üstünlük təşkil etdiyi, *bəddi tipə* mənsub şəxslər *isteriya* nevrozuna, ikinci signal sisteminin üstünlük təşkil etdiyi *təfəkkür tipinə* mənsub olan şəxslər *sarışan hallar* nevrozuna və hər iki signal sisteminin tarazlıq təşkil etdiyi *orta tipə* mənsub olan şəxslər isə *nevrosteniya* nevrozuna tutulurlar. Əlbəttə, belə bölgü mütləq xarakter daşımır və müxtəlif keçid variantları da mümkündür. Hələ 1915-ci ildə E.Krepelin qeyd etmişdir ki, güclü sarsıntı əsasında istənilən adamda danışma qabiliyyətinin itməsi və ya yerimə qabiliyyətinin pozulması baş verə bilər. Lakin *isteriya* nevrozuna həssas olan şəxslərdə bu əlamətlər ən cüzi səbəblərdən yaranır.

İ.P.Pavlovun nevrizm nəzəriyyəsinə əsaslanan E.A.Papov 1951-ci ildə müəyyən etdi ki, sarışan halların meydana çıxması beyin qabığı hüceyrələrində *ultraparadoks*al fazanın qanunlarına müvafiq olaraq yaranır. Belə ki, uzun müddət təsir göstərən durğun oyanma ocağı nəhayət hüceyrələrin təqətsizliyinə, bu da, öz növbəsində, normal sinir proseslərinin pozulmasına – *psixopatoloji proseslərin yaranmasına* səbəb olur.

Rus alimi O.V.Kerbikov (1958) nevrozların və *psixopatiyaların* etiologiyasını və *patogenezi*nə nəzərdən keçirərək belə bir nəticə çıxarmışdır ki, onların arasında ciddi sərhəd qoymaq düzgün deyil və buna görə o, *psixopatiyanı* uzunmüddətli nevroz adlandırmışdı.

Nevrozların əmələgəlmə mexanizmini izah edən nəzəriyyələrdən biri də son illərdə keçmiş SSRİ-də unudulmuş, daha doğrusu, yasaq edilmiş Z.Freydin yaratdığı *şüursuzluğun patopsixoloji təsir nəzəriyyəsidir*. Z.Freydə görə bütün nevrotik hallar, ələlxüsüs sarışan hallar, mənşə eti-

barilə seksual amillərlə əlaqədardır. Uşaq yaşlarında tərbiyə qanunlarının təsiri altında seksual meyillərin sıxışdırılaraq şüurdan kənara çıxarılması, iz qoymadan yox olmur. Uşağın düşüncəsinin dərin qatlarında özünə yer tapan bu emosiyalar qapalı nevroitik komplekslər şəklində yaşayır və əl-verişli şərait (patogenetik, patoplastik) yaranarsa aktuallaşaraq nevroz əlamətlərinə çevrilir.

**M ü a l i c ə v ə p r o f i l a k t i k a .** Nevrozların müalicəsi kompleks şəkildə, bir sıra amillər: nevrozun forması, başlıca sindrom, orqanizmin və şəxsiyyətin bioloji, psixoloji xüsusiyyətləri və s. nəzərə alınmaqla aparılmalıdır. Praktikada özünü doğrultmuş vahid, standart müalicə üsulunun olmaması, ictimai amillərin xəstəliyin müalicəsində tutduğu mövqeyi unutmamalıyıq. Bəzi alimlərin fikrincə, optimal müalicə metodlarını seçərkən biri-birini tamamlayan üç əsas terapiya formasının hamısından: bioloji, psixoloji və formakoloji üsullardan istifadə etmək lazımdır.

Nevrozların müalicəsində psixoterapiya üsullarının səmərəliliyi təkbizədilməzdir. Amma nəzərə almaq lazımdır ki, psixoterapiyanın təsir qüvvəsi bir sıra amillərdən, ilk növbədə, həkimin professionallığından çox asılıdır. Tanınmış Polşa alimi E.Liderin (1989) fikrincə, nevrozların patogenetik psixoterapiyası aşağıda göstərilən 5 prinsipə əsaslanmalıdır. Əks təqdirdə psixoterapiyanın səmərəliliyinə zəmanət vermək qeyri-mümkündür: 1) xəstənin emosional xüsusiyyətlərini nəzərə almaqla şəxsiyyətini dərinədən və hərtərəfli öyrənməli; 2) nevroitik vəziyyətin və xəstəlik əlamətlərinin meydana çıxmasının səbəbinin və inkişaf mexanizminin aşkar edilməsi; 3) xəstəliyin, şəxsin həyat fəaliyyətinə göstərə biləcəyi təsirin bütün cəhətlərini tam şüurlu surətdə dərk edilməsi; 4) psixi travmanın məqsəduyğun formada aradan qaldırılmasına kömək etmək və lazım gələrsə ətrafdakıların da bu işə yardımının təmin edilməsi; 5) xəstənin qeyri-adekvat reaksiyalarını və hərəkətlərini əks istiqamətə yönəltmək, beləliklə, şəxsin öz xəstəliyinə münasibətini dəyişməyə nail olmaq.

Göründüyü kimi, nevrozların psixoterapiyası müasir üsullara (qrupda aparılan patogenetik metodlara) daha çox üstünlük verir. Bununla yanaşı psixoterapiyanın digər üsullarından da (hipnoz yuxusu altında təlqin, autogen məşq və i.a.) geniş istifadə edilməlidir. İsteriya nevrozunun yaratdığı monosimptomların: parezlər, ifliclər, kəkələmə, afoniya və s., nevrasteniyaya zamanı müşahidə olunan astenik halın, müxtəlif ağrıların, qan təzyiqinin dəyişməsinin, yuxu pozuntularının aradan qaldırılmasında psixoterapiyanın klassik üsulları əhəmiyyətli rol oynayır.

Nevrozların terapiyasında dərman preparatları ilə müalicəyə, kurort

amillərinə, fizioterapiya üsullarına da geniş yer verilməlidir. Onların bütün formalarında tez-tez təsadüf edilən yuxu pozuntularını aradan qaldırmaq üçün hipnotik təsir göstərən psixofarmakoloji preparatlardan (sonapaks, xlorprotiksen, fenozepam, tizersin) geniş istifadə edilir. Göstərilən maddələrin köməyi ilə lazımı effekt alınmazsa, onların təsirini gücləndirmək məqsədilə, antihistamin maddələrdən də (dimedrol, pipolfen) istifadə etmək olar. Bəzi xəstələrə yuxugətirici təsiri zəif olan, lakin nevrozun digər əlamətlərinə təsir etməklə eyni zamanda yuxunu da yaxşılaşdıran maddələrdən (amitriptilin 12,5–50 mq, rudotel 5–10 mq, trioksazin 1–2 tab, relanium 5–10 mq) istifadə etmək faydalıdır.

Kəskin əlamətlərlə cərəyan edən nevrozlarda xüsusən qorxu, təşviş, həyəcan əlamətləri olduqda, dərman maddələrini inyeksiya şəklində orqanizmə yeritmək qısa müddət ərzində müsbət nəticə verir. Belə hallarda trankvilizatorlarla yanaşı neyroleptiklər də: eqlonil, leponeks, triftazin, tizersin və s. işlədilə bilər. Müalicə prosesində qarşıya çıxan çətinliklərdən biri sarışan halların, xüsusən fobiya lərin aradan qaldırılmasıdır. Belə xəstələri müalicə edərkən düzgün taktika seçmək əsas şərtlərdəndir. Fobiya ləri yaradan amilləri araşdırmaq (analitik psixoterapiya) şəxsi həmin amillərdən uzaqlaşdırmaq (iş yerini dəyişmək, xəstəni kurorta göndərmək) və düzgün seçilmiş dərman maddələrindən istifadə etmək lazımdır. Bəzi hallarda sibazon, elenium inyeksiya şəklində (gündə 2–4 ml əzələ arasına), frenalon 10–20 mq, trisedil 4–10 mq yaxşı nəticə verir.

Nevroza tutulmuş şəxslərdə bir qayda olaraq, depressiya, ümumi həlssizlik, qıcığa qarşı həssaslığın artması qeyd olunur. Əksər hallarda güclü təsir edən antidepressantlara ehtiyac olur. Bu məqsədlə amitriptilin, lüduomil, pirazidol, gerfonal, zoloft, prozak işlətmək daha məqsədəuyğundur. Asteniya əleyhinə işlədilən maddələrdən sidnofeni, sidnokarbı göstərmək olar. Qıcığa qarşı həssaslığı aradan qaldırmaq üçün vena daxilinə seduksen (0,5%-li 2–4 ml), qlikoza məhlulu 40%-li 10–20 ml, tazepam (gündə 10–20 mq), trioksazin, meprobomat (gündə 2–4 dəfə həb şəklində) təyin edilir.

Keçmişdə geniş işlədilən və indi də öz əhəmiyyətini itirməyən maddələrin tətbiqi də unudulmamalıdır. Tormozlanma və oyanma proseslərinin dinamikasının pozulmasını nəzərə alaraq Pavlov məhlulundan (natribromatı 1–2%-200,0, kofeun 0,4–0,8 q) istifadə etmək məsləhət görülür. Bu qarışığa pişikotu (valerian) damcısı və ya dəmləməsi də əlavə etmək olar.

Nevrozların kompleks müalicəsində vitaminlərdən də geniş istifadə olunmalıdır. Maddələr mübadiləsinin pozulması nəticəsində, bəzi vita-

minlərin mənimsənilməsi kifayət dərəcədə olmur. Belə hallarda onları in-yeksiya şəklində yeritmək lazımdır.

Stasionar şəraitdə nevrozları müalicə edərkən insulindən (kiçik dozalara, gündə 5–25 vahid) müvəffəqiyyətlə istifadə olunur. Fizioterapevtik üsullardan su əməliyyatlarına (sirkulyar duş, Şarko duşu, sakitləşdirici vannalar), massaja üstünlük verilməlidir. Maraqlı idman oyunları, o cümlədən, müalicə idman növləri, müxtəlif mədəni-kütləvi tədbirlər, açıq havada gəzinti çox faydalıdır.

## Somatoform pozuntular

Somatoform pozuntular adı altında təsvir edilən patoloji halların başlıca xüsusiyyəti pasiyentlərin tez-tez təkrar olunan somatik əlamətlərlə həkimə müraciət etmələri və özlərinə («xəstəliklərinə») qarşı yüksək diqqət tələb etmələridir. Onları müasir metodlarla müayinə edərək heç bir xəstəlik aşkar etməyən mütəxəssislərin fikri əksər hallarda pasiyentləri razı salmır. Bu səbəbdən də onlar daim başqa-başqa mütəxəssislərə müraciət etməli olurlar.

Praktikada rast gəldiyimiz bir hadisə ilə sizi də tanış edək.

**H**üquq-mühafizə orqanlarında çalışan 40 yaşlı bir şəxs daxili orqanlarında, xüsusən qaraciyər nahiyyəsində daimi ağrıların olmasından şikayətlənərək terapevtə müraciət edir. Hərtərəfli müayinədən sonra həkim bildirir ki, onun ağrıları funksional xarakterli olub, heç bir ciddi xəstəlik əlaməti daşımır. Həkim psixoterapevtə müraciət etməyi məsləhət görür. Psixoterapevtin apardığı müalicə də onu qane etmir və o, daha bir neçə mütəxəssisə müraciət edib onu qənaətləndirən cavab almadıqdan sonra Ukrayna respublikasına gedərək özünü cərrahi müdaxiləyə cəlb etməyə nail olur. Lakin üç ay keçməmiş yenə də əvvəlki şikayətlər təkrar olunur. Bununla əlaqədar, o, cərrahi əməliyyat aparan həkimin yanına qayıdaraq, hədə-qorxu gəlməklə əməliyyatın təkrar aparılmasına müvəffəq olur. Bu hadisədən 2 il sonra qohumlarının təkidi ilə xəstə, nəhayət psixiatriya klinikasına daxil olur. 2 ay müalicə olunduqdan sonra ipoxondriya sindromundan xilas olur.

Somatoform pozuntular zamanı pasiyentlərin şikayətləri eyni məzmunlu olmaya da bilər. Məsələn, mədə ağrısından şikayətlənən xəstə bir neçə aydan sonra ürək, böyrək ağrısı ilə həkimə müraciət edə bilər. Bir qayda olaraq belə pasiyentlər psixiatra deyil, əksər hallarda terapevtlərə, cərrahlara, nevroloqlara və digər mütəxəssislərə müraciət edirlər.

Somatikləşmiş pozuntuların əksəriyyəti xronik gedişli olub ən müxtə-



lif, bəzən anlaşılmaz şikayətlərlə özünü büruzə verir. Pasiyentlərin təkrar-təkrar müxtəlif mütəxəssislərə müraciət etməsi, onlardan ürək yanğısı ilə kömək istəməsi, müayinə nəticəsində ciddi bir xəstəliyin olmamasının onları sevindirmək əvəzinə məyus etməsi və s. somatoform pozuntudan şübhələnməyə əsas verir.

Belə pasiyentlərin etdiyi şikayətlərin məzmununa nəzər salsaq, onların əsasən aşağıdakı qruplarda toplandığını görürük:

1. Mədə-bağırsaq sisteminə aid olan şikayətlər – öyümə, qusma, qarında ağrılar, köp, qəbizlik və ya əksinə tez-tez defekasiya aktının olması və s.;

2. Ağrılarla təzahür edən əlamətlər: ətraflarda, kürək, bel və oynaq ağrıları, sidik ifrazatının çətinləşməsi və ağrılı olması;

3. Ürək-damar və tənəffüs sisteminə aid olan şikayətlər: təngnəfəslik və ya səthi tənəffüsetmə, köks qəfəsində ağrılar, ürəkdöyülmə, başgicəllənmə;

4. Pseudonevrotik və ya konversiya əlamətləri – yaddaşın zəifləməsi, udma aktının çətinləşməsi, səsin dəyişməsi, ağır eşitmə, görmənin zəifləməsi və ya ikigörmə, hüşun itməsi ilə müşayiət edilən cəngolmanı xatırladan tutmalar, yerişin pozulması, əzələ tonusunun zəifləməsi və ya əzələlərdə gərginlik;

5. Qadınlara aid olan əlamətlər: aybaşının ağrılı və ya gecikmələrlə olması. Aybaşı zamanı əhvalın pisləşməsi, normadan çox qanitmə;

6. Seksual sfera ilə əlaqədar əlamətlər. Belə şikayətlər, adətən, gənc və orta yaşlı adamlara aid olur. Seksual istəyin (libido) azalması, cinsi əlaqə zamanı ağrı və ya göynəmə hissi, tez-tez baş verən impotensiya, qadınlarda orqazm hissinin zəifləməsi və ya olmaması.

Göründüyü kimi, somatoform pozuntular müxtəlif orqanları əhatə etməklə rəngarəng əlamətlərlə təzahür edə bilər.

## **Somatikləşmiş pozuntular**

Bu bölməyə aid edilən pozuntuların əsas xüsusiyyətləri pasiyentlərin uzun müddət (2 ildən az olmayaraq) müxtəlif növ dəyişgən somatik əlamətlərdən, o cümlədən qeyri-müəyyən qıcıqlanmalar, depressiya ilə müşayiət edilən ağrılar, həyəcan və digər bu kimi şikayətlərin olmasıdır. Belə xəstələr adətən illərlə müxtəlif həkimlərə, müalicə müəssisələrinə müraciət edərək hər növ müayinələrdən keçir, çoxlu miqdarda dərman qəbul edir, həkimlərin məqsədyönlü tövsiyələrinə məhəl qoymurlar.

Xəstəliyin gedişi xroniki və davamsız olmaqla bir sıra hallarda sosial və ailədaxili uyğunlaşmanın pozulmasına səbəb olur.

## İpoxondriya

*Təşviş və həyəcan fonunda öz sağlamlığı haqqında daim narahat olduğunu bildirməklə təzahür edən əlamət – ipoxondriya və ya ipoxondrik sindrom adlanır.*

Heç bir ciddi patoloji əlamət olmadan özünü xəstə hesab edən belə şəxslər tibb müəssisələrinin, mütəxəssislərin daimi pasiyentləri olurlar. Onları hər vasitə ilə inandırmağa çalışan həkimlərə çox az etimad edirlər. İpoxondrik pasiyentləri yalnız bir yolla müvəqqəti razı salmaq mümkündür, onlara diaqnoz qoyub, ciddi müalicəyə və ya cərrahi müdaxiləyə icazə vermək. Bu işə heç bir mütəxəssisi razı sala bilməz. ABŞ-da qəbul edilmiş diaqnostik kriterilərə görə ipoxondriyanın diaqnozu aşağıdakı göstəricilərə əsaslanmalıdır:

1. Özünü ağır, çətinləşən və ya sağalmayan xəstə hesab etməklə daim qorxu və inamsızlıq hissləri ilə yaşamaq;

2. Aparılan müayinələrin heç bir ciddi xəstəlik aşkar etməməsinə baxmayaraq mütəxəssislərin sözlərinə inanmamaq, müayinə üçün təkrar müxtəlif mütəxəssislərə müraciət etmək meyili;

3. Xəstəliyin davamiyyət müddəti 6 aydan çox olduğu hallarda.

İpoxondriya sindromunun geniş yayıldığını sübut etməyə ehtiyac yoxdur. Avropa mütəxəssisləri və MDB ölkələri səhiyyə təşkilatlarının məlumatına görə bu sindrom əhalinin ən azı 3–7%-də rast gəlinir.

ABŞ mütəxəssisləri bu rəqəmin həttə 10–14%-ə bərabər olduğunu göstərirlər. Xəstəliyin təsadüf etməsi əsasən 40–50 yaşlarda daha çoxdur. Qadınlar və kişilər eyni dərəcədə ipoxondriyadan əziyyət çəkirlər.

İpoxondriyanın meydana çıxmasında etioloji faktor kimi irsi amillərə və uşaq yaşlarında keçirilmiş xəstəliklərə daha çox əhəmiyyət verilir. Ətrafdakılara qarşı aqressivlik, düşmənçilik hissi yüksək olan şəxslərin daha tez-tez ipoxondriyaya tutulma faktı mütəxəssislər tərəfindən xüsusi vurğulanır.

**D i f e r e n s i a l d i a q n o s t i k a s ı .** İpoxondriya sindromunu digər somatoform və somatogen xəstəliklərdə olduğu kimi, ilk növbədə, üzvü xəstəliklərdən fərqləndirmək lazımdır. Endokrin sistemin, birleşdirici toxuma xəstəlikləri zamanı ipoxondriya, təşviş və həyəcan əla-

mətləri daha tez-tez təsadüf olunur. Təzahür edən depressiyalar zamanı rast gəlinən ipoxondrik əlamətlərin əmələgəlmə səbəblərinə və inkişaf mexanizminə xüsusi diqqət yetirilməlidir. İpoxondrik sindrom xəstənin həyəcanlanan vəziyyətində meydana çıxarsa və xəstə sakitləşəndən sonra səngiməyə başlayarsa, bunu generalizə olunmuş təşviş və həyəcan nevrozunun tərkib hissəsi kimi nəzərdən keçirmək lazımdır.

Bir sıra ağır psixi xəstəliklərdə, o cümlədən, şizofreniya, travma mənşəli psixozlarda ipoxondriya əlamətlərinin təzahür etməsi heç də az rast gəlinmir. Bir sıra obsessiv-kompulsiv əlamətlər də bəzən ipoxondriyanı xatırlada bilər.

Xəstəliyin proqnozu haqqında aşağıdakıları qeyd etmək olar:

1. İpoxondriyaya tutulananların təqribən 1/4 hissəsi bu əlamətlərdən bəzi qısamüddətli remissiyalar nəzərə alınmazsa, ömür boyu əziyyət çəkirlər;

2. Düzgün və ardıcıl aparılan müalicə tədbirləri sayəsində, bir çox hallarda xəstələrdə müsbət nəticə almaq olar.

M ü a l i c ə. Etiologiyasından asılı olmayaraq ipoxondriyanın bütün təzahürlərinin müalicəsi xeyli çətinlik törədir. Dərman müalicəsi ilə yanaşı psixoterapevtik təsir vasitələri, xüsusən qrup psixoterapiyası yaxşı nəticələr verə bilər. Xəstələr özlərini sosial cəhətdən müdafiə olunmuş hiss etdikdə onların nikbinliyi artır.

İpoxondrik əlamətlər həyəcan və depressiya fonunda təzahür edərsə, müvafiq psixofarmakoloji preparatlardan istifadə etmək (antidepressantlar, sedativ preparatlar) müsbət nəticələr verə bilər.

## **Digər nevrotik pozuntular**

Bu bölməyə aid edilən pozuntular ilk növbədə astenik sindrom və ya nevrasteniya adı altında təsvir edilən xəstəliyi, depersonalizasiya-derealizasiya sindromunu və bir sıra başqa patoloji halları – Brike pozuntusu, Dat, Koro, Lata sindromlarını, yazı nevrozu, psixastenik nevroz, psixogen bayılmaları və digər bu kimi pozuntuları nəzərdə tutur. Adları çəkilən digər pozuntulara rəğmən tez-tez rast gəlinən və klassik ədəbiyyatda kifayət qədər geniş təsvir olunan nevrastenianın üzərində dayanmaq istəyirik.

## Nevrasteniya

Bu diaqnoza münasibət hazırda bir qədər dəyişmişdir. Bir sıra ölkələrdə nevrasteniya termini çox az işlədilir. Lakin bəzi ölkələrdə əsas nevrotik pozuntu kimi nevrasteniya və ya Astenik nevroz diaqnozuna geniş yer verilir.

Nevrasteniya ilk dəfə olaraq 1869-cu ildə Amerika psixiatri Q.Bird tərəfindən təsvir edilmişdir. Müəllifin fikrincə sənayenin sürətli inkişafı ilə yaranan gərginlik bu xəstəliyin meydana çıxmasında mühüm rol oynayan amillərdəndir. Xəstəliyin klinik mənzərəsini təşkil edən əsas simptom-kompleks asteniyadır. Xəstə ən adi iş gördükdə belə tez yorulur, əhvali-ruhiyyəsi dəyişir. Ən cuzu səbəb nəticəsində müxtəlif dərəcəli affektiv reaksiyalar müşahidə edilir. Tez-tez təzahür edən yuxu pozuntuları: gec yuxuya getmə, səthi yuxu, pis məzmunlu yuxugörmələr, yuxudan ayılarkən özünü nasaz hissetmə və s. bu kimi əlamətlər qeyd edilir.

Xəstəliyin klinikasında diqqəti cəlb edən üç mərhələni fərqləndirmək mümkündür: a) hipersteniya, b) qıcıqlandırıcı zəiflik; c) hiposteniya. Nevrosteniyanın gedişində ardıcıl zəiflik müşahidə edilən bu mərhələlərə bəzi müəlliflər xəstəliyin formaları kimi yanaşır.

**H i p e r s t e n i y a** mərhələsində rast gəlinən başlıca əlamətlər qıcığa qarşı həssaslığın artması, səbirsizlik, dözümsüzlük, tez-tez əsəbiləşmək və diqqətin pozulmasıdır. Bir sıra hallarda «astenik məntizm», yəni fikirlərin dolaşlıqlığı qeyd oluna bilər. Bir müddət keçdikdən sonra xəstəliyin klinikası tədricən dəyişir, qıcıqlandırıcı zəiflik əlamətləri: ümumi zəiflik, əhvalın tez-tez enməsi, yuxuculluq kimi əlamətlər meydana çıxır.

**X ə s t ə l i y i n s o n r a k ı m ə r h ə l ə s i – h i p o s t e n i y a**, psixi və fiziki yorğunluğun üstünlüyü ilə cərəyan edir. Xəstənin əmək qabiliyyəti daha da enir, bütün günü əzgin, yuxulu və qəmgin görünür. Yuxarıda qeyd olunan mərhələlərin müddəti xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən, orqanizmin fərdi müqavimət qabiliyyətindən, ən başlıcası isə, xəstəliyin meydana çıxmasında başlıca yer tutan zərərli amillərin (psixi travmalar, gərgin iş, toksik amillərin və s.) davam etməsindən asılı olur. Bir sıra hallarda xəstəlik aylarla davam edir. Bəzən isə illərlə də çəkə bilər. Belə hallarda şəxsiyyətin nevrotik inkişafı haqqında düşünmək lazımdır.

Xəstəliyin klinik mənzərəsində həyəcan reaksiyaları, ümumi yorğunluq, cüzi səbəbdən əsəbiləşmək, affektiv reaksiyalar nümayiş etdirmək və s. ön plana çıxır və sanki şəxsin daimi xasiyyət elementlərinə çevrilir.

Xəstələr öz hərəkətlərinə tənqidi yanaşsalar da onları narahat edən əlamətlərdən yaxa qurtara bilmirlər.

Nevrasteniya zamanı, bir qayda olaraq, vegetativ sinir sisteminin normal fəaliyyəti dəyişir və bunun nəticəsində daxili orqanların disfunksiyası meydana çıxır. Beynin qabıq və qabıqaltı şöbələrinin neyrodinamikasının pozulması nəticəsində yaranan bu kimi hallar heç bir üzvü əsası olmayan funksional patologiya kimi qiymətləndirilir.

V e g e t a t i v   s i n i r   s i s t e m i n i n   p o z u l m a s ı   n ə t i c ə s i n d ə   t ə z a h ür   e d ən   u n i v e r s a l   ə l a m ə t l ər d ən   b i r i   d ə   b a ş a ğ r ı   v ə   b a ş g i c ə l - l ər n ə d i r . S p e s i f i k   k üt   s ı x ı c ı   a ğ r ı l a r   ş ək l i n d ə   m e y d a n a   ç ı x a n   b a ş a ğ r ı l a r ı   x ə s t ə l i y i n   b üt üt  m ər h ə l ər l ər i n d  e   r a s t   g ə l i n i r . D i ğ ər   v e g e t a t i v   ə l a m ə t l ər d  e   t  e n ğ n  ə f ə s l i y i ,   ü r ək d  ö y  ü n m  ə n i ,   ü r ək   n a h i y  ə s i n d  e   k üt ,   b  ə z  ə n   ə k s i n  ə   s a n c a n   a ğ r ı l a r ı ,   ə t r a f l a r ı n   k e y l  ə ş m  ə s i n i   g  ö s t  ə r m  ə k   o l a r . B  ə z i   x ə s t  ə l  ə r d  e   h  ə z m   s i s t e m i n  ə   a i d   p o z u n t u l a r ,   m  ə s  ə l  ə n ,   m  ə d  ə   v  ə   b a ğ ı r s a q l a r d a   x o ş a ğ  ə l - m  ə z   h i s s l  ə r i n   d u y u l m a s ı ,   i ş t a h a n ı n   p o z u l m a s ı ,   q  ə b i z l i k   v  ə   y a   t e z - t e z   d e f e - k a s i y a   a k t ı ,   m  ə d  ə   q ı c q ı r m a s ı ,   g  ö y i r m  ə   v  ə   s .   ə l a m  ə t l  ə r   t  ə z a h  ü r   e d i r . G  ö s - t  ə r i l  ə n   ə l a m  ə t l  ə r   d a i m i   x a r a k t e r   d a ş ı m ı r ,   x  ə s t  ə n i n   ə s  ə b i l  ə ş m  ə s i ,   e m o s i o n a l   g  ə r ğ i n l i y i n   g  ü c l  ə n m  ə s i   i l  ə   ə l a q  ə d  ə r   m e y d a n a   ç ı x ı r .

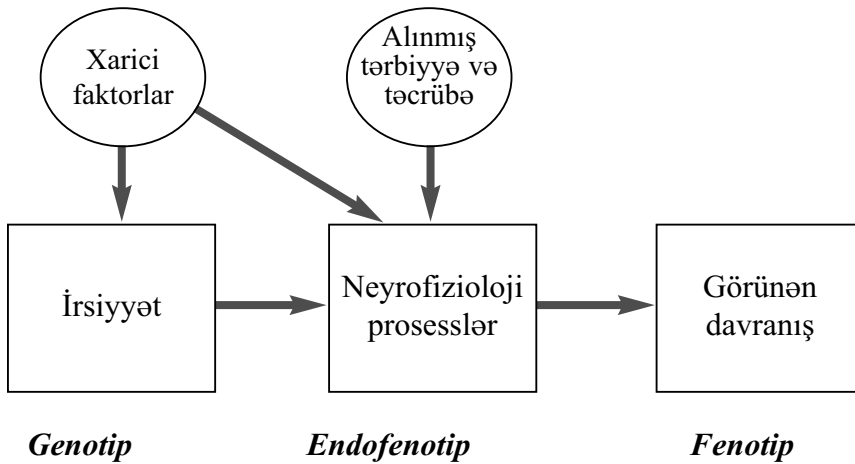
Qeyd olunan subyektiv şikayətlərlə yanaşı, bəzən bir sıra obyektiv əlamətlər də qeyd olunur. Məsələn, taxikardiya, bradikardiya, qan təzyiqinin dəyişməsi, tərləmə, akrosianoz, qusma və i. a. Göstərilən əlamətlərin hamısına eyni vaxtda rast gəlinmir, onlar ara-sıra bir-birini əvəz edir.

Daxili orqanlarında «qeyri-normal» fəaliyyəti hiss edən xəstələr əksər hallarda terapevtə müraciət edirlər. Nevrozların elmi əsaslarla öyrənilməsindən əvvəlki dövrlərdə (keçən əsrin 50-ci illərindən əvvəl) daxili orqanlarından şikayət edən xəstələrdəki nevrozu «ürək nevrozu», «mədə nevrozu», «qaraciyər nevrozu» və s. adlandırırdılar.

Nevrosteniyadan əziyyət çəkən xəstələrin başlıca xüsusiyyətlərindən biri də, onların son dərəcə öz xəstəliklərini «şişirtməsidir». Belə ki, nevrostenik özünü həmişə ağır xəstə kimi qələmə verir, müxtəlif həkimlərə müraciət edir, bütün müayinələrdən keçməyə cəhd göstərir. Lazımi ixtisaslı yardım almayan belə xəstələr tez ruhdan düşür, pessimizmə qapılır, beləliklə də xəstəliyin sağlmasına deyil, dərinləşməsinə şərait yaradırlar.

S e k s u a l   p o z u n t u l a r   n e v r a s t e n i y a   z a m a n ı   t e z - t e z   t  ə s a d  ü f   e d  ə n   ə l a m  ə t l  ə r d  e n d i r . B u   k i m i   ə l a m  ə t l  ə r   s o n   i l l  ə r d  e   x  ü s u s  ə n   g  ə n c l  ə r   a r a s ı n d a   g e n i ş   y a y ı l m a q d a d ı r .

### **Etiopatogeneza aid nəzəriyyələr**



### **Nevrotik və somatoform pozuntular zamanı ekspertiza məsələləri**

Bu qəbildən olan pozuntuların bütün formalarında xəstədə psixotik əlamətlərin olmaması və özünə qarşı tənqidi münasibət saxlanıldığından, belə şəxslər etdikləri cinayət hərəkətləri üçün məsuliyyət daşıyırlar. Bəzən cinayət xarakterli hərəkətlərdən sonra şəxs nevroitik vəziyyətə (adətən, isterik reaksiyalar) düşə bilər. Belə xəstələr müalicə edildikdən sonra mühakimə olunurlar.

Əmək qabiliyyətinin uzun müddət itirilməsi nevroitik pozuntular üçün xarakterik deyil. Müalicə müddətində işdən azad edilən xəstələr yenidən öz peşələrinə qayıdırlar. Nadir hallarda ağır keçən nevroz, xəstəni əlillik dərəcəsi almağa gətirib çıxarır. Bu tədbir uzun müddət aparılan müalicə lazımı səmərə vermədikdə tətbiq edilməlidir. Bir sıra hallarda xəstəni yüngül işə keçirməyə və ya peşəsini, iş yerini dəyişdirməyə ehtiyac olur.

Tez-tez kəskinləşmə verən və müalicəsi çətinlik törədən nevroitik və somatoform popozuntularda (tutmalarla keçən isteriya, ağır fobiyalar və s.) əsgəri xidmətə yararlı olmaq məsələsi fərdi qaydada həll edilə bilər. Müvəqqəti xidmətdən azad etmək, qeyri-sırası hissələrdə qulluğa göndərmək.



## XX FƏSİL

### ŞƏXSİYYƏT POZUNTULARI

Şəxsiyyət dedikdə, tarixi inkişaf nəticəsində formalaşan və ictimai-sosial münasibətlərin daşıyıcısı olan konkret şəxs nəzərdə tutulur. İctimai-sosial münasibətlərin pozulması və ya cəmiyyətə uyğun olmaması şəxsiyyət pozuntusuna səbəb olur. Şəxsiyyəti müəyyən edən əlamətlərə şəxsin xasiyyəti, temperamenti, qabiliyyəti və bu kimi digər fərdi psixoloji xüsusiyyətləri aiddir.

Xasiyyət, insanların fərdi xüsusiyyətlərini öyrənmək, onları bir-birindən fərqləndirmək, ümumi formada qiymətləndirmək üçün istifadə etdiyimiz ən önəmli göstəricilərdən biridir. Xasiyyət, əsasən insanların fəaliyyət və rəftarında ifadə olunur.

İnsanlar bir-birilə hər hansı bir münasibətdə olarkən (ailədə, iş yerində, qohumlar arasında, qonşuluqda, təhsil prosesində, istirahətdə və i.a.) ilk növbədə, xasiyyətləri ilə qarşılaşır və ona müvafiq hərəkət etmək məcburiyyətində qalırlar. Bir həqiqəti də qeyd etmək lazımdır ki, yalnız xasiyyətləri uyğun adamlar konfliktsiz, əmin-amanlıq şəraitində uzun müddət bir-birilə işləyib yaşaya bilirlər. Paxıl, xəbərçi, xəsis, qorxaq, qəlbi təmiz, əliaçıq, mərd və bu kimi digər ifadələrlə biz insanların ən xarakterik cəhətlərini – yəni xasiyyətlərini təqdim edirik. İnsanları xasiyyətinə görə xarakterizə edərkən onların təsadüfi hallarda etdiyi və ya məcburiyyət qarşısında qaldıqda etdikləri hərəkətləri onların xasiyyətinə aid etmək düzgün olmazdı. Məsələn, xəsis bir adam təsadüfən kiməsə böyük maliyyə xeyri verə bilər və ya mədəniyyəti yüksək və tərbiyəli bir şəxs nə vaxtsa ona yaraşmayan kobudluq edə bilər. Bu, heç də, o adamın xasiyyət forması deyil, sadəcə təsadüfdür. Xasiyyət müəyyən yaşda formalaşaraq şəxsin daimi, dəyişməz bir xüsusiyyətinə çevrilir. Bir çox hallarda xasiyyətinin pis cəhətlərini şəxs gizlətməyə çalışır və özünü yüksək mənəvi keyfiyyətlərə malik bir adam kimi təqdim etmək istəyir. Bəzən o, buna nail olur, lakin bu çox uzun çəkmir. Ardıcıl müşahidələr sübut edir ki, intellekti yüksək adamlar öz xasiyyət elementlərini və çirkin əməllərini daha peşəkarcasına ört-basdır edə bilər. Lakin bunlar müvəqqəti olur. İnsan ona xas olan cəhətləri uzun müddət gizlədə bilmir.



Məlum olduğu kimi, insanlar onları əhatə edən mühitə eyni münasibət bəsləmir. Məsələn, birindən kiminsə xoşu gəldiyi halda, digəri ona nifrət edir. Biri məşğul olduğu işdən zövq alır və onu həyatının mənası hesab edir, digəri isə gördüyü işə yalnız gəlir mənbəyi kimi baxır. Həmin işlə müntəzəm məşğul olduqda isə tez yorulur, ona nifrət edir. Bu misalı insanların etdiyi bütün işlərə, münasibətlərə aid etmək olar. Deməli, hər bir kəs onu əhatə edən mühitə, o cümlədən, insanlara, gördüyü işə, ailə üzvlərinə və i.ə. müxtəlif cür yanaşır. Bununla da insanlar bir-birindən fərqlənir.

Xasiyyət bir sıra digər psixoloji funksiyalarla, məsələn, temperament, qabiliyyət, emosionallıq və digər bu kimi xüsusiyyətlərlə sıx əlaqədardır. Fleqmatik temperamentli şəxs geniş qəlbli, ədaləti sevən şəxsdirsə, gördüyü iş də məzmun etibarilə hamı üçün faydalı və əhəmiyyətli olmalıdır. Əksinə, fleqmatik ədalətsiz, pislik etmək arzusunda olarsa, onun fəaliyyəti ziyanlı, anlaşılmaz olacaqdır və belə adamın etdiyi bəd işləri sübut etmək heç də asan olmur. Çünki onlar bunu olduqca düşünülmüş, necə deyirlər, xasiyyətinə uyğun və metodik səviyyədə həyata keçirirlər.

Xasiyyətin daha çox anadangəlmə və ya qazanılma olması haqqında mülahizələrə toxunaraq qeyd etməliyik ki, bu məsələdə müxtəlif baxışlar mövcuddur. Keçmiş sovetlər dövründə yaranmış konsepsiyaya görə, xasiyyət xarici mühitin təsiri altında formalaşan təhsil və tərbiyə elementlərinin məzmununa uyğun yaranmış xüsusiyyətdir. Yəni o, daha çox xarici amillərin təsiri altında təzahür edir. Xarici mühitin təsiri – tərbiyə, təhsil, ictimai quruluş və s., şübhəsiz, xasiyyətin formalaşmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Lakin irsi xüsusiyyətləri, ata-anadan, nəsil-nəcabətdən gələn qan yaddaşı vasitəsilə insana verilən fərdi xüsusiyyətləri daha önəmli hesab etmək lazımdır. Əlbəttə, eyni ictimai quruluşda yaşayıb tərbiyə alan adamların bir çox oxşar cəhətləri ola bilər. Lakin fərdi qaydada təhlil aparsaq görərik ki, bu şəxsi keyfiyyətlərdən çox ictimai tərəfdir. Ümumi toplantı zamanı biz hansısa bir qərara səs veririkse, bu, hələ o demək deyil ki, biz hər şeylə razılaşırıq.

Xasiyyətin öyrənilmə tarixinə gəldikdə qeyd etməliyik ki, hələ qədim zamandan xasiyyətin fərdi cəhətlərini öyrənməklə məşğul olan təbiblər onu müxtəlif formalara ayıraraq, müxtəlif xasiyyət qrupları ayırd etməyə cəhd göstərmişlər. Təbiblərlə yanaşı xasiyyət pozuntularının öyrənilməsiylə digər alimlər, psixoloqlar, filosoflar və hətta dövlət xadimləri də maraqlanmışlar. Eramızdan əvvəlki dövrlərdə yunanlar müxtəlif səbəb xəstəliklərinə tutulmaq meyilini xasiyyətin formaları ilə əlaqələndirməyə

cəhd göstərmişlər. İlk dəfə yunan alimi Hippokrat insanların temperamentini öyrənərək onları 4 tipə bölməyi təklif etmişdir: *s a n q v i n i k l ə r* (çevik və nikbinlər), *f l e q m a t i k l ə r* (ləng və sakit təbiətlilər), *x o l e r i k l ə r* (enerji və ehtirası yüksək olanlar), *m*

| sadə olr  | XBT – 10<br>(Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının təqdim etdiyi təsnifat) | DSM – IV<br>(Amerika Birləşmiş Ştatlarında qəbul edilmiş təsnifat) | təsnifat  |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1808      | 1. Paranoid                                                         | Paranoid                                                           | onların   |
| psixi xə  | 2. Şizoid                                                           | Şizoid                                                             |           |
| Şəxsi     | 3. Dissosial                                                        | Asosial                                                            | olaraq    |
| S. Priçar | 4. Emosional davamsız (affektiv),                                   | Sərhədi (aralıq tip)                                               | bir ne-   |
| çə form   | İmpulsiv sərhədi (aralıq) tip                                       |                                                                    | mişdir.   |
| Sonrakı   | 5. İsterik (nümayişkar)                                             | Nümayişkar                                                         | qlanmış   |
| və onun   | 6. Anankastik (obsessiv-kompulsiv)                                  | Obsessiv-kompulsiv                                                 | t, 1891-  |
| ci ildə V | 7. Təşvişli (yayınan)                                               | Yayınan                                                            | arını bir |
| yerə cə   | 8. Asılı                                                            | Asılı                                                              | r.        |
| Şəxsi     | 9. Digər tiplər                                                     | Passiv-aqressiv tip                                                | mətlə-    |

ri olmuşdur. D.S.Ozeretskovski 1890-cı ildə çox müdafiə tədqiqat yolu ilə «psixopatiya» terminini ilk dəfə rus professoru Y.Balinski tərəfindən irəli sürüldüyünü isbat etmişdir. D.S.Ozeretskovski İ.M.Balinskinin 1870–1880-ci illərdə Sankt-Peterburq şəhərində apardığı məhkəmə psixiatriya ekspertizalarının protokollarını təhlil etdikdə psixiatriya terminini işlətməmiş və onu psixi xəstəliklərdən fərqli olaraq xasiyyət patologiyası kimi şərh etmişdir.

1896-cı ildə isə ömrünün sonunadək Qurin Universitetinin psixiatriya kafedrasında çalışan S.Lambrazo xasiyyət formalarını öyrənmiş və onları insanların xarici görünüşünə əsasən fərqləndirmişdir. O, hətta qeyd edirdi ki, cinayətkarları heç də mühit yaratmır, onlar anadangəlmə cinayətkar doğulurlar.

Şəxsiyyət pozuntularının tədqiqi sahəsində böyük xidməti olan alimlərdən biri də alman psixiatrı E.Kreçmer olmuşdur. O, bu pozuntuları müxtəlif tipli bədən quruluşuna görə təcrid etməyə cəhd göstərmişdir. Kreçmerə görə piknik bədən quruluşuna malik şəxslər affektiv pozuntular verməyə daha çox meyillidir. Astenik bədən quruluşuna malik olanlar isə təfəkkür pozuntusuna məruz qalan şəxslər olub şizoidlər qrupuna aiddir. Bu günə kimi ədəbiyyatda təsvir edilmiş xasiyyətin patoloji variantları sırasında XX əsrin 50–60-cı illərində Avropa ölkələrində məşhur olan Krepelin – Kreçmer təsnifatı şəxsiyyət pozuntularının

müxtəlif tiplərinin fenomenoloji xüsusiyyətlərinə əsaslanırdı. Bu təsnifata görə insanlar aşağıdakı qruplara bölünürdü:

1) Oyanıqlılar – xarici qıcıqlara qarşı güclü emosional reaksiyaları ilə diqqəti cəlb edənlər;

2) Davamsızlar – xarici təsirlərə, ilk növbədə, təlqinə həssas, emosional ləbil olan şəxslər;

3) Göpçular (fantastlar) – ağılasığmaz yalanları və hər şeyi şişirdərək yaymağı sevən adamlardır;

4) Əcaiblər – cəmiyyətdən qaçaraq tənha, qapalı həyat sürməyi sevənlərdir. Bəzən xəyalpərvər və ya boşboğaz olmaları ilə də diqqəti cəlb edirlər;

5) Deyingənlər – həddindən artıq egoist, heç kəslə yola getməyən, cüzi səbəblərdən konflikt yaradan, qeybət qırmaqdan sanki zövq alan adamlar;

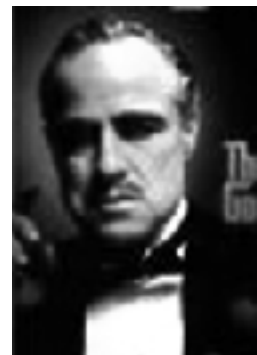
6) Meyil pozuntusu olanlar – ilk növbədə, seksual meyil pozuntularına, narkomaniyaya, alkoqolizmə və bu kimi digər hərəkətlərə həssaslıqları ilə fərqlənənlər;

7) Antisosial pozuntuya meyillilər – bu qrupa aid edilən şəxsiyyət pozuntuları daha çox ictimai qanunlara riayət etməyən, tufeyli həyat sürməyi xoşlayan, qayda-qanuna tabe olmaq istəməyənlərdir.

Kreçmer konsepsiyasında bəzi qüsurların olması bu təsnifatın tənqidi-

### **Paranoid tip**

- Adi həyati problemlərə qarşı yüksək həssaslıq nümayiş etdirmək
- Daima kimlərdənsə narazı qalmaq meyli
- Ona qarşı göstərilən neytral münasibətə hətta xeyirxalqlığa şübhə ilə yanaşmaq
- Öz hüququnu müdafiə edərkən yalnız "Hücum" mövqeyi tutmaq
- İfrat qısqanclıq
- Öz qabiliyyət və xidmətlərini şişirtmək
- Ətrafda baş verən bütün hadisələrin və şəxsi münasibətlərin onun əleyhinə olduğunu sübuta yetirmək cəhdi



**Şəkil 26.** Marlon Brando  
"Xac atası" filmində

nə səbəb oldu. Belə ki, bu təsnifat psixologizm və sxematizm ruhunda tərtib edildiyi üçün irad tutulurdu.

Sovet dövründə psixopatiyaların dərinədən öyrənilməsi, onların patogenezi və sistematikasını ilə P.B.Qannuşkin və O.V.Kerbikov məşğul olmuşlar.

Şəxsiyyət anomaliyalarının hərtərəfli öyrənilməsi sahəsində böyük xidmətləri olan P.B.Qannuşkin 1933-cü ildə şəxsiyyət pozuntularının ümumi sistematikasını yaratdı. O, «Psixopatiyaların klinikası, statikası, dinamikası və sistematikasını» əsərində şəxsiyyət pozuntularını aşağıdakı qruplara bölməyi təklif etmişdir: tsikloidlər, asteniklər, paranoidlər, şizoidlər, antisosial psixopatlar (cəmiyyətə zidd gedənlər), epileptoidlər, isteriklər, davamsız psixopatlar və konstitusional sarsaqlar. Qannuşkin ilk dəfə olaraq, belə pozuntuların həyat prosesi ərzində dəyişə bilməsi fikrini söylədi və bu xəstəliyin dinamikasının qanunauyğunluqlarını şərh etdi. Halbuki ona qədər bu problemlə məşğul olan alimlər şəxsiyyət pozuntusunu dəyişməz – stabil patoloji hal kimi qəbul edirdilər.

P.B.Qannuşkinin fikrincə psixopatlar, «xasiyyətin formalaşdığı gənclik illərindən etibarən ictimai mühitə uyğunlaşa bilməyən şəxslərdir». Şəxsiyyət pozuntusu həm şəxsin özünün, həm də onu əhatə edən adamların iztirablarına səbəb olan xasiyyətin disharmoniyası – eynəciyi.

P.B.Qannuşkin şəxsiyyət pozuntusu diaqnozunu üç başlıca əlamətə əsasən qoymağı təklif etmişdir:

- 1) Xarakteroloji pozuntuların həcmli (total) olması;
- 2) Həyat boyu onların az dəyişkən və davamlılığı;
- 3) İctimai uyğunlaşmanın dəyişməsi.

Şəxsiyyət pozuntularının təsnifatından danışdıqda qeyd etməliyik ki, Rusiyada və keçmiş SSRİ məkanında mövcud olan bir çox ölkələrdə Qannuşkin təsnifatından bir qədər fərqli, daha müasir hesab edilən, kliniki psixologianın və psixiatriyanın tələblərinə cavab verən Leonqard-Lişko təsnifatı mütəxəssislər tərəfindən bəyənilsə də, praktikada geniş yayılmamışdır. XX əsrin 90-cı illərində Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (XBT) təqdim edildi. Bu təsnifat respublikamızda da rəsmi diaqnostik təsnifat kimi qəbul edilmişdir. Aşağıdakı cədvəldə XBT–10 və ABŞ-da istifadə edilən DSM – IV müqayisəli şəkildə təqdim edilir.

## İmplusivlik

- Əhval-ruhiyyənin davamsızlığı
- Fəaliyyətini planlaşdırmağı bacarmamaq
- Tez-tez qəzəblənmək, aqressiv hərəkətlərə üstünlük vermək və davranış normalarını pozmağa meyillik
- Emosional gərginlik yaratmağa maraq
- Özünə nəzarətin olmaması
- Daxili sabitliyini saxlaya bilməmək



*Şəkil 27.* Robert de Niro  
"Mis straxa" filmindən

*9 - c u   c ə d v ə l*

### *Şəxsiyyət pozuntularının tiplərə görə müasir təsnifatı*

Cədvəldən göründüyü kimi Ümümdünya Səhiyyə Təşkilatının təqdim etdiyi Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı ABŞ-da qəbul edilmiş təsnifatdan ciddi şəkildə fərqlənir və Beynəlxalq Təsnifatın tərtibçilərinin Amerika təsnifatını əsas götürməsi şübhə doğurmur.

1. *P a r a n o i d   t i p   ş ə x s i y y ə t   p o z u n t u s u .* Kənar şəxslərin nəzərində, adətən, qapalı, qeyri-səmimi, həmişə özündən razı şəxs kimi tanınan bu tip adamlar «yüksək qiymətli ideyalarla» yaşayaraq, öz şəxsi keyfiyyətlərini, bilik və bacarıqlarını həmişə nümayiş etdirməyə səy göstərirlər. Eqoistlik və başqalarının fikri ilə razılaşmamaq meyili də bu xüsusiyyətlə əlaqədardır. Onların görüş dairəsi şəxsi keyfiyyətləri

çərçivəsindən kənara çıxmır. Mənəvi həyatları kasad və yeknəsək olub, xəyalən qurduqları dairə içərisində fırlanırlar. Başqalarının fikirlərini da im inkar edir, tənqidi mülahizələri rədd edirlər. Onlar üçün yalnız bir həqiqət – özlərinin fikirləri mövcuddur. Kim bununla razılaşırsa, onları yabançı və düşmən kimi qəbul edirlər. Həmişə şübhəli görünən belə şəxslər mənəvi olaraq heç kəslə yaxınlaşa bilmir, tənha yaşamağa meyil göstərirlər. Xəyali düşmənlərinə qarşı mübarizə aparmaqdan yorulmayan bu tip şəxsiyyət pozuntusu olan insanlar bəzən olduqca qəddar, ədalətsiz hərəkət etməyə qadirdirlər. Paranoyal psixopat öz məqsədinə nail olmaq üçün illərlə mübarizə aparmaqdan, müxtəlif idarə və təşkilatlara şikayətlər etməkdən yorulmur. Belə şəxsləri sutyaqakverulyant (*şikayətçi-ərizəbaz*) adlandırırlar. Onlar cəmiyyət üçün daha çox ictimai təhlükəli subyektlərdir. İnzibati mühafizə orqanları belə adamlardan tənge gəlirlər.

Qannuşkinin *f a n a t i k l ər* adlandırdığı digər qrup paranoidlər bir sıra xüsusiyyətləri ilə fərqlənilir. Bu da, onların maraq dairəsinə daxil olan hansısa ideyaları öz şəxsi maraqlarından daha üstün tutmalarından irəli gəlir. Onlar maddi maraq və şəxsi xoşbəxtlik xatirinə deyil, məhz qarşıya qoyduqları məqsəd uğrunda mübarizə aparırlar. Həmin məqsəd xatirinə hər şeydən (vəzifəsindən, var-dövlətindən, sağlamlığından) keçməyə hazırdırlar. Adətən, din xadimləri, alimlər və ictimaiyyətçilər arasında rast gəlinən belə şəxslər fədailik nümunəsi göstərməyə qadir adamlardır. Bir çox hallarda, hətta cinayət məsuliyyəti daşıyan belə psixopatlar anlaşıq hesab edilə bilər.

2. *Şizoid tip şəxsiyyət pozuntusu* (İntrovert tip). «Şizoid» sözü 1936-cı ildə alman alimi K r e ç m e r tərəfindən təklif edilərkən belə hesab edilirdi ki, şizoid psixopatlarla şizofreniya xəstəliyi arasında etioloji bir yaxınlıq mövcuddur. Lakin sonralar məlum oldu ki, adlarının oxşarlığına baxmayaraq, bu pozuntular arasında nə etioloji, nə də patogenetik əlaqə yoxdur.

Bu tip şəxsiyyət pozuntusu olanların başlıca cəhəti autistik təfəkkürə malik olmaları və bununla da başqalarından asanlıqla fərqlənmələridir. Belə şəxslərin cəmiyyətdə özlərini aparmaları, geyimləri, mimikaları, jestləri və i.a. müstəsna xüsusiyyətə malikdir. Nitqləri kasad və bir neçə standart ifadələrdən ibarət olub, eyni tipli hərəkətlər və jestlərlə müşayiət edilir. Uşaq yaşlarından başlayaraq bu və ya başqa dərəcədə gələcək şizoid xasiyyətin əlamətləri sezilir. Onlar həmyaşıdlarına uyuşmur, təkliyi sevirlər, qeyri-adi məşğuliyyətlərə daha çox maraq göstərirlər. Tənhalığı xoşlayan belə uşaqların böyüdükdə yaxın dostları, qəlblərini açma biləcək sirdaşları olmur və buna ehtiyac da hiss etmirlər. Kənar şəxslər onları «qəribə» və «əcaib» hesab edirlər. Xarici aləmə yovuşa bilməmələri,

dostluğu, yoldaşlığı bacarmamaları bu şəxsiyyət pozuntusu tipinə aid olan adamları başqalarından seçmək o qədər də çətin deyil. Onlar başqasının (hətta yaxın qohumların) dərdinə şərik olmaq, sarsıntı keçirən adama ürək-dirək vermək qabiliyyətinə malik olmurlar. «Qayğı» anlayışı, sanki onlar üçün mövcud deyildir. Belə pozuntusu olanlar haqqında P.B.Qannuşkin demişdir: «Onlar ətrafda baş verən hadisələri sanki əyri güzgüdə görürlər. Yekdil bir hadisənin ayrı-ayrı cəhətlərini olduğu kimi qavradıqları halda, hadisənin mahiyyətinə varmır, sanki onu anlaya bilmirlər. Marqlarına uyğun gəlməyən heç nəyi qəbul etmir, hesaba almır və ya inkar edirlər». Belə münasibət Hegelin məşhur «ən pis şey həqiqəti dərk etməkdir» – kəlamına bənzəyir.



**Şəkil 28.** Psixopatın öz bədəninə yetirdiyi xəsarətin izləri.

3. *Dissosial, cəmiyyətə zidd gedən antisosial tip şəxsiyyət pozuntusu.* Bu tipə aid edilən şəxsiyyət anomaliyalarının əsas əlamətləri aşağıdakılardır:

1) *Başqalarına qarşı istək və məhəbbət hissi yaratmaq qabiliyyətinin olmaması;*

2) *Qəfləti (gözlənilməz) hərəkətlərə meyillilik;*

3) *Özünü günahlandırmaq hissinin olmaması;*

4) *Etdiyi neqativ hərəkətlərdən peşman olmaması.*

Başqalarına qarşı, nəinki istək və məhəbbətin, hətta adi insani münasibətin olmaması belələrini ən qəddar hərəkətlərdən belə çəkindirmir. Ətrafındakı adamlara, bir çox hallarda öz ailə üzvlərinə, iş yoldaşlarına əzab-əziyyət vermək, onları alçaltmaq, sərt hərəkətlərə əl atmaq belələri üçün adi qəbul edilir. Bununla yanaşı, bir çox hallarda, belə adamlar özlərini qayğıkeş, tərifəlayiq adam kimi təqdim etməyi də bacarırlar. Onların bu hərəkətlərinə inanaraq belələrinə məhəbbət hissi bəsləyən, öz qəlbini açan adamlar tezliklə yanıldıqlarını hiss edir və peşmançılıq çəkirlər. Belə şəxslərlə intim əlaqədə olanlar bu adamları daha tez tanıya bilirlər. Onlar öz intim tələblərinə nail olmaq üçün hər cür hərəkətlərə – kobudluğa, təhqirə və fiziki qüvvə tətbiq etməyə əl atırlar. Şəxsiyyətin bu

növ pozuntusu olan adamların əksəriyyəti çox vaxt öz ailəsindən ayrı yaşayır və ya boşanmaq qərarına gəlir.

Bu tip adamlar, bir qayda olaraq, etdikləri hərəkətlərdən nəticə çıxarmadıqları üçün təkrarən neqativ hərəkətlərə yol verirlər. Belə şəxslərin narkotik maddələrə və ya alkoqola meyilli olması onların vəziyyətini daha da dözülməz edir. Adətən, övladları, belə valideynləri sevmir və onların ailəsində tez-tez yaranan ailədaxili konfliktlər faciəli nəticələrə gətirib çıxarır. Psixi pozuntuların Beynəlxalq təsnifatı (*X Baxış*) dissosial tip şəxsiyyət pozuntularını aşağıdakı variantlara ayırır: *sosiopatik; əxlaqsız; asosial; antisosial, şəxsiyyətin psixopatik pozuntusu*.

4. **E m o s i o n a l d a v a m s ı z v ə y a a f f e k t i v t i p ş ə x s i y y ə t p o z u n t u l a r ı**. Aşağıda təsvir edilən bu şəxsiyyət pozuntusunu bəzi müəlliflər əhvali-ruhiyyə pozuntusu hesab edir və şəxsiyyət pozuntusu kimi deyil, ayrıca xəstəlik kimi təqdim edirlər. Lakin XBT-10-dan fərqli olaraq bir çox ədəbiyyat mənbələrində, o cümlədən, «Psixiatriya üzrə Oksvord rəhbərliyi» adı ilə dərc olunan kitabda və rus ədəbiyyatlarında (M.V.Korkina və b. «Psixiatriya», Moskva, 1995) bu tip şəxsiyyət pozuntularının tərkibinə affektiv tipi də daxil etmək təklif edilir. Məhz, bu səbəbdən biz də emosional davamsız tip şəxsiyyət pozuntusu ilə yanaşı affektiv pozuntuları da bu bölmədə oxuculara təqdim edirik.

Affektiv tip şəxsiyyət pozuntularına aid edilən adamların başlıca xüsusiyyətləri əhvali-ruhiyyələrinin bir-birinə zidd qütblər arasında (*disforiya və eyforiya*) tez-tez dəyişməsidir. Bir çox müəlliflərin fikrincə, distimiklər anadangəlmə pessimistlərdir. Belə şəxslərin əhvali-ruhiyyəsi daima aşağı olub, hər an nə isə bir hadisənin olacağını gözləyirlər. Belələrini heç nə ruhlandırmır, həyatlarında baş verən müsbət hadisələrə, qazandıqları müvəffəqiyyətlərə görə sevinmək hissi sanki onlara yaddır.

5. **İ s t e r i k t i p ş ə x s i y y ə t p o z u n t u s u** (nümayişkar tip). Bu tip şəxsiyyət pozuntulu şəxslər öz fəaliyyəti ilə hamının diqqətini cəlb etməyə çalışan, hadisələrin gedişində aparıcı rol oynamağa can atan, bu məqsədlə müxtəlif hərəkətlər (bəzən artistlik məharəti) nümayiş etdirərək tez tanınırlar. Belələri haqqında alman psixiatri Yaspers demişdir: «İsterikin əsas xüsusiyyəti – olduğundan artıq görünməyə, həmişə diqqət mərkəzində olmağa, daha çox həyəcan keçirməyə can atmalarıdır». Emosional cəhətcə zəngin görünmək üçün canfəşanlıq etmələrinə baxmayaraq, isteroid şəxslər mənəviyyatca heç də zəngin olmayan, başqalarının iztirabına biganə qalması bacaran şəxslərdir. Onlar üçün ən başlıcası öz təəssüratlarını nümayiş etdirmək, diqqət mərkəzində olmağa söz göstərmələridir. Bu tip şəxslər, adətən, şənliyi xoşlayır, maraqlı məclislərin iştirakçısı olmağa çalışır və hər hansı bir xüsusiyyətləri ilə



fərqlənməklə öyünməyi sevirlər. Onlara diqqət yetirmədikdə tez bir zamanda əhvali-ruhiyyələri dəyişir, əsəbiləşir, çəkişmə, mübahisə, bəzən isə hətta dava-dalaş mənbəyinə çevrilirlər. Ancaq bu halda özlərini rahat və xoşbəxt hiss edirlər. Gərginlik yaranarsa isterik, dərhal pis vəziyyətə düşür, müxtəlif emosional hallar, o cümlədən, tutmaşəkilli cəngəlmələr nümayiş etdirərək, özünə xəsarət də yetirə bilər. İ.P.Pavlovun təsvir etdiyi bədii tipə mənsub olan bu şəxslər öz fantaziyaları ilə real həyatı fərqləndirə bilmir və buna görə də özlərini bir növ ictimai varlıqdan uzaqlaşdırırlar.

Kreçmer isteroidlərin xüsusi bir formasını fərqləndirməyi təklif etmiş və onlara *yalançılar* və *gopçular* (*pseudoloqlar*) adı vermişdir. Öz təbii xüsusiyyətlərindən məharətlə istifadə edən belə adamlar emosional boyalarla zəngin ifadələrlə başqalarını inandırmaq, onları yoldan çıxarmaq qabiliyyətinə malik olurlar. Söylədikləri yalan fikirlərə nəinki başqaları, hətta özləri də inanırlar. Bəzən maddi gəlir əldə etmək məqsədilə «məharət» və «bacarıq» nümayiş etdirir, *məsələn, müalicə etmək, fala baxmaq və s., hətta şarlatanlıq edirlər.*

6. *Anankastik və ya obsessiv-kompulsiv tip şəxsiyyət pozuntusu.* Əvvəllər bu tip şəxsiyyət anomaliyalarını psixastenik psixopatiyalar adlandırırdılar. Bu tip şəxslərin başlıca xüsusiyyətləri özlərinə qarşı inamsız, təəssüatlarının kövrək olması, özlərini daim aciz və köməksiz hiss etmələridir. Bir tərəfdən ümitsiz və yazıq görünən belə şəxslər, digər tərəfdən özlərinə qarşı xüsusi diqqət, şəxsiyyətlərinə hörmət olunmasını tələb edirlər. Uşaqlıq və yeniyetmə yaşlarında daha kəskin nəzərə çarpan bu əlamətlər onları qorxaq və aciz olmağa, tez-tez hissiyyətə qapılaraq tay-tuşlarından kənar dolanmağa məcbur edir. Belə psixopatları şərti olaraq iki tipə bölmək mümkündür. *Birinci tipə mənsub olanlar həyəcanlı, şübhəli, qətiyyətsiz və müstəqil ola bilməmələri ilə fərqlənənlərdir.* Xəyalən cəsarətli olmağı arzu etsələr də, real hərəkətlərində buna nail ola bilmir, cüzi müvəffəqiyyətsizlik onları ruhdan salır, pessimizmə qapanmağa, başladığı işi yarımçıq qoymağa vadar edir. Təhsil aldığı illərdə bilikli və qabiliyyətli olmalarına baxmayaraq, bu cəhətlərini təcrübədə nümayiş etdirə bilmirlər. Yaxşı sənətkar və ya savadlı mütəxəssis olduqları halda bunu real fəaliyyətdə tətbiq etməkdə acizlik çəkirlər. Qanuni hüquqlarının tapdandığını gördükdə özlərini müdafiə əvəzinə məyus olub iztirab keçirirlər. Hissiyatlarının zənginliyi və köməksiz olmaları onları daima qayğılı və şübhəli olmağa, öz hərəkətlərini dönmə-dönə təhlil etməyə sövq edir. Bəzən onlar, nəinki öz hərəkətləri üçün, eyni zamanda başqaları üçün də iztirab keçirirlər. Belə şəxslər üçün tanımadıqları adamlar,

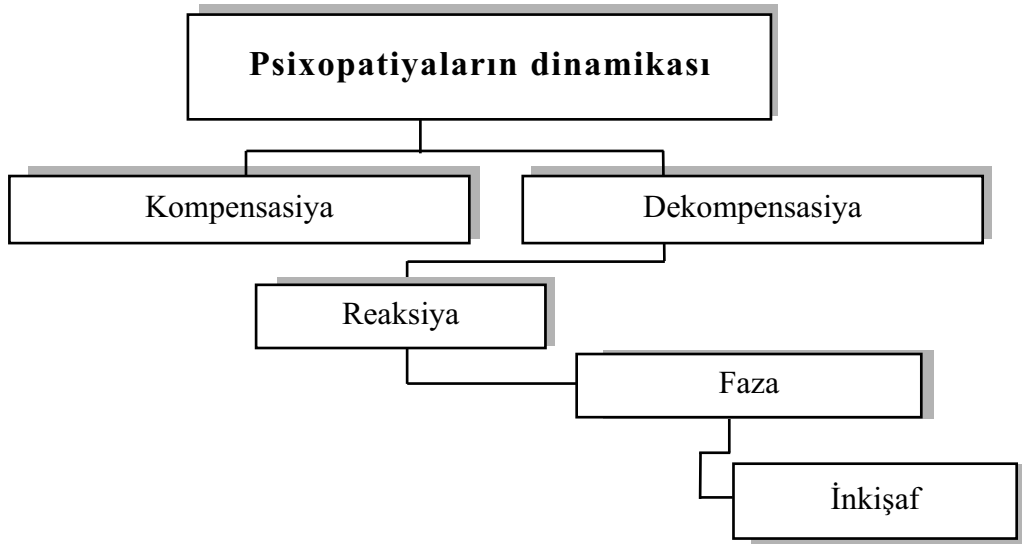
ələlxüsus əks cinsə mənsub olan şəxslərlə əlaqə yaratmaq çətin olur. Daim «yox» cavabı alacaqlarını düşündükləri üçün heç kimə müraciət etmir və ya bunu gərginlik şəraitində zorla edirlər. Yeganə asan edə bildikləri iş, üzərlərinə düşən vəzifənin bir hissəsini başqasına həvalə etmək barədə onlara verilən tövsiyələrə qulaq asa bilmələridir. İşdə və ailədə onların fəaliyyətinə rəhbərlik edən bir adama sığınmaqla özlərini bir qədər qayğısız hiss edirlər.

*Anankastik – psixastenik şəxsiyyət pozuntunun ikinci tipinə mənsub olan şəxslər xasiyyətlərindəki şübhəliliyin sarışan xarakterli olmasını başa düşmələri ilə fərqlənilir.* Onlar əvvəlcədən planlaşdırılmış göstərişlər əsasında fəaliyyət göstərərək dəqiq və səlis olmağa çalışır, icra etdikləri işi dəfələrlə yoxlamaqla özlərini gərginlikdən azad edirlər. Həmişə təmkinli, sadə, hörmətçil olmağa, onlara işi düşən şəxslərə xidmət göstərməyə, o adamların rəğbətini qazanmağa çalışırlar. Tapşırılan vəzifəyə həddindən artıq səy göstərmək, onu yüksək keyfiyyətlə icra etmək hissi bir an belə onları sakit buraxmır. Bununla yanaşı onlar heç vaxt gördükləri işlərin məzmunundan razı qala bilmir, daim şübhə onları boğaraq özlərinə qarşı ümitsizlik hissi yaradır.

**7. Təşvişli (yayınan) tip şəxsiyyət pozuntusu.** Bu növ pozuntusu olan şəxslər daim həyəcanlı, narahat və bir qədər qayğılı olurlar. Həmişə nə isə xoşagəlməyən bir hadisənin baş verəcəyini gözləyən belə adamlar özlərinə qarşı inamsız olub, təhlükəsizliyinə, tutduğu mövqeyə, sağlamlığına ziyan dəyəcəyi qorxusunu hiss edirlər. Bu səbəbdən onlar özlərini aciz, məzlum hiss edərək kimdənsə yardım gözləyirlər. Onlar məmnuniyyətlə kiminsə himayəsinə keçməyi arzulayır və bu məzmunlu istənilən təklifə dərhal razılıq verirlər. Hər bir yeni fikri olduqca könülsüz qarşılayır, başqaları ilə, ələlxüsus yeni adamlarla kontakta girməkdən çəkinirlər.

Təşvişli şəxsiyyət pozuntusu olan insanların, adətən, dostları, tanışları çox olmur. Hər bir ünsiyyət, təzə bir işə başlamaq, ictimai tapşırığı yerinə yetirmək onlar üçün olduqca çətin olur. Psixi pozuntuların X Beynəlxalq təsnifatında «şəxsiyyətin təşvişli pozuntusu» əsas termin, «yayınan» sözü isə alternativ (əvəzedici) kimi işlədilir.

**8. Asılı tip şəxsiyyət pozuntusu.** Bu pozuntuya məruz qalan şəxslər iradəsiz, kənar adamların təsirinə həssas, başqalarından hər an kömək uman adamlar kimi görünürlər. Onlar, sanki həyatda heç nədən qənaətlənə bilmirlər. Məsuliyyət tələb edən istənilən işə girişmək onlar üçün çox çətin olur. Belə təklifin özü onlarda məyusluq və qorxu yaradır. Bu tip xasiyyət anomaliyası olanlar güclü təbiətə malik qadınla həyat qurarsa, onların bir növ kompensasiya olunacağını güman



etmək olar. Qayğıkeş, bacarıqlı qadın himayəsinə ehtiyac duyan belə adamlar nəinki özlərini inamlı hiss edir, hətta fəaliyyət göstərdiyi peşə (elmi-pedaqoji, yaradıcılıq və i.a.) sahəsində müvəffəqiyyətlər qazanırlar. Əksinə, onlar özləri üçün dayaq nöqtəsi tapmadıqda, tənhalıq mühitinə tab gətirməyib malik olduqları hər şeydən (iş yeri, maliyyə imkanları) tezliklə məhrum olurlar. X baxış XBT-da bu növ şəxsiyyət pozuntusunun üç əsas forması ayırd edilir: *astenik; qeyri-adekvat; passiv və aciz şəxsiyyət*.

9. Digər və qarışıq tip şəxsiyyət pozuntuları. Digər tiplərə aid edilən formalar bunlardır: eqossentrik, hiddətli, eqodistonik, passiv-aqressiv, sado-mazoxistik.

**Etiopatogenez.** Hazırda şəxsiyyət pozuntularının əmələ gəlməsi haqqında müxtəlif nəzəriyyələr mövcuddur. Bəzi alimlər psixopatiyaları sırf irsi (endogen) mənşəli hesab edirlər. Digər alimlər isə əksinə, şəxsiyyət pozuntularının meydana çıxmasını xarici zərərli amillərlə əlaqələndirirlər. Xarici amillərə ətraf mühit, tərbiyə, ailə şəraiti və s. aiddir. Məşhur psixiatr Kramerin bu haqda çox maraqlı bir ifadəsi var: «İki psixopat valideynin ailəsində inkişaf edən övladın faciəsi onda deyil ki, o iki psixopat valideynin övladıdır. Daha böyük faciə ondadır ki, o iki psixopat valideynin konfliktlərlə dolu ailə şəraitində inkişaf etmək məcburiyyətindədir və bu onun xasiyyətinin formalaşmasına öz təsirini göstərir.»

Şəxsiyyət pozuntusunun əmələ gəlməsində bəzi alimlər irsi konstitusional, həm də qazanılma amillərə böyük yer verirlər.

Birincilərə sırf irsi amillərlə yanaşı ana bətinində və ya doğuş zamanı, bəzən doğuşdan sonrakı körpəlik çağında baş verən travmalar, infeksi-

yalar, intoksikasiyalar nəticəsində meydana çıxan psixopatiyalar aid edilir. Qazanılma psixopatiyalar isə müxtəlif xarici, ilk növbədə, ictimai amillərin: tərbiyənin düzgün olmaması, ağır məişət, iş şəraiti və s. təsiri nəticəsində yaranır.

Psixanalitiklərin fikrincə, şəxsiyyət pozuntuları xasiyyət nevrozu olub «libido»nun geriye inkişafı və ya onun erkən uşaqlıq dövründə inkişafdan qalması nəticəsində əmələ gəlir. İ.P.Pavlov isə şəxsiyyət pozuntularını müxtəlif xarici və daxili amillərin təsiri ilə əlaqədar mərkəzi sinir sistemində yaranan oyanma və ləngimə proseslərinin tarazlığının pozulması nəticəsində meydana çıxan patologiya hesab edirdi.

**Klinika.** Psixiatr alimlər psixopatiyaların çoxsaylı formalarını nəzərə alaraq onların universal əlamətlərini təsvir etməyə çalışmışlar. Çox maraqlı konsepsiya alman alimi Müller tərəfindən irəli sürülmüşdür. O, şəxsiyyət pozuntularını xarakterizə edən üç mükəmməl əlamət qeyd etmişdir:

1) Psixopatlar ürəkləri istədikləri hər hansı bir arzunu təxirə sala bilmir, nə yolla olursa olsun onu tez əldə etməyə çalışırlar. Məsələn, tələbələrin həyatından bir misalı nəzərdən keçirək. Mühazirə zamanı tələbənin çantasında onun çox sevdiyi yeməli nəşə var. Əgər o, xasiyyətə normal adamdırsa, başa düşür ki, mühazirə zamanı müəllimə diqqətlə qulaq asmaq lazımdır, bu vaxt yemək olmaz. O gözləyir və fasilə zamanı istədiyi yeməyi yeyir. Şəxsiyyət pozuntusu olan şəxs isə bu arzunu təxirə sala bilməyib harada olmasından asılı olmayaraq sevdiyi yeməyi nəzərə cərpdirmadan yeyir;

2) Psixopatlar öz təcrübələrindən nəticə çıxarıb fəaliyyətlərini tənzim etməyi bacarmırlar. Məsələn, affektiv tip pozuntuya malik şəxs kiçik bir səbəbdən baş vermiş konfliktlə əlaqədar adam yaralamış və 3 illik həbs cəzasına məhkum olunmuşdur. Həbsxanada çətinliklər keçirən psixopat özünə dəfələrlə söz verir ki, bir daha belə şəraitə düşərsə özünü idarə edəcək və cinayətə yol verməyəcəkdir. Həbsdən azad olduqdan sonra isə küçədən keçərkən həmin şəxs o biri səkidə dava eləyən iki nəfəri görür və özündən asılı olmayaraq verdiyi sözü unudub konfliktə qoşulur. Nəticədə onun başını yarır və o təzədən məsuliyyətə cəlb edilir;

3) Şəxsiyyət pozuntulu şəxs heç vaxt səhv etdiyini qəbul etmir və özünü həmişə haqlı sayır. Məsələn, hər hansı mübahisəli məsələni həll etdikdə, mübahisədə iştirak edənlərdən biri əgər o, normal xasiyyətli şəxsdirsə əks tərəfin haqlı olduğunu dərk etdikdə əllərini qaldırır, opponentinin fikri ilə razılaşır. Psixopat isə mübahisə edən şəxsin düzgün olduğunu başa düşsə də, öz səhv fikrindən əl çəkməyib bunu müxtəlif yollarla qeyri-səmimi şəkildə isbat etməyə çalışır.

Ümumiyyətlə, şəxsiyyət pozuntularını daim eyni dərəcədə təzahür edən əlamətlərlə cərəyan edən patologiya kimi təsəvvür etmək doğru deyil. Təəssürlərinin həssaslığı və zənginliyi ilə fərqlənən belə adamları bir sıra hallarda tam sağlam şəxslərdən təcrid etmək mümkün olmur. Diaqnostik səhvə yol verməmək üçün bəzən illərlə müşahidə aparmaq, şəxsin həyatını öyrənərək hərtərəfli psixoloji təhlil etmək tələb olunur. Şəxsiyyət pozuntularının dinamikasında ictimai amillərin, ailə daxili münasibətlərin (iş yerini dəyişmək, məhbusluq, orduda xidmət, ailə qurmaq, boşanmaq və s.) böyük rolu vardır. Bir sıra somatik xəstəliklərin, fizioloji pozuntuların, alkoqolizm və narkomaniyaların əhəmiyyəti, psixogen amillərin rolu da qeyd edilməlidir. Adi adamlarda heç bir patoloji vəziyyətə səbəb olmayan və qısa müddət ərzində dəf edilən psixi travmalar, psixopatlarda şəxsiyyət pozuntularının kəskinləşməsinə, şəxsin uzun müddət normal həyat fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur.

Şəxsiyyət pozuntularının gedişində vaxtaşırı biri-birni əvəz edən kompensasiya və dekompensasiya mərhələləri ayrıldıqca edilir. Həyat şəraiti və əmək fəaliyyəti yaxşı olan psixopatlar bəzən uzun illər kompensasiya mərhələsində qala bilər. Belə olduqda, o şəxslərin davranışında diqqəti cəlb edən bir əlamət görünür. Onlar normal işləyir, həyat qururlar. Məsələn, isterik təbiətə malik olan müğənni səhnədə özünü tam normal apararaq pərəstişkarları tərəfindən sevilir. Lakin bununla yanaşı daha tez-tez dekompensasiya mərhələsi ilə qarşılaşmaq mümkündür. Burada həm yaş, həm də şərait mühüm rol oynayır. Klinik mahiyyətinə görə dekompensasiya mərhələsi spontan (autoxton) fazalar və patoloji reaksiyalar şəklində ola bilər. Patoloji reaksiyalar bir sıra somatik və psixi amillərə qarşı yaranıb bəzən psixotik əlamətlərdəki inkişaf edir. Həyatı çətinliklər tez bir zamanda qeyri-normal xasiyyətin tarazlığını pozur, kəskinləşməyə səbəb olur. Spontan fazalar isə diqqəti cəlb edən bir amil olmadan baş verir. Bir çox pasiyentlər belə fazaların olmasına sanki cəhd edirlər. Fazaların və reaksiyaların ağırlığı, davam etmə müddəti müxtəlif olub bəzən həftələrlə, eləcə də aylarla çəke bilər.

Şəxsiyyət pozuntularının inkişafının dinamikasında «pubertat böhranı» dövrünün olmasına böyük əhəmiyyət verilməlidir. Məhz, həmin yaş dövründə meydana çıxan parlaq psixopatik əlamətlər düzgün diaqnoz qoymağa imkan verir. Yetkinlik yaşına çatmış adamlarda, ələlxüsüs ahıl yaşlarda dishormonik xüsusiyyətlər tədricən yumşalır, hətta mühitə tam uyğunlaşma ilə əvəz olunur. Bəzən isə əksinə, geriye inkişaf dövründə kəskinləşə bilər.

**Diferensial diaqnoz.** Gündəlik təcrübədə konstitusional şəxsiyyət pozuntularını həyat prosesinin mürəkkəbliyi ilə əlaqədar olaraq meydana

çıxan və normal adamlarda rast gəlinən şəxsiyyətin psixopatik inkışafı sindromundan fərqləndirmək lazımdır. Belə ki, adı çəkilən sindrom müalicəvi tədbirlər nəticəsində tez bir zamanda aradan qaldırıla bilər. Şəxsiyyətin patologiyası ilə sıx əlaqəsi olan deviant davranış (deviation – latınca normadan kənar, pozuntu deməkdir) anlayışı, əsasən gənclik dövrünə məxsus olan və ara-sıra ictimai məzmunlu davranış pozuntuları ilə təzahür edən patoloji hala deyilir. Əsl psixopatlarda «deviant davranış» davamlı olub daimi xarakter daşıyır.

Xasiyyətin aksentuasiyası nisbətən yüngül hal olub şəxsin bəzi xüsusiyyətlərinin güclənməsi, mənfi amillərin təsiri altında ara-sıra qısamüddətli kəskinləşməsi ilə diqqəti cəlb edir. Normal xasiyyətli adamlarla şəxsiyyət pozuntusu olanlar arasında ara mövqe tutan fərdləri K.Leonqart xasiyyətinə aksent olan fərdlər adlandırmışdır. Xasiyyətin aksentuasiyasını çox vaxt şəxsiyyət pozuntularından fərqləndirmək çətin olur. Bəzi müəlliflər, hətta onların arasında heç bir fərq qoymur.

Bir çox hallarda şəxsiyyət pozuntusunun formasını təyin etmək çətinlik yaradır. Məsələn, eyni şəxsə bir neçə formanı özündə birləşdirən əlamətlər qeyd olunur. Yaxud konkret forma təyin edilmir və meydana çıxan pozuntu ikincili xarakter daşıyır. Yəni hər hansı bir patoloji proses nəticəsində, məsələn, kəllə travmaları, beyin infeksiyaları, bəzi ağır psixi xəstəliklər və s. meydana çıxır.

Bu və ya digər psixopatik xüsusiyyətlərə malik şəxslərdə başlıca xasiyyət pozuntusunu təyin etmək mümkün olmadıqda m o z a i k terminindən istifadə edilir. Yeri gəlmişkən, qeyd etmək lazımdır ki, ancaq bir xüsusiyyətlə özünü büruzə verən «vahid sindromlu» şəxsiyyət pozuntusu, demək olar ki, yoxdur. Hər hansı bir tipə mənsub olan adamda digər tipin əlamətlərini də görmək mümkündür. Lakin klinik diaqnozu müəyyən edərkən dominantlıq təşkil edən sindroma əsaslanmaq lazımdır. Bəzən, həyat fəaliyyəti ərzində şəxsiyyət anomaliyasının bu və ya digər xüsusiyyətləri dəyişir, biri digərini əvəz edir. Şəxsiyyət pozuntusunun dinamikasının bu cəhəti unudulmamalıdır.

Gündəlik təcrübədə depressiv xüsusiyyətlərin tsikloidlə, psixastenianın aqressiv oyanma reaksiyaları ilə əvəz olunmasını hər bir həkim və ya psixoloq müşahidə edə bilər. Həyat prosesinin bəzi çətinlikləri, gərgin və zərərli əmək şəraiti şəxsiyyətin disharmoniyasını asanlıqla gücləndirir və onu daha da eybəcərləşdirir. Mozaik tip şəxsiyyət pozuntusu dinamik dəyişikliklərə daha asan məruz qalan, tez-tez kəskinləşmə verən, polimorf xüsusiyyətləri ilə fərqlənən formadır.

Şəxsiyyət pozuntusunu endogen psixi xəstəliklərdən fərqləndirərkən unutmamaq olmur ki, sonuncular qəflətən, adətən, kəskin başlamaqla bir sığra psixopatoloji əlamətlərlə (sayıqlamalar, hallüsinasiyalar və s.) özünü büruzə verir. Şəxsiyyət pozuntusunun özünəməxsus dinamikası, endogen xəstəliklərə nisbətən daha stabil olması nəzərə alınmalıdır. Belə pozuntular zamanı getdikcə artan şiddətlənmə (proqredientlik) olmur, əlavə xəstəlik (alkoqolizm, narkomaniya, invalüsiya psixozlar və s.) yoxdursa, qüsurlar əlamətləri meydana çıxmır. Oyanıq tip şəxsiyyət pozuntusunda epilepsiya üçün xarakterik olan paroksizmlər qeyd edilmir. Tsikloid tip şəxsiyyət pozuntusunda isə əhvali-ruhiyyə pozuntuları bipolyar pozuntulara nisbətən zəif olur.

Nevrozlardan fərqli olaraq, şəxsiyyət pozuntusu zamanı öz xəstəliyini hiss etmək, müxtəlif şikayətlərlə tez-tez həkimə müraciət halları olmur. Onlar özlərində təsadüf edən patoloji əlamətlərə, demək olar ki, əhəmiyyət vermir və hətta mübarizə aparmaq təşəbbüsü də göstərmirlər. Nevrozlarda təsadüf edildiyindən fərqli olaraq şəxsiyyət pozuntularında psixi sarsıntılara məqsədəuyğun reaksiya vermək qabiliyyəti zəif, bəzən, hətta qeyri-adekvat olur. Şəxsiyyət pozuntularında nevrozlar üçün xarakterik olan vegetativ və somatik əlamətlər ya rast gəlinmir, ya da çox zəif ifadə edilir.

Mühüm problemlərdən biri şəxsiyyət pozuntusunu üzvi, endokrin və somatogen mənşəli psixopatobənzər pozuntulardan ayırd etməkdir. Bunun üçün anamnestik məlumatlara beyin travmalarına, daxili orqanların xəstəliklərinin olmasına fikir vermək, parakliniki müayinələrin, ilk növbədə, psixoloji sınaqların, şəxsi tanıyan adamların ifadələrinin nəticələrini təhlil etmək lazımdır.

**Müalicə və profilaktikası.** Psixopatiyaların müalicəsi kompleks şəkildə, dərman maddələrindən, psixoterapevtik üsullardan, tərbiyə vasitələrindən və s. istifadə etməklə aparılmalıdır. Psixofarmakoloji preparatlar kəskin və uzun sürən fazalar dövründə tətbiq edilməlidir. Bu məqsədlə daha çox kiçik trankvilizatorlar işlədilir. Neyroleptiklərdən isə daha kəskin gedən hallarda istifadə edilir. Psixotik epizodlarla cərəyan edən təsadüflərdə aminazin, haloperidol, trifazin və s. preparatlar tətbiq edilə bilər. Bəzi affektiv pozuntular zamanı (məsələn, tsiklotimiklərdə) normotimiklərdən (karbamazepin) istifadə etmək tələb olunur. Astenik halların üstünlük təşkil etdiyi vəziyyət olarsa, nootropil, vitaminlər, biostimuləddici preparatlar (FiBs, aloe, plazmol, və i. a.) məsləhət görülür.

Psixoterapevtik üsulların bir çox formaları, o cümlədən, izahedici psi-

xoterapiya, təlqin altında hipnoz seansı yaxşı təsir göstərir. Bu üsulların tətbiqində başlıca məqsəd şəxsin ictimai- sosial münasibətlərini bərpa etmək, onu tezliklə normal həyata qaytarmaqdır. Bədii tiplərdə (məsələn, davamsız, oyanıqlı formalarda) autogen məşq səmərəli olmur və imperativ təlqin üsulları tətbiq etmək daha çox məsləhətdir.

İctimai yenidən uyğunlaşma tədbirlərinin əhəmiyyətini xüsusi qeyd etmək lazımdır. Psixopatiyadan əziyyət çəkən şəxslərin məqsəduyğun peşə seçməsi və ailədaxili münasibətlərin düzgün qurulması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu baxımdan psixopatlara güzəştə getmək, onlara yüngül iş tapşırmaq yox, ciddi və ədalətli münasibət bəsləmək tövsiyə olunmalıdır.

Şəxsiyyət pozuntusu olan şəxslərə tətbiq edilən profilaktik tədbirlərdən ətraf mühitin ictimai psixoloji cəhətdən sağlamaşdırılmasına, onların zərərli vərdislərdən (alkoqolizm, narkomaniya və i. a.). uzaqlaşdırılmasına əhəmiyyət verilməlidir.

**Proqnoz.** Psixopatiyaların proqnozu şəxsiyyət pozuntusunun tipindən, onun təzahür etmə dərəcəsiindən, kəskinləşmə fazalarının müddətindən, ictimai amillərin və müalicə tədbirlərinin səmərəliliyindən asılıdır. Uzunmüddətli kompensasiya vəziyyəti mümkün olduğu hallarda psixopat tam sağlam şəxs kimi fəaliyyət göstərərək, normal yaşamaq qabiliyyətinə malikdir.

## **Ekspertiza məsələləri**

Şəxsiyyət pozuntusu olan adamlar cinayət xarakterli əməllər törətməyə meyilli olub, hüquq-mühafizə orqanlarının diqqətini tez-tez cəlb edirlər. İctimai-hüquq qanunlarına zidd əməllər törətmək baxımından bəzi egoistik xüsusiyyətlərə malik, impulsiv reaksiyalara meyilli, intellektual inkişafı və mənəviyyatı kəsad, emosional küt tipə mənsub olan psixopatların cinayətləri daha qəddar və cəfəng olur. E. Krepelinin fikrincə belələri heç kəsə qarşı müsbət insani münasibət bəsləyə bilməyən, utancaqlıq və şərəf hisslərindən məhrum, tənqid və təhqirə qarşı laqeyd adamlardır. Lombrazonun «anadangəlmə cinayətkarlar» adlandırdığı, bioloji amillərlə şərtlənən psixopatlar məhz bu tipə mənsub olanlardır. Oyanıq-affektiv tipə mənsub olan psixopatlar cəmiyyət üçün daha təhlükəli hesab olunurlar. Çünki onlar tez-tez dava-dalaş salmağa və daha çox münasibə törətməyə meyilli olurlar. Astenik və anankastik tipə mənsub olanlar isə mürəkkəb psixoloji şəraitə düşən kimi pessimizmə qapılır, özünə sui-qəsd etmək fikrinə düşürlər.



***Məhkəmə-psixiatriya ekspertizası*** apararkən psixopatik əlamətlərin şiddətini, kobud emosional pozuntuların olub-olmamasını, şəxsin öz hərəkətlərinə tənqidi yanaşa bilməsini nəzərə almaq lazımdır. Əksər təsadüflərdə psixopatik şəxslər anlaqlı sayılır, yalnız sayıqlama fikirləri ilə müşayiət edilən və dərin şəxsiyyət pozuntusu olan psixopatlar törətdikləri cinayət hərəkətləri üçün cavabdehlik daşımaya bilirlər. Hər bir təsadüf diqqətli təhlil edilməli, şəxsin intellektual və ictimai imkanları, etdiyi cinayətin məzmunu nəzərə alınmaqla qərar çıxarılmalıdır.

Əsgəri xidmətlə əlaqədar ekspertiza apararkən olduqca diqqətli olmaq tələb olunur. Bir sıra hallarda şəxsiyyət pozuntusu olanları hərbi xidmətdən çəkəndirmək lazım deyil. Döyüş zonasından kənar yerlərdə, bilavasitə silahlı təmasda olmamaq şərtlə onların xidmət etməsi mümkündür. Tez-tez dekompensasiya vəziyyəti olduqda, əksinə belə şəxsləri hərbi xidmətdən azad etmək lazımdır.

Əmək ekspertizası fərdi qaydada yanaşma tələb edir. Əksər təsadüflərdə onları işdən ayırmamaq lazım gəlir, yüngül (münasib) işə keçirmək məsləhət görülür.

## XXI FƏSİL

### FUNKSIONAL XARAKTERLİ SEKSUAL POZUNTULAR

Sağlam adamlarda təsadüf edən seksual zövqün, buna seksual qənaətlənmə də demək olar, o cümlədən, libidonun (cinsi meyilin) qeyri-qənaətbəxş və ya tamamilə olmaması əksər hallarda funksional xarakter daşıyır.

Funksional xarakterli seksual pozuntuları digər mənşəli seksual patologiyalardan: müxtəlif xəstəliklər (üzvi, somatogen, endokrinoloji) nəticəsində meydana çıxan və anormal seksual əlaqələrdən: homoseksualizm, sadomiya, pedofiliya və s. fərqləndirmək lazımdır. Məlum olduğu kimi, cinsi meyil həm psixi, həm də endokrinoloji komponentlərin müştərək fəaliyyətinin nəticəsidir. Seksual marağın məzmunu insanlarda heyvanat aləmindən fərqli olaraq psixoloji amillərin hesabına zənginləşir və yeni keyfiyyət kəsb edir. Məhz, buna görə də insanlar arasında təsadüf edən seksual pozuntular əksər hallarda psixogen mənşəli olur.

Seksual pozuntuların ayrı-ayrı formalarından bəhs etməzdən əvvəl, seksual meyilin və seksual münasibətlərin fiziologiyasını qısaca da olsa nəzərdən keçirmək lazımdır.

Cinsi yetişkənlik, yəni cinsi hormonların tam fəaliyyət göstərməsi dövrü oğlanlarda 15–16 yaşlarda, qızlarda isə bir qədər tez, 13–15 yaşlarında başlayır. Həmin dövrdən etibarən ikincili cinsli əlamətlər, o cümlədən, xasiyyətin, davranışın, səsini dəyişməsi, əks cinsə qarşı seksual marağın yaranması və s. qeyd olunur. Bu yaşlarda oğlanlar arasında pollyusiya – yuxugörmənin təsiri altında toxum ifrazı ilə müşahidə edilən cinsi zövqalma, qızlarda isə gecə orqazmı qeyd olunur. Norma çərçivəsində pollyusiyalar gecə orqazmına nisbətən ayda 2–3 dəfə olmaqla daha tez-tez və müntəzəm baş verir. Belə ki, pollyusiyanın izlərini görənlərin və digər tərbiyəçilərin oğlanları günahlandırması, utandırması heç də lüzumlu deyil. Cinsi vəzilərin fəaliyyətinin və libidonun getdikcə güclənməsi nəticəsində oğlanlar arasında ara-sıra müşahidə edilən ananizmə münasibət də belə olmalıdır. Başqa sözlə, ananizmlə məşğul olmaq tam normal hal olmadığı kimi, onu patologiya da hesab etmək olmaz. Gənclər arasında subaylıq dövründə tək-tək hallarda edilən bu hərəkət hər hansı

bir xəstəliyə səbəb olan amil kimi deyil, fizioloji akt kimi nəzərdən keçirilməlidir. Cinsi həyata başladıqdan sonra bu hərəkət dayandırılır və heç bir qeyri-normal nəticələr vermir. Lakin bəzən ananizmi vərdiş halına salan şəxs, hətta ailəli olduqda belə ondan istifadə etmək halları qeyd olunur. Bu, nəinki xoşagəlməz hal, həm də hər hansı bir xəstəliyin (şəxsiyyət pozuntusu, şizofreniya və s.) əlaməti kimi qiymətləndirilməli və həmin şəxs həkimə müraciət etməlidir. İndi isə normal seksual münasibətlərin ayrı-ayrı forma və mərhələləri ilə tanış olaq.

C i n s i m e y i l v ə y a l i b i d o erotik-seksual fəallığın təsiri altında cinsi əlaqəyə maraq göstərməyə can atmağa deyilir. Cinsi meyilin normadan yüksək olması – h i p e r e r o t i z m, kişilərdə – s a t i r i a z i s, qadınlarda – n i m f o m a n i y a, normadan aşağı olmasına isə h i p o l i b i d e m i y a, tamamilə olmaması – a l i b i d e m i y a, q a d ı n l a r d a i s ə f r i g i d l i k adlanır.

Cinsi əlaqəyə girmək üçün kişilərdə e r e k s i y a, cinsiyyət orqanının gərginləşməsi (oyanması) tələb olunur. Libidonun təsiri altında yaranan bu akt kifayət dərəcədə olmazsa, normal cinsi əlaqə mümkün olmur, e r e k s i o n i m p o t e n s i y a adlanan belə hal tibbi praktikada daha tez-tez rast gəlinir.

Cinsi əlaqə kişi cinsiyyət orqanının qadın cinsiyyət orqanına daxil olması ilə başlayır və üç mərhələdə cərəyan edir: 1) hərəkət aktları ilə icra edilən f r i k s i y a ( p l a t o); 2) o r q a z m; 3) b o ş a l m a.

Qadınlarda normal cinsi əlaqəni təmin edən lubrikasiya halına uşaqlıq yolu divarının xüsusi maye – transudatla nəmlənməsi, klitorun və kiçik cinsiyyət dodaqlarının damarlarının genişlənməsi hesabına şişməsi və uşaqlıq yolu girəcəyi əzələlərin gərginlikdən azad olması aiddir. Belə halın yaranması cinsiyyət orqanının taktil hissiyyatının yüksəlməsinə və seksual-psixoloji hissiyyatın güclənməsinə səbəb olur. Göstərilən hazırlıq fazasının olmaması və ya zəif olması seksual hissin enməsinə – s e k s u a l h i p o s t e z i y a y a və ya tamamilə itməsinə s e k s u a l a n e s t e z i y a y a şərait yaradır. Frigidlikdən əziyyət çəkən qadınların əksəriyyətində bu əlaməti qeyd etmək mümkündür. Normal cinsi əlaqəyə mane olan və qadınlar arasında funksional seksual pozuntuların 10%-ə qədərini təşkil edən digər patologiya v a g i n i z m (uşaqlıq yolu girəcəyi əzələlərinin qeyri-iradi spazması) adlanır.

Cinsi əlaqənin ən mühim fazası o r q a z m d ı r. Bu kişilərdə toxum (sperma), qadınlarda isə xüsusi maddənin ifrazı ilə müşayiət edilən seksual zövqalma mərhələsidir. Orqazmın qadınlarda tezliklə, bəzən cinsi əlaqəyə başlayan kimi baş verməsi kişilərdən fərqli olaraq onların narahatlığına səbəb olmur. Belə hallarda cinsi əlaqəni davam etdirmək olar və qa-

dın bir akt zamanı dəfələrlə orqazm hissini duya bilər. Kişilərdə isə bu mümkün deyil, sperma ifrazından bir qədər sonra libido zəifləməklə cinsiyyət orqanı əzələləri gərginliyini itirərək boşalır. Elə buna görə də kişinin qadından əvvəl orqazm fazasını keçirməsi qadına zövq vermir, çünki o, orqazmın yaranması imkanlarından məhrum olur.

Kişilərdə rast gəlinən funksional seksual pozuntular – psixoloji mənşəli olub aşağıdakı səbəblərdən meydana çıxır:

1. Kifayət qədər səmərəli olmayan qıcıqlandırma – stimulyasiya;
2. Hazırda təsir edən mənfi emosional amillər;
3. Keçmişə aid olan və indi təsir edən mənfi emosional amillər (məsələn, xoşa gəlməyən xatırlamalar, qayınana, baldız və başqalarının pis münasibəti, seksual sferaya aid psixi travmalar, tərbiyəsizlik, natəmizlik elementləri və s.);

4. Xasiyyətlə əlaqədar cəhətlər, psixopatik və ya nevroitik pozuntular.

Göstərilən amillərin hər biri ayrı-ayrılıqda və ya birlikdə təsir edərək seksual həyatın bu və ya digər mərhələsinin pozulmasına səbəb ola bilər.

Ereksiya pozuntuları birincili və ikincili ola bilər. Birincili və ya ilkin pozuntu cinsi həyatın ilk günlərindən başlayaraq, daimi xarakter daşıyır. Bu pozuntudan əziyyət çəkən şəxslər ya cinsi əlaqəyə girə bilmir, ya da onu çətinliklə icra edirlər. İkincili pozuntu bir müddət normal davam edən cinsi əlaqədən sonra meydana çıxır. Ereksiyanın zəifləməsi və ya heç olmaması bəzən xoşagəlməz şəraitlə əlaqədar ola bilər, yaxud da hər hansı bir şəxsə qarşı (məsələn, ancaq həyat yoldaşına və ya nikahdan kənar şəxsə qarşı) yaranar. Buna nisbi və ya selektiv pozuntu deyilir. Şəraitdən asılı olmayaraq hamıya qarşı yaranan pozuntu isə total və ya generalizə olunmuş ereksiya pozuntusu adlanır. Belə pozuntuları olan kişilərdə müxtəlif nevroitik əlamətlər qeyd olunur. Onlar daim qəmgin, cəsarətsiz görünürlər. Ailədə hökm sürən narazılıq şəxsin reaktiv depressiya vəziyyətinə düşməsinə, hətta özünə sui-qəsd fikirlərinə, hərəkətlərinə də səbəb ola bilər.

Ereksiyanın pozulmasının qeyri-psixogen səbəbləri də vardır. Onlardan konstitusional, üzvi-nevrogen: mərkəzi sinir sisteminin baş-beyinə və onurğa beyninə aid mühim şöbələrinin zədələnmələri, skleroz, sirinqomeliya, bel quruması və s., endokrinoloji: androgenlərin sintezinin pozulması, sidik yollarının, prostat vəzinin xəstəlikləri, şəkər xəstəliyi, toksik amilləri: xronik alkoqolizm, narkomaniya, uzun müddət bəzi dərman preparatlarından, o cümlədən, neyroleptiklər və sedativ maddələrdən istifadə

etmək və s.-ni qeyd etmək olar. Lakin bütün bu amillər nəticəsində təsadüf edən pozuntular 15–20%-dən artıq olmur.

Ereksiyanın üzvi səbəblərdən deyil, psixogen amillər nəticəsində meydana çıxmasını təsdiq edən əlamətlərə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Onlardan yuxu zamanı, ananizmlə məşğul olarkən, qadının erogen zonalarına toxunarkən və bəzi qadınlara qarşı ereksiyanın yaranmasını göstərmək olar.

Psixogen amillərdən tez-tez təsadüf edilən aşağıdakılardır: qeyri-normal şəraitin olması – qonşu otaqda adam olduqda, bəzən təhlükə qarşısında (məsələn, kiminsə qapını açmağa qorxusu olduqda və s.) cinsi əlaqəyə girmək, hamiləlik qorxusu olduqda, qadın tərəfindən göstərilən psixoloji təsir (məsələn, təhqiramiz sözlər, lağa qoymaq, gücsüzlüyünə işarə etmək, soyuqqanlı münasibət göstərmək, cinsi əlaqə zamanı lüzumsuz hərəkətlər, liderliyi ələ almağa çalışmaq və s.), fiziki və emosional yorğunluq, əhvali-ruhiyyənin aşağı enməsi bu kimi digər səbəblər də nəzərə alınmalıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, nevroz xəstəliyi olan şəxslər seksual münasibətlərin bu və ya başqa fazasının ara-sıra pozulmasından tez-tez şikayətlənirlər. Vaxtından əvvəl toxum ifrazı bir dəqiqədən tez baş verən hallara aid edilir. Bəzən bir qədər gec, bir neçə dəqiqədən sonra, lakin qadın orqazm hiss etməzdən əvvəl eakulyasiya baş verərsə, bu da qeyri-normal hal kimi qiymətləndirilməlidir. Çünki cinsi əlaqənin hər iki tərəfə aid bütün komponentləri icra olunmur, kişi friksiyaları uzun müddət davam etdirə bilmədiyindən qadın cinsi zövq ala bilmir və qənaətlənmir. Mütəxəssislərin fikrincə 4 dəqiqədən tez baş verən eakulyasiya qeyri-normal hesab edilməlidir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, bir-birinə uyğunlaşmış ər-arvad arasında bu müddətə əsaslanmaq düzgün deyil. Başlıca şərt onların seksual cəhətcə qənaətlənməsidir.

Vaxtından əvvəl eakulyasiyanın başlıca səbəblərinə aşağıdakılar aiddir:

1. Adətən, subay adamlarda, uzun müddət «seksual enerjinin» toplanması və həssaslığın yüksəlməsi;
2. Bir sıra psixoloji amillərin: cinsi əlaqə zamanı bu və ya başqa səbəblərdən həyəcan, təlaş keçirmək, qadını razı sala bilməmək qorxusu və intim əlaqənin harmoniyasını pozan amillər;
3. Frigid qadınlara əziyyət verməmək məqsədilə bəzi kişilərin cinsi əlaqəni tez başa vurmağa çalışması;

4. Bir sıra uroloji, o cümlədən, prostat vəzinin patologiyası, fimoz, MSS-in üzvi xəstəlikləri və s.

5. Anadangəlmə (konstitusional) amillər nəticəsində eukulyasiya refleksinin qeyri-normal fəaliyyət göstərməsi. Nevrozlu xəstələrdə, əsasən nevrosteniya zamanı müşahidə edilən həm ereksiyanın, həm də eukulyasiyanın zəifliyini də buraya aid etmək olar.

Tək-tək hallarda eukulyasiyanın çox gec baş verməsi nisbi pozuntu və ya heç olmaması – total pozuntu müşahidə edilir. Sırf psixogen amillər nəticəsində eukulyasiyanın ləngiməsi, keçib gedən (müvəqqəti) hal kimi qiymətləndirilməlidir. Əlbəttə, uzun müddət müalicə olunmayan təsadüflər də mümkündür.

Tam ereksiya və orqazm mərhələləri olduğu halda eukulyasiyanın olmaması da məlumdur. Yaşlı şəxslərdə (55–60 yaşdan sonra) eukulyasiyanın gecikməsi və ya heç olmamasına da tez-tez rast gəlinir. Bu bir sıra üzvi və somatogen xəstəliklər nəticəsində ola bilər.

Bəzən orqazmsız eukulyasiyanın baş verməsi də qeyd edilir. Hətta bəzi şəxslər spermanın sərbəst axmasından şikayətlənirlər. Eukulyasiyanın total pozuntuları, adətən, sinir sisteminin üzvi patologiyası zamanı (onurğa beyni mərkəzinin zədələnməsi; bu cərrahi müdaxilə nəticəsində yaranan bilər) cinsi orqanın taktil hissiyyatının zəif olması ilə əlaqədar olur. Belə hallarda bəzən ananizm vasitəsilə eukulyasiya yaratmaq mümkün olur.

Həm kişilərdə, həm də qadınlarda seksual hissin enməsi ilə xarakterizə olunan və cinsi gücsüzlük kimi anlaşılan *impotensiya* (kişilərdə), *frigidlik* (qadınlarda) heç də az təsadüf edilmir. Əksər hallarda funksional xarakter daşıyan bu pozuntular nevrosteniyanın əlaməti kimi meydana çıxır. İnsan psixikasına təsir göstərən zərərli amillərin hamısı bu sindromların meydana çıxmasına şərait yaradır. Nevrosteniyadan əziyyət çəkən adamların arasında seksual həvəsin azalması adi haldır. Uzun müddət həyəcan keçirən, şübhə və qorxu altında yaşayan şəxslərdə də cinsi zəiflik tez-tez qeyd olunur. Bir xəstə cinsi əlaqədən əvvəl özünü tam sağlam hiss etdiyini, əlaqəyə girərkən dərhal ereksiyanın söndüyünü və seksual həvəsin itdiyini qeyd edirdi. Tibbi-psixoloji müayinə zamanı məlum olmuşdur ki, həmin şəxs bir ildən artıqdır ki, QİÇS-ə tutulduğundan şübhələnir. Həyat yoldaşını yoluxdura biləcəyi qorxusu onu rahat buraxmır. Müvafiq müayinə və psixoterapevtik tədbirlərdən sonra hər şey normaya düşmüşdür.

Frigidliyin başlıca səbəblərindən biri də hamilə olmaq qorxusudur.

Frigid qadınları müayinə edərkən hərtərəfli anamnez toplamaq, lazım olan bütün müayinələri (laborator, instrumental və s.) aparmaq tələb olunur.

Qadınlarda cinsi zəifliyin səbəblərini araşdırarkən onların seksual həyatlarının bir sıra psixoloji spesifikliyini nəzərə almaq lazımdır. Seksual münasibətlərdə kişilərlə qadınlar arasında bir növ əksiliklər mövcuddur. Məsələn, kişilərdə seksual həvəs (cinsi əlaqəyə girmək meyili) çox tez, hətta məhəbbət hissi olmadan da yaranır, qadınlarda isə əksinə seksual hissin yaranmasına məhəbbət hissi səbəb olur. Cinsi əlaqədən qabaq qadınlar daha uzun hazırlıq dövrünə ehtiyac hiss etdikləri halda, kişilər ereksiya yarandıqdan sonra bunu etmək istəməirlər.

Bəzi müəlliflər belə hesab edir ki, seksual münasibətlərdəki disharmoniyayı anatomik-fizioloji amillərdə axtarmaq lazımdır. Hətta bioloji uyğunluq anlayışını ortaya atırlar. Lakin dərin elmi-tədqiqatlar bunu təsdiq etmir. Təcrübəli seksopatoloqlardan tez-tez bu sözləri eşitmək mümkündür: «Soyuq qadın yoxdur, bacarıqsız kişi var», yaxud da «impotent kişi yoxdur, zərifliyini itirmiş qadın var». Bir sıra hallarda frigidliyə utancaqlıq, adət-ənənələrin, dini fanatizmin mənəngənəsindən çıxıbilməməsi səbəb olur. Belə hallarda seksual savadın yüksəldilməsinə, psixoterapevtik söhbətlərə ehtiyac duyulur. Əlbəttə, ər-arvad arasında tam açıqlığa, etika və estetika qanunlarına uyğun gəlməyən hərəkətlərə də yol vermək olmaz. Hər şeyə hədd qoymaq gərəkdir. M.Monten «Təcrübə» kitabında qeyd edir ki, Pifaqorun baldızı demişdir: «Kişi ilə intim əlaqəyə girən qadın, geyimi ilə birlikdə utancaqlığını da atmalıdır, sonra isə geyimlə birlikdə onu özünə qaytarmalıdır».

Qadınlar arasında təsadüf edən seksual pozuntulardan biri də *vaginizmi*. Reflektor olaraq qadın tənəsül orqanı əzələlərinin gərginləşməsinin səbəbləri müxtəlifdir. Vaginizm əlaməti bəzi qadınlarda, nəinki cinsi əlaqə vaxtı, hətta ginekoloji müayinə zamanı da müşahidə edilir.

Hər hansı səbəb üzündən qorxu keçirən qadınlarda və ya könülsüz cinsi əlaqə zamanı vaginizm tez-tez qeyd olunur. Vaginizmin dərəcəsi müxtəlif ola bilər. Bəzi tədqiqatçılar onun 4 dərəcəsini ayırd edirlər. Ginekoloqlara yaxşı məlumdur ki, ağır vaginizmi olan qadınları, ancaq narcoz altında müayinə etmək mümkündür.

Cinsi orqanın və aralığın iltihabı xəstəlikləri ilə əlaqədar yaranan vaginizm əlamətini həqiqi vaginizmdən diferensasiya etmək lazımdır.

25 yaşlı bir qadında vaginizmin səbəblərini araşdırarkən məlum ol-

muşdur ki, ilk nikah gecəsi həyat yoldaşı ona qarşı kobudluq etmiş, həddindən artıq ağrı hiss etməsini ona bildirdikdəəri bunu nəzərə almamış və nalayiq sözlər işlətmişdir. Bu hadisədən sonra 3 il müddətində qadın vaginizmdən əziyyət çəkmişdir.

**M ü a l i c ə.** Funksional xarakterli seksual pozuntuların müalicəsi, əsasən psixoterapiya, dərman vəsaitləri və bir sıra əlavə üsullarla: sekso-terapiya, musiqi ilə müalicə, cərrahi əməliyyatlar və s. yollarla aparılır.

Psixoterapevtik üsulların səmərəliliyi təcrübədə özünü doğrultmuşdur. Məqsədəuyğun (rasional) patogenetik, hipnosuqgestiv psixoterapiya və autogen məşq üsullarından istifadə etmək məsləhət görülür. Seksual pozuntuya səbəb olan psixogen amilləri təhlil etmək onun mexanizmini və vəziyyətdən çıxış yollarını xəstəyə başa salmaq vacib şərtlərdəndir. Seksual münasibətlərdə kifayət qədər biliyi və təcrübəsi olmayan kişilərin qadınları arasında frigidliyin geniş yayılmasını nəzərə alaraq onlara bu məsələləri başa salmaq, səbirli, zərif və qayğıkeş olmağı tövsiyə etmək lazımdır. Xəstələrə izah etmək lazımdır ki, normal seksual münasibətlərin yaranması üçün bu şərtlərə, psixoloji hazırlığa, seksual oyunlara, incə hərəkətlərlə erogen zonaların qıcıqlanmasına əhəmiyyət vermək lazımdır. Hipnosuqgestiv psixoterapiyanın sayı 10–12 seans ola bilər. İlk seanslarda xəstənin emosional halının yüksəlməsinə, özünə inam hissənin güclənməsinə xidmət edən təlqinlər edilməlidir. Sonrakı müalicə seansları konkret əlamətlərin aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir.

Psixoterapiya dərman müalicəsi ilə paralel aparılmalıdır. Funksional pozuntular zamanı, xüsusən cavanlarda endokrin preparatlardan istifadə etmək məsləhət görülmür. Bu preparatların tətbiqi 30–35 yaşdan sonra obyektiv müayinənin nəticələrinə əsasən (testestronun qan zərdabında miqdarı 5 mq/ml-dən az olduqda) aparılmalıdır. Potensiyanı artıran maddələrdən (ioxinbi viaqro, impaza və s.), sedativ maddələrdən (meprobo-mat, tazepam və i. a.) istifadə etmək olar. Nevroz əlamətləri olan xəstələrə fizioterapevtik üsullar (əsasən su əməliyyatları), müalicə idmanı, brom, valerian preparatları, jənşen (gündə 1 həb), strixinin təyin edilə bilər.



## XXII FƏSİL

### QIDALANMA İLƏ ƏLAQƏDAR POZUNTULAR

Qida qəbulu pozuntuları adı altında qida qəbulu ilə bağlı olan psixoloji şərtlənmiş davranış pozuntuları başa düşülür. Bura həyat üçün potensial təhlükə daşıyan qəsdən çəkinin aşağı salınmasından tutmuş artıq çəkinin yaranmasına gətirib çıxaran həddindən artıq qida qəbuluna qədər geniş spektr pozuntular daxil edilir. Psixoloji pozuntuların yaratdığı artıq çəki qida qəbulu pozuntularına aid edilmir.

Qida qəbulu pozuntularının yaranma səbəbləri ilə bağlı ehtimallar əsasən üç amillə əlaqələndirilir.

1. Bioloji amillərə aid edilir: hipotalamus-hipofizar-adrenal oxun patalogiyası ilə bağlı olan hormonal pozuntular; serotonin, noradrenalin və dofamin mübadiləsinin pozulması; iştah, doyma və bədən kütləsinə nəzarətə görə məsuliyyət daşıyan leptin və qrelinin hormonları ilə bağlı pozuntular; hormonlara və mübadilə prosesini tənzimləyən neyro-peptidlərə təsir göstərən anticisimlərin artması ilə bağlı immunoloji pozuntular; streptokok infeksiyası ilə bağlı autoimmun pozuntular; baş beynin sağ alın və gicgah nahiyyəsində mikrotravmalar, o cümlədən sağ talamik nahiyyənin kalsifikasiyası.
2. Psixoloji amillər: a) uşağa qarşı yüksək tələblər və valideyn dəstəyinin aşağı səviyyəsi; b) özünəinamın aşağı olması və ətrafdakılar tərəfindən bəyənilməyə ehtiyac; v) perfeksionizm və həmişə özündən narazı qalmaq; q) şəxsiyyət pozuntuları; g) sosial təcridolma.

Sosial amillər: a) cəmiyyətdə insana xarici görkəminə görə qiymət vermək meyilliliyi; b) müasir dövrdə tendensiyalar; v) çəkiyə xüsusi nəzarət tələb edən müəyyən fəaliyyət növləri (model biznesində işləmək, balletlə, bədii gimnastika ilə məşğul olmaq və s.)

**Epidemiologiyası haqqında.** Qida qəbulu pozuntusu göstəriciləri müxtəlif ölkələrdə fərqlidir. ABŞ-da əhəlinin 2-5%-i bu pozuntulardan əziyyət çəkir. Kişilər qadınlarla müqayisədə qida qəbulu pozuntularından 10-20 dəfə az əziyyət çəkirlər. Qida qəbulu pozuntusuna cəmiyyətin bü-

tün qruplarında rast gəlmək olar. Yeniyetmə qızların 40%-i çəkilərini azaltmağa cəhd edirlər. Qida qəbulu pozuntusu ən çox ölüm hallarına gətirib çıxaran psixi pozuntu hesab edilir, bu zaman ölüm göstəricisi 4%-ə çatır. Həmçinin anoreksiyadan əziyyət çəkən qadınlarda intihar cəhdləri kişilərə nisbətən 60 dəfə artıq olur.

**Pasiyentlərin müayinəsi.** İlk tibbi yardım sistemində çalışan həkimlər həddən artıq çəkisi olan, çox yeməkdən qurtula bilməyən, suni yolla qusmanı çağıran, «pəhriz» həbləri və işlətmə vasitələrindən istifadə edən xəstələrdə qida qəbulu pozuntusunun olub-olmamasını müəyyən etmək üçün skrining keçirməlidirlər. Bu tədbirlər qida qəbulundan imtina edən, artıq çəkiddən həddən artıq əzab çəkən, tez-tez qusma müşahidə edilən, menstrual tsikldə pozuntuları olan, qohumları tərəfindən çəkilərinin birdən-birə aşağı düşməsi qeyd edilən pasiyentlər arasında da aparılmalıdır. Qida qəbulunda pozuntular monitorinq aparılması və müalicə tələb edən amenoreya, qıcolmalar, ürək aritmiyası ilə müşayiət oluna bilər. Pasiyentə iki sual vermək lazımdır: 1) öz çəkinizlə bağlı narahatlıq keçirirsinizmi? 2) qida qəbulu ilə bağlı problemləriniz varmı?

## Nevrogen anoreksiyası

Xəstəliyin başlıca klinik əlaməti az bir zamanda bədən çəkisinin normaldan 15% və daha çox itirilməsi ilə nəticələnən arıq bədənli olmağa cəhd göstərməkdir. Qadınlarda anoreksiya, adətən, amenoreya ilə müşayiət olunur. 1868-ci ildə pozuntunu ilk dəfə təsvir edən Uilyam Güll belə patoloji halın meydana çıxmasında psixoloji amillərin əsas rol oynadığını qeyd etmişdir.

Xəstəlik, adətən, ilk gənclik dövründə 16–17 yaşlarda təzahür edir, oğlanlara nisbətən qızlar arasında 15–20 dəfə çox rast gəlinir. Pozuntuya məruz qalmış şəxsin az yeməyinin əsas səbəbi bədən çəkisini azaltmaqla incə və cəlbedici olmağa cəhd göstərməsidir. Ətrafdakıların inandırıcı dəlillərinə məhəl qoymayan xəstə şəxs günbəgün arıqlamasına baxmayaraq özünü kök, yaraşıqsız hesab edir və aclıq pəhrizini heç bir vəchlə dayandırmmaq istəmir.

Nevrogen anoreksiyadan əziyyət çəkənlərin somatik vəziyyətini müayinə edərkən tez-tez aşağıdakı əlamətlərlə qarşılaşmalı oluruq: qəbizlik, soyuğa qarşı həssaslığın yüksək olması, ürək-damar sisteminə aid disfunksiyalar – qan təzyiqinin aşağı olması, bradikardiya, endokrin sistemə aid olan əlamətlər də diqqəti cəlb edir. Qan plazmasında kortizolun artma-

sı, boyartımı hormonunun yüksəlməsi, qonadoprinlərin miqdarının artması müşahidə edilir.

Nevrogen anoreksiyanın müəyyən edilmiş diaqnostik kriteriləri aşağıdakılardır:

1. Normal çəki həddinin 15%-dən artıq aşağı olmasına baxmayaraq arıqlamağa cəhd göstərmək;
2. Kökəlməni dəhşətli hadisə kimi qəbul etmək;
3. Son dərəcədə arıq olmasına baxmayaraq özünü «kök» olmaqda təqsirləndirmək;
4. Qadın patsiyentlərdə menstrual tsiklin pozuntusunun qeyd olunması.

Xəstələr nəinki az yeyir, hətta arıqlamanı sürətləndirmək məqsədilə əlavə üsullardan, məsələn, yeməkdən sonra süni qusma yaratmaq, ağır fiziki hərəkətlər etmək, defekasiya aktını sürətləndirən preparatlar qəbul etmək və s.-dən istifadə edirlər. Bəzi hallarda belə xəstələrdə çox yeməyə meyillik də müşahidə olunur. Adətən, kökəlməyə şərait yaradan qida məhsullarını, məsələn, ağ çörək, yağ, mürəbbə və s. qəbul etdikdə sonradan özlərini qusdurmağa çalışırlar.

Sinir anoreksiyasından əziyyət çəkən pasiyentlər çox vaxt depressiya vəziyyətində olmaqla, fəal həyatdan çəkinməyə çalışırlar. Gənc yaşlarda olmalarına baxmayaraq belə xəstələrdə əks cinsə qarşı seksual maraq, ictimai fəaliyyətlə məşğul olmaq həvəsi zəifləyir.

**E t i a l o g i y a** baxımından tədqiqatçılar sinir anoreksiyasını həm endogen, həm də ekzogen amillərlə izah etməyə çalışırlar. Xəstəliyin müəyyən ailələrdə bir neçə nəfərdə, məsələn, doğma bacılar arasında 5–10 dəfə çox rast gəlinməsi irsi amilə əhəmiyyət verilməsinə səbəbdir. İngiltərə alimlərinin məlumatına görə təkyumurtalı əkizlər arasında bu patologiya 50–60% hallarda təsadüf edilir.

**S o s i a l a m i l l ər d ən** ən çox əhəmiyyət kəsb edənlərdən biri də xəstəliyin təminatı yüksək olan ailələrdə daha tez-tez rast gəlinməsidir. Bəzi peşə növləri ilə məşğul olanlar arasında: balet məktəbləri və idman seksiyalarında xəstəliyin daha çox təsadüf etməsi qeyd olunur. Fərdi psixoloji xüsusiyyətlərə də əhəmiyyət verən alimlər var. Onların fikrincə, uşaqlıqda pəhriz rejimi ilə tərbiyə olunanlar arasında sinir anoreksiyasına daha tez-tez rast gəlinir.

**G e d i ş i .** Xəstəliyi xarakterizə edən cəhətlərdən biri pasiyentlərdə ara-sıra, çox vaxt spontan olaraq remissiyaların olmasıdır. Sona qədər dəqiqləşdirilməmiş məlumatlara görə xəstələrin yalnız 20–25%-də tam

sağalma qeyd edilir. Təqribən 15–20% hallarda somatik vəziyyətin ağırlaşmasından xəstələr tələf olur, qalan hallarda isə xəstəlik xroniki gedişə malik olur.

M ü a l i c ə n i n prinsipial cəhətlərindən biri xəstə ilə yüksək səviyyəli psixoterapevtik ünsiyyətin yaradılmasıdır. İlk söhbətlər zamanı xəstəyə anlatmaq lazımdır ki, bədən çəkisi üzərində nəzarət heç də acqalmaqla həyata keçirilə bilməz, bədən qida maddələrinə tələbatını ödəməməklə ağır xəstəliklərə düçar olmaq olar. Belə söhbətlər zamanı xəstənin verə biləcəyi sualara səriştəli, ən başlıcası pasiyenti razı sala bilən cavablar verilməlidir.

Psixoterapevtik söhbətlər təkcə xəstənin özü ilə deyil, onun valideynləri ilə də aparılmalıdır. Onları təmkinli, ardıcıl olmağa çağırmaq, bilmədikləri məsələləri, xüsusən xəstə ilə davranış qaydalarını öyrətmək lazımdır.

Bədən çəkisi sürətlə enməyə başlayarsa (normanın 65%-dən aşağı), ambulator müalicə effekt vermədikdə, depressiv vəziyyət yarandıqda müalicəni stasionarda davam etdirmək məsləhətdir.

Stasionar şəraitdə müalicə olunan xəstəyə, ilk növbədə, çəkisinin nə qədər artırılması barədə razılığa gəlinməlidir. Xəstəyə qulluq edən personalın səriştəsi, psixoterapevtik yanaşma qaydalarına əməl etməsi müəyyən müddət ərzində müsbət nəticələr verə bilər. Həm ev, həm də stasionar müalicəsində antidepressiv, sedativ və psixotrop dərman maddələrindən də istifadə olunur. Onların dozası seçilərkən xəstənin bədən çəkisi, yaşı nəzərə alınmalıdır. Adətən, bu preparatlar kiçik və orta dozalarda tətbiq edilir.

Müalicə kursu müvəffəqiyyətlə başa çatdıqda, belə xəstəni uzun müddət həkim nəzarəti altında saxlamaq lazımdır.

## **Kompulsiv çoxyemə – Nevrogen bulemiya**

Həddindən artıq çox yeməklə müşahidə edilən bu patoloji vəziyyət əksər hallarda sinir anoreksiyasının tərkib hissəsini təşkil edir. Yəni arıqlamaq məqsədilə günlərlə özünü aclığa məhkum edən şəxs vaxtaşırı tam əksinə hərəkət edir. Bir oturma – qısa müddət ərzində 3–4 adamın norması qədər yeyir, sonradan süni qusma yaradaraq, işlətmə dərmanları qəbul etmək və ya imalə vasitəsilə qidanı xaric etməyə can atır. Bir sıra hallarda sinir bulemiyası müstəqil xəstəlik kimi də meydana çıxır. Xəstəlik, əsasən qadınlarda müşahidə olunur və sinir anoreksiyasından fərqli

olaraq burada, əksər hallarda menstrual tsikl pozulmur. ABŞ-da qəbul edilmiş DSM və X baxış xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifatına əsasən sinir bulemiyasının diaqnozunu təsdiq etməyə əsas verən başlıca əlamətlər aşağıdakılardır:

1. Ən azı üç ay müddətində həftədə iki və daha artıq çox yeməklə müşahidə edilən vəziyyətin olması;

2. Xəstənin bütün fikir və hərəkətlərinin çox yeməyə yönəlməsi, imkan daxilində dərhal bu hərəkəti etməyə can atması;

3. Çox yeməklə yanaşı xəstələr kökəlmənin qarşısını almaq üçün aşağıdakı üsullardan biri və ya bir neçəsindən istifadə etməklə çəkirlərini təcili aşağı salmağa çalışırlar:

a) süni qusma yaratmaqla;

b) bağırsaqların perestaltikasını sürətləndirməklə (işlətmə dərmanları qəbul etməklə);

c) çox yemək mərhələlərini qidadan imtina etmə mərhələsi ilə əvəz etməklə;

ç) vaxtaşırı dərman preparatlarından (qusdurucu, işlədici və digər qrup dərmanlar) istifadə etməklə.

4. Xəstələr özlərini həddindən artıq kök hiss etdikləri və ya kökəlməkdən qorxduqları üçün daimi narahatlıq keçirir və sarışan halları xatırladan əlamətlər nümayiş etdirirlər.

Sinir bulemiyasından əziyyət çəkən xəstələrdə müşahidə edilən somatik əlamətlər orqanizmin qidalanmasının pozulması ilə əlaqədar olur. Məsələn, kaliumun azalması nəticəsində ümumi zəiflik, ürəkdə aritmiyalar, böyrəklərin funksiyasının pozulması kimi əlamətlər qeyd olunur. Ağır hallarda cəngəlmələr, bəzi infeksiya mənşəli xəstəliklərin inkişafı da mümkündür;

5. Sinir bulemiyasının proqnozu həmişə istənilən səviyyədə olmur. Müalicə edilmiş xəstələrə uzun müddət həkim nəzarəti lazımdır.

M ü a l i c ə – sinir anoreksiyasında olduğu kimidir. Fərq, bulemiyalı xəstələrin psixoterapevtik sazişə cəlb edilməsinin bir qədər asan olmasıdır. Az hallarda stasionar müalicəsinə ehtiyac olur. Ağır somatik əlamətlər, depressiya kimi hallar müşahidə edilərsə və ya xeyli müddət aparılan ambulator müalicə səmərə verməzsə, xəstəni stasionara yerləşdirmək məsləhətdir.

## Yuxu və onun pozuntuları

**Yuxu haqqında ümumi məlumatlar.** Beyinin normal fəaliyyəti üçün yuxu çox mühüm amildir. Əksər böyük yaşlı insanlarda gecələr yuxunun müddəti 7-8 saat təşkil edir. Yuxusu 6 saatdan az davam edən şəxslər doyunca yata bilmədiklərindən şikayət edirlər və həyatlarından məmnun qalmırlar. Yuxu-ayıq qalmaq dövrü iki müstəqil proseslə – sirkad ritmi və homeostatik proseslə tənzimlənir. Sirkat (24 saatlıq) ritmi qaraciyər, endokrin sistemi, digər fizioloji və davranış funksiyalarının aktivliyi daxil olmaqla bir çox orqan və sistemlərin sutkalıq aktivliyini nizamlayır. Bu ritm hipotalamosun ön hissəsinin supraxiazmatik nüvələrində yerləşən hüceyrə qrupları ilə bağlıdır və yorğunluqla, yaxud yuxunun vaxtı ilə əlaqəsi yoxdur. Yuxu ilə bağlı yaranan ehtiyac tədricən axşam saat 11-dən güclənir və səhər saat 4-də öz pik nöqtəsinə çatır. Gecə və gündüz dövrü ilə dəyişən işıqlanma sirkad ritmlərinin əsas sinxronizatoru hesab edilir. Axşam saatlarında yanan parlaq işıq sirkad ritmini pozması artıq sübuta yetirilib. Sirkad ritmi insanların axşam və səhər saatlarında aktivliyini müəyyən edən xüsusi genlərlə əlaqələndirilir (yəni «bayquş» və «torağaylar»a bölünmək). Homeostatik proses, yaxud bərpa prosesi – yuxudan sonra ayıq qalma vaxtının miqdarına mütənəsbidir və adətən səhər yuxudan oyandıqdan sonra 16 saat təşkil edir. əgər yuxu vaxtı adət edildiyindən qısa olubsa, o zaman axşama doğru yatmaq hissi güclənir və yuxu özü də əvvəlkindən daha dərin və uzunmüddətli olur. Digər tərəfdən, günorta 1-2 saat yuxuya gedildiyi təqdirdə axşam yuxusunun başlaması vaxtı da gecikə bilər.

Yuxunun təbiəti haqqında əksər məlumatlarımız elektroensofaloqrafiya nəticəsində aldığımız tədqiqatlara əsaslanır. Bu tədqiqatların mahiyyəti ondan ibarətdir ki, yuxu müəyyən (sikllərdən) ibarətdir və onların da hər biri öz növbəsində dörd ardıcıl mərhələyə bölünür. **Birinci mərhələ** beyin-beynin nisbətən alçaq dalğaları ilə xarakterizə olunur. Bu mərhələdə beyin sanki yuxu ilə oyanıqlıq arasında olur, bəzi əzələlərdə (məsələn, üz, yuxarı ətraf əzələləri) tək-tək səyrimələr müşahidə olunur, digər əzələ qrupları isə tonusdan düşmüş vəziyyətdə olur. Yuxu dərinləşərək tədricən **ikinci mərhələyə** keçir. Bu mərhələdə elektroensefaloqrafik dalğalar sürətlənir və bəzi pik nöqtələr yaranır. Bu mərhələ üçün xarakterik olan əlamətlər bunlardır: tənəffüsün və ürək vurğularının seyrəkləşməsi, bədən temperaturunun bir qədər aşağı enməsi. **Üçüncü mərhələ** üçün xarakterik əlamətlər orta tezlikli dalğaların əvəz olunması ilə müşahidə olu-

nan amplitudalı, seyrək dalğaların görünməsidir. Bu əlamətlər artıq yuxunun dərinləşməsini göstərir. **Dördüncü mərhələdə** dalğalar daha da seyrəkləşir, amplitudaları isə sabitləşir, əzələlərin fəallığı bir qədər enir. Bu zaman yuxunun dərinliyini sübut edən digər hallar da, məsələn, mühitdən gələn qıcıqların qəbul edilməməsi, tənəffüsün dərin, ritmik və seyrək olması və s. qeyd olunur.

Göstərilənlərlə yanaşı gecə ərzində vaxtaşırı orqanizmin fizioloji aktivliyinin kəskin dəyişməsi halları da yaranır. Bu zaman ürək vurğularının aritmik olması və qan təzyiqinin artması, tənəffüsün səthiləşərək sürətlənməsi, bədən əzələlərinin tamamilə tonusdan düşməsi müşahidə olunur. Belə vəziyyətlər yaranarkən baş beyin elektrik dalğaları kəskin sürətdə sürətlənir, göz almaları hərəkət edir, sanki şəxs diqqətlə maraqlı filmə baxır. Bu səbəbdən bu mərhələ gözün tez-tez hərəkət etməsi – REM (rapid eye movement) adı almışdır. Bu mərhələ bütün yuxu dövrünün 20%-ə qədərini təşkil edir və məhz bu zaman yadda qalıb-qalmamasından asılı olmayaraq yuxugörmələr baş verir.

Sübut olunmamış mülahizələrə görə REM vəziyyətini şəxsin gördüyü yuxunu diqqətlə izləməsi kimi qiymətləndirirlər. Bu mərhələnin orqanizm üçün əhəmiyyətini tədqiq etmək məqsədilə yatmış adamları həmin anda oyatmağa çalışmışlar. Bu zaman REM vəziyyətinin dayandığını, oyatmanı dayandırdıqda isə vəziyyətin yenidən davam etməsini müşahidə etmişlər.

Hələ tam sübut olunmamış belə bir fərziyyə vardır ki, yuxu istirahət və orqanizmin öz gücünü bərpa etməsi üçün vacibdir. Lakin bu bütün tədqiqatçıları təmin etmir. Həmişə yaxşı məlum olan belə bir fakt var ki, insan üçün normal yuxunun müddəti 7-8 saatdır. Lakin elələri də vardır ki, onlar üçün 3-4 saat yuxu kifayət edir. Qocaların cavanlara nisbətən daha az yatması da norma kimi qəbul edilir. Eksperimentlərin birində iştirakçıları 200 saat oyaq saxlamışlar. Bu müddət ərzində onlarda yorğunluq, iş qabiliyyətinin enməsi, diqqətin zəifləməsi ilə yanaşı qıcığa qarşı həssaslığın yüksəlməsi və əzələlərin səyriməsi müşahidə olunmuşdur. Həmin adamlar 1 dəfə yatmaqla bütün fəaliyyətlərini bərpa etmişlər. Buradan belə bir nəticə çıxarmaq olar ki, yatmağın müddəti deyil, yuxudan sonra insanın özünü fiziki və psixi cəhətdən necə hiss etməsi əhəmiyyətlidir.

### **Yuxu pozuntularına aşağıdakılar daxildir:**

- 1) Yuxusuzluq – kifayət etməyən, yaxud keyfiyyətsiz yuxu
- 2) Hipresomniya – gündüz vaxtı həddən artıq yuxuculuq

3) Parasomniya – yuxu vaxtı qeyri-adi fenomenlər (gecə dəhşətləri, yuxuda gəzmə, yuxuda danışma).

**Yuxusuzluq** ən çox yayılan yuxu pozuntusudur. Məhsuldarlığın azalmasına, həyat səviyyəsinin pisləşməsinə, əhvalın korlanmasına gətirib çıxarır. Əhalinin təxminən 10-15%-i yuxusuzluqdan əziyyət çəkir. Qadınlar yuxusuzluqdan daha çox şikayət edirlər, eləcə də yaş artdıqca yuxusuzluqdan əziyyət çəkən şəxslərin sayı artır. Yuxusuzluğun meyarları: yuxunun vaxtının azalması, yuxuya getməkdə çətinliklər, yuxunun keyfiyyətinin aşağı olması, tez-tez oyanmalar, istirahət hissəsinin olmaması, iş qabiliyyətinin pisləşməsi (yorğunluq, diqqətin zəifləməsi, yaddaşın korlanması, əhvalın aşağı düşməsi).

Yuxunun pozulması somatik (ağrı, astma, daxili orqanların xəstəlikləri və s.), emosional (depressiya, maniya, həyəcan), xarici amillər (səs-küy, isti, işıq), dərman qəbulu (kofein, steroidlər, diuretiklər), düzgün olmayan vərdislər (yuxudan əvvəl fiziki iş, ağır yeməklər, çoxlu mey qəbul etmək) və digər səbəblər nəticəsində baş verə bilər.

Yuxu pozuntularını üç qrupa bölmək olar: 1) Erkən yuxusuzluq – şəxs yata bilmir; 2) Orta yuxusuzluq – səthi yuxulama; 3) Gecikmiş yuxusuzluq – erkən oyanma. Yuxusuzluq sindromunun əksi yuxuculluq – **hipersomniya** adlanır. Günün əksər hissəsini yatmaqla keçirən belə adamlar çox vaxt atipik **depressiyadan** və ya **asteniyadan** əziyyət çəkirlər. Yuxu pozuntuları içərisində klinik əhəmiyyət kəsb edən aşağıdakı formaları da qeyd etmək lazımdır: 1) **Narkolepsiya** – vaxtından asılı olmayaraq (məs. gündüzlər) yatmaq; 2) Yuxu zamanı **tənəffüsün tormozlanması** (apnos) – xırıltılı səs çıxarmaqla təzahür edir; 3) **Somnambulizm** – yuxu zamanı yataqdan qalxıb huşsuz halda bir neçə dəqiqə, bəzən yarım saat gəzişmək.

Yuxu pozuntusunu bərpa etmək üçün əsas səbəbi aradan qaldırmaq lazımdır (məsələn, somatik və ya psixi xəstəliyi müalicə etmək). Əgər bu səbəblər mövcud deyilsə çoxda mürəkkəb olmayan aşağıdakı üsullardan istifadə etmək lazımdır:

- Gündüz saatlarında fiziki yükü artırmaq, axşamlar isə azaltmaq;
- Yatmaq və durmaq vaxtlarını rejimə salmaq və ona əməl etmək;
- Rahat yatmaq üçün şərait yaratmaq: səs-küyü aradan qaldırmaq, isti-soyuq, işıq problemlərini tənzimləmək;
- Yatmadan qabaq çay, kofe içməmək, yemək qəbul etməmək;
- Yuxuya kömək edən, tərkibində triptofan olan bir stəkan süd içmək;



## 10 - c u c ə d v ə l

**Tələbatların iyerarxiyası və onları qənaətləndirmə səviyyəsi  
(Maslouya görə)**

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Özünüaktuallaşdırma tələbatı<br>(özünüifadə, yaradıcılıq)                                                              | 10% |
| Özünəhörmət tələbatı<br>(səriştə, nüfuz, tanınma, sərbəstlik)                                                          | 40% |
| Mənsubiyyətə və məhəbbətə tələbat<br>(şəxsiyyətlərarası münasibətlər, ailədaxili<br>münasibətlər cəmiyyətdəki mövqeyi) | 50% |
| Müdafiə və təhlükəsizlik tələbatı (sabitlik,<br>qayda-qanun, hadisələri əvvəlcədən duymaq)                             | 70% |
| Fizioloji tələbatlar<br>(qida, yuxu, geyim, ev, mənzil və s.)                                                          | 85% |

- Gündüz yatmaqdan çəkinmək (hətta keçən gecə pis yatmış olsanız belə);
- Uzun müddət yuxu dərmanlarından istifadə etməmək. Bu maddələr öyrəşmə (asılıq) yarada bilər;
- 15-20 dəqiqə ərzində yuxunuz gəlmirsə özünüzü yatmağa məcbur etməyin. Başqa bir məşğuliyyətdən (sakit musiqiyə qulaq asmaq, kitab oxumaq və s.) sonra yatmağa çalışmaq;
- Sadə relaksasiya (əzələləri boşaltmaq) üsullarından istifadə etmək. Məsələn, 5-10 dəqiqə müddətində ritmik tənəffüs etmək (nəfəs alma, nəfəs vermə və fasilə, hər biri 3 saniyə olmaqla).

**Medikamentoz müdaxilələr.** Yuxu dərmanlarından istifadə onlardan asılılığın yaranmasına səbəb ola bilər. Qeyri-benzodiazepin trankvilizatorlardan asılılıq effekti az olur və bu səbəbdən onlar ilkin seçim preparatları hesab edirlər. Aşağıdakı preparatlara üstünlük vermək məsləhətdir. Qeyri-benzodiazepin trankvilizatorlar (zolpidem, zopeklon, zaleplon), Antihistamin preparatlar – hidrosizin, Benzodiazepin (nitrozepam, konozeepam, xlordiazepoksid, diazepam) – yuxu dərmanlarını 2 həftədən artıq tətbiq edilməsi məsləhət deyil. Hipersomniya – gün ərzində daimi yuxulu-

luq hissəsidir. Hipersomniya ilə yüksək yorğunluq arasında fərqləndirmənin aparılmasının zəruriliyi unudulmamalıdır. Bu məlumat əhalinin 37%-də ay ərzində bir neçə gün müddətində, 16%-də isə həftədə bir neçə gün müddətində müşahidə olunur. Gecə yuxusunun pozulması ən çox rast gəlinən səbəblərdən hesab olunur (misal üçün, işləri gecə növbəçiliyi ilə bağlı olan şəxslər). Digər səbəblərə aiddir: 1) obstruktiv apnoe – yuxuda tənəffüsün pozuntusu, 2) atipik depressiya – qeyri-sabit əhval, ətraflarda ağırlıq hissi, iştahın artması, şəxsiyyətlərarası münasibətlərdə problemlərlə müşahidə olunur, 3) narkolepsiya – uyğun olmayan vaxtda qəfildən yuxuya getmək, 4) sirkad ritminin pozuntusu (yuxu/oyaq qalmaq). Hipersomniyanın aradan qaldırılması üçün səbəbi müəyyən etmək və aradan götürmək lazımdır. Obstruktiv apnoe zamanı arıqlamaq və/və yaxud xüsusi aparatdan istifadə etmək tövsiyə edilir. Narkolepsiya zamanı – gündüz vaxtı yata bilmək imkanını nəzərdən keçirmək lazımdır. **Parasomniya** – insan yuxuda olarkən ətrafdakılarda və onun özündə narahatlığın yaranmasına səbəb olan qeyri-adi hərəkətlər və hadisələr. Parasomniyanın fərqləndirici xüsusiyyəti üzvi etioloji faktorun olmamasıdır (epilepsiya, digər nevroloji və ya somatik vəziyyət). **Yuxuda gəzmək (somnambulizm)** – yuxu zamanı təkrarlanan (iki və ya daha çox) yataqdan qalxmaya epizodları və bir neçə dəqiqə-yarım saat ərzində davam edən gəzmələr. Bu hal adətən gecə yuxusunun ilk üçdə bir hissəsində müşahidə olunur. Epizod zamanı xəstənin üz cizgiləri heç nə ifadə etmir, gözləri isə geniş açılmış olur. Xəstə ətrafındakıların onun hərəkətinə təsir etmək, yaxud onunla ünsiyyətə girmək cəhdlərinə nisbətən zəif reaksiya verir və onu oyatmaq üçün yetərinə söy göstərmək lazım gəlir. Oyandıqdan sonra (epizoddan sonra, yaxud ertəsi gün səhər) epizod amneziyalaşır. Epizoddan ayıldıqdan bir neçə dəqiqə sonra psixi aktivlik və hərəkət bərpa olunur, ancaq əvvəlcə qısa müddət ərzində bir qədər dolaşıqlıq və dezoriyentasiya müşahidə edilə bilər. **Yuxu zamanı dəhşətlər** – kəskin təşvişli qışqırıq və intensiv həyəcan, hərəkətlilik və vegetativ hiperaktivliklə (o cümlədən, taxikardiya, təngnəfəslik, tərləməklə) təkrarlanan (iki və ya daha çox) yuxudan ayılma epizodları. Bu epizodlar adətən gecə yuxusunun ilk üçdə bir hissəsində müşahidə olunur və 10 dəqiqə davam edir. Dəhşət epizodları zamanı ətrafdakılar xəstəni sakitləşdirməyə cəhd etdikdə, onda heç bir reaksiyanın olmaması, bunun ardınca isə dezoriyentasiya və perseveratin hərəkətlər müşahidə olunur. Epizodla bağlı xatirələr məhduddur. **Qarabasmalar.** Bir qayda olaraq həyat, təhlükəsizlik və özünə-hörmətə qarşı təhdidlə müşayiət olunan, vahiməli məzmunu malik yuxu-

görmələrin xırda detallar və canlı xatirələrlə yadda qalması ilə yuxudan oyanma. Oyanma yuxunun istənilən dövründə baş verə bilər, ancaq bir qayda olaraq bu yuxunun ikinci yarısında baş verir. Yuxudan oyandıqdan sonra ayıqlıq və oriyentasiyanın normal səviyyəsi tez əldə edilir. Yuxu-görmələr və onların nəticəsində baş verən oyanma zamanı yaranan yuxu pozuntusu ifadə edilmiş distressə gətirib çıxarır. **Parasomniyalardan əziyyət çəkən pasiyentlərin müayinədən keçmək üçün ixtisaslaşdırılmış yardım sisteminə göndərilməsi lazımdır.**

## XXIII FƏSİL

### BÖHRAN VƏZİYYƏTLƏRİ

#### Giriş

Hazırkı şəraitdə istər ümumi şəkildə cəmiyyətə, istərsə də ayrı-ayrı ailələrin və şəxslərin həyat keyfiyyətinə təsir edən böhran vəziyyətlərinin artması müşahidə olunur. Böhran vəziyyətinin mənfi nəticələrindən ən acınacaqlısı intihar hallarının artmasıdır. İntihar 15–34 yaşlarında hər iki cins üçün ölüm səbəbləri arasında birincilər sırasında durur. Böhran vəziyyətləri aqressiv davranışın formalaşmasına, sosio-kultural amillərin təsirinin artmasına ayrı-ayrı kateqoriyalı şəxslərə (məsələn, qaçqınlara, xroniki xəstələrə) neqativ təsir göstərir.

Hal-hazırda «*b ö h r a n v ə z i y y ə t i*» anlayışı şəxsiyyətin fəaliyyət imkanlarına son dərəcə yüksək tələblər qoyan reaksiya kimi başa düşülür. Bu reaksiyalar sırasına sağlamlığı pozan, həyatı təhlükə yaradan problemlər: ailə quruluşunda, yaxud statusunda dəyişikliklər yarada bilən amillər, şəxsin yaşadığı qrupda rolunun dəyişməsi, millətə və ya mədəniyyətə təhlükə və s. aiddir. Stressin və ya təhrikedici hadisənin intensivliyi insanın uyğunlaşma imkanlarından üstün olur. Beləliklə, böhran vəziyyətləri sosial və ya bioloji tələbat və onu qənaətləndirmək imkanı arasında yaranmış parçalanma nəticəsində meydana çıxır. Təbii ki, bütün tələbatların tam qənaətləndirilməsi mümkün olmadığından onların iyerarxiyası tərtib olunmuşdur. Buna uyğun olaraq iyerarxiya pilləkənində nisbətən aşağıda yerləşən tələbatlar ilkin olaraq və daha çox dərəcədə ödənilir. Aşağıdakı cədvəldə tələbatların iyerarxiyası və orta individiumun onları qənaətləndirmə imkanlarının göstəriciləri əks etdirilmişdir.

İnsan bir qayda olaraq, bir çox tələbatların ödənilməsinə meyilli olduğundan, onun hansı istiqamətə nə dərəcədə yönəldiyini bilməyə can atır. Bununla belə, bəzi insanlar daha yüksək məqsədlərə nail olmaq üçün həyat əhəmiyyətli tələbatlarını qurban verməyə (aclığa, soyuğa, məhrumiyyətlərə məruz qalmaq) qadirdirlər. Odur ki, fəal yaradıcı şəxsə yüksək tələbatı qənaətləndirmək imkanının olması bazis tələbatlarının ödənilməsinin mümkün olmadığı nəticəsində yaranmış böhranın gücündən geri qalmayan böhran vəziyyətinin inkişafına gətirə bilər. Bir çox hallarda böhran vəziyyəti və şəxslərarası (və ya şəxs daxili) konflikt anlayışlarını eyniləş-

dirmək meyillərinə rast gəlinir. Zəhəri oxşarlıqlarına baxmayaraq, bu anlayışlar prinsip etibarilə fərqlənilir. Hətta ən güclü konflikt belə şəxsin adaptasiya imkanlarını üstələyən, insanın həyatına və sağlamlığına təhlükə yaranan şəraiti mütləq olaraq nəzərdə tutmur. Əksinə, konfliktlərin çoxu konstruktiv şəkildə qarşılıqlı güzəştlər yolu ilə uğurla həll olunur. Bundan əlavə bir çox hallarda böhran vəziyyətləri konfliktə aid olmayan hadisələr (məsələn, təbii fəlakət, terror, xəstəlik və i. a.) nəticəsində meydana çıxır.

Eyni zamanda əgər şəxs üçün adi görünən konfliktin həlli modeli nəticə verməzsə belə konflikt böhran vəziyyətinin yaranma mənbəyinə çevrilə bilər. Digər tərəfdən böhran vəziyyətində qalmağın özü konfliktin meydana gəlməsinə təkan verir.

Böhran vəziyyəti ilə psixi pozuntunu eyniləşdirmək cəhdi də yanlış hesab olunmalıdır. Birincisi, heç də bütün psixi pozuntular böhran vəziyyəti ilə assosiasiya olunmur. Müasir psixiatriyanın təcrübəsinə istinad edərək, demək olar ki, hətta ciddi psixi xəstəliyi olan insanlar düzgün təşkil olunmuş yardım, adekvat müalicə və sosial dayaq malik olarsa böhran vəziyyətinə düşməyə bilərlər. İkincisi, heç də hər böhran vəziyyəti psixi diaqnoz formasını almır, yəni müvafiq klinik və zaman kriterlərinə uyğun gəlmir. Nəzərə almaq lazımdır ki, konfliktlə olan misalda göstəriləndi kimi bir çox psixi və somatik xəstəliklər böhran vəziyyətini yarada bilər, eyni zamanda həyatı böhranın yaşanılması müxtəlif psixi və fiziki pozuntulara təkan verir.

## **Böhran vəziyyətlərinin nəzəri əsasları**

Böhran vəziyyətinin yaranmasını izah edən nəzəriyyələr arasında Q. Selyenin *Ümumi Adaptasiya Sindromu* (ÜAS) haqqında təlimi xüsusi olaraq diqqəti cəlb edir. Stressi normal və vacib proses kimi nəzərdən keçirən Selye stressorun həddindən artıq intensivliyi uzun müddət davam etdiyi halda orqanizmin fizioloji reaksiyanı üstələyib onu patoloji reaksiyaya (distressə) çevirən xüsusi variantı ayırd etmişdir. Son illərin tədqiqatları göstərdi ki, stressin inkişafında böyrəküstü vəzi hormonları ilə yanaşı qalxanabənzər vəzi hormonları, hipotalamusun neyropeptidləri, neyrotransmitterlər, endorfinlər və enkefalinlər böyük rol oynayır. Bütün bu maddələr uyğunlaşma (adaptasiya) prosesinin enerji təminatına cavabdeh olub orqanizmin struktur ehtiyatlarını səfərbər edir və yənidən paylayır. ÜAS stressorun növündən, gücündən və davam etmə müddətindən asılı olaraq üç mərhələyə bölünür:

I – Təşviş mərhələsi. İki yarım-mərhələdən ibarətdir: şok

və antişok. Şok mərhələsində arterial hipertoniya, əzələ hipertoniyası, hipotermiya, hipoqlikemiya, qanın qatılaşması müşahidə olunur. Antişok reaksiyasının əsasında hipotalamo-hipofizoadrenal xəttin, qalxanabənzər vəzi və limbik-retikulyar sistemin fəallaşması durur. Beləliklə, qan dövrəni, tənəffüs funksiyası güclənir, beynin və uyğunlaşma reaksiyasına cəlb olunmuş digər orqanların fəaliyyəti aktivləşir.

II – M ü q a v i m ə t m ə r h ə l ə s i. Orqanizm öz funksiyasını yenidən qurmaq və adaptasiyada iştirak etməyən sistemlərin hesabına əlavə ehtiyatlara olan tələbatı kompensə edərək stressorun təsirinə uyğunlaşır. Bu zaman orqanizm qanda enerqotrop hormonların yığılması nəticəsində kifayət qədər əlavə ehtiyat əldə edir və müəyyən müddət ərzində, bəzən isə qıcıqlandırıcının təsiri kəsilənə qədər ona müqavimət göstərir.

III – T ü k ə n m ə ( y o r ğ u n l u q ) m ə r h ə l ə s i. Stress təsiri davam etdiyi halda baş verir. Orqanizmin enerji ehtiyatı tükənir və o birinci mərhələyə, təşviş mərhələsinə qayıtsa da artıq yeni enerji ehtiyatı ala bilmir. Üçüncü mərhələ orqanizmin progressiv üzülməsi və simpatoadrenal sistemin eyni zamanda aktivliyinin enməsi ilə xarakterizə olunur. Bu mərhələdə orqanizmi ilkin patogen faktorlardan qorumaq baxımından məqsədəuyğun olan kompensator neyroendokrin mexanizmlər işə düşür.

Beləliklə, böhran vəziyyəti ÜAS-nin üçüncü mərhələsi ilə assosiasiya olunur. Bu zaman stress təsirləri orqanizmin adaptasiya imkanlarını üstələyərək onun gələcək həyat fəaliyyətini təhlükə qarşısında qoyur.

Davranış nəzəriyyəsi və ya bihevizorizm müasir tibbi psixologiyada haqlı olaraq əsas yerlərdən birini tutur. Şəxsin və ətraf mühitin daim dəyişməkdə olan münasibətləri bu nəzəriyyənin diqqət mərkəzindədir. Böhran vəziyyətlərinin meydana çıxmasını daha dolğun izah edən psixoloji təlimlər arasında dərkətmə-davranış (koqnitiv-bihevioral) sistemə üstünlük verilir. Klassik və operant kondisionalizm və koqnitiv nəzəriyyəyə əsaslanan koqnitiv-bihevioristik təlim böhran vəziyyətinin inkişafını xarici faktorların təsirinə cavab reaksiyası kimi dəyərləndirir. Bu reaksiyanın formalaşmasında əvvəlki həyat təcrübəsinin mənfi, yaxud müsbətin möhkəmləndirilməsinin xarakteri, sosial mühit, həmçinin spesifik keçmiş xatirələri cari hadisələrlə bağlayan sxemlərə mühüm əhəmiyyət vermir. Sadalanan şərtlər xarici təsirlərlə namünasib qovuşduğu təqdirdə müəyyən emosional və davranış reaksiyaları formasında özünü göstərən böhran vəziyyətinin inkişafına səbəb olur.

## **Böhran vəziyyətlərinin klinik-diaqnostik aspektləri**

Böhran vəziyyətlərinin klinik aspektlərindən söz açarkən bir faktı nəzərə almaq lazımdır ki, əksər hallarda böhranın müəyyən mərhələsində yardıma ehtiyacı olan və böhranın müəyyən fazalarından keçərək əvvəlki vəziyyətinə qayıdan adaptasiya olunmuş şəxsdən söhbət gedir. Belə hallarda insanı «xəstə» hesab etmək, yəni tibbi diaqnozun qoyulması və ənənəvi müalicənin təyin olunması məqsədə müvafiq hesab olunmur. Böhran vəziyyətində rast gəlinən pozuntulara aşağıdakıları aid etmək olar.

1. *K ə s k i n   s t r e s s ə   r e a k s i y a* (F43.0) – güclü psixoloji və ya fiziki stressorun bilavasitə təsirindən 1 saata qədər vaxt keçdikdən sonra meydana çıxır. Bu vəziyyət nəzərə çarpan vegetativ simptomlarla: taxikardiya, əzələlərin tremoru, təngnəfəslik, ürəkbulanma, abdominal diskomfort, başgicəllənmə, reallıq hissinin itirilməsi, ölüm qorxusu və digər pozuntularla xarakterizə olunur. Bu əlamətlər diqqətin zəifləməsi, dezorientasiya, təşviş və ümitsizlik hissi ilə müşayiət olunur. Bir çox hallarda stress keçirmiş adamlar oyanıq və həddən artıq fəal olurlar. Yaxud emosiyaların biruzə verilməsini kultural standartlarına uyğun olmayan formada ifadə edirlər. Stressorun təsiri kəsildikdən 8 saat sonra sadalanan əlamətlər getdikcə azalır. Lakin stressorun təsiri keçməsə belə əlamətlər 48 saatdan gec olmayaraq azalacaq. İfadə olunma dərəcəsinə görə kəskin stressdə reaksiya yüngül, orta və ağır dərəcələrə bölünür.

2. *T r a v m a d a n   s o n r a k ı   s t r e s s   p o z u n t u s u* (TSSP) (F43.1) istənilən adamda böhran vəziyyəti yarada bilən son dərəcə təhlükəli xarakterli vəziyyətdə yaşadıda və ya onu artıq keçirdikdən sonra meydana çıxır. Bu halda təkcə stress faktorunun xarakteri deyil, həmçinin onun davamətmə müddəti insanın xarakteri ilə şərtləndirilmiş şəxsiyyətin bu stressə qarşı zəif olub-olmaması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. TSSP-nin əlamətləri rəngarəng sarışan xatırlamalarla (flash back) xarakterizə olunur ki, bunlar da yuxugörmələrdə və ya psixotravma ilə assosiasiya olunan şərait təsir göstərdikdə, tez-tez təkrar olunur. İnsan var qüvvəsi ilə keçirmiş olduğu vəziyyəti xatırladan şeylərdən uzaqlaşmağa çalışır. Eyni zamanda yuxusuzluq aqressiyanın artması, diqqəti cəmləşdirməyin çətinləşməsi, bütün reflekslərin güclənməsi, hipersteziya qeyd olunur. Psixi travma ilə əlaqədar hadisələrin psixogen amneziası xarakterik əlamət kimi nəzərə çarpir. TSSP-nin əlamətləri stressogen situasiyadan 6 ay müddətində və ya stressin sonunda meydana çıxır.

3. *F ə l a k ə t l i   h a d i s ə d ə n   s o n r a   x r o n i k i   ş ə x s i y y ə t   d ə y i ş m ə s i* (F62.0) Şəxsiyyətin strukturunda dəyişikliklər şəklində özünü göstərən uzunmüddətli gedişli böhran vəziyyətləri insanın ətraf mühiti və özünü qavramasını, əhvali-ruhiyyəsini, davranışını, xüsusilə onun ətrafındakılarla münasibətlərini əhatə edir. İnsanlara qarşı

düşmənçilik və inamsızlıq, sosial izolyasiya, o cümlədən, boşluq və ümitsizlik hissi əmələ gəlir. Bu hiss uzunmüddətli depressiv əhvali-ruhiyyə ətrafdakıların dəyişilmiş və fərqli olması duyğusu ilə müşayiət olunan yaxın və doğmalardan yüksək asılılığa gətirib çıxarır. Daimi daxili gərginlik və xaricdən təhlükə hissi çox vaxt alkoqol və digər psixoaktiv maddələrdən sui-istifadəyə səbəb olur.

Fəlakətli hadisədən sonra xroniki şəxsiyyət dəyişməsi diaqnozu 2 ildən az olmayaraq davam etdikdə müəyyən oluna bilər. Travmadan sonrakı stress pozuntusu diaqnozu qoyularkən simptomların ümumilikdə 4 ildən az olmayan müddətdə davam etməsi nəzərdə tutulur.

Analoji dəyişikliklər fiziki və ya psixi xəstəliyin bir və ya bir neçə epizodundan sonra da müşahidə edilə bilər.

4. *U y ğ u n l a ş m a n ı n p o z u n t u s u* (F43.2). Gündəlik praktikada rast gəlinən böhran vəziyyətləri fəlakətlərlə bağlı olmur. Daha çox hallarda böyük əhali kütlələrinə deyil, ayrı-ayrı şəxslərə aid olan psixososial stressorlar mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bunlara ailədə və işdə olan münaqişələr, qeyri-qənaətbəxş mənzil-məişət şəraiti, maddi çətinliklər və s. aiddir. Nəticədə müddəti 1 aya qədər olan qısa depressiv reaksiya (F43.20), müddəti 2 ilə qədər olan uzanmış depressiv reaksiya (F43.21), qarışıq təşviş depressiya reaksiyası (F43.22), yaşdan və sosial situasiyadan asılı olaraq aqressiv və antisosial hərəkətlər şəklində təzahür edən davranış pozuntusu (F43.24) meydana çıxır.

Yuxarıda təsvir olunan pozuntulardan başqa böhran vəziyyətləri təşvişli-fobik, depressiv, somatoform, dissosiativ və kəskin psixotik pozuntu şəklində də özünü göstərə bilər.

## **Böhran vəziyyətlərinin meydana çıxmasında sosial və şəxsiyyətlərarası münasibətlərin rolu**

Böhran istənilən yaşda meydana çıxa bilsə də daha çox yeniyetmə və erkən gənclik yaşlarına təsadüf edir. Böhran vəziyyətlərinin yaranmasına təkcə insanın yetkin həyata hazırlanması ilə əlaqədar olan psixososial dəyişikliklərdən başqa pubertat dövr üçün xarakterik olan bioloji dəyişikliklər də mühüm rol oynayır. Məhz bu dövrdə insan həyatı əhəmiyyətli qərarlar qəbul etmək seçimi ilə qarşılaşır, – yeni münasibətlər qurur. Təzə bilik və vərdislərə yiyələnir, cəmiyyətdə yerini müəyyənləşdirir. Bu məsələlərin həlli çox məhdud zamanda və şəxsi təcrübəsizlik şəraitində baş verdiyindən pubertat və ya gənclik böhranı törədə bilər. Belə hallarda deviant davranış, protest reaksiyaları, aqressiya, alkoqolizm, narkotik maddələrin qəbulu formasında özünü göstərə bilər.



İnsan həyatının növbəti təhlükəli mərhələsi həyatın ortasına (35 – 45 yaşlarına) təsadüf edir. Bu zaman insan həyatda edə bildiyinin ilk nəticələrini araşdırır, nəyə nail olduğunu qiymətləndirir, həyatın bu parçasında əsas tələbat qisminə özünəhərmət, özünüaktuallaşdırma, ətrafındakıların nəzərində yüksək qiymət kimi faktorlarla çıxış edir. Bunlar baş vermədikdə orqanizmin uyğunlaşma qabiliyyətini endirməklə fəsadlaşa bilən, necə deyirlər «həyatın ortasının böhranı» təzahür edir.

Ən nəhayət daha dərin daxili böhran qocalıq dövründə baş verə bilər. Bu dövrdə yaşanılmış həyatın qiymətləndirilməsi gedir. Əgər insan özünün gərəksizliyini, tənhalığını, yaxınlarının itkisini, ideallarının məhvini duyursa yaşanmış həyatın qiymətləndirilməsi bədbinliklə nəticələnir. Belə fikirlər şəxsi xüsusiyyətlərin kəskinləşməsinə, mühafizəkarlığa, sosial passivliyə gətirib çıxarır. Bu dövrün böhranı fiziki xəstəliklər və koqnitiv funksiyaların zəifləməsi ilə ağırlaşa bilər.

Böhran vəziyyətinin yaranmasına şərait yaradan digər faktorlara yoxsulluq, işsizlik, aşağı təhsil səviyyəsi, məhrumiyyətlər və evsizlik aiddir. Təsadüfi deyil ki, transmilli tədqiqatların nəticəsinə görə əhalinin aztəminatlı təbəqəsi arasında böhran vəziyyətlərinə 2 dəfə çox rast gəlinir. Əhalinin aztəminatlı təbəqəsinin sosial və hüquqi müdafiə baxımından zəif olmasını da qeyd etmək lazımdır. Yoxsul şəxslər bir qayda olaraq öz maraqlarını məhkəmədə tam şəkildə müdafiə edə bilmir, ixtisaslı hüquqi müdafiə xidmətlərindən istifadə edə bilmir, aşağı səviyyəli təhsilə malik olduqlarından öz hüquqları barədə kifayət qədər məlumatları olmur. Bundan əlavə onların çox vaxt tibbi yardım xidmətlərinə adekvat müraciət imkanları da olmur.

Urbanizasiya və miqrasiyanın artması da böhran vəziyyətlərinin inkişafına gətirir. Yaşayış yerini dəyişmiş insanlar bir qayda olaraq daha çətin mənzil-məişət, iqtisadi və sosialoji şəraitə düşürlər. Çox hallarda onlar iş yerləri üstündə rəqabət, yerli adət-ənənələrə nabelədlik, yeni yerdə uyğunlaşma ilə bağlı problemlərlə qarşılaşırlar.

Böhran vəziyyətləri *anomiya* ilə əlaqədar ola bilər. Anomiya dedikdə uzun müddət ərzində tətbiq olunan sosial normalar, dəyərlər, ideyaların yeni, həqiqi həyata müvafiq olmaması başa düşülür. Anomiyaya müəyyən sosial və ya etnik qrupda yayılmış təsəvvürlər, adətlər, dil, davranış normaları, mənəvi dəyərlər və s. özündə birləşdirən mədəniyyət fenomenini kimi də baxmaq olar. Ciddi kultural fərqlər olan təqdirdə şəxsdə eynilik böhranı adını almış psixoloji dezorientasiya və rol çəşqınlığı vəziyyəti yaranır. İdektiklik böhranı yeni kultural mühitdə öz yerini tapmalı olan mühacirlər arasında müşahidə edilə bilər. Belə hallarda insan kultu-

ral şok adlanan distress keçirib, sonradan *m a r q i n a l i z a s i y a* y a – «qovulmuş» vəziyyətində yaşamalı olan rola düşə bilər.

Fiziki, emosional «*y a n ı b s ö n m ə s i n d r o m u*» adını almış daha bir böhran vəziyyəti sənət və təhsil kimi sosial faktorlarla sıx bağlıdır. «Yanıbsönmə» sindromu, peşələri yüksək risk və məsuliyyətlə əlaqədar olan insanlarda (tibb işçiləri, hüquq-mühafizə orqanlarının əməkdaşları, dispetçerlər, hərbi qulluqçular və s.) daha çox rast gəlinir. Şəxslərə-rası faktorların içində müxtəlif nəsil nümayəndələri arasında gərgin münasibət, ər-arvad arasında münəqişə, münasibətlərin qırılması təhlükəsi, zor tətbiqi, boşanmalar, uşaqların üzərində qəyyumluq, əmlakın bölünməsi və aliment verilməsi məsələlərində mübahisələr kimi ailədaxili münasibətlər xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bəzi ailələrdə qadınların özünürealizə etmək imkanlarını məhdudlaşdıran gizli diskriminasiya mövcuddur. Qeyd etmək lazımdır ki, qadınlar kişilərə nisbətən daha çox mənəvi, fiziki və seksual zorakılığa məruz qalırlar ki, bu da böhran vəziyyətlərinin yaranması üçün əsas risk faktorlarıdır.

Şəxsiyyətlərə-rası qarşılıqlı münasibətlərlə əlaqədar böhran vəziyyətlərinin digər tipinə *r o l k o n f l i k t i* aiddir. Burada insandan iki və daha artıq rolun ifası gözlənilir. Məsələn, şəxs rəsmi statusu və etik normaların müəyyənləşdirdiyi əməllər arasında seçim aparmalıdır. Şəxsiyyətlərə-rası böhranın xüsusi növü yaxın adamını itirmiş insanlarda meydana çıxan və depressiya, günah hissi, çıxılmazlıq duyğusu ilə müşayiət olunan *k ə d ər r e a k s i y a* s ı d ır.

## **Təbii fəlakətlər, texnogen qəzalar və hərbi əməliyyatlarla bağlı böhran vəziyyətləri**

Yaranma səbəblərdən asılı olmayaraq bütün fəlakətlər kütləvi kollektiv stresslə xarakterizə olunur ki, bu da insandan təkcə sağ qalmaq deyil, həmçinin fəlakətin törətdiyi sosial və iqtisadi nəticələrin uzun müddət ərzində aradan qaldırılmasına yönəlir. Kütləvi insan tələfatı, panika və qarmaqarışıqlıq vəziyyəti, fiziki xəsarət təhlükəsi, həyat üçün qorxu, yaxınların taleyi haqda təşviş hissi, vəziyyətin nəzarətdən çıxması qorxusu ilə müşayiət olunur. Fəlakətlə yanaşı gedən amillər – adekvat tibbi yardımın, rabitə vasitələrinin, digər mühüm təsisatların olmaması insanın emosional vəziyyətini daha da ağırlaşdırır.

Təbii fəlakətlərlə texnogen qəzanın əsas fərqi ondan ibarətdir ki, birinci halda insan baş verənlərin labüdlüyünü təbii və ya fəvqəltəbii qüvvələrin təsiri ilə izah etdiyindən nisbətən asan qəbul edir.

Antropogen qəzalarda şəxs daha ağır böhran vəziyyətinə düşür. Çün-

ki, günahkarı tapmaq və cəzalandırmaq səyi mövcud olur. Fəlakətlərlə əlaqədar olan böhran vəziyyətləri orta yaşlı şəxslərdə daha ağır keçir. Bu həmin insanlarda uşaqların və ailənin digər üzvlərinin taleyi qarşısında məsuliyyətini, mülkiyyətini, işini, sağlamlığını itirmək qorxusu, gələcəyinə görə təşvişlə əlaqədardır. Xoş ailə münasibətləri, yaxşı təşkil olunmuş tibbi və sosial tədbirlər fəlakətə düşər olmuşlara böhran vəziyyətindən daha tez çıxmalarına şərait yaradır.

Hərbi əməliyyatlar, silahlı təcavüz, terrorçuluq əməlləri ilə bağlı olan böhran vəziyyətlərinə xüsusi qrup kimi baxılmalıdır. Hərbi əməliyyatların bilavasitə iştirakçıları olan əsgər və zabitlər fiziki məhv və ya xəsarət təhlükəsinə məruz qalmaq, cəbhə dostlarının ölümünü görmək, hərbi həyatın bütün çətinlik və məhrumiyyətlərinə dözməklə yanaşı, çox vaxt onların etik və kultural normalarına zidd olan əməlləri yerinə yetirməli olurlar. Odur ki, çox vaxt onlarda böhran vəziyyətləri dinc həyata qayıtdıqdan sonra meydana çıxır. Zaman keçdikcə onlarda gərəksizlik hissi keçmiş hadisələrin ağırlı xatirələri, cəmiyyətin qalan hissəsinə qarşı düşmənçilik hissi yaranır. Belə vəziyyətlər «V y e t n a m» və ya «Ə f q a n ı s t a n» sindromu adını almışdır.

Digər qrupu işgəncə və əzablara məruz qalmış şəxslər (istər hərbi əsirlər, istərsə də dinc sakinlər) təşkil edir. Psixotravmaya səbəb olan digər hadisələrdən fərqli olaraq işgəncə qurbanı məqsədyönlü şəkildə böhran vəziyyətinə salır və buna görə də qurban tərəfindən onun üzərində aparılan təcrübə kimi qavranılır. İşgəncənin vacib xüsusiyyəti onun konkret insana göstərdiyi qlobal psixoloji təsiridir. Bu təsir şəxsin dünyagörüşünü, duyğularını dəyişməyə, həmçinin köməksizlik, çıxılmazlıq hissi yaratmaq məqsədi daşıyır. Bu məqsədlə bəzən müqaviməti aradan qaldırmaq məqsədilə psixotrop preparatlardan istifadə olunur. İşgəncələrdən sonra sağ qalanlar bir qayda olaraq təqib və şübhə şəraitinə «qayıdır», kəskin xəcalət hissi keçirir. Öz mədəniyyəti ilə əlaqələrin itirilməsini yaşayır. İşgəncəyə məruz qalmış şəxslər çox hallarda yüksək aqressivliklə özünü biruzə verən *paranoid* və *davranış pozuntuları* aşkar edirlər.

Hərbi əməliyyatlarla bağlı olan böhran vəziyyətlərinin üçüncü qrupunu qaçqınlar və məcburi köçkünlər təşkil edirlər. Adətən belə şəxslər həyatları və sağlamlıqları üçün təhlükəli olan dözülməz şəraitində öz yaşayış yerlərini tərk edirlər. Bu zaman onların çoxu bombardmanların, zorakılığın, yaxın adamlarının ölümünün şahidi olurlar. Seçimin olmaması, müxtəlif təşkilatlardan maliyyə asılılığı, ağır məişət şəraiti, əvvəlki sosial və qohumluq əlaqələrinin itirilməsi, hüquqi statusun

və köhnə yaşayış yerinə qayıtma vaxtının qeyri-müəyyənliyi bu şəxslərin uyğunlaşmasına mane olan əsas amillərdir.

*Qaçqınlar arasında ailə başçısını itirənlər, elementar tələbatları ödəmək imkanları olmayanlar, əlil və təqaüddçülər, eləcə də diskriminasiyaya məruz qalanlar ən zəif qrup sayılırlar.*

## **Zorakılıq və intihar**

**Zorakılıq – insana fiziki, psixoloji və ya seksual ziyan vuran davranışdır.** Zorakılığa münasibətdə kütləvi şüurda mövcud olan stereotiplər mövcuddur.

*Yalnız az sayda qadınlar zorakılıqla üzləşirlər* – Beynəlxalq rəqəmlərə görə üç ailədən biri zorakılıqla üzləşir. Azərbaycanda qadınların 13-20%-i ailələrində zorakılıq faktının mövcudluğunu etiraf edirlər. Zorakılıq əməllərini həyata keçirən şəxslərin 80%-i kişilərdir. Əgər qadın əri tərəfindən zorakılığa məruz qalırsa, həmin ailədəki uşağa da ev zorakılığının qurbanı kimi yanaşmaq lazımdır.

*Zorakılıq yalnız kasıb və az savadlı ailələrdə yayılıb* – Nüfuzlu universitetlərin tələbləri arasında aparılan tədqiqatlar onları ailələrində 12-15% zorakılıq faktları üzə çıxarıb (Azərbaycanda Sağlamlıq üzrə Demografik Hesabat 2009). Daha yüksək sosial-iqtisadi qruplarda zorakılıq faktlarının gizlədilməsi tendensiyası müşahidə edilir.

*Qadınlar zorakılığa daha çox özləri təhrik edirlər* – Araşdırmalar göstərir ki, qadınların əksəriyyəti zorakılıqdan çəkinməyə çalışır və daha çox itaət nümayiş etdirirlər.

*Əgər travma gözlə nəzərə çarpmırsa, onda zorakılıq faktını ciddi hesab etməmək olar* – Fiziki və seksual zorakılıq çox vaxt heç bir iz qoymur. Lakin buna baxmayaraq onlardan doğan emosional nəticələr adi məişət travmasından daha ağır olur və onların aradan qaldırılması üçün daha çox vaxt tələb olunur.

*Qadın istəsə, həmişə tərəfdaşını tərək edə bilər* – qadınların çoxu yarına biləcək nəticələrin qorxusundan gedə bilmirlər (həyat yoldaşları tərəfindən öldürülmüş qadınların 50%-i onlar həyat yoldaşlarını atıb getməyə cəhd edərkən öldürülmələri), onların çoxunun getməyə yeri və tək yaşamaq üçün maliyyə imkanları olmur. Bundan əlavə, zorakılığa məruz qalan qadınlarda özünü qiymətləndirmə aşağı düşür və onlar müstəqil yaşaya biləcəklərinə inanmırlar.

*Qadınlara qarşı zorakılığı həyata keçirən şəxslər psixi cəhətdən xəstədirlər* – Zorakılığı həyata keçirən kişilərin böyük əksəriyyəti heç bir psixi pozuntunun ölçülərinə uyğun gəlmirlər, 60%-i isə heç zaman evdən kə-

narda təcavüzkar hərəkətə yol vermirlər. Psixoaktiv maddələrdən istifadə edilməsi zorakılıq riskini artırsa da, zorakılıq hadisələrinin 55%-i psixoaktiv maddələrdən istifadə etməyən insanlar tərəfindən törədilir.

**Zorakılığın növləri.** 1) Fiziki zorakılıq – döymək, əllərin burulması, boğmaq, təpik vurmaq, saçları dartmaq, silahlardan, digər əşyalardan istifadə, fiziki ağrı yetirən digər vasitələr; 2) Emosional zorakılıq – hədələmək, təhqir etmək, alçaltmaq, əmlaka ziyan vurmaq, təqib etmək (izləmək, telefonla təngə gətirmək); 3) Seksual zorakılıq – cinsi əlaqəyə məcbur etmək, yaxud istəyə zidd digər seksual əməllər 4) İqtisadi zorakılıq – pula və digər maddi vasitələrə əlçatmanın məhdudlaşdırılması, oğurluq, qurbanın (kişi və ya qadın) razılığı olmadan onun əmlakını gizlətmək, yaxud istifadə etmək 5) Sosial zorakılıq – ailədən, dostlardan təcrid etmək, işləməyə qadağa qoymaq 6) Etinasızlıq – əsas ehtiyaclara məhəl qoymamaq (qida, paltar, tibbi yardım).

**Ailədə zorakılıq hallarının üzə çıxarılmasında aşağıdakı əlamətlərin olmasına əhəmiyyət verilməlidir.** Yuxusuzluq, depressiya, ölüm barədə fikirlər, həyəcan və təlaşlı hücumlar, əl çəkməyən xatirələr, qida davranışında pozuntular və i. a. Fiziki əlamətlərə aid edilir: travmalar, cırmaqlar, qançırılar, qarında və çanaq nahiyyəsində ağrılar, titrəmə, quruyub qalma, tormozlanma, xroniki baş ağrıları və ya bəldə ağrılar, menstrual tsikldə pozuntular. **Digər əlamətlər:** yardıma müraciətdə gecikmə və bədənədəki zədələrin ziddiyyətli izahı, tez-tez həkimlərə müraciət etmək, müalicə rejiminə əməl etməmək və həkimə gəlişləri buraxmaq, həddən artıq diqqət nümayiş etdirən tərəfdaşının müşayiət etməsi, sosial təcrid, yaxın zamanlara qədər həyat yoldaşından ayrı yaşamaq və ya boşanma, yaşı 40-a qədər olması, ailədə uşağa münasibətdə zorakılıq faktları.

Zorakılıq faktları barədə sorğu-sual edərkən şəraitin bu mövzunu müzakirə etmək üçün uyğun olduğuna əmin olun, qərəzsiz olun, həmsöhbətinizin dərindən şərik olduğunuzu göstərin, özünü inamlı aparın, əgər qadın pasiyent danışmaq istəmirsə, ona təzyiq göstərməyin (bunu növbəti gəliş zamanı da etmək olar).

Zorakılıq faktlarının etiraf edilməsinə mane olan səbəblər: 1) Zorakılığa qadının özünün «həll etməli» olduğu şəxsi problem kimi baxılır 2) Zorakılıq utanmaq hissi və ya ətrafdakılar tərəfindən başa düşülməmək, yaxud ittiham edilməkdən çəkinməklə müşayiət olunur 3) Zorakılığın qurbanları hesab etmirlər ki, həkim bu problemin həllində onlara kömək edə bilər 4) Qurbanın zorakılıq haqqında kiməsə danışmasından sonra yaranan biləcək nəticələrdən qorxması.

**Yardım göstərilməsi.** Zorakılığa məruz qalmış insanı məxfiliyin qorunacağı barədə əmin etmək. Uşaqlara qarşı zorakılıq halları istisna ol-

maqla hüquq-mühafizə orqanlarına hər hansı müraciət yalnız pasiyentin razılığı əsasında edilə bilər. Zorakılığa məruz qalmış şəxsi zorakılığın fiziki və psixoloji sağlamlığa vurduğu ziyan, o cümlədən onun qarşısını almaq üçün hüquq və imkanlar barədə məlumatlandırılmalıdır. Qadının tələbatlarını müəyyən etmək, onun gözlədiklərinin nə dərəcədə real olduğuna qiymət vermək, alternativ həll variantlarını müzakirə etmək lazımdır. Qadına tövsiyə edilməlidir ki, o, həyat yoldaşına psixi sağlamlıq sahəsində mütəxəssisə müraciət etməyi məsləhət görsün. Birgə «xilasətmə planı» işləyib hazırlayın – pulları və vacib sənədlərin surətlərini gizlətməyi məsləhət görmək, zorakılıq faktlarının təkrar ediləcəyi təqdirdə kiminlə əlaqə saxlanacağını müəyyən etmək lazımdır. Zorakılığın uşaqlara necə təsir etməsi barədə müzakirə aparmağı məsləhət görmək, bir çox hallarda bu müzakirə ailədə müsbət dəyişikliklərə təkan verə bilər. İxtisaslaşmış böhran xidmətinə müraciət daxil olmaqla, sosial dəstək və zorakılıqdan müdafiə mənbələrini araşdırılmalıdır. Ailədəki vəziyyətin müntəzəm monitorinqi və tibbi sənədləşmənin düzgün aparılması təmin edilməlidir. Davranış modellərinin tətbiqi daha münasib hesab edilir. Təmkinli, səbirli olmaq, çağırışları, münacişləri konstruktiv həll etmək özünü əxlaq normaları çərçivəsində saxlamaq qabiliyyətinin nümayişi insanlara aqressiv davranış nümayişindən heç də az təsir etmir. Digər insanların əməllərinin düzgün dərk olunması da mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Şəxs tərəfindən təxribat kimi qiymətləndirilən hərəkətlər həqiqətdə bu cür olmaya da bilər. Məsələn, bir qədər gərgin, yüksək tonla müşayiət olunan telefon danışığı texniki nasazlıq üzündən kəsilsə, bu, qəsdən edilmiş kimi qiymətləndirilə bilər. Hər hansı yüngülləşdirici səbəb haqqında xəbərdar olmaq da aqressiv reaksiyaların qarşısını alır. Məsələn, əgər həmsöhbətimizin aqressiyasının bizə aid olmayan problemlərlə bağlı olduğunu görürüksə, onun acıqlı olmasına çox da əhəmiyyət vermirik. Aqressiyanın qarşısını alan güclü vasitə zorakılıqla bir araya sığmayan stimulların olmasıdır. Rəhmdillik, mərhəmət, yumor, birgə əməkdaşlığa maraq, üzrxahlıq və s. bu kimi hərəkətlər aqressiv tendensiyləri xeyli zəiflədir.

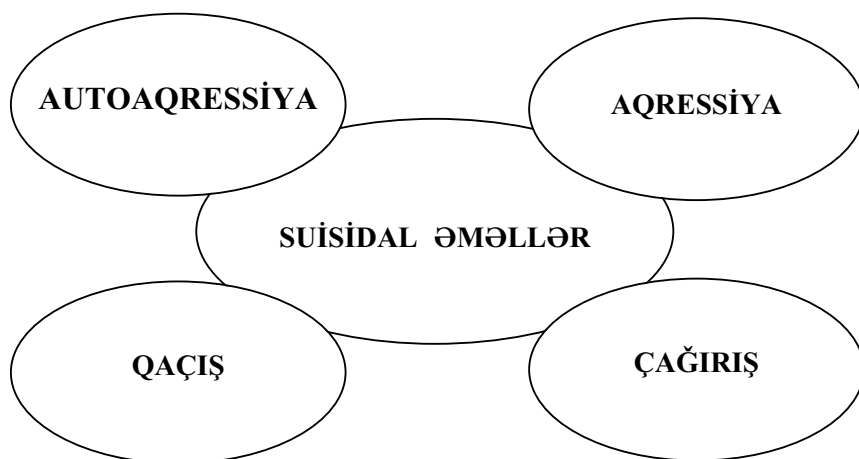
Psixoloqlar tərəfindən aqressiyanı idarə edən effektiv tədbirlər işlənib hazırlanmışdır. Bunlara daxildir: **modelləşdirmə** – aqressiya tətbiq etmədən məqsədə nail olmaq üçün müxtəlif modellərin nümayişi; **rol oyunları** – əks-əlaqənin yaradılması, qeyri-aqressiv davranış modellərinin tətbiq olunması, əldə olunmuş vərdişlərin real şəraitdə praktik tətbiqi.

Aqressiv pasiyentlərlə iş zamanı praktik məsləhətləri «Psixi xəstəliklərin klinikasında tibbi psixoloji aspektlər» bölməsində tapa bilərsiniz.

## İntihar (Suisid)

İntihar və ya suisid hazırda psixiatriya və tibbi psixologiyaya aid edilən ən əhəmiyyətli problemlərdəndir. Əhali arasında baş verən ölümün səbəbləri içərisində intihar ilk onluğa daxildir.

Ölüm özlüyündə həyat tsiklinin təbii sonu olub, insan üçün nisbətən gec və qeyri-müəyyən vaxtda baş verən və onun nəzarət edə bilmədiyi prosesdir. İntihar bu prinsiplə, sanki, ziddiyyət təşkil edir. Müxtəlif xalqlar tarixi inkişafın müxtəlif dövrlərində intihara fərqli münasibət bəsləmişlər. Qədim yunanların intihara münasibəti ambivalent idi: onlar intiharı məqbul davranış hesab etməsələr də, müəyyən şəraitdə bəzi vətəndaşların həyatdan könüllü getməsinə pis baxmırdılar. Qədim romalılar suisidlərə daha çox neytral, bəzən isə müsbət münasibət bəsləyirdilər. Yə-



hudi-  
lər və  
xristi-  
anlar  
isə in-  
tihara  
s o n  
dərə-  
c ə  
mənfi  
hal ki-  
mi ya-  
n a ş -  
m ı ş -

lar. Müqəddəs Avqustin və Foma Akvitan da suisidi qətlə bərabər tutmağı təklif etmişdilər. Analoji münasibət İslam mədəniyyətində də hökm sürürdü.

İnsan həyatı Allah tərəfindən bəxş olunduğundan yalnız Ona məxsus hesab edilirdi. Orta əsrlərdə Avropa və müsəlman ölkələrində intihar edənləri qəbristanlıqda deyil, yollar kəsişən yerdə torpağa tapşırır, dəfn mərasimində din xadimləri iştirak etmirdilər. Yaponiyada isə qarnı yırtmaqla ənənəvi intihar (xarakiri) samurayların şərəf kodeksinin mühüm atributu idi. Bu problemə Osmanlı imperiyasında özünəməxsus yanaşma olmuşdur. Sultan günahkar hesab etdiyi canişinə özünü asmaq üçün ipək kəndir göndərirdi. Yalnız XX əsrin əvvəllərində Avropadan intihar dalğası keçdiyi zaman tədqiqatçılar bu problemin tibbi aspektlərinə müraciət et-

dilər. Hal-hazırda psixi xəstəliklər və intihar arasında sıx əlaqələr olması qənaətinə gəlmişlər.

Müxtəlif məlumatlara görə, suisid icra edənlərin 98%-i psixi sağlamlıq cəhətdən problemlərə malikdirlər. Eyni zamanda bir çox məsələlər tam həllini tapmamışdır. Məsələn, bəzi alimlər hesab edirlər ki, bir çox hallarda bədbəxt hadisələr nəticəsində baş vermiş ölümlər gizli suicidal tendensiylərlə şərtləndirilməlidir. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, problemi tədqiq edənlərin bəziləri ekstremal idman növləri ilə (alpinizm, paraşütlə tullanma) məşğul olmanı, avtonəqliyyatın ehtiyatsız idarəsini suicidal davranışın formalarından biri kimi qəbul etməyi təklif etmişlər.

**Suisidlərin epidemiologiyası.** Suisidlərin sayı haqqında dəqiq məlumatlar əldə etmək bir sıra çətinliklərlə qarşılaşır. Belə ki, bəzi intihar halları bədbəxt hadisə kimi qiymətləndirilir, bəzən isə ölümün intihar və qəsd nəticəsində olduğunu müəyyən etmək mümkün olmur. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatlarına görə, hər il intiharlardan ölüm halları 0,5 mln-a çatır. ABŞ-da intihardan ildə 30 000 ölüm halı qeydə alınır, bu da hər 100 000 nəfər əhaliyə 12,5 və ya gündə təqribən 75 nəfər təşkil edir. Beləliklə, hər 20 dəqiqədə bir amerikalı bu yolla həlak olur. Böyük Britaniyada bu göstərici 100 000 nəfərə 10 nəfərdən bir qədər az təşkil edir. Bu, əhalinin 1%-ni əhatə edir (təqribən o qədərdə insan ürək-damar xəstəliklərindən ölür). Almaniyada həmin göstərici xeyli yüksək olub, ildə 13 000 tamamlanmış intihar, yəni 100 000 nəfərə 20 nəfər təşkil edir. Bu, avtomobil qəzalarında həlak olanlardan çoxdur. Ən aşağı göstəricilər Aralıq dənizi ölkələrində (İspaniya, Portuqaliya, İtaliya) qeydə alınıb. Bu ölkələrdə hər 100 000 nəfərə 3 intihar düşür ki, bu da tədqiqçilərə dini faktorlardan, daha dəqiq desək, katolizmin təsirindən danışmağa əsas verir. Lakin katolik Macarıstanında yaxın vaxtlara qədər ən yüksək intihar göstəricisi 100 000 nəfərə 40 nəfər qeydə alınır. Maraqlıdır ki, ABŞ-da yaşayan 11 ölkədən gəlmiş mühacirlər arasında intiharların sayının müqayisəsi onların öz ölkələrindəki göstəricilərə müvafiq olduğunu göstərdi. Keçmiş Sovet İttifaqında suisidlərin statistikasını tam məxfi saxlanılırdı. Təəssüf ki, buna bənzər təcrübə Azərbaycanda da davam etdirilir. Lakin bir fakt məlumdur ki, müsəlman ölkələrində bu göstəricilər çox aşağıdır və son illərə qədər Azərbaycanda da bu tendensiya müşahidə edilirdi.

Onillikdə müxtəlif məlumatlara görə, il ərzində Azərbaycanda intihar edərək dünyasını dəyişənlərin sayı 100 000 nəfərə 2,5-17 nəfərədək təşkil edir.

**Suisidal davranış tipləri.** Suisidal hərəkətlərin təsnifatı barədə bir çox alimlər belə bölgü verirlər:



1. **Suisidal məqsədlər** – intihar haqqında fikirlər, həyatdan getmək üsullarının düşünülməsi, müxtəlif hazırlıq işləri (məsələn, vəsiyyətnamələrin tərtib olunması və ya ölümqabağı kağızlar yazmaq, zəhərli maddələr haqqında məlumat toplamaq) suisidal məqsədlərə aid edilir.

2. **Suisidal cəhdlər** nisbətən az təhlükəli davranış formalarından (məsələn, az miqdarda dərman qəbulu) həyat üçün təhlükəli olan autoaqressiv əməllərə qədər geniş sahəni əhatə edir

3. **Tamamlanmış suisid** – insanın həyatdan getməsi ilə əlaqədardır. Suisidal məqsəd, cəhd və tamamlanmamış suisidin ümumi cəhətləri olsa da, həqiqətdə onlar müxtəlif əməllərdir. Hətta təqribi hesablamalara görə, suisidal cəhdlərə tamamlanmış suisidlərə nisbətən 4-15 dəfə çox rast gəlinir. Nəzərə almaq lazımdır ki, əksər hallarda suisidal cəhdlər qeydə alınmadığından dəqiq rəqəmlər məlum deyil.

Suisidlərin ilk təsnifatlarından biri fransız psixoloqu Emil dürkqeymə məxsusdur. O, sosial faktorlarını ayırd etmişdir:

- **Egoistik suisid** – öz sosial qrupu ilə vəhdət hissini itirmiş və ona görə də ailəvi, dini, ictimai nəzarətə tabe olmayan şəxslər tərəfindən törədilir.

- **Anomik suisid** – sosial və siyasi dəyişikliklər dövründə cəmiyyətdə sosial inteqrasiyası pozulmuş şəxslərdə təsadüf edilir.

- **Altruistik suisid** – öz həyatını sosial motivlər naminə qurban verən və bununla yüksək dərəcədə qrup identifikasiyasına malik şəxslərdə təsadüf edir.

Bundan əlavə, insanın həyatla hesablaşması məqsədi daşıyan **sadə suisid**, özünə qəsd edərkən yaxınlarında özü ilə aparmaq tendensiyalı şəxslərdə **genişlənmiş suisid** (məsələn, suisiddən azyaşlı uşağını guya əzabdan qurtarmaq üçün öldürmüş qadının hərəkəti), eyni zamanda birgə intihar etmək üçün razılığa gəlmiş qruplarda təsadüf edilən **kollektiv suisid** (belə hallar dini təriqət nümayəndələrində və psixiatriya xəstəxanalarının pasiyentlərində rast gəlinir) növləri ayırd edilir.

İntihar metodları sosial statusdan, cinsdən, peşə mənsubiyyətindən asılı olaraq müxtəlif olur. Odlu silah sərbəst satılan ölkələrdə (məsələn, ABŞ-da) silahın istifadəsilə intiharlara tez-tez təsadüf edilir. Bu metoddan həmçinin hərbcilər və polis işçiləri də istifadə edirlər. Bəzi ölkələrdə suisidlər dərman preparatları və kimyəvi zəhərlər vasitəsi ilə həyata keçirilir. Özünü asma, özünü kəsmə, hündürlükdən atılma və ya özünü hərəkət edən nəqliyyatın qarşısına atma tez-tez rast gəlir. Azərbaycanın bəzi bölgələrində qadınlar özünü yandırma üsuluna əl atırlar. Belə fakt da məlumdur ki, kişilərdən fərqli olaraq, qadınlar adətən daha ağrısız intihar metodlarından istifadə edirlər.

**Suisidal davranışın bioloji aspektləri.** Artıq çoxdan məlumdur ki, suisidlər bir ailənin üzvlərini nəsildən-nəslə bir bəla kimi izləyə bilir. Bəzi tədqiqatçıların fikrincə, intihar etmiş şəxslə yaxın qohumluğu olanlar arasında suisidal risk 4 dəfə artıqdır. Ailədəki suisidlərin təqlidi davranışla və ya irsən keçən xüsusi bioloji mexanizmlərlə bağlı olub-olmaması alimlər üçün mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Suisidal davranışla əlaqədar olan bəzi psixi xəstəliklərdə (depressiya, şizofreniya, alkoqolizm) irsi meyilin müəyyənləşdirilməsi genetik hipotezi qismən təsdiq etdi. Danimarkada aparılan tədqiqatlarda himayəyə götürülmüş ailədə böyümüş və intihar etmiş 57 nəfər öyrənilərkən məlum olmuşdur ki, onların 12-nin bioloji qohumları intihar əməli yerinə yetirmişdir. Digər tədqiqatda göstərilir ki, monoziqot əkizlər diziqot əkizlərə nisbətən daha çox intihar edir. Alimlər dini icması nümayəndələri arasında maraqlı tədqiqatlar aparılmışdır. Onlar bir neçə yüzillik ərzində sivilizasiyadan təcrid olunmuş şəklidə yaşayır, natural təsərrüfatla məşğul olur, yalnız öz icma üzvləri arasında nigah bağlayır, alkoqol və narkotiklərdən istifadə etmir, kasıblıq və işsizliyin nə olduğunu bilmir, qocaları qayğı ilə əhatə edirlər. Bununla belə son 100 il ərzində intihar etmiş 26 nəfərdə ümumi nəsil şəcərəsi aşkar olunmuşdur.

Genetik faktorlardan savayı mərkəzi sinir sisteminə impulsların ötürülməsinə cavabdeh olan metabolitlərin rolu da fəal öyrənilir. Hal-hazırda suisidal əməllər törətmiş şəxslərin onurğa beyni maddəsində serotoninin 5-hidroksi-indolaset turşusu metabolitin azalması müəyyən olunmuşdur. Həmçinin, onurğa beyni mayesində dofaminin metaboliti olan homovanil turşusunun miqdarının suisidentlərdə adi şəxslərlə müqayisədə demək olar ki, 50% enməsi qeyd olunmuşdur.

Nəhayət, suisidal davranış modellərinin heyvanlar üzərində öyrənilməsi cəhdləri də məlumdur. Heyvanlar aləminin müxtəlif nümayəndələrində, bəzi quşlar, balinalar, meymunlarda autoaqressiyanın müxtəlif formalarına rast gəlinir. Lakin bu faktların insanların suisidal davranışı ilə müqayisəsi məqbul hesab edilə bilməz.

Suisidal davranışın motivasiyaları. Nə üçün insanlar intihar edir? – sualı sadə sual deyil. Ən bəsit izah suisidal davranışı psixi xəstəliyin ayağına yazmaqdır. Ancaq psixi xəstələrin əksəriyyəti, ümumiyyətlə, suisidal cəhd göstərmir. İntihar edənlərin çoxu isə bunu remissiya vəziyyətində, yəni xəstəliyin kəskin simptomları özünü büruzə vermədikdə icra edir. Bundan başqa heç bir sağlam insan qarşılıqlı münasibətlərdən sarsılma, nüfuzun itirilməsi, qanunla ixtilaf, ağır fiziki xəstəlik və s. müşayiət olunan böhran vəziyyətlərinə düşməkdən sığorta olunmayıb. Belə hallarda bir çox insanlar yeganə çıxış yolunu intiharda görür, yaranmış böhranı həll

edə bilən amilləri isə görmür və ya onları düzgün qiymətləndirə bilmirlər.

### **S u i s i d l ər i n m o t i v a s i o n s t r u k t u r u** *(Henslərə görə)*

Şəkildə suicidal əməllərin arasında duran mümkün olan gizli motivlər göstərilmişdir. Misal olaraq, belə bir mənzərəni nəzərdən keçirək. Qadın sevdiyi adamla münasibətini pozduqdan sonra suicidal cəhd göstərir. Bir halda onun hərəkəti sevgilisinin ona rəhm edib qayıtmasını nəzərdə tutur. Digər halda onun əməli izzətlərdən və tənhalıqdan qaçış kimi qiymətləndirilir. Üçüncü halda incidiyi adamı qorxutmaq və intiqam almaq istəyi qeyd olunur. Nəhayət, münasibətlərin pozulmasında özünü təqsirkar hiss etməsi də aydın olur. **R. Tölle** yazır: «**Suicidal əməllər həyatı qorumaq tendensiyalarını məqbul sayır və eyni zamanda onu məhv edən tendensiyanı qəbul edir**».

Aparılmış tədqiqatlar bir daha sübut edir ki, suicidal hərəkətlər haqqında bu günədək mövcud olan bəzi fikirləri tədqiq etməyə, onları yenidən işləməyə ehtiyac vardır.

#### ***Onlardan bəzilərini nəzərdən keçirək.***

1. İntihar edən öz əməllərinə tam cavabdehdir və öz həyatı ilə istədiyi kimi rəftar etmək hüququna malikdir. Eyni zamanda suicidal fikirləri olan adamlar ziddiyətli hisslərə malik olurlar. Bir tərəfdən onlar ölüm arzuladıqları halda, digər tərəfdən yaşamaq istəyirlər.

2. Əgər insan bir dəfə həyətdən getmək qərarına gəlersə, suicidal ləbəddir. Eyni zamanda məlumdur ki, suicidal cəhdlər daha çox kəskin hə-

yati böhran dövründə yaranır və şəxs böhrandan tam çıxan kimi suisid ehtimalı heçə enir. Ciddi suisidal fikirləri olmuş insanların çoxu uzun illər ömür sürürlər.

3. İntihar haqqında tez-tez danışan adamlar əslində heç vaxt özlərinə qəsd etmirlər. Buna baxmayaraq, intihar edənlərin 80%-dən çoxu həyatdan getmək istədikləri haqqında kifayət qədər ciddi xəbərdarlıqlar edirlər.

4. İnsanla onun suisidal fikirlərinin müzakirə olunması onu özünə qəsd etmək fikrində möhkəmlədə bilər. Həqiqətdə isə, intihar etmək qərarına gəlmiş şəxsə qayğıkeş münasibət və həssas söhbət onun vəziyyətini yüngülləşdirir və intiharların qarşısını almağa imkan verir.

5. İntihar qəflətən törədilən impulsiv aktdır. İcra olunmazdan çox-çox əvvəl müşahidə olunan yüksək suisidal riskin xeyli əlaməti təzahür edir. Bir qayda olaraq suisid cəhdlərinin əksəriyyəti qabaqcadan planlaşdırılır.

**Risk amilləri.** Praktiki iş zamanı tibbi baxımdan intiharın risk dərəcəsinin qiymətləndirilməsi çox vacibdir. Bir qayda olaraq, göstərilən amillər ayrı-ayrılıqda deyil, cəm halında çıxış edirlər.

Suisidin həyata keçirilməsinin mümkünlüyünü müəyyən edərkən yaş amilini nəzərə almaq vacibdir. Kiçikyaşlı uşaqlar praktiki olaraq intihar etmirlər. Bununla belə 7 yaşından sonra da suisidal cəhdlərə son dərəcə nadir hallarda olsa da rast gəlinir. Belə hallar gözlənilməz olub, adətən hədə-qorxu çərçivəsindən kənara çıxmır. Əksər hallarda uşaq suisidlərini bədbəxt hadisələrdən fərqləndirmək çətinlik törədir. 15-24 yaşlı yeniyetmə və gənclərdə suisidlərin miqdarı kəskin artır. Çox güman ki, bu yaş dövrünə düşən həyati sınaqların artması əhəmiyyət kəsb edir. Təhsil müəssisələrindən gərgin tədris prosesi, gələcək peşənin seçilməsi, əks cinslə ilk kontaklar, gənclərdə orduda xidmət, sosial və şəxsi əlaqələrin genişlənməsi, həmçinin alkoqol və narkotiklərdən istifadə halları məhz bu dövrdə təsadüf edir.

Orta yaş dövründə kişilərdə suisidlərin miqdarı azalır, qadınlarda isə artır. Bu zaman peşə mənsubiyyəti daha çox əhəmiyyət kəsb edir. Həkimlər, əczaçılar, musiqiçilər, sığorta agentləri, həmçinin hüquq-mühafizə orqanları işçiləri arasında xeyli yüksək göstəricilər aşkar olunur. Bunu intihar etmək üçün vasitələrə yaxın olmaqla əlaqələndirmək cəhdləri inandırıcı görünür.

Müasir tibbi və psixoloji ədəbiyyatda «yanma» vəziyyətləri təsvir olunmuşdur. Həmin vəziyyət işdə həddən artıq fiziki və emosional gərginliyə məruz qalan, bacarıqsızlıq və peşəsinə yararsızlıq hissləri keçirən şəxslərdə qeyd olunur. 50-70 yaşlarında hər iki cinsin nümayəndələri ara-

sında intiharların sayı nəzərə çarpacaq dərəcədə artır. Bu dövrdə tənhalıq hissi, həyat yoldaşının itirilməsi, labüd ölüm haqqında fikirlər, həmçinin sağlamlıqla əlaqədar problemlər meydana çıxa bilər. 75 yaşını keçmiş kişilər arasında suisidlər qadınlara nisbətən xeyli çox olur.

**Suisidal pasiyentlərə yardım göstərilməsinin praktiki məsələləri.** İntihar təhlükəsi haqqında düşüncələr hər hansı mütəxəssislər üçün ən mürəkkəb və məsuliyyətli məsələdir. Suisidal məqsədlər haqqında birbaşa xəbərdarlıqlar, həyatın mənasız və öz vəziyyətinin ümitsiz olması haqqında fikirlər, ciddi sosial və şəxsi problemlərin olması, psixi vəziyyət (kəskin psixopatoloji simptomlar, psixoaktiv maddələrdən istifadə), eləcə də fiziki vəziyyət təhlükə olduğunu göstərən faktorlardır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, pasiyent tərəfindən suisidal arzuların fəal şəkildə nümayiş etdirilməsi həyatın mənasız olması haqqında fikirlər, köməksiz olduğunu tez-tez yada salmaq və digər hallar həyatı könüllü tərk etmək haqqında ciddi fikirlərin olmasını göstərir. Belə hallarda açıq şəkildə soruşmaq lazımdır ki, nə üçün o, özünü öldürmək qərarına gəlib. «Ailəmə, həyat yoldaşıma, anama, uşaqlarıma görə» cavabları inandırıcı görünür. Eyni zamanda öyrənmək lazımdır: pasiyentin əməlləri nə ilə əlaqədar meydana çıxmışdır? Öz hərəkətlərini necə planlaşdırıb? Məxfiliyi saxlamaq üçün hansı tədbirlərə əl atıb? Ətrafdakılardan kömək gözləyibmi? «Final» akt (ölümqabağı qeydlər) olmuşdurmu?

Suisid təhlükəsi müəyyənləşdirildikdən sonra xəstənin hospitalizasiya məsələsini həll etmək olduqca vacibdir. Nisbətən zəif ifadə olunmuş suisidal riski olan şəxslərə ambulator yardım təklif oluna bilər. Ambulator yardım yalnız aşağıdakı hallarda məqbul sayıla bilər:

- Mütəxəssis konkret şəxsi yaxşı tanıyırsa;
- 24 saat müddətində ixtisaslaşmış yardım göstərmək imkanı varsa;
- Pasiyentin yaxın adamları ona sutka ərzində nəzarət etməyi öz öhdələrinə götürürlərsə.

Belə xəstələrə göstərilən yardım aşağıdakılardan ibarət olmalıdır.

1. Pasiyentlə sıx kontakt yaradıb onun dərдинə şərik olmaq, psixoloji iztirabları zəiflətmək;

2. Yaxın və doğmaları xəbərdar etmək, onların pasiyentlə ünsiyyətini və ona yardımını genişləndirmək;

3. Pasiyentin tələbatını hərtərəfli öyrənərək, mərhələlərlə həyata keçiriləcək real yardım proqramını planlaşdırmaq (*ilk 24 saat, 48 saat, iki həftə, 1 ay və i. a. müddətində*);

4. Ehtiyac olduqda dərman müalicəsi təyin etmək və bir çox hallarda daha effektiv və vacib olan psixoterapiya aparmaq.

Kifayət qədər sosial təhlükə yarada bilən pasiyenti psixiatriya xəstə-

xanasına yerləşdirmək lazımdır. Belə pasiyentləri məcburi qaydada hospitallaşdırmaq qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuşdur. Lakin xəstəni könüllü xəstəxanaya gəlməyə inandırmağa və beləlikə onunla mütəxəssis arasında etibarın möhkəmlənməsinə çalışmaq lazımdır. Stasionarda təhlükəsizlik tədbirləri görmək lazımdır: potensial təhlükəli əşyaları təcrid etmək (ülgüc, qayıq, elektrik cihazları, qayçı və s.) personala göstərişlər vermək, onların sayıqlığını artırmaq, dərman qəbuluna nəzarət etmək, intensiv terapeutik tədbirlər görmək. Yadda saxlamaq lazımdır ki, psixi xəstələrin demək olar ki, 40%-i suisid baxımından təhlükə törədir, bütün intiharların 1%-i psixiatriya xəstəxanalarında həyata keçirilir. Psixiatriya xəstəxanalarının pasiyentlərində intihar imkanları məhdud olduğundan suisidi realizə etmək şansları azdır. Bununla belə imkanlardan daha çox motivləri nəzərə almaq lazımdır.

Vəziyyətin yaxşılaşmasından sonra da suisidin təkrar olunması riski qalır. Depressiya və ya şizofreniyanın simptomlarının zəifləməsi xəstələrə aktiv əməllərə təhrik edə bilər.

Statistika göstərir ki, birinci suisiddən sonra ilk üç ay ərzində təkrari cəhdlər tez-tez müşahidə olunur. Müalicə qəbul etməmiş xəstələrdə təkrari suisidal hərəkətlərin sayının xüsusilə yüksək olması elmi tədqiqatlarla sübut edilmişdir.

Xəstəni evə yazmaq məsələsi ortaya çıxdıqda qəti qərara gəlmək lazımdır: suisidal məqsədlər tam itmişdirmi? Pasiyentin vəziyyəti necədir? Hansı problemlər qalmaqdadır? Evə yazıldıqdan sonra hansısa yardıma ehtiyacı varmı?

Somatik xəstəliklər praktikasında eftanaziya – sağalmayan somatik xəstəlikdən əziyyət çəkən xəstələrin həyatdan könüllü getməsi haqqında məsələ kəskin mübahisələr doğurur.

ABŞ-da özünün kəşf etdiyi «intihar üçün maşın»ı ilə 20-dən artıq sağalmağa ümidini itirmiş xəstənin ölümünə səbəb olmuş, «doktor ölüm» adını almış həkim C. Gevorkyan ömürlük həbs cəzasına məhkum olunmuşdur. Onun məhkəməsi eftanaziyanın tətbiqi imkanları haqqında kəskin mübahisələrə təkan verdi. Bəzi ölkələrdə (Niderlandiya) qanunvericilikdə pasiyentin xahişi ilə eftanaziyanı mümkün hesab edən dəyişikliklər edilmişdir. Həmin pasiyent sağlam düşüncədə olmalı, fiziki və mənəvi iztirablara səbəb olan sağalmaz xəstəlikdən qurtarmaq üçün həyatdan imtina etdiyi üzərində dəfələrlə təkid etməlidir. Psixi sağlamlıq sahəsində çalışan mütəxəssislər, psixiatr və psixoloqlar 1996 -cı ildə qəbul etdikləri Madrid bəyannaməsində eftanaziyanı həkimlik sənəti ilə bir araya sığmayan qeyri-hümanist akt kimi rədd etmişlər.

**Suisidlərin profilaktikası.** Suisidlərin qarşısının alınmasına yönəlmiş bütün tədbirlər birincili, ikincili və üçüncülü profilaktikaya bölünür.

Birincili profilaktikaya əhali arasında səhiyyə maarifi işi, sağlam həyat tərzinin təbliği, narkomaniya və alkoqolizmlə mübarizə aiddir. Burada, həmçinin tibb işçilərinin bilik səviyyəsinin yüksəldilməsi, psixoloq və sosial işçilərin peşəkar hazırlığının artırılması daxil edilir. Silah alveri və dərman vasitələrinin satışı üzərində nəzarətin gücləndirilməsi də birincili profilaktika kimi mühüm əhəmiyyət daşıyır. Hal-hazırda bir çox psixotrop maddələr ciddi məhdudlaşdırılmış miqdarda buraxılır. Bununla yanaşı, bir çox suisidentlər geniş satışda olan preparatlardan istifadə edir. Bunun qarşısını almaq məqsədi ilə əksər əczaçılıq kompaniyaları dərmanların tərkibinə az miqdarda qusdurucu maddə əlavə edirlər.

İkincili profilaktika böhran mərkəzləri, «**inam telefonları**» (hot line) kimi ictimai yönümlü müəssisələr, həmçinin suisidönu davranışlı xəstələrə yardım göstərən qeyri-hökumət təşkilatları (qadın və uşaq, gənclər, istehlak cəmiyyətləri və i.a.) səviyyəsində aparılır.

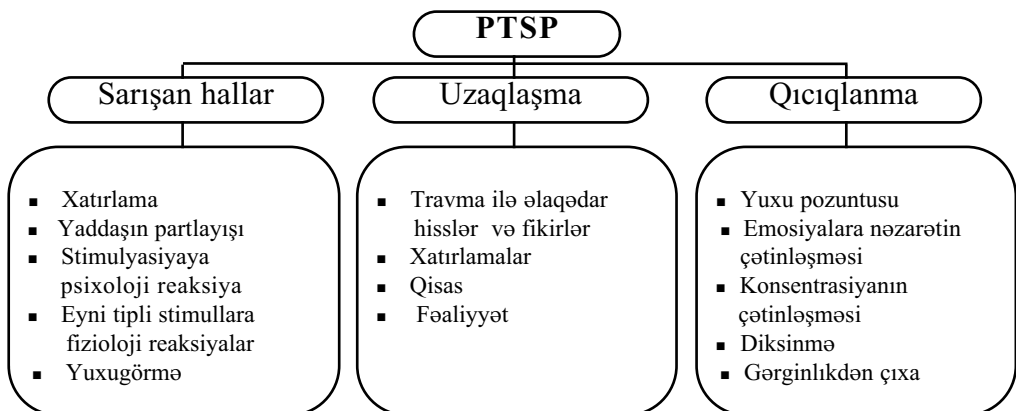
Ən nəhayət, üçüncülü profilaktikaya təkrari suisidal cəhdlərin qarşısını alan tibbi, sosial tədbirlər, özünəyardım və qarşılıqlı yardımın müxtəlif formaları aiddir.

## Somatik xəstəliklər zamanı böhran vəziyyətləri

Demək olar ki, bütün həkimlər öz təcrübəsində pasiyentlərində böhran vəziyyətlərinin yaranmasının şahidi olur. Bununla yanaşı bu günə qə-

*11-ci cədvəl*

### Post-Traumatik Stress Pozuntusu



dər də somatik xəstəlikləri müşayiət edən psixoloji vəziyyət yardım göstərilərkən kifayət qədər nəzərə alınmır. Somatik xəstəliklər nəticəsində yaranan böhran vəziyyətləri üçün də onların stresslə səbəb-nəticə əlaqəsinin olması əsas şərtidir. Fiziki xəstəlik ağır şəxsi böhranın mənbəyi ola bildiyi kimi, böhran vəziyyətinin özü də bir çox somatik xəstəliklərin yaranmasına və gedişinin pisləşməsinə səbəb ola bilər. Müxtəlif tədqiqatların nəticəsinə görə somatik xəstələrdə böhran vəziyyətlərinə adi populyasiyadan nisbətən 10–13 dəfə çox təsadüf olunur. Böhran vəziyyətləri nevroloji, ürək-damar, onkoloji, endokrinoloji xəstəliklərdə, mama-ginekologiya praktikasında daha çox rast gəlinir.

Gənc yaşlarında poliativ müalicə, xəstəliyin bədxassəli gedişi, iş qabiliyyətinin itirilməsi, dözülməz ağrılar böhran vəziyyətini dərinləşdirən amillərdəndir. Ümumiyyətlə, böhran vəziyyətləri istənilən patologiya zamanı meydana çıxıb bilər. Bu isə şəxsin öz sağlamlığına və ona yardım göstərilməsi imkanlarına münasibətindən asılıdır.

## **Böhran vəziyyətləri zamanı davranış tipləri**

Müasir elmi ədəbiyyatda bir neçə növ dəfəedic davranış tipi təsvir olunmuşdur. Bunlar müəyyən dərəcədə psixodinamik müdafiə mexanizmləri ilə uzlaşır. Hər şeydən əvvəl qeyd etmək lazımdır ki, istənilən tip dəfəedic davranış böhran vəziyyətinin həllinə yönəlmiş olur. Bu zaman dəfəedic davranışın hər bir tipi həm mənfi, həm də müsbət nəticə verə bildiyindən iki müstəvidə nəzərdən keçirilməlidir. Bir aspekt orqanizmin yaşamasına, digər aspekt isə mənəvi-etik və sosio-kultural dəyərlərin tamlığının qorunmasına yönəlmişdir. Bəzi hallarda ikinci aspekt həyatın qorunmasından daha çox əhəmiyyət kəsb edir.

Dəfəedic davranış tiplərinə aiddir:

1. *Konstruktiv* davranış formalarına, şəxsiyyətin həyati baxışlarına və imkanlarına müvafiq olan sosial və etnik cəhətdən təqdir olunan əməllər aiddir (sublimasiya, planlaşdırma, altruizm).

2. *Regressiya*. Qazanılmış konstruktiv vərdişlərin itirilməsi və nisbətən qeyri-yetkin funksional səviyyəyə qayıdışı ilə xarakterizə olunur. Burada daha erkən yaş dövrünə xas olan davranışa qayıtma və yaxud alkoqol, narkotik və digər psixoaktiv vasitələrdən istifadə müşahidə edilə bilər. Əksər hallarda belə davranış böhranın həlli üçün qeyri-məqbul olsa da regressiyanın böhranın öhdəsindən gəlməkdə yardımçı olması halları da məlumdur. Məsələn, ağlamaq kimi uşaq davranış forması ətrafdakılarda rəhm və mərhəmət hissi yarada bilər.

3. *Aqressiya*. Bir şəxs və ya qrup tərəfindən başqalarına qarşı yönəl-



miş verbal fiziki düşmənçilik əməlləridir. Xoşxassəli aqressiya hallarında (özünümüdəfiə, ətrafdakıları qorumaq, rəqabət, günahkarın cəzalanması) bu növ davranış böhranından çıxışı təmin edir. Aqressiv davranışın digər destruktiv formaları yeni böhran vəziyyətlərinin yaranması hesabına əvvəlki böhranı dərinləşdirə bilər.

4. *Kənarlaşma (qaçma)*. Müəyyən hərəkətlərdən onların potensial təhlükəsini böyütmək bəhanəsi ilə vaz keçmək, problemin həllinin vacibliyini inkar etmək, öz fəaliyyətsizliyinin mənfi nəticələrini kiçiltmək tendensiyası ilə xarakterizə olunur. Kənarlaşmaya tipik misal kimi uşaqların qeyri-düzgün hərəkətlərinin əhəmiyyətini sanki görməyən valideynlərin davranışını göstərmək olar. Digər tərəfdən yaranmış vəziyyətə (işdə, yaxud ailədə münaqişəli vəziyyət) qarşı konformizm şəklində özünü göstərən kənarlaşma bəzən böhranlı vəziyyətdən az itkilərlə çıxmağa imkan verir.

5. *Ətalət (fəaliyyətsizlik)*. Baş verənlərin labüdlüyü və qaçılmazlığı fikrinə əsaslanaraq problemin həllinə yönəlmiş heç bir fəal səylərin həyata keçirilməməsi ilə xarakterizə olunan davranışdır. Bu tipli davranışa misal olaraq işsiz şəxsin ölkədə ağır iqtisadi vəziyyəti bəhanə edib iş axtarmamasını göstərmək olar. Başqa hallarda bəzən ətalət vaxt gözləmək, ehtiyat qüvvələri səfərbər etmək, sonrakı hərəkətləri üçün qüvvələri qoruyub saxlamaq imkanı yaradır. Məsələn, terrorçuluq aktı zamanı girov götürülən üçün ətalət məqbul sayıla bilər.

Böhranın inkişafına müvafiq olaraq, dəfəedici davranış bir neçə mərhələ keçə bilər.

**B i r i n c i m ə r h ə l ə d ə** insan adi, adət etdiyi üsul və vasitələrlə böhranı dəf etməyə çalışır. Bu zaman dəfəedici davranış formalarının intensivliyi yüksəlir, onların təsir müddəti uzanır və bütün bunlar koqnitiv və emosional proseslərin fəallaşması ilə müşayiət olunur. Məsələn, yanib-sönmə tipli böhran vəziyyətlərinin inkişafında insan əvvəllər iş yerində daha çox vaxt keçirir, məhsuldarlığı işi daha səylə yerinə yetirməsi hesabına artırmağa çalışır.

**İ k i n c i m ə r h ə l ə d ə** insan özünə nisbətən az xarakterik olan davranış üsullarına əl atır. Məsələn, ailə münaqişəsi zəminində yaranmış ikinci növ böhran vəziyyətlərinin inkişafı zamanı arvad itaətkarlıq və ərinə qayğı göstərməkdən boyun qaçıraraq ona xas olmayan münaqişəli üsullara əl atır.

**Ü ç ü n c ü m ə r h ə l ə d ə**, hətta yeni formalar da böhranı həll edə bilmir və psixi, yaxud fiziki pozuntuların inkişafı qeyd olunur. Bəzi hallarda motivin məqsədi yerini tutması baş verir. Meydana çıxmış xəstəliyin müalicəsi böhran vəziyyətinin həllindən daha aktual ola bilər. Digər hal-

larda vəziyyətin progressivləşən ağırlaşması geriye dönməz nəticələrə (suisidal cəhd, əlillik, ölüm) gətirib çıxarır.

Onu da qeyd etməliyik ki, böhran vəziyyətinin istənilən mərhələsində böhran vəziyyətindən çıxmaq mümkün olsa da hər bir sonrakı mərhələdə daha çox səy tələb olunduğundan böhranın həll olunması ehtimalı getdikcə azalır.

İstər bütünlüklə böhranın, istərsə də onun ayrı-ayrı mərhələlərinin davam etmə müddəti vəziyyətin ağırlığından, zaman kəsiyindən, fərdi imkanlardan və yanaşı gedən amillərdən (yardımın mümkünlüyü, ətrafdakıların köməyi, iqtisadi və s. ehtiyaclar) asılıdır.

### **Böhran vəziyyətinin tibbi-hüquqi aspektləri**

Artıq məlumdur ki, müxtəlif fəlakətlərin qurbanları fiziki ziyanıdan başqa psixoloji ziyan da çəkə bilirlər. Eyni zamanda psixi və ya indi «mə-nəvi» adlandırılan ziyanın müəyyənləşdirilməsi məsələləri çətinliklər doğurur. Birinci və ya digər stress hadisənin konkret insana nə dərəcədə təsirinin təyini çox problemlili görünür. Belə ki, eyni şəraitdə bir şəxsə kobud psixi pozuntular müşahidə edildiyi halda digərində çox cüzi əlamətlər özünü biruzə verir. İlk dəfə bu problem 1882-ci ildə İngiltərə məhkəməsində dəmir yolu qəzasından ziyan çəkmiş şəxslərə mənəvi ziyanın ödənilməsi qərarı ilə bağlı ortaya çıxmışdır.

İkinci problem stressin hüquqi baxımdan dəqiq anlayışının olmaması ilə əlaqədardır. Ümumi götürdükdə «insanın adi təcrübəsindən» kənara çıxan hadisə stress kimi anlaşılır. Eyni zamanda müharibə, işgəncələr, təbii fəlakətlər əlbəttə ki, «qeyri-adi» insan təcrübəsi olduğu halda ailə münasibəti, işdən azad edilmə və ya kədərli vəziyyət norma və ya patologiya hesab olunmalıdır. Nəhayət, necə deyirlər «ikinci» qurban olan, yəni yaxın adamlarını itirmiş insanlara dəymiş mənəvi ziyanın ödənilməsi mühüm məsələ kimi qalmaqdadır. Məsələn, «Hilsborou» stadionunda baş vermiş faciə nəticəsində həlak olanların yalnız valideynlərinə, uşaqlarına və həyat yoldaşlarına kompensasiyalar ödənilmişdir. Bununla belə, nə səbəbə görə mərhumların digər yaxın qohumlarının – bacı və qardaşların, gəlinlərin, dostların ödəniş almamaları tam aydın deyil.

Böhran vəziyyətində olarkən müalicədən imtina edən şəxslərə ixtisaslı yardımın göstərilməsi problemi də mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bir tərəfdən böhran keçirən şəxslərin bir qismini özləri və ətrafdakılar üçün təhlükə törətmək ehtimalı yüksək olan xəstələr kateqoriyasına aid etmək olar. Qüvvədə olan qanunvericiliyə əsasən onlara «Azərbaycan Respublikasının psixiatriya haqqında qanun»un «qeyri-könüllü hospitalaşdırma»

bəndi tətbiq olunmalıdır. Digər tərəfdən isə belə adamların fəaliyyət qabiliyyətini məhdudlaşdıran tədbirlər psixotravma amilli olub artıq mövcud olan böhranı ağırlaşdırır. Belə adamlar psixi xəstələr kimi stigmatizasiyaya məruz qalacaqlarından qorxur, azadlıqlarının məhdudlaşdırılmasından əziyyət çəkir və mütəxəssislərlə ətraflı söhbətlər zamanı baş vermiş hadisələri yada salmaq istəmirlər.

Cinayət hüququ məsələlərinə toxunarkən onu da qeyd etməliyik ki, zərərçəkmişin böhran vəziyyətində olmamasının ona qarşı birmənalı şəkildə qeyri-qanuni hərəkətlərə yol verildiyinin sübutu kimi baxmaq olmaz. Bu zaman böhran vəziyyətinin inkişafında zərərçəkənin rolu nəzərdən qaçırılır. Böhran vəziyyətində olarkən qanunu pozan şəxslərin anlaşıqlığının təyini böyük problem olaraq qalır. Böhran vəziyyətində olanların bir qayda olaraq psixiatrik diaqnozu olmasa da onların öz hərəkətlərini anlamaq və onlara tam nəzarət etmək imkanları məhdud xarakter daşıyır. Odur ki, belə hallarda çox vaxt məhdud anlaşıqlı kateqoriyaya sınıf tətbiq etmək məqsədəmüvafiq hesab edilir. Bu isə cəzanın yüngülləşdirilməsi və ya tibbi xarakterli məcburi tədbirləri nəzərdə tutur.

Müasir tədqiqatçıların fikrincə böhran vəziyyətində olan adamlara dəymiş ziyanın əvəzini çıxmaq cəzasızlıq hissi, günahkarlıq hissindən doğan intiqam həvəsi qanunsuz hərəkətlərə gətirib çıxarır. Bundan əlavə psixoaktiv maddələrin qəbulu, riskli davranışa meyillik tendensiyası, əvvəlki təcrübəyə əsaslanaraq qeyri-qanuni yolla məqsədə çatmağın mümkünlüyü fikri bilavasitə qanun pozuntusuna səbəb olur. Bir çox ölkələrin təcrübəsindən göründüyü kimi həkimlərin, hüquqşünasların, sosial xidmət və sığorta şirkətlərinin işçilərinin hazırlanmasında böhran vəziyyətlərinin tibbi-hüquqi məsələləri kifayət qədər yer almır və bu sahədə biliklərin artırılmasının vacibliyi vurğulanır.

### **Posttravmatik stress pozuntuları (PTSP)**

PTSP – psixi pozuntu olub, ekstremal ağır psixoloji travma keçirilməsindən sonrakı 6 ay müddətində inkişaf edir, travmatik hadisənin təkrarən yaşanması ilə xarakterizə edilir. PTSP-nin klinik əlamətləri: travmatik hadisənin təkrarən yaşanması, yaşanan hadisə ilə bağlı davamlı xatirələr, fleşbeklər (hadisələrin guya gerçəklikdə baş verməsinə bənzəyən parlaq təəssüratlar), dəhşətli yuxugörmələr. Yaşanmış hadisəni xatırladan obyekt, yaxud situasiyalara qarşı güclü emosional və ya fiziki reaksiyaların müşahidə olunması. Çəkinmə, yaxud emosional donma travma ilə assosiasiya olunan fəaliyyətdən, yerlərdən, fikirlərdən, hiss və danışıklardan güclü şəkildə çəkinmək, marağın itməsi. Digər insanlardan uzaqlaşma

hissi, emosiyaların ifadə edilməsində çətinliklərin yaranması. Yüksək oyanıqlıq, hərəkətlərin tormozlanması və ya ajitasiya, yuxuya getmənin, yaxud yuxuda qalmanın çətinləşməsi. Tez qıcıqlanma, yaxud hiddətlənmə, diqqətin cəmlənməsində çətinliklər, oyaq qalma səviyyəsinin artması, qorxma hissinin artması və i. a.

12-ci cədvəl

***PTSP-nin yaranmasına səbəb olan stress növləri***

| <b>Stress növü</b>                           | <b>Nümunələr</b>                                                                                              |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bədbəxt hadisə</b>                        | Avtoqəza, təyyarənin qəzaya uğraması, gəminin batması, yanğın və i.a.                                         |
| <b>Təbii fəlakət</b>                         | Qasırğa, daşqın, zəlzələ və i.a.                                                                              |
| <b>Cinayətkar əməllər</b>                    | Soyğunçu hücum, oğurluq, soyuq və ya odlu silahlardan istifadə və ya istifadə edilməsi ilə bağlı real təhlükə |
| <b>Hərbi əməliyyatlar</b>                    | Atəş altında qalma, bombalanma, aktiv hərbi toqquşmalar                                                       |
| <b>Seksual xarakterli əməllər</b>            | Zorlama, yaxud zorlamaya cəhd, uşağa qarşı seksual əməllər                                                    |
| <b>Uşaqlıqda zorakılıq</b>                   | Döyülmə, qulluğun olmaması, uzunmüddətli təcridolunma                                                         |
| <b>Həbs olunma, işgəncə, girov götürülmə</b> | Oğurlanma, terrorçular tərəfindən girov götürülmə, həbs düşərgəsində olmaq, qaçqın qismində zorla köçürülmə   |
| <b>Hadisələri bilavasitə müşahidə etmək</b>  | Yaxın adamın qəfil ölümünə səbəb olan faciəli hadisələrin şahidi olmaq                                        |

Hadisə, demək olar ki, istənilən fərddə ümumi distress yarada biləcək son dərəcə təhlükəli və fəlakətli xarakterə malik olmalıdır.

PTSP-nin yaranması ilə bağlı olan bioloji dəyişikliklər arasında aşağıdakıları qeyd etmək lazımdır:

- Şərti refleks növü üzrə simptomların formalaşması
- Hipotalam-hipofizar-adrenal ox üzrə pozuntular

- Neyrotransmitterlərin iştirakı (serotonin, dofamin, QAYT, endopiatalar)
- Hipokampın həcmnin azalması

***PTSP-in risk qruplarına aşağıdakıları aid etmək olar:***

Qaçqınlar, hərbi qulluqçular, polislər, FHN-nin əməkdaşları, jurnalistlər, həbsxana işçiləri, təcili tibbi yardım heyəti, tənha qadınlar, uşaqlar, yeniyetmələr.

**PTSP-nin yaranma riskini artırən sosial faktorlara aşağıdakıları aid etmək olar:** postravmatik stressdən sonra adekvat dəstəyin olmaması, məhkəmə prosesində iştirak, aşağı sosial-iqtisadi status (kasıblıq şəraitində yaşamaq). Postravmatik stress pozuntusunun yayılması haqqında tam dəqiq olmasa da aşağıdakıları söyləmək olar: əvvəla PTSP geniş yayılmış psixi pozuntu hesab edilir. ABŞ-da həyat ərzində PTSP-nin yayılması 7,8% səviyyəsində qiymətləndirilir (10,4% qadınlar: 5,0% kişilər arasında). 12 ay ərzində simptomların mövcud olması 3,4%-dir. Travmatik hadisələrdən sonra PTSP-nin inkişaf riski şəhərdə yaşayan gənclərdə daha yüksəkdir – 23,6% (13% kişilərdə və 30,2 faiz qadınlarda). Mütəxəssislərin araşdırmaları göstərir ki, əksər insanlar heç olmasa həyatlarında bir dəfə travmatik hadisə ilə üzləşirlər. Məqsədyönlü zorakılıq aktı, xüsusilə zorlanma və hərbi əməliyyatlar PTSP-nin daha tez yaranmasına gətirib çıxarır. Kişilər qadınlara nisbətən daha tez-tez travmatik hadisələrlə üzləşirlər. Ancaq qadınlar baş verənləri daha ağır keçirirlər və bu səbəbdən PTSP-nin inkişafına daha çox meyillidirlər.

**Təbii gediş və nəticələr.** Simptomlar, adətən travmatik hadisədən sonrakı birinci ay ərzində meydana çıxır, ancaq 15%-dən az hallarda təxirə salınmış başlanğıc mövcud ola bilər (yəni hadisədən bir neçə ay sonra). Müalicəsiz sağalma xəstəliyinin birinci ili ərzində pasiyentlərin 2/3-də baş verir. PTSP simptomlarının uzun müddət mövcud olması, psixoaktiv maddələrdən istifadə daxil olmaqla ikincili problemlərin yaranma riskini artırır.

PTSP-nin gedişi və proqnozu simptomların ağırlıq dərəcəsindən asılıdır, lakin birinci 2 həftə müddətində simptomların ağırlıq dərəcəsi kiçik proqnostik dəyərə malikdir. Simptomların ağırlıq dərəcəsindən əlavə, travmatik hadisəyə insanın nə dərəcədə yaxın olması və onun həyat üçün yaratdığı təhlükə səviyyəsi, travmatik hadisənin təsirinin davam etmə müddəti, əvvəlki psixotravmalar, travmanın digər insanlara təsiri, digər şəxslərin travma keçirmiş insana qarşı reaksiyası da proqnostik əhəmiyyət daşıyır. PTSP iş, təhsil, ailə həyatı daxil olmaqla sosial fəaliyyətə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. PTSP-li insanlar tez-tez iş yerlərini tərk

etməli, yaşayış yerlərini dəyişməli, sosial və qohumluq əlaqələrini qırmaqlı olurlar.

**PTSP-nin XBT-10-a əsaslanan təsnifatı.** 1. Kəskin stressə qarşı reaksiya (F43.0) – həyəcanın ifadə edilmiş simptomları, donub qalma və ya qeyri-adekvat hiperaktivlik, diqqətin daralması, oriyentasiyanın itirilməsi, qəzəb və ya sözlü təcavüz, ümitsizlik, bədbəxt hadisənin həddən artıq ağır keçirilməsi qeyd olunur. 48 saatdan gec olmayaraq simptomların azalması başlanmalıdır. Qalıq simptomların davamətmə müddəti 1 ayı keçməməlidir. Kəskin stressə qarşı reaksiya PTSP hesab olunmur, ancaq onun yaranma riskini artırır. 2. PTSP (F43.1) – travmatik hadisənin baş verməsindən sonra 1 aydan 6 aya qədər müddət yaranır, simptomların 1-3 ay davam etməsi kəskin PTSP kimi qiymətləndirilir. 3. Qəza keçirildikdən sonra şəxsiyyətdə xroniki dəyişiklik (F62.0) – PTSP-nin xroniki nəticəsi kimi qəbul edilir. PTSP simptomlarının mövcudluğundan iki il sonra ən azı iki simptom qeyd olunduğu halda şəxsiyyətdə xroniki dəyişiklik diaqnozu qoyulur. Bu simptomlar aşağıdakılardır: ətraf aləmə qarşı inamsızlıq və düşmənçilik, sosial təcrid olunma, boşluq və ya ümitsizlik hissi, xroniki daxili gərginlik vəziyyəti və təhlükə hissi, insanlardan qaçma, yaxud emosional keyləşmə.

**Differensial diaqnostika.** Travmatik hadisədən sonra yaranan pozuntular arasında posttravmatik stress pozuntusu yeganə olmaya bilər. PTSP tez-tez aşağıdakılarla yanaşı gedir: depressiya, panik (təşvişli) pozuntu, dissosiativ pozuntu, obsessiv-kompulsiv pozuntu, yayılmış həyəcanlı pozuntu, sosial fobiya, psixoaktiv maddələrdən istifadə.

PTSP-ən əziyyət çəkən xəstələri müayinə edərkən ümumi praktika həkimləri nəzərdə saxlamalıdırlar ki, yaşamış psixotravma barədə söhbət üçün əzablı ola və ağır xatirələr yarada bilər. Ancaq bununla yanaşı, psixotravma ilə bağlı mövzulardan çəkinmək düzgün taktika hesab edilmir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, PTSP ilə bağlı müraciət edən pasiyentin şikayətləri heçdə yalnız travmatik hadisələrlə bağlı ondan əl çəkməyən xatirələrdən ibarət olmur. Pasiyent depressiyadan, ümumi həyəcandan, somatik xəstəliklərdən, tez qıcıqlanmadan, iş qabiliyyətinin aşağı olmasından və yuxusuzluqdan şikayət ola bilər. Pasiyentlər, xüsusilə də hadisənin üstündən müəyyən müddət keçdikdən sonra, bu simptomları keçirilmiş travma ilə bağlamaya bilərlər. Qeyd edilən simptomların əvvəllər (travmatik hadisəyə qədər) müşahidə olunub-olunmaması barədə pasiyenti sorğu-sual etmək lazımdır.

İzah olunmaz somatik simptomlarla bağlı pasiyentlərin şikayətləri xüsusi diqqət tələb edir və bu cür hallarda həkim travmatik hadisənin yaşanması barədə onu sorğu-sual etməlidir. Pasiyent yaxın adamını qəfildən

itirdikdə və o öz əcəli ilə ölmədiyi hallarda PTSP-ni nəzərdə saxlamaq lazımdır. PTSP bütün ailəyə təsir edir və bu səbəbdən ailənin digər üzvlərində PTSP-nin inkişafı ehtimalı böyükdür. Həkim pasiyentin razılığı ilə onun ailə üzvlərinin hadisə barədə nə dərəcədə məlumatlı olmasını müəyyən etməli, ümumi və ya psixiatrik müayinənin zəruriliyini qiymətləndirməlidir. Eyni zamanda intihar riskinin olub-olmaması da nəzərə alınmalıdır.

**PTSP diaqnozu olan şəxslərə ilk yardım.** Keçirilmiş travmadan sonra düşdüyü distress vəziyyətinin insanlar üçün normal reaksiya olduğunu anlamağa pasiyentə kömək etmək vacib şərtlərdəndir. Kəskin stress reaksiyaları və PTSP barədə pasiyentdə təsəvvür yaratmaq, pasiyentin psixoloji travması barədə ailəsi və yaxınları ilə danışmaq üçün ona stimül və dəstək vermək lazımdır. Pasiyentin doğmaları və yaxınlarına zərər çəkmiş insana qarşı dözümlü nümayiş etdirilməsinin zəruriliyini, pasiyentin başa düşülməsinin və ona dəstək verilməsinin vacibliyini izah etmək lazımdır. Sağalmanı yüngülləşdirmək məqsədi ilə dəhşətli hadisəni ardıcılıqla, əvvəldən başlayaraq (nədən başlayıb...) yenidən danışmağın nə dərəcədə zəruri olduğunu pasiyentin və onun ailəsinin anlamasına yardım etmək, xəstəni emosional cəhətdən dəstəkləmək, baş vermiş hadisədə onun günahının olmamasına inandırmaq unudulmamalıdır. Pasiyenti eyni ilə həmin travmadan zərər çəkmiş şəxslərin qrupuna göndərmək (əgər beləsi varsa), yuxusuzluğu aradan qaldırmaq üçün qısamüddətli yuxu dərmanları qəbul etməyi məsləhət görmək lazımdır.

Pasiyentin nəzərinə çatdırılmalı olan əsas məlumatlar: 1) psixi travma yaranan hadisələr insanın psixi sağlamlığına təsir göstərir 2) simptomların əksəriyyəti kiçik müdaxilələr nəticəsində tez keçib gedə bilər 3) ağır vəziyyətlər üçün effektiv müalicə növləri mövcuddur 4) PTSP-nin mövcudluğu «dəlilik» və xarakterin zəifliyi deyil 5) pasiyent və onun ailə üzvləri depressiyanın erkən əlamətləri və suisidal fikirlərə münasibətdə sayıqlıq nümayiş etdirməli və onlar yarandığı təqdirdə bacardığıca tez yardım üçün müraciət etməlidirlər 6) PTSP zamanı alkoqol və digər psixooaktiv maddələrdən istifadə etmək daha artıq problemlərin yaranmasına gətirib çıxarır. Psixoloji yardımla bağlı tövsiyələrə aşağıdakılar aiddir. 1. Həyəcanın zəiflədilməsi: tədrici relaksasiya, tənəffüs hərəkətləri, pozitiv düşüncə, travma haqqında fikirlərin dayandırılması («Mən nəzarəti itirirəm» fikrini «Məndə hər şey alınır və bundan sonra da alınacaq» ilə əvəz olunmalıdır), özünəinamın artırılması üzrə trening. 2. Qeyri-düzgün qənaətin, xüsusilə də travma ilə bağlı günah hissinin korreksiya edilməsi.

**Dərman vasitələrindən istifadə.** Serotoninin geriye tutulmasının seçici inhibitorları (SGTİ) PTSP zamanı ilkin seçim preparatları hesab edi-

lirlər. Adətən, onlar depressiyanın müalicəsindən fərqli olaraq daha böyük dozalarda və daha uzun müddətə təyin olunmalıdır. Müalicənin effekti adətən preparatın qəbulunun başlanmasından sonra 8 həftədən tez olmayaraq müşahidə edilir.

Qeyri-benzodiazepin sırasından olan anksiolitiklər (buspiron, hidrokizin) bir qayda olaraq vərdiş, asılılıq yaranmasına və ləğvetmə sindromunun inkişafına səbəb olmayan həyəcan əleyhinə preparatlar hesab edilir. Daha qabarıq ifadə edilmiş sedativ təsirə malik, benzodiazepin törəməsi olan trankvilizatorlardan (alprozolam, lorazepam, klonozepam) istifadə edilməsinə çox ehtiyatla yanaşmaq və onları qısa müddətə (iki həftədən artıq olmayaraq) təyin etmək lazımdır.

### **Ağır itki sindromu haqqında**

Ağır itki yaxın adamın itirilməsi ilə, yaxud həyatda digər mühüm əhəmiyyət kəsb edən hadisələrlə (misal üçün, işin itirilməsi, boşanma, yaxın əlaqələrin qırılması, həyatdakı digər ağır dəyişikliklər) yaranan təbii və anlaşılan psixoloji sarsıntı keçirir, həmişə itki haqqında fikirləşir, sağlamlığı ilə bağlı problemlərlə üzləşir. İtki – adi fəaliyyətin, sosial əlaqələrin pozulmasına, gələcək planların qurulmasında çətinliklərin yaranmasına səbəb ola bilər.

İtki yaşanması prosesində **4 mərhələ** qeyd olunur: 1) itkinin reallığının etiraf edilməsi 2) ruhi ağrının yaşanması 3) itirilmiş obyektiv həyata adaptasiya olma 4) ruhi tarazlığın bərpası.

**Depressiyadan differensiasiya.** Ağır itki depressiyaya gətirib çıxara bilər. Aşağıdakı hallarda depressiya diaqnozu qoyulmalıdır: 1) itkidən 2 ay keçdikdən sonra aşkar depressiv simptomların mövcudluğu qeyd olunarsa 2) itkinin təzahürü qeyri-təbii olduqda (hərəkətdə tormozlanma, günah hissi, köməksizlik, özünə qiymət vermənin aşağı düşməsi, suicidal fikirlər) 3) itirilmiş obyektə ambivalent münasibət mövcuddursa 4) ölmüş şəxs uşaq olub, yaxud zorakı ölüm nəticəsində dünyasını dəyişibse (xüsusiən əgər meyit tapılmayıbsa).

**Pasiyent diqqətinə çatdırılmalı əsas məlumatlar.** Ağır itkilər tez-tez kədər, göz yaşları, qəzəb, məyus olma, günah hissi, həyəcanın yaranmasına səbəb olur. Ağır itki tez-tez baş vermiş hadisə ilə bağlı fikirlərin yaranmasına səbəb olur. Belə hallarda itkini müzakirə etmək istəyi normaldır. PTSP-nin mövcudluğu «dəlilik» və xarakterin zəifliyi deyil. Pasiyent və onun ailə üzvləri depressiyanın və suicidal fikirlərin inkişaf edə bilməsi ehtimalına münasibətdə sayıqlıq nümayiş etdirməli və onların yaranması zamanı bacardığıca tez yardım üçün müraciət etməlidirlər.

**Adaptasiya pozuntuları.** Adaptasiya pozuntuları – identifikasiya



edilmiş psixososial stressorun təsirinə məruz qaldıqdan sonra 1 ay ərzində inkişaf edir, öz növbəsində qeyri-adi yaxud faciəli növ hesab edilmir. Pasiyentlər narahatlıq, yaxud vəziyyətin öhdəsindən gələ bilməmək hissi keçirirlər. Tez-tez yuxusuzluqdan, baş ağrılarından, ürək döyüntülərindən şikayət edirlər. Bəzi pasiyentlər həyəcan və depressiyanı xatırladan simptomlardan da şikayət edirlər.

Adaptasiya pozuntularının diaqnostikasında səhvə yol verməmək üçün aşağıdakı pozuntularla differensasiya etmək lazımdır: Depressiyalarla yayılmış həyəcanlı vəziyyətlə, izahedilməz somatik şikayətlə, PTSP ilə.

**Yardım göstərilməsi.** Pasiyent tərəfindən stressin aradan qaldırılmasına yönəldilmiş pozitiv hərəkətləri nəzərdən keçirilməli və həkim tərəfindən dəstəklənməlidir. Vəziyyəti dəyişmək üçün imkanları müəyyən və müvafiq üsullardan (o cümlədən psixoterapiyadan) istifadə edilməlidir. Xarici dəstəkverici mənbələri müəyyən etmək (dostlar, doğmalar), bu məqsədlə məzuniyyət, xəstəlik kağızı götürməyi, yaxud səfər etməyi məsləhət görmək yaxşı olar. Vərdiş etdiyi fəaliyyətə bir neçə həftədən

### 13-ci cədvəl

#### *Davranış taktikası*

| Pasiyent                                                                        | Həkim                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Problemin mahiyyətini ayırmaq və müəyyənləşdirmək.                           | Problemin həlli prinsiplərini izah etmək.                                                  |
| 2. Onun həlli imkanlarını müəyyənləşdirmək.                                     | Bu problemə qatılmış digər şəxslərlə qarşılıqlı əlaqə yaratmaq.                            |
| 3. Hər bir imkanın müsbət və mənfi cəhətlərini nəzərdən keçirmək.               | Bu tipli problemlərin həllində toplanmış təcrübə və yaradıcı təfəkkürü pasiyentə aşılamaq. |
| 4. Problemin həllinin ən məqbul şərtlərini müəyyənləşdirmək.                    | Qərarın təftişini keçirmək.                                                                |
| 5. Qəbul olunmuş qərarı həyata keçirmək üçün atılacaq addımları planlaşdırmaq.  | Pasiyent düzgün qərar qəbul etdikdə onu ruhlandırmaq.                                      |
| 6. Ardıcıl olaraq hərəkət etmək.                                                | Seçilmiş qərarı həyata keçirmək üçün addımların planlaşdırılmasına yardım göstərmək.       |
| 7. Doğruluğuna əmin olmaq məqsədilə bu davranışın mümkün nəticələrini yoxlamaq. | Problemin həllinə yönəlmiş davranışın səmərəsini obyektiv qiymətləndirmək.                 |

sonra qayıtmağı məsləhətdir. Stress hadisələrinin əhəmiyyətinin pasiyent tərəfindən etiraf edilməsinə kömək etmək, vəziyyətin monitorinqini həyata keçirmək lazımdır. 3-4 gün ərzində trankvilizatorlar təyin oluna bilər (hidroksizin 25-50 mq/sut, alprozolam 0,5-1 mq/sut, bromozepam 3-4 mq və i. a.)

## **Böhran vəziyyətində olan şəxslərin müalicə, profilaktika və reabilitasiya məsələləri**

**Müalicə müəssisələrinin tipləri.** İlk yardım müəssisələri: Böhran vəziyyəti yarandığı hallarda yaxınlıqda olan tibb müəssisəsinə müraciət ehtimalı böyükdür. Söhbət ilk növbədə poliklinik müəssisələr, tibbi sanitariya hissələri və tibb məntəqələrindən gedir. Böhran vəziyyətləri zamanı ilk yardımla xüsusi təlim keçmiş feldşer və tibb bacılarının məşğul olduğu ölkələrdən fərqli olaraq Azərbaycanda orta tibb işçilərinin ixtisası bunun üçün yetərinə deyil. Bununla yanaşı bizim ölkəmizdə ilk yardım göstərə bilən kifayət qədər müvafiq ixtisasa malik həkimlər vardır. Təcrübə göstərir ki, bu həkimlər böhran vəziyyətinin somatik fəsadlarını (ağrı, ürək-damar pozuntuları, şok əlamətləri) aradan qaldıra bilir, ağır olmayan hallarda müstəqil olaraq sakitləşdirici preparatlar təyin edir, psixi pozuntular aşkar olunduqda isə xəstəni psixiatra göndərirlər. Bir çox hallarda böhran vəziyyətlərində göstərilən yardım xüsusi vərdislərdən daha çox sağlam düşüncəyə arxalandığından bu işdə sahə və ya ailə həkiminin işini qiymətləndirməmək qeyri-mümkündür. Bundan əlavə bir çox poliklinika müəssisələrində psixi pozuntusu olan şəxsləri ayırd etmək və onlara ilk psixiatriya yardımını göstərmək məqsədilə psixiatr və ya psixoterapevt ştatı nəzərdə tutulmuşdur. Böhran vəziyyətləri ilə tez-tez rastlaşan birincili təşkilat tipi kimi Təcili Tibbi Yardım stansiyaları çıxış edə bilər. Təcili Yardımın tərkibində olan ixtisaslaşmış psixiatriya briqadaları böhrana təcili müdaxilə etmək baxımından böyük potensiala malikdir.

**İxtisaslaşdırılmış müəssisələr:** İxtisaslaşdırılmış müəssisələrə qısamüddətli və uzunmüddətli yardım müəssisələrini aid etmək olar. Birinci tipə pasiyentlərin kəskin böhran zamanı müraciət etdikləri b ö h r a n m ə r k ə z l ə r i a i d d i r. Böhran mərkəzlərində pasiyent müayinə olunur, onun problemləri müəyyənləşdirilir, yardım proqramları hazırlanır. Ehtiyac olduqda intensiv nəzarət, himayə (72 saata qədər), medikamentoz və ya psixoterepevtik müalicə təyin olunur. Digər ixtisas həkimlərinin, sosial işçilərin, hüquqşünasların konsultasiyaları təşkil oluna bilər və son nəticədə sonrakı müalicə tədbirləri məsələsi həll edilə bilər. Böhran mərkəzlərinin problemi ora xronik psixi pozuntusu olan eyni pasi-

yentlərin təkrar olunan krizislərlə əlaqədar düşməsi və onların problemlərini dəf etmək üçün kifayət qədər ehtiyat qüvvələrinin olmamasıdır.

Böhranlar zamanı digər qısamüddətli yardım növü «hot line» və ya «i n a m t e l e f o n u» d u r. Bu xidmət təcili psixoloji yardımla məşğul olur və psixi sağlamlığın müxtəlif məsələləri üzrə konsultasiyalar aparır. «İnam telefonu»nun üstün cəhəti onun anonimliyi və sutka ərzində işləməsi, çatışmayan cəhəti isə telefon rabitəsi imkanlarının məhdudluğudur.

Son vaxtlar bizim ölkəmizdə Avropada geniş yayılmış psixiatrların və psixoloqların məsləhət (konsultasiya) kabinetləri yaranmağa başlayıb. Bu kabinetlərdə bir qayda olaraq fərdi fəaliyyət göstərən psixiatrlar işləyir. İstər yerli, istərsə də xarici məsləhət kabinetlərinin ümumi mənfə cəhəti böhran vəziyyətlərinin «xəstəlik» kimi qəbul edilməsi və müalicənin təyin olunmasıdır. Bundan əlavə böhran vəziyyətində olan şəxslər fərdi praktika aparan mütəxəssisin xidmətlərini bəzən ödəmək iqtidarında olmurlar.

Uzunmüddətli yardım ciddi psixi pozuntularla müşayiət olunan davamlı gedişə malik böhran vəziyyətlərində psixiatriya stasionarlarında və psixonevroloji (uşaq və yaşlılar üçün) dispanserlərində həyata keçirilir. Rəsmi psixiatriya müəssisələrinin göstərdiyi yardımın çatışmayan cəhəti insanın «psixi xəstə» rolunda olmayan və bu müəssisələrə müraciətə bağlı stigmatizasiya faktorudur.

Böhran vəziyyətləri keçirən şəxslər üçün uzunmüddətli yardım almaq məqsədilə ümumi xəstəxanaların psixiatriya şöbələrində və ya qeyri-psixiatriya müəssisələrində, qadın məsləhətxanaları, onkoloji mərkəzlər, herontoloji şöbələr və s. olan məsləhətçi-psixiatrlarına müraciət məqbul hesab edilə bilər.

Böhran vəziyyətləri zamanı multidisiplinar yanaşma, yəni müxtəlif mütəxəssislərdən ibarət komandanın (psixiatr, psixoloq, tibb bacısı, sosial işçi, hüquqşünas, könüllülər) uzunmüddətli kompleks yardımını perspektivli forma hesab olunur.

Bəzi növ böhran vəziyyətlərində özünə və qarşılıqlı yardım qruplarının müdaxiləsi daha səmərəli ola bilər. Zorakılığa məruz qalmış qadınları, narkotik və alkoqoldan istifadə edən şəxsləri, əlilləri birləşdirən belə qrupların uğurlu fəaliyyət göstərməsi nümunələri məlumdur.

**Böhran vəziyyətləri zamanı yardım.** *Farmakoterapiya:* Böhran vəziyyətləri zamanı, xüsusilə psixotik əlamətlər izlənərsə dərman mədələlərindən istifadə effektiv üsul kimi ön plana keçir.

Psixotrop preparatların tətbiqinə əsas göstərişlər:

1) Psixoloji metodlar nəticə vermədiyi hallarda, problemin həllinə yö-

nəlmış davranışın formalaşmasına mane olan təşviş və həyəcanın səviyyəsinin enməsi. Belə hallarda, adətən yuxarıda göstərilən simptomları dəfədiçi davranışın mümkün olduğı səviyyəyə qədər endirən trankvilizatorlar tətbiq olunur.

2) Depressiya və suicidal davranış simptomlarının aradan qaldırılması üçün antidepressantlar tələb olunur. Nəzərə almaq lazımdır ki, bu preparatlar tətbiq olunan gündən iki həftə sonra klinik təsirini göstərməyə başlayır.

3) Yorğunluğa gətirib çıxara bilən yuxusuzluq olarsa yuxunu yaxşılaşdırən preparatlar tətbiq edilməlidir.

Formakologiyanın nailiyyətləri nisbətən təhlükəsiz dərman vasitələrinin tətbiqini mümkün etmişdir. Bunlara serotonin blokada edən inkibitorlar, «gündüz tranivilizatorları», adaptogenlər və təbii «sakitləşdirici» maddələr aiddir. Neyroleptiklərin tətbiqi məhdud xarakter daşıyır və ehtiyatla həyata keçirilməlidir. Çünki onların tətbiqi zamanı yarana bilən əlavə təsirlər böhran vəziyyətləri zamanı daha bir stressə səbəb ola bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, dərmanların təyini «xəstəliyin mövcudluğu» kimi qəbul olunarsa həkimin məsuliyyəti daha da artır. Dərmanların tətbiqi dərman asılılığı yarada bildiyindən həkim izah etməlidir ki, bu preparatlar pasiyentin probleminin həllində göstərilən səylərdən olmaqla, heç də zərərsiz deyil.

*Böhrana müdaxilə.* Böhran vəziyyətində olan insanla ilk kontakt onun vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün istifadə olunur. Bunun üçün aşağıdakı suallara konkret cavablar almaq lazımdır.

1. Yardım üçün müraciət etməyinizə sizi nə məcbur etdi?
2. Baş vermiş hadisələrdən hansıları böhran vəziyyəti yaratdı?
3. Onların təsirinin mahiyyəti və əhəmiyyəti nədir?
4. Son iki sutka ərzində nə baş vermişdir?
5. Suisidal fikirlər, həyəcanlanma əlamətləri, psixotik simptomlar və fiziki nasazlıq varmı?
6. Böhranı dəf etmək üçün imkanlar – yaxınların, dostların, qonşuların köməyi varmı və şəxsin adət etdiyi mühit onun böhrandan çıxmasına nə dərəcədə kömək edəcək?
7. Pasiyent əvvəllər buna bənzər problemlərlə qarşılaşmışdırmı və onların öhdəsindən keçmişdə necə gəlmişdir?

İlkin qiymətləndirmənin sonunda birinci klinik rəy verərək «pasiyentin taleyinə görə məsuliyyəti öz üzərinə götürmək lazımdırmı» sualına cavab tapmaq gərəkdir. Müsbət cavab «intensiv himayə» formasında müdaxilə nəzərdə tutur. «İntensiv himayə» tətbiq olunarkən həkimin məsuliyyəti faktını dərk etməli və bunun müvəqqəti olduğunu bilməlidir. «Böh-

ran məsləhətləri» zamanı pasiyent xəstə kimi yox, problemləri olan və qərar verməkdə özü məsul olan yetkin və müstəqil şəxs kimi çıxış etməlidir.

**İntensiv himayənin prinsipləri.** – Məsuliyyətin başqa şəxsə ötürülməsi – pasiyentə onun məsuliyyət və vəzifələrinin bir müddətə digər şəxslərə verilməsini izah etmək.

– Təxirəsalınmaz məsələlərin həlli – qohumlarla əlaqə yaratmaq, uşaqlara, evə, ev heyvanlarına baxmaq məsələsini həll etmək, ehtiyac olarsa sosial xidmətlər və digər təşkilatlarla əlaqələr yaratmaq.

Pasiyenti stress əhatəsindən çıxarmaq – təhlükəsiz sığınacaqla təmin etmək, qohumların və ya dostların yanına müvəqqəti köçürmək, yaxud da hospitalizasiya məsələlərinin həlli.

Distərsin səviyyəsini endirmək – güclü həyəcan, təşviş və ya psixopatoloji simptomları aradan qaldırmaq məqsədilə psixoterapevtik metodların tətbiqi.

– Konstruktiv qarşılıqlı münasibətlərin qurulması – adi qaydada söhbətlərin aparılması, pasiyenti aqressiya və ya həyəcan yaradan davranış formalarından kənarlaşdırmaq.

– Empatiyanın nümayişi – həkimin səmimi olaraq pasiyentə kömək etmək istədiyinə inandırmaq və problemin həllinə ümidləri canlandırmaq.

**Böhranla əlaqədar məsləhətlərin prinsipləri.** – Emosiyaların qənaətləndirilməsi – pasiyenti öz emosiyalarını məqbul formada ifadə etməyə, hisslərini açmağa, bu hissləri törədən səbəbləri göstərməyə yönəltmək.

Ünsiyyətin yüngülləşdirilməsi – qarşılıqlı əlaqələr yaratmaqla pasiyentə ətrafdakılarınla anlaşmaya nail olmaq üçün ünsiyyət üslubunu öyrətmək.

– Pasiyentin öz problem və hisslərini dərk etməsinə nail olmaq – distressin azaldılmasına yönəltmək üçün böhran vəziyyətinin səbəb və nəticələrinin izahı.

– Özünüqiymətləndirmənin dəstəklənməsi – pasiyentə münasib formada onun şəxsiyyətinin müsbət cəhətlərə malik olduğunu xatırlatmaq.

– Problemin həllinə yönəlmiş davranışın dəstəklənməsi.

Bəzi hallarda pasiyentə onun problemə münasibətləri, müdafiə və müqavimət mexanizmləri, eləcə də nəzərdə tutulmuş davranışın həyata

\* Qanun Milli Məclisin 20 aprel 2012-ci il tarixli, 325-İVQD nömrəli qərarına əsasən düzəlişlərlə çap edilir.

keçirilməsinə mane olan «avtomatik» fikirlər və koqnitiv sxemlər haqqında izahat vermək faydalı ola bilər.

## **Kütləvi psixotravma zamanı yardım**

Kütləvi psixotravmalar (təbii fəlakətlər, müharibələr və s.) zamanı eyni vaxtda bir çox şəxslərə yardım göstərmək zərurəti psixiatriyin işini xeyli çətinləşdirir. Bu işin birinci və ən vacib mərhələsi ağır böhran vəziyyətində olan şəxslərin seçilməsi və diaqnostik müayinəsidir. Konkret iş bir neçə mərhələdən ibarətdir:

1. Psixotravma və stressə aid reaksiya haqqında məlumat vermək. Bu informasiya öz-özlüyündə psixoterapevtik təsir göstərə bilər.

2. Söhbətin digər üsulu baş vermiş hadisənin səbəblərini izah etmək və praktiki məsləhətlər vermək üzərində qurulmuşdur.

3. Bir çox hallarda xüsusi relaksasiya texnikasından istifadə etmək olar:

– Tənəffüs hərəkətləri. Müəyyən olunmuşdur ki, emosional pozuntular zamanı tənəffüs səthi, qeyri-bərabər və tezleşmiş, ekstrimal vəziyyətlərdə isə hiperventilyasiya qeyd olunur. Tənəffüsün düşüncəyə təbə edilməsi (tənəffüsü dərin, düzgün və ritmik etmək) adətən emosional vəziyyəti yaxşılaşdırır.

– Səmərali əzələ relaksasiyası. (Yokobson, Şults və ya xatxa-yoqa metodu ilə).

– Sözləri təkrarlamaq metodu – əvvəlcə ucadan, sonra tədricən asta-dan və nəhayət xəyalən müəyyən sakitləşdirici ifadələri təkrar etməkdən ibarətdir.

Meditasiya – daxili cəmlənməyə nail olmaq. Özünü seyr, yaxud xoş obrazları təsəvvür etməkdir.

– Oyun metodları – uşaqlarla işləyərkən tətbiq etmək olar. Məsələn, halay oyunları, kollektiv nəğmə oxumaq və s.

## **Preventiv və profilaktik tədbirlər**

Böhran vəziyyətlərinin inkişafının qarşısını almağın əsas üsulu psixi sağlamlığın təbliğ olunmasıdır. Bunu müxtəlif problemlər üzrə kütləvi informasiya vasitələri, kitablar, mühazirələr vasitəsilə anlaşıqlı formada, məlumatı əhaliyə çatdırmaq yolu ilə etmək olar. Sağlam həyat tərzinin təbliği, siqaret və psixoaaktiv maddələrin istifadəsindən imtina edilməsi

böyük əhəmiyyət kəsb edir. Xüsusi ixtisaslaşdırılmış proqramlar (suisidlərin, alkoqolizmin, ailədə zorakılığın əleyhinə proqramlar) effektiv ola bilərlər. Böhran vəziyyətləri ilə qarşılaşan ixtisas sahibləri üçün (məktəb müəllimləri, polis və tibb işçiləri) tədris proqramlarının böyük əhəmiyyəti var. Faydalı tədris proqramlarına, həmçinin müxtəlif böhran vəziyyətlərində (zəlzələlər, yanğınlar, hərbi hücumlar, münaqişələr yaranarkən) davranış qaydalarının «özünümühafizə kursları» aiddir.

Stiqmatizasiya ilə mübarizəyə yönəlmiş iş mühüm əhəmiyyət daşıyır. O, bir tərəfdən böhran vəziyyətlərinin yaranmasına səbəb olan amilləri aradan qaldırır, digər tərəfdən isə yardıma ehtiyacı olmayan adamların sərbəst müraciət etməsinə şərait yaradır.

Böhran vəziyyətlərinin yaranma riski böyük olan qrupların müəyyənləşdirilməsi profilaktika tədbirləri arasında xüsusi yer tutur. Buna nail olmaq üçün səhiyyə, sosial təminat, təhsil, ictimai asayiş mühafizə sahələrində çalışan, eləcə də digər təşkilatların fəaliyyətinin əməkdaşlıq və koordinasiyasını təmin etmək lazımdır. Hal-hazırda böhran vəziyyətləri keçirmiş insanlar üçün hazırlanmış çoxlu miqdarda psixososial reabilitasiya proqramları məlumdur. Bu proqramlar ailə və peşə reabilitasiyası, fəlakətlərə düşər olmuş insanlara və qaçqınlara psixososial yardım, əlil və ruhi xəstələrin sosial biliklərə öyrədilməsi, keçmiş məhbusların və müharibə veteranlarının cəmiyyətə inteqrasiyasının təmin edilməsi və s. aspektlərə malikdirlər. Belə proqramları həyata keçirməkdən ötrü böhran vəziyyətləri keçirmiş insanların tələbatını ödəmək məqsədi daşıyan hökumət və qeyri-hökumət təşkilatları şəbəkəsi yaradılmalıdır. İstənilən proqramın həyata keçirilməsi prosesində böhran vəziyyəti keçirmiş insanlara rəhbər rolunu öz üzərinə götürərək qüsurların ləğv edilməsində iştirak etmələrinə şərait yaratmaq lazımdır. Belə yanaşma kənar yardımdan, asılılıqdan, passivlikdən azad olmaq, müstəqilliyi möhkəmlətmək, özünə hörmətə nail olmaq, özünə və gələcəyə inam hissi aşılamağa imkan verir.

## **«PSİXİATRİYA YARDIMI HAQQINDA» AZSSRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANU- NU**

*2001-ci ildə Milli Məclis tərəfindən qəbul edilərək ölkə Prezidenti tərəfindən təsdiqlənən və 2012-ci ildə Milli Məclisdə bəzi düzəlişlər edilən bu qanun Azərbaycan Respublikasında psixiatriya yardımı göstərilməsi sahəsində yaranan münasibətləri tənzimləyir, bu sahədə hüquqi və fiziki şəxslərin hüquq və vəzifələrini müəyyən edir.*

Psixi sağlamlıq sahəsində qanunvericiliyə qarşı əsas tələblər (ÜST təlimatları nəzərə alınaraq)

1. Psixi sağlamlıq sahəsində əsas xidmətlər və yardımın ölçatan olması
2. Yardımın ən az məhdudiyyət qoyan alternativ prinsipi-nə uyğun olaraq göstərilməsi
3. Müalicəyə məlumatlandırılmış razılığın alınması
4. Könüllü və məcburi hospitalizasiya və müalicə
5. Səlahiyyət aspektləri
6. Dövri monitoring və nəzarət mexanizminin olması
7. Məxfiliyin qorunması
8. Tibbi bərpanın olması
9. Mütəxəssislərin attestasiyası və müəssisələrin akkre-ditasiyası
10. Ailə üzvlərinin və xəstələrə qulluq edən şəxslərin hü-quqlarına riayət edilməsi



## I FƏSİL

### Ümumi müddəalar

**Maddə 1. Əsas anlayışlar**

1.0. Bu Qanunda istifadə edilən əsas anlayışlar aşağıdakı mənaları ifadə edir:

1.0.1. həkim-psixiatr - qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada psixiatriya fəaliyyəti ilə məşğul olan mütəxəssis;

1.0.2. baş psixiatr - psixiatriya yardımını sahəsində ərazi üzrə müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təyin edilən mütəxəssis;

1.0.3. hospitallaşdırma - şəxsin psixiatriya müəssisəsinə (psixonevroloji müəssisəyə) müayinə və müalicə məqsədi ilə yerləşdirilməsi;

1.0.4. qeyri-könüllü hospitallaşdırma - bu Qanunla müəyyən edilmiş əsaslar olduqda, cinayət törətməmiş ağır psixi pozuntusu (xəstəlik) olan şəxsin onun iradəsindən asılı olmayaraq bu Qanunla və Azərbaycan Respublikasının Mülki-Prosessual Məcəlləsi ilə müəyyən olunmuş qaydada məhkəmənin qərarı əsasında psixiatriya müəssisəsinə müayinə və müalicə məqsədi ilə yerləşdirilməsi;

1.0.5. məcburi hospitallaşdırma (tibbi xarakterli məcburi tədbirlər) - anlaşıq vəziyyətdə cinayət törətmiş və ya cinayət törətdikdən sonra psixi xəstəliyə tutulmuş, yaxud anlaşıqlığı istisna etməyən psixi pozuntu vəziyyətində olan şəxslərin Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsi və Azərbaycan Respublikasının Cinayət-Prosessual Məcəlləsi ilə müəyyən olunmuş qaydada məhkəmənin qərarı əsasında psixiatriya müəssisəsinə müayinə və müalicə məqsədi ilə yerləşdirilməsi;

1.0.6. məlumatlandırılmış razılıq - pasiyentin və ya onun qanuni nümayəndəsinin müalicə haqqında könüllü qərar qəbul etdiyini, müalicənin məqsədləri və faydası, müalicə tədbirlərinin həcmi, müddəti və metodu, ehtimal olunan risklər, həmçinin müalicədən imtina və onun dayandırılması imkanı barədə ona təqdim edilmiş məlumatı başa düşdüyünü bildirməsi;

1.0.7. təxirəsalınmaz psixiatriya yardımını - şəxsə psixiatriya yardımının gecikdirilməsi onun özünün, yaxud başqa şəxslərin həyat və sağlamlığına təhlükə yaradarsa, həkim-psixiatrın (həkim-psixiatr komissiyasının) qərarı əsasında göstərilən psixiatriya yardımını;

1.0.8. pasiyent - psixi pozuntu vəziyyətində olan və ya psixiatriya yar-

dımından istifadə edən şəxs;

1.0.9. psixiatriya yardımı - pasiyentin psixi vəziyyətinin müayinəsini, psixi pozuntusunun diaqnostikasını, müalicəsini və profilaktikasını, psixososial reabilitasiyasını özündə birləşdirən ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım növü;

1.0.10. psixiatriya müəssisəsi (psixonevroloji müəssisə) - psixiatriya yardımı sahəsində qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən tibb müəssisəsi və ya onun bölməsi;

1.0.11. psixi pozuntu (xəstəlik) - sosial uyğunlaşmanın və səhhətin pozulması ilə müşayiət olunan, kliniki ifadə olunmuş psixopatoloji davranış forması.

## Maddə 2. Psixiatriya yardımı haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi

Psixiatriya yardımı haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, «Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında» Azərbaycan Respublikasının Qanunundan, bu Qanundan, digər normativ hüquqi aktlardan və Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı beynəlxalq müqavilələrdən ibarətdir.

## Maddə 3. Psixiatriya yardımı göstərilməsinin əsas prinsipləri

Psixi pozuntu vəziyyətində olan şəxslərə tibbi və sosial yardım göstərilməsi dövlət təminatı, qanunçuluq, humanistlik, insan və vətəndaş hüquqlarına və azadlıqlarına əməl edilməsi prinsipləri əsasında həyata keçirilir.

## Maddə 4. Bu Qanunun tətbiq dairəsi

4.1. Bu Qanun Azərbaycan Respublikasının ərazisində psixiatriya yardımı alan, habelə psixiatriya yardımı göstərən hüquqi və fiziki şəxslərə şamil olunur.

4.2. Azərbaycan Respublikasında daimi yaşayan vətəndaşlığı olmayan şəxslər psixiatriya yardımı üzrə bu Qanunda Azərbaycan Respublikasının vətəndaşları üçün nəzərdə tutulmuş bütün hüquqlardan istifadə edirlər.

## Maddə 5. Psixiatriya yardımının könüllüluğu

5.1. Bu Qanunun 11-ci və 12-ci maddələrində nəzərdə tutulmuş hallar istisna olmaqla, şəxsin özü müraciət etdikdə, ona psixiatriya yardımı göstərilir.

5.2. 16 yaşına çatmamış və ya qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərə psixiatriya yar-

dımı onların valideynlərinin və ya qanuni nümayəndələrinin razılığı (xahişi) ilə bu Qanunla nəzərdə tutulmuş qaydada göstərilir.

5.3. Psixiatriya yardımı məlumatlandırılmış razılıq əsasında həyata keçirilir. Bu razılıq hədə-qorxu və zor tətbiq edilmədən alınır, yazılı formada sənədləşdirilir, pasiyentin özü və ya onun qanuni nümayəndəsi və həkim-psixiatr tərəfindən imzalanır.

## Maddə 6. Psixi pozuntusu olan şəxslərin hüquqları

6.1. Psixi pozuntusu olan şəxslər Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasında nəzərdə tutulmuş bütün hüquq və azadlıqlara malikdirlər.

6.2. Psixi pozuntusu olan şəxslərin hüquq və azadlıqlarının məhdudlaşdırılmasına yalnız qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş hallarda yol verilə bilər.

6.3. Psixi pozuntusu olan şəxslər aşağıdakı hüquqlara malikdirlər:

6.3.1. ləyaqətlərinin alçaldılmasına yol verilməməsi və humanist münasibət bəslənilməsi;

6.3.2. dövlət tibb müəssisələrində sanitariya-gigiyena tələblərinə cavab verən şəraitdə pulsuz psixiatriya yardımı almaq;

6.3.3. öz hüquqları barədə, habelə psixi pozuntu və tətbiq edilən müalicə üsulları haqqında məlumat almaq;

6.3.4. psixiatriya stasionarında müayinə və müalicə üçün zəruri olan müddətdə saxlanılmaq;

6.3.5. tibbi göstərişlər əsasında mümkün olan bütün müalicə növlərini almaq;

6.3.6. təxirəsalınmaz psixiatriya yardımı göstərilməsi, habelə məcburi və qeyri-könlü hospitallaşdırma halları istisna olmaqla, psixiatriya yardımı göstərmək hüququ olan hər hansı mütəxəssisi (onun razılığı ilə) və tibb müəssisəsini seçmək, konsilium və məsləhətləşmələr aparılmasını tələb etmək;

6.3.7. qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada vəkilin, qanuni nümayəndələrin və ya digər şəxslərin köməyindən istifadə etmək.

6.4. Şəxsin tibbi vasitə və üsulların sınaqdan keçirilməsinə, elmi-tədqiqat işlərinə, yaxud tədris prosesi, foto-video və kino çəkilişləri obyektləri kimi istifadəyə cəlb olunması yalnız onun özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı əsasında mümkündür və həmin şəxs istənilən vaxt bundan imtina edə bilər.

## Maddə 7. Şəxsin psixi sağlamlığının vəziyyəti ilə əlaqədar məlumatların alınması

7.1. Qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş hallar istisna olmaqla, şəxsin

psixi sağlamlığının vəziyyəti, yaxud ona psixiatriya yardımı göstərilməsi haqqında məlumatları tələb etmək qadağandır.

7.2. Psixi pozuntusu olan şəxsin sağlamlığının vəziyyəti və ona göstərilən psixiatriya yardımı tədbirləri haqqında məlumatlar konfidensial hesab edilir. Şəxsin psixi sağlamlığının vəziyyəti və ona psixiatriya yardımı göstərilməsi haqqında məlumatlardan sərbəst istifadə hüququ həmin şəxsin özünə və buna qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş qaydada icazə verilmiş şəxslərə məxsusdur.

7.3. Psixiatriya yardımı göstərən mütəxəssislər pasiyent barəsində məlumatlardan yalnız həmin peşə dairəsində və psixiatriya yardımı göstərmək üçün zəruri olan həddə istifadə edə bilərlər. Peşə fəaliyyəti ilə əlaqədar bu məlumatlara malik olan şəxslər onların yayılmasına görə məsuliyyət daşıyırlar.

7.4. Psixiatriya müəssisəsinin müdiriyyəti, psixiatriya yardımı göstərilməsinə nəzarət edən müvafiq icra hakimiyyəti orqanı psixi pozuntusu olan şəxsə psixiatriya yardımı göstərilməsi üçün zəruri məlumatları tələb edə bilərlər.

7.5. Psixiatriya yardımı alan və ya əvvəllər psixiatriya yardımı almış şəxsə göstərilən yardım tədbirləri barədə məlumatlar şəxsin özünün və yaxud onun qanuni nümayəndəsinin yazılı müraciətindən sonra 2 gün ərzində müəssisənin müdiriyyəti tərəfindən təqdim olunmalıdır. Pasiyentin məlumatları əldə etmək hüququ yalnız onun sağlamlığına zərərin vurulmasının qarşısının alınması və digər şəxslərin təhlükəsizliyinin təmin edilməsi məqsədilə məhdudlaşdırıla bilər.

7.6. Pasiyentə qulluq edən ailə üzvləri yalnız göstərdikləri yardıma aid olan məlumatı əldə edə bilərlər. Pasiyentə zərər törədə biləcək məlumatların onlara verilməsi qadağandır.

## Maddə 8. Psixi pozuntunun diaqnozunun qoyulması və pasiyentlərin müalicəsi

8.1. Psixiatriya müayinələrinin və ekspertizalarının həyata keçirilməsi zamanı psixi pozuntunun diaqnozu yalnız müasir diaqnostika prinsiplərinə və beynəlxalq təsnifata uyğun olaraq həkim-psixiatr tərəfindən təyin edilir. Digər ixtisaslı həkimlər tərəfindən təyin edilən psixi pozuntunun diaqnozu ilkin diaqnoz hesab edilir və şəxsin qeyri-könüllü hospitallaşdırılmasına, psixiatriya qeydiyyatına götürülməsinə və digər sosial-hüquqi məsələlərin həllinə əsas vermir. Pasiyentin psixi pozuntusunun diaqnozu ona əvvəllər təyin edilən diaqnoz ilə uyğun olmadıqda, psixiatriya müəssisəsinin həkim-məsləhət komissiyasının və ya yüksək ixtisaslı həkim-

psixiatriın (tibb elmləri doktoru, professor, dosent) qərarı ilə dəyişdirilir və ya ləğv edilir.

8.2. Pasiyentə psixiatriya yardımını onun hüquq və azadlıqlarını məhdudlaşdırmadan, Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə nəzərdə tutulan psixiatriya yardımının səmərəliliyini daha çox təmin edən vasitələrdən və üsullardan istifadə etməklə yalnız xəstəliyin müalicəsi üçün zəruri olan müddətdə göstərilir.

8.3. Şəxsi müayinə etmədən (qiyabi) diaqnoz qoymaq qadağandır.

8.4. Tibbi vasitələrdən və üsullardan istifadə etməklə pasiyent cəzalandırıla, yaxud ondan başqa şəxslərin mənafeyi üçün istifadə edilə bilməz.

8.5. Qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən, habelə qeyri-könnüllü psixiatriya yardımını göstərilən və ya tibbi xarakterli məcburi tədbirlərə cəlb edilən şəxslər üzərində tibbi-bioloji eksperimentlər aparmaq və psixi pozuntunun müalicəsində qarşısını almaz nəticələr doğuran cərrahiyyə üsullarından istifadə etmək qadağandır.

#### Maddə 9. Ayrı-ayrı peşə növlərində və yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı işlərdə fəaliyyətin məhdudlaşdırılması

9.1. Psixi pozuntu nəticəsində şəxs ayrı-ayrı peşə növlərində və yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı işlərdə fəaliyyətin yerinə yetirilməsində müvəqqəti (iki il müddətindən çox olmayaraq və təkrar müayinədən keçmək hüququ ilə) yararsız hesab edilə bilər. Bu barədə qərarı şəxsin psixi vəziyyətinin qiymətləndirilməsi əsasında müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq olunan psixiatriya əks göstərişlərin siyahısına uyğun olaraq tibbi-sosial ekspert komissiyası qəbul edir. Həmin qərardan məhkəməyə şikayət edilə bilər.

9.2. Fəaliyyətin məhdudlaşdırılması tələb olunan ayrı-ayrı peşə növlərinin və yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı işlərin siyahısı müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq olunur.

#### Maddə 10. Müalicədən imtina edilməsi

10.1. Psixi pozuntusu olan şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin, bu Qanunda nəzərdə tutulmuş hallar istisna olmaqla, təklif edilən müalicədən imtina etmək, yaxud müalicəni dayandırmaq hüququ vardır.

10.2. Psixi pozuntusu olan və müalicədən imtina edən şəxsə və ya onun qanuni nümayəndəsinə mümkün olan nəticələr barədə izahat verilir. Müalicədən imtina edilməsi və onun gələcək nəticələri barədə izahat

şəxsin tibbi sənədində qeyd olunur və onun özü, yaxud qanuni nümayəndəsi və həkim-psixiatr tərəfindən imzalanır.

#### Maddə 11. Qeyri-könüllü psixiatriya yardımı göstərilməsi üçün əsaslar

11.1. Psixi pozuntunun xarakteri müayinə və müalicənin yalnız psixiatriya stasionarında həyata keçirilməsini tələb edərsə, psixiatriya stasionarında qeyri-könüllü müalicə aşağıdakı əsaslar olduqda təyin edilir:

11.1.1. psixi pozuntusu olan şəxsin bilavasitə özü və (və ya) ətrafda-kılar üçün təhlükəli olması;

11.1.2. şəxsin psixi pozuntu nəticəsində acizliyi, yəni əsas həyatı tələbatını müstəqil təmin etmək qabiliyyətinin olmaması;

11.1.3. ağır psixi pozuntusu olan şəxsə stasionar yardımın göstərilməməsinin onun sağlamlığına qarşısız alınmaz zərər yetirməsi və müalicəsini mümkünsüz etməsi.

11.2. Psixiatriya stasionarında qeyri-könüllü hospitallaşdırılmış pasiyentin müalicəsi məlumatlandırılmış razılıq olmadan aparıla bilər.

#### Maddə 12. Tibbi xarakterli məcburi tədbirlər

12.1. Tibbi xarakterli məcburi tədbirlər Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən olunmuş qaydada məhkəmə tərəfindən təyin olunur.

12.2. Tibbi xarakterli məcburi tədbirlər ixtisaslaşdırılmış psixiatriya müəssisələrində həyata keçirilir.

12.3. Tibbi xarakterli məcburi tədbirlərə cəlb edilən şəxslər bu Qanunun 23-cü maddəsində nəzərdə tutulmuş hüquqlardan istifadə edirlər.

#### Maddə 13. Məhkəmə-psixiatriya ekspertizası

13.1. Məhkəmə-psixiatriya ekspertizasının təşkili və aparılması qaydası qanunvericiliklə müəyyən olunur.

13.2. Məhkəmə-psixiatriya ekspertizasını aparan komissiyaların fəaliyyətinə nəzarəti müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən yaradılan mərkəzi məhkəmə-psixiatriya ekspert komissiyası həyata keçirir.

13.3. Şəxs və ya onun qanuni nümayəndəsi məhkəmə-psixiatriya ekspert komissiyasının rəyi ilə razılaşmadıqda qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəməyə müraciət edə bilər.

#### Maddə 14. Vətəndaşların hərbi qulluğa yararlığını müəyyən etmək üçün psixiatriya müayinəsi

Hərbi xidmətə çağırılanların, müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi xidmətə daxil olanların, silahlı qüvvələrin, habelə daxili qoşunların ehtiyatlarında olan vətəndaşların və hərbi qulluqçuların psixi sağlamlığının vəziyyəti ilə bağlı hərbi xidmətə yararlılığını qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş qaydada hərbi-həkim komissiyası müəyyən edir.

## II FƏSİL

### **Psixi pozuntusu olan şəxslərə psixiatriya yardımı göstərilməsi və onların sosial müdafiəsinin təmin edilməsi**

**Maddə 15.** Dövlətin təminat verdiyi psixiatriya yardımının və sosial müdafiənin növləri

15.0. Dövlət aşağıdakılara təminat verir:

15.0.1. təxirəsalınmaz psixiatriya yardımına;

15.0.2. stasionar və ambulator şəraitində məsləhət-diaqnostika, müalicə, psixoprofilaktika, reabilitasiya yardımına;

15.0.3. psixiatriya ekspertizasının bütün növlərinin (hərbi-həkim, tibbi-sosial və məhkəmə-psixiatriya ekspertizalarının) aparılmasına, lazım olduqda fəaliyyət qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinin qanunvericiliklə müəyyən edilmiş qaydada məhdud fəaliyyət qabiliyyətli və ya fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilməsinə, əlilliyin və ya sağlamlıq imkanlarının məhdudluğunun müəyyən edilməsinə;

15.0.4. sosial-məişət yardımı göstərilməsi və psixi pozuntusu olan şəxslərin müvafiq işlə təmin olunmasına;

15.0.5. qəyyumluq və himayəçilik məsələlərinin həllinə;

15.0.6. təbii fəlakətlər və qəzalar zamanı psixiatriya yardımını göstərilməsinə;

15.0.7. psixi pozuntusu olan yetkinlik yaşına çatmamış şəxslərin ümumi və peşə təhsilinin təşkilinə;

15.0.8. psixi pozuntusu olan şəxslərin əmək terapiyası, yeni peşələrə yiyələnməsi və işə düzəlməsi üçün müalicə-istehsalat müəssisələri, habelə yüngül iş şəraiti olan xüsusi istehsalat sahələrinin yaradılmasına;

15.0.9. psixi pozuntusu olan və sosial əlaqələrini itirmiş şəxslər üçün yataqxanaların yaradılmasına;

15.0.10. psixiatriya yardımının digər tibbi yardım növləri ilə eynilik təşkil edən şəraitdə göstərilməsinə.

15.0.11. psixi pozuntusu olan şəxslərin sosial müdafiəsi üçün zəruri

olan digər tədbirlərin görülməsinə.

#### Maddə 16. Psixiatriya yardımının maliyyələşdirilməsi

Psixiatriya yardımının maliyyələşdirilməsi qanunvericiliklə müəyyən edilmiş qaydada həyata keçirilir.

#### Maddə 17. Psixiatriya müayinəsi

17.1. Psixiatriya müayinəsi şəxsin psixi vəziyyətini, psixiatriya yardımına ehtiyacı olub-olmadığını müəyyənləşdirmək, habelə psixiatriya yardımını göstərilməsi barədə qərar qəbul etmək məqsədi ilə həyata keçirilir.

17.2. Psixiatriya müayinəsi, habelə profilaktik müayinə aşağıdakı hallarda aparılır:

17.2.1. şəxsin yaşadığı ərazinin müalicə-profilaktika müəssisələrinin göndərişinə əsasən;

17.2.2. müayinə olunanın razılığı (xahişi) ilə;

17.2.3. 16 yaşına çatmamış şəxsin valideynlərinin, yaxud qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə;

17.2.4. qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxsin qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə.

17.3. Psixiatriya müayinəsinə dair məlumatlar və müayinənin yekunu (diaqnoz) şəxsin tibbi sənədində qeyd olunur. Sənəddə həkim-psixiatra müraciətin səbəbləri və tibbi tövsiyələr də göstərilir.

#### Maddə 18. Şəxsin özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan psixiatriya müayinəsinin aparılması

18.1. Şəxsin özünə və (və ya) ətrafdakılara qarşı təcavüzkar hərəkət etdiyi aşkar olunarsa, həkim-psixiatr, o cümlədən təcili yardım müəssisəsinin həkimi şəxsin özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) olmadan psixiatriya müayinəsi haqqında qərarı dərhal qəbul edir və qərar tibbi sənədə yazılmaqla rəsmiləşdirilir.

18.2. Şəxsin psixi pozuntu nəticəsində öz əsas həyatı tələbatını müstəqil ödəməyə qadir olmadığı və ya təxirəsalınmaz psixiatriya yardımını göstərilməməsinin onun həyatı və sağlamlığı üçün təhlükə törədə biləcəyi hallarda şəxsin özü və ya qanuni nümayəndəsi psixiatriya müayinəsinə razılıq verməzsə, müayinə barədə qərarı həkim-psixiatr komissiyasının rəyi əsasında məhkəmə qəbul edir.

18.3. Valideynlərdən biri etiraz etdikdə, yaxud valideynləri və ya qa-



nuni nümayəndələri olmadıqda, 16 yaşına çatmamış və ya qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərin psixiatriya müayinəsi müvafiq icra hakimiyyəti orqanının qərarı ilə həyata keçirilir. Bu qərardan məhkəməyə şikayət edilə bilər.

**Maddə 19.** Şəxsin özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan psixiatriya müayinəsinin aparılması barədə müraciət qaydası

19.1. Bu Qanunun 18.2 və 18.3-cü maddələrində nəzərdə tutulan hallar istisna olmaqla, şəxsin özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan psixiatriya müayinəsinin aparılması haqqında qərarı yazılı ərizə əsasında həkim-psixiatr qəbul edir.

19.2. Ərizə psixiatriya müayinəsindən keçməli olan şəxsin qohumları, qonşuları, işlədiyi müəssisənin müdiriyyəti, şəxsi müalicə edən istənilən tibbi ixtisası olan həkim tərəfindən verilə bilər, bu şərtlə ki, şəxsi ərizənin verilməsindən əvvəlki 14 gün ərzində görmüş olsunlar.

19.3. Şəxsin psixiatriya müayinəsindən keçirilməsi barədə ərizə şəxsin qohumları və ya qonşuları tərəfindən verildikdə ən azı üç nəfərin imzası, işlədiyi müəssisənin müdiriyyəti tərəfindən verildikdə isə həmkarlar ittifaqı təşkilatının razılığı, habelə müəssisənin tibb xidmətinin (əgər belə xidmət mövcuddursa) rəhbərinin müvafiq rəyi olmalıdır. Ərizədə şəxsin psixiatriya müayinəsinə cəlb olunmasının zəruriliyini əsaslandıran ətraflı məlumat, şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin həkim-psixiatra müraciət etməkdən boyun qaçırması göstərilməlidir.

19.4. Şəxsin psixiatriya müayinəsindən keçirilməsi barədə ərizədə bu Qanunun 11-ci maddəsində nəzərdə tutulan halların mövcudluğunu göstərən məlumatların olmadığını müəyyənləşdirdikdə, həkim-psixiatr psixiatriya müayinəsinin aparılmasından yazılı surətdə imtina edir və imtinanın səbəblərini əsaslandırır. Psixiatriya müəssisəsi müdiriyyətinin qərar qəbul etmək üçün əlavə məlumatlar tələb etmək hüququ var.

19.5. Psixiatriya müəssisəsinin müdiriyyəti psixiatriya müayinəsinin zəruriliyi haqqında ərizəni, habelə müayinənin aparılması barədə əsaslandırılmış rəyini şəxsin yaşadığı və ya müəssisənin yerləşdiyi yer üzrə məhkəməyə təqdim edir.

19.6. Ərizə vermiş şəxslər ərizədə göstərilən məlumatlar üçün Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində nəzərdə tutulmuş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

**Maddə 20.** Ambulator psixiatriya yardımı

20.1. Psixi pozuntusu olan şəxsə ambulator psixiatriya yardımı tibbi göstərişlərdən asılı olaraq məsləhət-müalicə yardımı və ya dispanser müşahidəsi şəklində göstərilir.

20.2. Məsləhət-müalicə yardımı psixi pozuntusu olan şəxsə onun razılığı (xahişi) ilə, 16 yaşına çatmamış şəxsə isə onun valideyninin, yaxud qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə göstərilir.

20.3. Bu Qanunun 21.1-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş hallarda psixiatriya dispanser müşahidəsi psixi pozuntusu olan şəxsin özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığından asılı olmayaraq təyin edilir. Bu, həkim-psixiatr tərəfindən müntəzəm nəzarəti təmin etmək üçün şəxsin psixi vəziyyətinin müşahidə edilməsini, ona zəruri tibbi və sosial yardım göstərilməsini nəzərdə tutur.

20.4. Məcburi ambulatoriya müşahidəsi və psixiatr müalicəsi qanunvericiliklə müəyyən edilmiş qaydada və əsaslar olduqda məhkəmənin qərarı əsasında şəxsin yaşayış yeri üzrə psixonevroloji dispanser və ya poliklinikanın psixiatriya kabineti tərəfindən həyata keçirilir.

#### Maddə 21. Psixiatriya dispanser müşahidəsi

21.1. Psixiatriya dispanser müşahidəsi xroniki və davamlı ağır, yaxud tez-tez kəskinləşən xəstəlik təzahürləri olan şəxs üzərində təyin edilir.

21.2. Psixiatriya dispanser müşahidəsinin təyin edilməsinin və onun dayandırılmasının zəruriliyi haqqında məsələni ambulator psixiatriya yardımı göstərən müəssisənin müdiriyyəti, həkim-psixiatr komissiyası və ya ərazinin baş psixiatri həll edir. Həkim-psixiatr komissiyasının və ya ərazinin baş psixiatrının əsaslandırılmış qərarı tibbi sənədə yazılmaqla rəsmiləşdirilir.

21.3. Şəxs sağaldıqda və ya onun psixi vəziyyəti xeyli və davamlı şəkildə yaxşılaşdıqda şəxsin, onun valideyninin, yaxud qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə əvvəl təyin edilmiş psixiatriya dispanser müşahidəsi dayandırılır. Şəxsin psixi vəziyyətinin pisləşməsi qeyd olunduqda həkim-psixiatr komissiyasının və ya ərazinin baş psixiatrının qərarı ilə psixiatriya dispanser müşahidəsi bərpa oluna bilər.

21.4. Psixiatriya dispanser müşahidəsinin təyin edilməsi, yaxud dayandırılması haqqında qərardan bu Qanunun 43-cü maddəsində nəzərdə tutulmuş qaydada şikayət edilə bilər.

#### Maddə 22. Psixiatriya stasionarına yerləşdirmək üçün əsaslar

22.1. Psixiatriya stasionarına yerləşdirmək üçün əsas şəxsə psixi pozuntunun olması və stasionar şəraitində müayinə və müalicə aparılması haqqında həkim-psixiatrın (həkim-psixiatr komissiyasının) rəyi, qeyri-kö-

nüllü hospitallaşdırma zamanı isə məhkəmənin qətnaməsidir. Psixi pozuntusu olan şəxsin psixiatriya stasionarına yerləşdirilməsinə yalnız ambulator müalicənin məqsədəuyğun olmadığı və təxirəsalınmaz tədbirlərin həyata keçirilməsi üçün stasionardankənar yardımın səmərəsiz olduğu hallarda icazə verilir.

22.2. Bu Qanunun 11-ci və 12-ci maddələrində nəzərdə tutulmuş hallar istisna olmaqla, şəxs psixiatriya stasionarına özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə yerləşdirilir.

22.3. Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində nəzərdə tutulmuş hallarda psixiatriya ekspertizası aparılmasının zəruriliyi də psixiatriya stasionarına yerləşdirmək üçün əsas hesab olunur.

22.4. 16 yaşına çatmamış şəxs psixiatriya stasionarına valideynlərinin və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə yerləşdirilir.

22.5. Qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxs psixiatriya stasionarına qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə yerləşdirilir.

22.6. Stasionara yerləşdirmək üçün alınmış razılıq tibbi sənədə yazılmaqla rəsmiləşdirilir və şəxsin özü, yaxud onun valideynləri və ya qanuni nümayəndəsi və həkim-psixiatr tərəfindən imzalanır.

### Maddə 23. Psixiatriya stasionarında yerləşdirilən pasiyentin hüquqları

23.1. Psixiatriya stasionarında müayinə və müalicə olunan pasiyentin aşağıdakı hüquqları var:

23.1.1. müayinə, müalicə və stasionardan çıxarılma məsələləri barədə bilavasitə psixiatriya müəssisəsinin baş həkiminə müraciət etmək və onun bu Qanunla müəyyən edilmiş hüquqlarına əməl olunmasını tələb etmək;

23.1.2. ərazinin baş psixiatrına, müvafiq icra hakimiyyəti orqanlarına, prokurorluğa, məhkəməyə və vəkilə maneəsiz müraciət etmək;

23.1.3. qanuni nümayəndəsi, Azərbaycan Respublikasının İnsan Hüquqları üzrə Müvəkkili (Ombudsman), vəkil və din xadimi ilə təklildə görüşmək;

23.1.4. ümumtəhsil məktəbinin proqramı, yaxud sağlamlıq imkanları məhdud uşaqlar üçün xüsusi proqram üzrə təhsil almaq.

23.2. Pasiyentin, habelə başqa şəxslərin sağlamlığını və təhlükəsizliyini təmin etmək məqsədi ilə həkim-psixiatrın tövsiyəsi əsasında psixiatriya müəssisəsinin müdiriyyəti tərəfindən pasiyentin aşağıdakı hüquqları məhdudlaşdırıla bilər:

23.2.1. nəzarətsiz məktublaşmaq;

23.2.2. bağlama, banderol və pul baratları almaq və göndərmək, pul və digər maddi vəsaitlərdən sərbəst istifadə etmək;

23.2.3. telefondan və digər rabitə vasitələrindən istifadə etmək;

23.2.4. yaxınları ilə görüşmək.

23.3. Pullu xidmətlər (qəzet və jurnallara fərdi abunə, rabitə xidmətləri və s.) xəstənin öz hesabına göstərilir.

23.4. Psixiatriya stasionarına yerləşdirmənin səbəbləri və məqsədi, stasionardakı qaydalar və pasiyentin hüquqları pasiyentə hospitalaşdırılma dan dərhal sonra və ya pasiyentin vəziyyəti buna imkan verən kimi izah edilməli, bu barədə tibbi sənədlərdə qeyd olunmalıdır.

23.5. Şəxs psixiatriya stasionarında olduğu bütün dövr ərzində əmək qabiliyyəti olmayan sayılır və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada müavinət, yaxud ümumi əsaslarla pensiya almaq hüququna malikdir.

#### Maddə 24. Psixiatriya yardımını göstərilərkən təhlükəsizlik tədbirləri

24.1. Stasionar psixiatriya yardımını pasiyenti daha az məhdudlaşdıran, onun və digər şəxslərin təhlükəsizliyini təmin edən formada, həm də hospitalaşdırılan şəxsin hüquqlarına və qanuni mənafələrinə tibbi heyət tərəfindən əməl olunması şəraitində göstərilir.

24.2. Psixiatriya stasionarında pasiyenti fiziki məhdudlaşdırma və ya təcrid etmə tədbirləri yalnız həkim-psixiatrın rəyi ilə pasiyentin özü və (və ya) ətrafdakılar üçün bilavasitə təhlükə doğuran hərəkətlərinin qarşısını başqa üsullarla almaq mümkün olmadığı halda tətbiq olunur. Həmin tədbirlər tibbi heyətin daimi nəzarəti altında tətbiq olunur. Fiziki məhdudlaşdırma və ya təcrid etmə tədbirlərinin tətbiqinin formaları və müddəti barədə tibbi sənəddə müvafiq qeydlər aparılır.

24.3. Polis orqanlarının əməkdaşları tibb işçilərinin müraciəti əsasında stasionara qeyri-könüllü yerləşdirilən şəxsə yaxınlaşmaq və onu müayinə etmək üçün təhlükəsiz şəraiti təmin etməyə borcludurlar.

24.4. Psixi pozuntu vəziyyətində olan şəxs tərəfindən ətrafdakıların həyatı və sağlamlığı üçün təhlükə doğuran hərəkətlərin qarşısının alınması, habelə stasionara yerləşdirilməli olan şəxsin axtarılması və tutulub saxlanılması qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada həyata keçirilir.

#### Maddə 25. Psixiatriya stasionarına qeyri-könüllü yerləşdirilmiş şəxsin müayinəsi

25.1. Psixi pozuntu vəziyyətində olan şəxsin ilkin diaqnozunun həkim-psixiatr komissiyası tərəfindən təsdiq edilməsinə və məhkəmənin

qərarına qədər qeyri-könüllü psixiatriya stasionarına yerləşdirilməsi və müayinəsi haqqında qərarı həkim-psixiatr qəbul edir və tibbi sənədə yazmaqla rəsmiləşdirir.

25.2. Psixiatriya stasionarına qeyri-könüllü yerləşdirilmiş şəxs hökmən 48 saat ərzində müayinədən keçirilməlidir.

25.3. Hospitalaşdırma əsassız sayıldıqda, şəxs dərhal stasionardan çıxarılır.

25.4. Hospitalaşdırma əsaslı sayıldıqda, şəxsin stasionarda qalması məsələsinin həll edilməsi üçün onun psixiatriya stasionarına yerləşdirildiyi andan 48 saat ərzində həkim-psixiatr komissiyasının rəyi psixiatriya müəssisəsinin yerləşdiyi və ya şəxsin yaşadığı yer üzrə məhkəməyə təqdim olunur.

#### Maddə 26. Qeyri-könüllü hospitalaşdırma barədə məhkəməyə müraciət edilməsi

26.1. Bu Qanunun 11-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş əsaslar olduqda, şəxsin psixiatriya stasionarına qeyri-könüllü yerləşdirilməsini psixiatriya müəssisəsinin yerləşdiyi və ya şəxsin yaşadığı yer üzrə məhkəmə təyin edir.

26.2. Şəxsin psixiatriya stasionarına qeyri-könüllü yerləşdirilməsi barədə ərizə Azərbaycan Respublikasının Mülki-Prosessual Məcəlləsinə uyğun olaraq ailə üzvləri, qəyyum və ya himayəçi, habelə psixiatriya müəssisəsinin rəhbəri tərəfindən şəxsin yaşadığı və ya müəssisənin yerləşdiyi yer üzrə məhkəməyə təqdim olunur.

26.3. Hakim ərizəni qəbul etdikdə, eyni zamanda şəxsin psixiatriya stasionarında saxlanılmasını işə məhkəmədə baxılmalı olduğu müddətə kimi uzadır.

#### Maddə 27. Qeyri-könüllü hospitalaşdırma haqqında ərizəyə baxılması

Qeyri-könüllü hospitalaşdırma haqqında ərizəyə Azərbaycan Respublikasının Mülki Prosessual Məcəlləsində nəzərdə tutulmuş qaydada baxılır.

**Maddə 28.** Qeyri-könüllü hospitalaşdırma müddətinin uzadılması

28.1. Şəxs, yalnız qeyri-könüllü hospitalaşdırmaya əsas verən şərtlərin qaldığı müddətdə psixiatriya stasionarında saxlanılır.

28.2. Qeyri-könüllü hospitalaşdırma müddətinin uzadılması məsələsinin həll edilməsi məqsədi ilə həmin şəxs ilk altı ay müddətində ayda bir dəfədən az olmayaraq həkim-psixiatr komissiyasında baxışdan keçirilir. Müalicə altı aydan çox çəkdikdə şəxsin psixiatriya müayinəsi hər üç ayda azı bir dəfə aparılır.

28.3. Qeyri-könüllü hospitalaşdırma müddətinin uzadılması məsələsi həkim-psixiatr komissiyasının rəyi əsasında müalicəni həyata keçirən psixiatriya müəssisəsinin müdiriyyətinin müalicənin başladığı gündən hər altı aydan bir qaldırılan vəsatəti ilə müəssisənin yerləşdiyi yer üzrə məhkəmə tərəfindən həll olunur.

**Maddə 29.** Psixiatriya stasionarından çıxarılma qaydası

29.1. Psixi vəziyyətinin yaxşılaşması və ya tam sağlması nəticəsində stasionar müalicəsinə ehtiyacı olmadıqda, habelə stasionarda qalmasına əsas verən müayinə başa çatdıqda, pasiyent özünün, yaxud valideyninin və ya qanuni nümayəndəsinin ərizəsinə və (və ya) həkim-psixiatrın qərarına əsasən psixiatriya stasionarından çıxarılır.

29.2. Psixiatriya stasionarına qeyri-könüllü yerləşdirilmiş şəxs həkim-psixiatr komissiyasının rəyi və ya hospitalaşdırma müddətinin uzadılmasından imtina edilməsi barədə məhkəmə qətnaməsi əsasında psixiatriya stasionarından çıxarılır.

29.3. Məhkəmə qətnaməsi ilə barəsində tibbi xarakterli məcburi tədbirlər tətbiq edilmiş pasiyent psixiatriya stasionarından yalnız məhkəmənin təyin edilmiş məcburi müalicəyə xitam verilməsi haqqında məhkəmənin qətnaməsi əsasında çıxarılır.

29.4. Həkim-psixiatr komissiyası psixiatriya stasionarına könüllü yerləşdirilmiş pasiyentin hospitalaşdırılması və müalicəsi üçün bu Qanunun 11-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş əsaslar olduğunu müəyyən etdikdə, onun stasionardan çıxarılmasından imtina edir. Belə halda onun psixiatriya stasionarında saxlanılma müddətinin uzadılması məsələsi bu Qanunun 28-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş qaydada həll edilir.

**Maddə 30.** Psixiatriya stasionarı müdiriyyətinin və tibb heyətinin vəzifələri

30.0. Psixiatriya stasionarı müdiriyyətinin və tibb heyətinin vəzifələri aşağıdakılardır:

30.0.1. pasiyenti zəruri tibbi yardımla təmin etmək;

30.0.2. pasiyentə onun şikayətinə baxmaq səlahiyyəti olan vəzifəli şəxslərin ünvanları və telefon nömrələri ilə tanış olmaq imkanı yaratmaq;

30.0.3. pasiyentin məktublaşması, müvafiq icra hakimiyyəti orqanlarına, prokurorluğa, məhkəməyə, habelə vəkilə müraciət edə bilməsi imkanını təmin etmək;

30.0.4. pasiyentin psixiatriya stasionarına qeyri-könüllü daxil olunduğu vaxtdan etibarən 24 saat ərzində onun qohumlarına, qanuni nümayəndəsinə, yaxud pasiyentin tapşırığı ilə başqa şəxsə xəbər vermək;

30.0.5. pasiyentin psixi vəziyyəti barədə onun qohumlarına, qanuni nümayəndəsinə, yaxud pasiyentin tapşırığı ilə başqa şəxsə məlumat vermək;

30.0.6. pasiyentin təhlükəsizliyini təmin etmək;

30.0.7. qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən və qanuni nümayəndəsi olmayan pasiyent barəsində qanuni nümayəndə təyin olunması üçün müvafiq icra hakimiyyəti orqanına müraciət etmək;

30.0.8. dini ayinlərin sərbəst və digər pasiyentlərə mane olmadan icrası üçün müvafiq qaydalar və yerlər müəyyənləşdirmək və dindar pasiyentlərə izah etmək;

30.0.9. bu Qanunla müəyyən edilmiş digər vəzifələri yerinə yetirmək.

### **Maddə 31. Şəxsin sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisəyə yerləşdirilməsi**

31.1. Psixi pozuntusu olan şəxsin sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisəyə yerləşdirilməsinə əsas verən onun ərizəsi və həkim-psixiatr komissiyasının, yetkinlik yaşına çatmamış və ya qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərin yerləşdirilməsinə isə həkim-psixiatr komissiyasının rəyi əsasında müvafiq icra hakimiyyəti orqanının qərarıdır.

31.2. Həkim-psixiatr komissiyasının rəyində şəxsə onu sosial təminat üçün ixtisaslaşdırılmamış müəssisədə qalmaq imkanından məhrum edən psixi pozuntunun olmasına dair məlumat, fəaliyyət qabiliyyətli şəxs barəsində isə həm də məhkəmə qarşısında onun fəaliyyət qabiliyyəti olmayan sayılması məsələsinin qoyulması üçün əsasların olmadığına dair məlumat göstərilməlidir.

31.3. Müvafiq icra hakimiyyəti orqanı sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisələrə yerləşdirilən şəxslərin mülkiyyət hüquqlarını qorumağa borcludur.

**Maddə 32. Yetkinlik yaşına çatmamış şəxsin xüsusi təhsil müəssisəsinə yerləşdirilməsi**

Psixi pozuntusu olan yetkinlik yaşına çatmamış şəxsin xüsusi təhsil müəssisəsinə yerləşdirilməsi üçün əsas verən onun valideynlərinin və ya qanuni nümayəndəsinin ərizəsi və psixoloji-tibbi-pedaqoji komissiyanın qərarıdır.

**Maddə 33. Xüsusi təhsil və ya sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisələrə yerləşdirilən şəxslərin hüquqları və bu müəssisələrin müdiriyyətinin vəzifələri**

33.1. Xüsusi təhsil və ya sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisələrə yerləşdirilən şəxslər bu Qanunun 23-cü maddəsində nəzərdə tutulmuş hüquqlara malikdirlər.

33.2. Xüsusi təhsil və ya sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisələrin müdiriyyəti burada yaşayan şəxsləri ildə bir dəfədən az olmayaraq tibbi baxışdan keçirməlidir.

**Maddə 34. Xüsusi təhsil və ya sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisədən başqa yerə köçürülmə və çıxarılma**

34.1. Şəxsin xüsusi təhsil və ya sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisədən başqa tipli oxşar müəssisəyə köçürülməsinə əsas verən onun həmin psixonevroloji müəssisədə yaşaması, yaxud təhsil alması üçün tibbi göstərişlərin olmaması haqqında psixoloji-tibbi-pedaqoji komissiyanın və ya həkim-psixiatr komissiyasının rəyidir.

34.2. Şəxsin xüsusi təhsil və ya sosial təminat üçün psixonevroloji müəssisədən çıxarılması aşağıdakı qaydada həll olunur:

34.2.1. sağlamlığının vəziyyətinə görə müstəqil yaşamağa qadir olması barədə həkim-psixiatr komissiyasının rəyi əsasında;

34.2.2. öz ərizəsi üzrə həkim-psixiatr komissiyasının rəyi əsasında;

34.2.3. yetkinlik yaşına çatmamış və ya qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərə qulluq etməyi öhdəsinə götürən valideynlərin, digər qohumların, yaxud qanuni nümayəndələrinin ərizəsi əsasında.



### III FƏSİL

#### **Psixiatriya yardımı göstərən müəssisə və şəxslər, onların hüquq və vəzifələri**

##### **Maddə 35. Psixiatriya yardımı göstərən müəssisə və şəxslər**

35.1. Psixiatriya yardımını dövlət və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən özəl psixiatriya (psixonevroloji) müəssisələri, həmçinin ilkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrinin həkimləri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan həkim-psixiatrlar göstərilir.

35.2. Psixiatriya (psixonevroloji) müəssisələrinin, yaxud özəl tibbi praktika ilə məşğul olan həkim-psixiatrların göstərdikləri tibbi yardımın bütün növləri onların nizamnamələrində (əsasnamələrində) və ya xüsusi razılıqda qeyd edilir. Psixiatriya yardımını üçün müraciət edənlərin həmin xüsusi razılıqla tanış olmağa imkanı olmalıdır.

##### **Maddə 36. Psixiatriya yardımını fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququ**

36.1. Ali tibbi təhsili və müvafiq diplomu olan və qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada ixtisaslarını təsdiq etmiş həkim-psixiatrlar psixiatriya yardımını fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququna malikdirlər.

36.2. İlkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrinin həkimləri yalnız bu müəssisələrdə müalicəsinə icazə verilən xəstəlikləri (psixi pozuntuları) müalicə edə bilirlər. İlkin tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində müalicəsinə icazə verilən xəstəliklərin (psixi pozuntuların) siyahısı müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq edilir.

36.3. Həkim-psixiatrın, digər mütəxəssislərin psixiatriya yardımını göstərilməsinə dair fəaliyyəti professional etika normalarına əsaslanır və qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada həyata keçirilir.

##### **Maddə 37. Psixiatriya yardımını göstərilməsi ilə əlaqədar həkim-psixiatrın hüquq və vəzifələri**

37.1. Psixiatriya yardımını göstərilməsi ilə əlaqədar həkim-psixiatrın hüquq və vəzifələri qanunvericiliklə müəyyən edilir.

37.2. Psixi pozuntu diaqnozunun qoyulması, qeyri-könüllü qaydada psixiatriya yardımını göstərilməsi haqqında qərar qəbul edilməsi, yaxud belə yardımın göstərilməsi məsələsinin nəzərdən keçirilməsi üçün rəy verilməsi, bu Qanunda nəzərdə tutulmuş hallardan başqa, həkim-psixiatrın,

həkim-psixiatr komissiyasının və ya ərazinin baş psixiatrının müstəsna hüququdur.

37.3. Şəxsin psixi vəziyyəti haqqında digər ixtisasdan olan həkimin rəyi ilkin xarakter daşıyır və həmin şəxsin hüquqlarının və qanuni mənafələrinin məhdudlaşdırılmasına, habelə psixi pozuntusu olanlar üçün qanunvericiliklə müəyyənləşdirilmiş güzəştlərdən istifadə edilməsinə əsas vermir.

37.4. Psixiatriya yardımı göstərən həkim-psixiatrların, digər mütəxəssislərin, orta və kiçik tibb işçilərinin təhlükəsizliyinin təmin edilməsi məqsədi ilə onlara xüsusi tədbirlərdən (psixi pozuntusu olan şəxsin fiziki məhdudlaşdırılması, onun müvəqqəti təcrid edilməsi, sakitləşdirici köynəklərin tətbiq edilməsi) istifadə etmək hüququ verilir. Bu barədə psixi pozuntusu olan şəxsin tibbi sənədlərində müvafiq qeydlər aparılır və tibb müəssisəsinin müdiriyyətinə məlumat verilir.

#### Maddə 38. Psixiatriya yardımı göstərilməsi ilə əlaqədar həkim-psixiatrın müstəqilliyi

38.1. Psixiatriya yardımı göstərilməsi ilə əlaqədar həkim-psixiatr öz səlahiyyətləri daxilində qərarlar qəbul edərkən müstəqildir və yalnız tibbi göstəriciləri, həkimlik borcunu, professional etika normalarını və Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyini rəhbər tutur.

38.2. Rəyi həkim-psixiatr komissiyasının qərarı ilə uyğun gəlməyən həkim-psixiatr öz rəyini yazılı şəkildə verə bilər, həmin rəy tibbi sənədlərə əlavə edilir.

#### Maddə 39. Psixiatriya yardımı göstərən həkim-psixiatrın, digər mütəxəssislərin bu yardımı göstərməkdən imtina etmək hüququ

39.1. Psixiatriya yardımı göstərən həkim-psixiatrın, digər mütəxəssislərin aşağıdakı hallarda bu yardımı göstərməkdən imtina etməyə hüququ var:

39.1.1. psixiatriya yardımı göstərilməsinə əsas olmadıqda;

39.1.2. qeyri-könlü psixiatriya yardımı göstərildiyi hallar istisna olmaqla, şəxs və ya onun qanuni nümayəndəsi psixiatriya yardımı göstərilməsindən boyun qaçırdıqda, yaxud psixiatriya yardımı göstərilməsinə razılıq verməkdən imtina etdikdə;

39.1.3. psixiatriya yardımı göstərilməsi üçün lazımi şərait olmadıqda, yaxud psixiatriya yardımı göstərən həkim-psixiatrın, digər mütəxəssislərin ixtisası pasiyentin, yaxud onun qanuni nümayəndəsinin seçdiyi psixi-

atriya yardımının növünə və formalarına uyğun gəlmədikdə;

39.1.4. psixiatriya yardımı göstərilərkən lazımı təhlükəsizlik şərtlərinə əməl edilmədikdə;

39.1.5. psixiatriya yardımının səmərəsizliyinə və bu yardımın göstərilməsinin qeyri-mümkünlüyünə səbəb olan digər şərait yarandıqda.

39.2. Həkim-psixiatr və ya digər mütəxəssis psixiatriya yardımı göstərilməsindən imtina etdikdə, onun səbəblərini açıqlamaqla rəsmiləşdirir və bu barədə pasiyentə və psixiatriya müəssisəsinin müdiriyyətinə dərhal xəbər verir.

**Maddə 40.** Psixiatriya yardımı göstərilməsində iştirak edən həkim-psixiatrların, digər mütəxəssislərin və işçilərin təminat və imtiyazları

Psixiatriya yardımı göstərilməsində iştirak edən həkim-psixiatrların, digər mütəxəssislərin və işçilərin təminat və imtiyazları Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilir.

## IV FƏSİL

### **Psixiatriya yardımı göstərilməsinə dair fəaliyyətə nəzarət**

**Maddə 41.** Psixiatriya yardımı göstərilməsinə nəzarət

41.1. Psixiatriya yardımının təşkili, bu yardımı göstərən müəssisələrin fəaliyyətinin əlaqələndirilməsi və onların fəaliyyətinə nəzarət qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada müvafiq icra hakimiyyəti orqanları tərəfindən həyata keçirilir.

41.2. Psixiatriya yardımının təşkili və bu sahədə mühüm məsələlərin həllində qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət göstərən həkim-psixiatrların ictimai birliklərinin və müvafiq icra hakimiyyəti orqanının nəzdində fəaliyyət göstərən psixiatriya üzrə elmi-metodiki şuranın təklif və məsləhətləri nəzərə alınmalıdır.

**Maddə 42.** Psixiatriya yardımı göstərilərkən şəxslərin hüquqlarına və qanuni mənafelərinə əməl olunmasına ictimai nəzarət

Həkim-psixiatrların ictimai birlikləri, digər ictimai birliklər öz nizamnamələrinə (əsasnamələrinə) uyğun olaraq, psixiatriya yardımı göstərilərkən şəxslərin xahişi və ya razılığı ilə onların hüquqlarına və qanuni mə-

nafeələrinə əməl olunmasına ictimai nəzarət edə bilərlər.

**Maddə 43.** Psixiatriya yardımını göstərilməsi ilə bağlı hərəkətlərdən şikayət etmək hüququ

43.1. Psixiatriya yardımını göstərilərkən şəxslərin hüquqlarını və qanuni mənafelərini pozan tibb, sosial təminat və təhsil işçilərinin hərəkətlərindən qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada yuxarı orqana (yuxarı vəzifəli şəxsə), prokurorluğa və (və ya) bilavasitə məhkəməyə şikayət edilə bilər.

43.2. Hüquqları və qanuni mənafeləri pozulmuş şəxsin şikayətinə baxılarkən, onun psixi vəziyyəti imkan verirsə, özünün, yaxud qanuni nümayəndəsinin, barəsində şikayət edilmiş şəxsin və ya onun qanuni nümayəndəsinin iştirakı məcburidir.

**Maddə 44.** Bu Qanunun pozulmasına görə məsuliyyət

Bu Qanunu pozan hüquqi və fiziki şəxslər qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

**Azərbaycan Respublikasının Prezidenti**  
**Heydər ƏLİYEV**

Bakı şəhəri,  
12 iyun 2001-ci il  
№ 142-IIQ

**«Psixiatriya yardımını haqqında»** Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişikliklər edilməsi barədə» Azərbaycan Respublikasının 2012-ci il 20 aprel tarixli 325-IVQD nömrəli Qanununun tətbiqi haqqında Azərbaycan Respublikası Prezidentinin Sərəncamı

**Azərbaycan Respublikasının Prezidenti**  
**İlham ƏLİYEV**

Bakı şəhəri, 8 may 2012-ci il.

**«NARKOLOJİ XİDMSST VSS NSSZARSST HAQQINDA»  
AZSSRBAYCAN RESPUBLİKASININ  
Q A N U N U**

Bu Qanun narkoloji xəstəliklərin və onların doğurduğu mənfi tibbi və sosial nəticələrin, habelə bu xəstəliklərə düçar olmuş və onların ətrafında olan şəxslərə ziyanın vurulması hallarının qarşısını almaq məqsədilə narkoloji xidmət və nəzarət sahəsində həyata keçirilən tədbirləri müəyyən edir və tənzimləyir.

**I F S S S İ L**

**Ümumi müddəalar**

**M a d d ə 1. Əsas anlayışlar**

1.0. Bu Qanunda aşağıdakı anlayışlardan istifadə edilir:

1.0.1. narkoloji xidmət – insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə hallarının, habelə narkoloji xəstəliklərin qarşısının alınmasına yönəldilmiş tibbi (narkoloji yardım) və sosial tədbirlərin məcmusudur;

1.0.2. narkoloji nəzarət – insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə hallarının, habelə narkoloji xəstəliklərin qarşısının alınmasına yönəldilmiş inzibati və xəbərdaredici tədbirlərin məcmusudur;

1.0.3. narkoloji yardım – narkoloji xəstələrin, o cümlədən, insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edən şəxslərin səhhətinin, psixoloji vəziyyətinin qiymətləndirilməsinə və onların müalicə edilməsinə yönəldilmiş tibbi tədbirlər, habelə bu şəxslərin səhhəti üzərində həyata keçirilən sonrakı müşahidədir;

1.0.4. narkoloji xəstə – insan psixikasına təsir göstərən maddələrin sui-istifadəsi nəticəsində inkişaf etmiş asılılıq vəziyyətində olan və ya şüur pozuntusu müşahidə olunan, barəsində qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada alkoqolizm, narkomanlıq və ya toksikomanlıq diaqnozu təyin edilmiş şəxsdir;

1.0.5. insan psixikasına təsir göstərən maddələr – insanın şüurunu, davranışını pozan, psixi və (və ya) fiziki asılılıq doğura bilən maddələrdir (spirtli içkilər, narkotik vasitələr və psixotrop maddələr, eləcə də digər bihuşedici təsir göstərən maddələr və vasitələr);

1.0.6. alkoqolizm – spirtli içkilərin sui-istifadəsi nəticəsində yaranmış və xronik intoksikasiya doğuran, spirtli içkilərdən psixi və (və ya) fiziki asılılıqla, habelə digər mənfi tibbi-sosial nəticələrlə ifadə olunan xəstəlik vəziyyətidir;

1.0.7. narkomanlıq – xronik intoksikasiya doğuran, narkotik vasitələrin və psixotrop maddələrin sui-istifadəsi nəticəsində yaranmış, narkotik vasitələrdən və psixotrop maddələrdən psixi və (və ya) fiziki asılılıqla ifadə olunan xəstəlik vəziyyətidir;

1.0.8. toksikomanlıq – insan psixikasına bihuşedici təsir göstərən maddələrin (narkotik vasitələr, psixotrop maddələr və spirtli içkilər istisna olmaqla) sui-istifadəsi nəticəsində yaranmış, xronik intoksikasiya doğuran, həmin maddələrdən psixi və (və ya) fiziki asılılıqla ifadə olunan xəstəlik vəziyyətidir;

1.0.9. abstinent sindromu – insan psixikasına təsir göstərən maddələrin istehlakının qəflətən dayandırılması və ya onların antaqonistlərinin təsiri nəticəsində yaranmış, psixi, somatovegetativ və nevroloji pozuntularla səciyyələndirilən, klinik təzahürləri və gedişatı həmin maddələrin xarakterindən və istehlakın davamlılığından asılı olan vəziyyətdir;

1.0.10. detoksifikasiya – insan psixikasına təsir göstərən maddələrin və ya onların dağılması məhsullarının orqanizmdən çıxarılması yolu ilə orqanizmin zəhərlənmə nəticəsində pozulmuş funksiyalarının bərpası, insan psixikasına təsir göstərən maddələrin doğurduğu abstinent sindromunun və asılılığın aradan qaldırılmasıdır;

1.0.11. narkoloji tibb müəssisəsi – Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilmiş qaydada yaradılmış və narkoloji yardım sahəsində fəaliyyət göstərən ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisəsidir;

1.0.12. həkim-narkoloq – narkoloji xəstələrə ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım göstərmək üçün müvafiq ixtisasa malik olan şəxsdir;

1.0.13. baş narkoloq – Azərbaycan Respublikasının ərazisində narkoloji yardımın həyata keçirilməsini əlaqələndirən həkim-narkoloq.

**M a d d ə 2.** Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında qanunvericilik

Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında qanunvericilik Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, Azərbaycan Respublikasının tərəfdar

çıxdığı beynəlxalq müqavilələrdən, bu Qanundan və Azərbaycan Respublikasının digər qanunvericilik aktlarından ibarətdir.

## II F S S S İ L

### **Narkoloji xidmətin və nəzarətin əsasları**

#### **M a d d ə 3. Narkoloji xidmətin və nəzarətin məqsədi**

3.1. Narkoloji xidmətin və nəzarətin məqsədi insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə etmə hallarının, narkoloji xəstəliklərin, onların doğurduğu mənfi tibbi və sosial nəticələrin qarşısının alınmasıdır;

3.2. Narkoloji xidmətin və nəzarətin əsas istiqamətlərini narkoloji yardım, sosial, inzibati və xəbərdaredici tədbirlər təşkil edir.

#### **M a d d ə 4. Narkoloji xidmətin və nəzarətin əsas prinsipləri**

4.0. Narkoloji xidmət və nəzarət sahəsində dövlət siyasətinin prinsipləri aşağıdakılardan ibarətdir:

4.0.1. narkoloji xidmətin və nəzarətin həyata keçirilməsi zamanı narkoloji xəstələrin narkoloji xəstəliklə əlaqədar təqib edilməsinin istisna edilməsi;

4.0.2. narkoloji xəstəliklərin yayılmasının, onların doğurduğu mənfi tibbi və sosial nəticələrin qarşısının alınması;

4.0.3. insan psixikasına təsir göstərən maddələrin istifadə edilməsinin zərərli nəticələri barədə əhəlinin məlumatlandırılması;

4.0.4. narkoloji xəstəliklərin vaxtında aşkar və müalicə edilməsi yolu ilə onların qarşısının alınması;

4.0.5. narkoloji xəstələrin maddi vəziyyətindən asılı olmayaraq onların narkoloji yardım almaq hüququnun təmin edilməsi;

4.0.6. narkoloji xəstələr və insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edən şəxslər tərəfindən hüquq pozuntularının törədilməsi hallarının qarşısının alınması və profilaktikası;

4.0.7. narkoloji xəstələrin və onların ailə üzvlərinin hüquqlarının təmin edilməsi;

4.0.8. insan psixikasına təsir göstərən maddələrin qanunsuz dövriyyəsi ilə mübarizə;

4.0.9. narkoloji xidmətin və nəzarətin məqsədlərinin təmin edilməsi üçün dövlət orqanlarının və qeyri-hökumət təşkilatlarının fəaliyyətinin uzlaşdırılması.

#### **M a d d ə 5. Narkoloji xidmətin və nəzarətin həyata keçirilməsinin**

### ümumi şərtləri

5.1. Azərbaycan Respublikasının ərazisində hər bir şəxsin Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə nəzərdə tutulmuş qaydada insan psixikasına təsir göstərən maddələr, bu maddələrdən istifadə edilməsinin ailə və cəmiyyət üçün doğurduğu nəticələr barəsində ətraflı məlumat almaq hüququ vardır.

5.2. Dövlət narkoloji xəstəliklərin qarşısının alınması, belə xəstəliklərin erkən müəyyən və müalicə edilməsi, narkoloji xəstələrin səhhəti və psixoloji vəziyyəti üzərində tibbi nəzarətin həyata keçirilməsi və bu xəstələrin cəmiyyətə qovuşması üçün şərait yaradır.

5.3. Narkoloji xəstələrə onların maddi vəziyyətindən asılı olmayaraq narkoloji yardımın göstərilməsinə, habelə bu şəxslərin sağlamlığı üzərində ixtisaslaşdırılmış tibbi nəzarətin həyata keçirilməsinə dövlət tərəfindən təminat verilir.

5.4. Azərbaycan Respublikasının ərazisində narkoloji xəstələrin müalicəsi bir qayda olaraq könüllülük əsasında həyata keçirilir. 18 yaşına çatmamış şəxs narkoloji tibb müəssisəsinə valideynlərinin və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı (xahişi) ilə yerləşdirilir.

5.5. Narkoloji xəstələrin məcburi müalicəsinə Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilmiş qaydada yalnız məhkəmənin hökmü əsasında yol verilir.

5.6. Azərbaycan Respublikasının ərazisində narkoloji xidmət və nəzarət konfidensiallıq və anonimlik əsasında həyata keçirilə bilər. Narkoloji xəstələrin qeydiyyatının aparılması zamanı xəstənin səhhətinin vəziyyəti haqqında məlumatların konfidensiallığı təmin edilməlidir. Hər hansı şəxs barəsində narkoloji yardımın həyata keçirilməsinə dair məlumatlar Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilmiş qaydada verilə bilər.

5.7. Hər bir narkoloji xəstənin səhhəti üzərində Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilmiş narkoloji xəstəliklərin müalicəsi üsullarına riayət etməklə, fərdi nəzarət tətbiq edilir. Narkoloji xəstəliklərin müalicəsi zamanı hər bir xəstə barəsində sosial-psixoloji reabilitasiya kursu aparılmalıdır.

5.8. Narkoloji xəstəliklərin siyahısı və bu xəstəliklərin müalicə standartları Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

5.9. Azərbaycan Respublikasının ərazisi üzrə narkoloji yardımın həyata keçirilməsinin təmin edilməsi, belə yardımı göstərən narkoloji tibb müəssisələrinin fəaliyyətinin əlaqələndirilməsi məqsədilə Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən baş narkoloq



təyin olunur. Baş narkoloqun vəzifələri və səlahiyyətləri Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

#### M a d d ə 6. Narkoloji xəstələrin hüquqları və onların məhdudlaşdırılması

6.1. Narkoloji xəstələrin hüquqları, onları hüquqlarının məhdudlaşdırılması halları və qaydası, bu Qanun və Azərbaycan Respublikasının digər qanunvericilik aktları ilə müəyyən edilir.

6.2. Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilmiş hallar və tibbi yardımın göstərilməsi zərurətindən irəli gələn tələblər istisna olmaqla, narkoloji xəstələrin hüquqlarının məhdudlaşdırılmasına yol verilmir.

6.3. Azadlıqdan məhrumetmə növündə cəza çəkən, habelə həbsdə saxlanılma yerlərində saxlanılan narkoloji xəstələrin narkoloji yardım almaq hüququnun hər hansı şəkildə məhdudlaşdırılmasına yol verilmir.

6.4. Azadlıqdan məhrumetmə növündə cəza çəkən, habelə həbsdə saxlanılan və abstinent sindromu vəziyyətində olan narkoloji xəstələr digər şəxslərdən ayrılıqda saxlanılır.

6.5. Narkoloji yardımın göstərilməsi zamanı yetkinlik yaşına çatmamış narkoloji xəstələr, habelə özlərinin və ətrafdakı şəxslərin səhhəti, həyatı üçün təhlükə yaradan narkoloji xəstələr digər xəstələrdən ayrılıqda yerləşdirilir.

6.6. Narkoloji tibb müəssisələrində tətbiq edilən təhlükəsizlik tədbirləri həmin müəssisələrdə işləyən şəxslərin, müalicə olunan digər xəstələrin, bu xəstələrə baş çəkən şəxslərin ləyaqətinə xələl gətirməməli və onların hüquqlarını məhdudlaşdırmamalıdır. Müalicə zamanı həkimlərin tövsiyələrinə əməl etməyərək insan psixikasına təsir göstərən maddələrin istifadəsinə davam edən narkoloji xəstələr narkoloji tibb müəssisəsindən xaric oluna bilərlər.

6.7. Əhalinin hüquqlarının, qanuni mənafelərinin və dövlətin təhlükəsizliyinin müdafiəsi məqsədilə narkoloji xəstələr üçün Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilmiş qaydada peşə fəaliyyətinin ayrı-ayrı növləri və yüksək təhlükə mənbəyi ilə bağlı olan fəaliyyətlə məşğul olmağa məhdudiyyətlər qoyulur. Belə peşə növlərinin və vəzifələrin siyahısı və məhdudiyyətin müddəti Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

#### M a d d ə 7. Narkoloji xəstələr barəsində məlumatların verilməsi

7.1. Şəxsin narkoloji xəstə olub-olmaması, narkoloji xəstələrin səhhə-

tinin vəziyyəti, onun proqnozları, göstərilmiş xidmətlər haqqında məlumatlar Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilmiş qaydada verilir.

7.2. Narkoloji xidməti və nəzarəti həyata keçirən, habelə xidməti vəzifələri həyata keçirərkən qulluq mövqeyinə görə narkoloji xəstələr barəsində məlumatları əldə edən digər şəxslər həmin məlumatların yayılmasına yol verməməlidirlər.

7.3. Narkoloji xidməti və nəzarəti həyata keçirən şəxslər yetkinlik yaşına çatmayan uşaqlarına qayğı göstərməyən, onlara qarşı zor tətbiq edən, ətrafdakı insanların hüquqlarını pozan narkoloji xəstələr barəsində Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanlarına məlumat verməyə borcludurlar.

7.4. Barəsində məcburi müalicə tədbirləri tətbiq edilmiş narkoloji xəstələr haqqında Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanlarına məlumat (məcburi müalicənin tətbiq edilməsi, cəzanın müddəti və onun icra olunduğu yer, narkoloji xəstənin cəzanı icra edən müəssisədən azad olunması) verilməlidir.

## M a d d ə 8. Narkoloji xidmətin və nəzarətin maliyyələşdirilməsi

8.1. Narkoloji xidmət və nəzarət sahəsində həyata keçirilən tədbirlər dövlət büdcəsinin vəsaitləri hesabına maliyyələşdirilir.

8.2. Narkoloji xidmətin və nəzarətin həyata keçirilməsinin maliyyələşdirilməsinin səmərəliləşdirilməsi məqsədilə Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanlarının nəzdində xüsusi fond yaradılır. Fondun vəsaitini dövlət büdcəsinin vəsaitlərindən başqa fiziki və hüquqi şəxslərin könüllü ianələri, habelə narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və prekursorların, spirtli içkilərin və tütün məmulatlarının qanunsuz dövriyyəsi ilə əlaqədar cinayət hüquq tədbirlərinin tətbiq edilməsi nəticəsində müsadirə edilmiş və dövlət hesabına yönəldilmiş əmlak təşkil edir.

8.3. Fondun vəsaiti narkoloji yardımın pulsuz göstərilməsinə, narkoloji tibb müəssisələrinin daxili ehtiyaclarının ödənilməsinə və xəbərdaredici tədbirlərin həyata keçirilməsinə yönəldilir.

8.4. Fondun əsasnaməsi Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq edilir.

### III F S S S İ L

#### Narkoloji yardım

##### M a d d ə 9. Narkoloji yardım

9.1. Narkoloji yardımını aşağıdakı tədbirlər təşkil edir:

9.1.1. insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edən şəxslərin səhhətinin qiymətləndirilməsi və ehtiyac olduqda onlara ixtisaslaşdırılmış narkoloji yardımın göstərilməsi;

9.1.2. narkoloji xəstələrin səhhətinin və psixoloji vəziyyətinin qiymətləndirilməsi, narkoloji xəstəliyin diaqnozunun müəyyən edilməsi (tibbi yoxlama);

9.1.3. narkoloji xəstələrin müalicəsi;

9.1.4. əvəzedici terapiyanın həyata keçirilməsi;

9.1.5. narkoloji xəstələrin səhhəti üzərində sonrakı müşahidənin həyata keçirilməsi;

9.1.6. narkoloji xəstələr barəsində sosial-psixoloji reabilitasiya tədbirlərinin həyata keçirilməsi.

9.2. Azərbaycan Respublikasının ərazisində narkoloji yardım yalnız ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisəsində (narkoloji tibb müəssisəsində) həkim-narkoloq tərəfindən göstərilir.

9.3. Narkoloji yardım göstərilmiş hər bir şəxs barəsində qeydiyyat aparılmalıdır.

##### M a d d ə 10. Tibbi yoxlama (narkoloji xəstəliyin diaqnozunun müəyyən edilməsi)

10.1. Tibbi yoxlama şəxsin narkoloji xəstəliyə düçar olmasının (narkoloji xəstəliyin diaqnozunun) müəyyən edilməsi və ya təsdiqlənməsi məqsədilə Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilmiş qaydada narkoloji tibb müəssisələrində həyata keçirilir.

10.2. Tibbi yoxlamanın aparılması üçün şəxs könüllü olaraq müraciət etdikdə narkoloji xəstəliyin diaqnozu həkim-narkoloq tərəfindən müəyyən olunur. Tibbi yoxlama təhqiqat, istintaq orqanlarının və ya məhkəmənin qərarı əsasında aparıldıqda narkoloji xəstəliyin diaqnozu həkim-məsləhət komissiyası tərəfindən müəyyən edilir.

10.3. Şəxsin tibbi yoxlamadan keçməsi haqqında həkim-məsləhət komissiyasının tərtib etdiyi rəydə onun narkoloji xəstəliyə düçar olub-olmaması, düçar olduğu halda xəstəliyin növü, mərhələsi və bununla əlaqədar müalicəyə ehtiyac dərəcəsi əks etdirilməlidir.

10.4. Təhqiqat, istintaq orqanları və ya məhkəmənin qərarı əsasında

aparılan tibbi yoxlamanın xərcləri dövlət büdcəsinin vəsaiti hesabına ödənilir.

10.5. Narkoloji xəstəliyin diaqnozunun müəyyən edilməsi məqsədilə aparılan müayinə nəticəsində şəxsin narkotik vəsaitləri və psixotrop maddələri istehlak etməsi müəyyən edildikdə, bu barədə məlumat narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və prekursorları dövriyyəsinə dair ümummilli məlumat bankına verilməlidir.

10.6. Tibbi yoxlamanın aparılması qaydası Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

## M a d d ə 11. Narkoloji xəstələrin müalicəsi

11.1. Narkoloji xəstələrin müalicəsi üsulları narkoloji xəstənin səhhətinin vəziyyəti və onu əhatə edən mühit nəzərə alınmaqla narkoloji müəssisədə (stasionar və ya ambulator şəraitdə) və ya xəstənin evində (ambulator şəraitdə) həkim-narkoloq tərəfindən tətbiq edilir. Ev şəraitində müalicə olunan narkoloji xəstələr haqqında tətbiq edilən bütün müalicə tədbirləri narkoloji xəstələrin müşahidəsi üçün nəzərdə tutulan ambulator kartasına daxil edilməlidir. Narkoloji xəstə barəsində fəal müalicə kursundan sonra aparılan sosial-psixoloji reabilitasiya kursu onun fərdi tələbatına uyğun olmalıdır.

11.2. Həkim-narkoloq psixoloqla birlikdə hər bir narkoloji xəstənin fərdi müalicə, sosial-psixoloji reabilitasiya və sonrakı müşahidə proqramını tərtib edir.

11.3. Ayrı-ayrı müalicə üsullarının tətbiqi və narkoloji xəstənin müalicə müddəti xəstənin mənafeyi nəzərə alınmaqla həkim-narkoloq tərəfindən tibbi göstəricilər əsasında müəyyən edilir.

11.4. Aşağıdakı hallarda şəxsə insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edilməsi ilə əlaqədar narkoloji xəstəlikdən müalicə təklif edilməlidir:

11.4.1. şəxsin insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə etməsi haqqında onun yaxın qohumları müraciət etdikdə;

11.4.2. narkoloji xəstəlik və ya insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edilməsi nəticəsində şəxs zədə aldıqda və ya onun səhhəti başqa cür pozulduqda;

11.4.3. narkoloji xəstəlik və ya insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə ilə əlaqədar şəxs tərəfindən hüquq pozuntularının törədilməsi halları müəyyən edildikdə;

11.4.4. həkim xəstəni evində yoxlayarkən həmin şəxs tərəfindən insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edilməsinin

onun özünə və ya ailə üzvlərinə mənfi təsir göstərməsi halları müəyyən edildikdə.

11.5. İnsan həyatı üçün təhlükə yaradan üsullarla narkoloji xəstələrin müalicəsi (kodlaşdırma və s.) yalnız dövlət narkoloji tibb müəssisələrində həyata keçirilir. Bu üsulların tətbiq edilməsinə yalnız narkoloji xəstə tərəfindən könüllü olaraq yazılı şəkildə verilmiş ərizə əsasında yol verilir. Bu üsulları tətbiq edən həkim xəstəni əvvəlcədən bütün baş verə biləcək nəticələr barədə yazılı şəkildə xəbərdar etməlidir. İnsan həyatı üçün təhlükə yaradan üsullarla narkoloji xəstələrin müalicəsi qaydası Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

11.6. Hər bir narkomanın müalicəsi barədə məlumat narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və prekursorların dövriyyəsinə dair ümummilli məlumat bankına verilməlidir.

## M a d d ə 12. Detoksifikasiyanın keçirilməsi

12.1. Təxirəsalınmaz hallar istisna olunmaqla insan psixikasına təsir göstərən maddələrin sui-istifadəsi ilə əlaqədar detoksifikasiya tədbirləri narkoloji tibb müəssisəsində həyata keçirilir. Detoksifikasiyanın keçirilməsi qaydası Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

12.2. Narkomanlıq xəstəliyinə düçar olan şəxslər barəsində detoksifikasiyanın aparıldığı hər bir hal barədə məlumat narkotik vasitələrin psixotrop maddələrin və prekursorların dövriyyəsinə dair ümummilli məlumat bankına verilməlidir.

## M a d d ə 13. Narkoloji xəstələr üzərində xüsusi müşahidə

13.0. Narkoloji yardımın həyata keçirilməsi zamanı aşağıdakı şəxslər üzərində Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilmiş qaydada xüsusi müşahidə aparılır:

13.0.1. alkoqol psixozunu keçirmiş narkoloji xəstələr;

13.0.2. narkotik vasitələrin və psixotrop maddələrin qəbul edilməsi nəticəsində əmələ gəlmiş intoksikasion psixozunu keçirmiş narkoloji xəstələr;

13.0.3. yetkinlik yaşına çatmayan uşaqları olan narkoloji xəstələr;

13.0.4. yetkinlik yaşına çatmayan narkoloji xəstələr;

13.0.5. HIV/ADİS-dən, hepatitlərdən, zöhrəvi xəstəliklərdən və aktiv formada vərəm xəstəliyindən əzab çəkən narkoloji xəstələr;

13.0.6. insan psixikasına təsir göstərən maddələrin qəbul edilməsi

nəticəsində psixikasında dönməz psixi dəyişikliklər və şəxsiyyət dəyişiklikləri hökm sürən narkoloji xəstələr.

#### M a d d ə 14. Narkoloji tibb müəssisələri

14.1. Azərbaycan Respublikasının ərazisində narkoloji xəstəliklərin müalicəsi yalnız narkoloji tibb müəssisələrində həkim-narkoloqlar tərəfindən həyata keçirilir. Narkoloji xəstəliklərin narkoloji sahədə qeyri-ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində müalicəsi, habelə narkoloji sahədə qeyri-ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrinin nəzdində narkoloji bölmələrin yaradılması qadağandır. Hüquqi şəxs yaratmadan narkoloji xəstəliklərin müalicəsinə yol verilmir.

14.2. Dövlət narkoloji tibb müəssisələri istisna olmaqla narkoloji yardım sahəsində fəaliyyət göstərən hər hansı hüquqi şəxs bu fəaliyyəti yalnız Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən verilmiş xüsusi razılıq əsasında həyata keçirir. Narkoloji yardım sahəsində fəaliyyət göstərmək üçün xüsusi razılığın verilməsi qaydası Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

14.3. Narkoloji yardım sahəsində fəaliyyət göstərən hər bir narkoloji tibb müəssisəsinə razılığın verilməsi barədə bildiriş narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və prekursorların dövriyyəsinə dair ümummilli məlumat bankına daxil edilməsi üçün Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanına dərhal göndərməlidir. Həmin bildirişdə təşkilatın tam adı, hüquqi ünvanı, razılığın müddəti, müəssisənin təsisçiləri barədə məlumatlar göstərməlidir.

14.4. Narkoloji tibb müəssisələrinin rəhbərləri həmin müəssisələrdə işləyən tibbi heyətin və xəstələrlə əlaqədə olan digər şəxslərin narkoloji xəstələr tərəfindən törədilə biləcək təhlükəli hərəkətlərdən mühafizəsini təmin etməyə borcludurlar. Narkoloji tibb müəssisələrində təhlükəsizlik tədbirlərinin tətbiq edilməsi qaydası Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

14.5. Narkoloji xəstələrin sosial-psixoloji reabilitasiyasını təmin etmək məqsədilə hər bir narkoloji tibb müəssisəsində psixoloq olmalıdır.

#### M a d d ə 15. Narkoloji yardımın maliyyələşdirilməsi

15.1. Narkoloji yardımın pulsuz həyata keçirilməsi dövlət büdcəsinin və bu Qanunun 8-ci maddəsində göstərilən xüsusi fondun vəsaiti hesabına təmin edilir.

15.2. Narkoloji xəstəliklə əlaqədar göstərilən təxirəsalınmaz tibbi tədbirlər dövlət büdcəsinin vəsaiti hesabına həyata keçirilir. Dövlət büdcəsi-

nin vəsaiti hesabına göstərilən narkoloji yardımın minimal standartları Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir. Xüsusi və ya pullu dövlət narkoloji tibb müəssisələrində müalicə almaq istəyən narkoloji xəstələrin müalicəsi onların öz şəxsi vəsaiti hesabına həyata keçirilir.

#### IV F S S S İ L

### **Narkoloji xidmət sahəsində sosial tədbirlər**

**M a d d ə 16.** Narkoloji xidmət sahəsində sosial tədbirlər

16.1. Narkoloji xidmətin məqsədlərinin təmin edilməsi üçün həyata keçirilən sosial tədbirlər aşağıdakılardan ibarətdir:

16.1.1. narkoloji xəstələrin valideyn qayğısından məhrum olan uşaqlarına sosial qayğının göstərilməsi və onların hüquqlarının qorunması;

16.1.2. narkoloji xəstələrin və onların ailə üzvlərinin sosial müdafiəsi və hüquqlarının qorunması;

16.1.3. narkoloji xəstələrin cəmiyyətə qovuşması üçün zəruri olan tədbirlərin görülməsi (narkoloji xəstələrin iş yerləri və ya peşə bilikləri, habelə yaşayış yeri olmayan narkoloji xəstələrin müvəqqəti sığınacaq yerləri ilə təmin edilməsi).

16.2. narkoloji xidmət sahəsində sosial tədbirlər Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən qəbul edilən vahid dövlət proqramı əsasında həyata keçirilir.

16.3. Narkoloji xəstələrin könüllü müalicəsi müddətində (sosial-psixoloji rehabilitasiya dövrü daxil olmaqla) onlara digər xəstəliklərin müalicəsi zamanı tətbiq edilən bütün sosial təminatlar tətbiq edilir.

16.4. Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə nəzərdə tutulmuş hallar istisna olmaqla şəxsin narkoloji xəstəlikdən könüllü müalicəsi əmək müqaviləsinin ləğv edilməsi üçün əsas ola bilməz.

16.5. Əmək qabiliyyətini itirmiş narkoloji xəstələrə digər xəstələr üçün nəzərdə tutulmuş qaydada onların səhhətinin vəziyyəti nəzərə alınmaqla əlillik müəyyən edilir və sosial təminat təyin edilir.

**M a d d ə 17.** Narkoloji xəstələrin cəmiyyətə qovuşması

17.0. Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanları narkoloji xəstələrin cəmiyyətə qovuşmasına yönəlmiş aşağıdakı tədbirləri həyata keçirirlər:

17.0.1. narkoloji xəstəliklə əlaqədar könüllü müalicə olunan şəxslərin müxtəlif peşələrə yiyələnməsini təmin edir və onların işlə təmin edilməsi üçün müəyyən yerlər ayırır;

17.0.2. yaşayış yeri olmayan narkoloji xəstələri müvəqqəti sığınacaq yerləri ilə təmin edir;

17.0.3. narkoloji xəstələrin və onların ailə üzvlərinin qarşılıqlı yardım qruplarını təşkil edir;

17.0.4. narkoloji xəstələrə və onların ailə üzvlərinə hüquqi və ya digər yardım göstərən qeyri-hökumət təşkilatlarının fəaliyyətini əlaqələndirir.

## V F S S S İ L

### **Narkoloji nəzarət sahəsində inzibati tədbirlər**

**M a d d ə 18.** Narkoloji nəzarət sahəsində inzibati tədbirlər

18.0. Narkoloji nəzarətin məqsədlərinin təmin edilməsi üçün həyata keçirilən inzibati tədbirlər aşağıdakılardan ibarətdir:

18.0.1. insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edən şəxslərin aşkar edilməsi və onların qeydiyyatının aparılması;

18.0.2. narkoloji xəstələrin qeydiyyatının aparılması;

18.0.3. narkotik vasitələrin və psixotrop maddələrin qanunsuz dövriyyəsi ilə məşğul olan şəxslərin aşkar edilməsi və onların qeydiyyatının aparılması;

18.0.4. sərxoşluq hallarının müəyyən edilməsi məqsədilə tibbi müayinənin təyin və onun aparılmasının təmin edilməsi;

18.0.5. sərxoşluq hallarının müəyyən edilməsi məqsədilə tibbi müayinənin aparılması;

18.0.6. insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə etməklə öz ailə üzvlərinin maddi vəziyyətini pisləşdirən, onlara qayğı göstərməyən, uşaqları ilə amansız rəftar edən, onların tərbiyəsinə mənfi təsir göstərən, habelə ətraflarındakı insanların hüquqlarını pozan narkoloji xəstələrin aşkar edilməsi;

18.0.7. narkoloji xəstələr tərəfindən hüquq pozuntularının törədilməsinin qarşısının alınması;

18.0.8. barəsində məcburi müalicə tətbiq edilmiş şəxslərə dair məlumatların verilməsi;

18.0.9. insan psixikasına təsir göstərən maddələrin sui-istifadəsi ilə bağlı nəticələrin (hüquq pozuntularının törədilməsi, intiharetmə, əlillik, xəsarət alma, zəhərlənmə, somatik və yoluxucu xəstəliklərə düşmə hallarının və s.) qeydiyyatının aparılması;

18.0.10. məcburi müalicənin həyata keçirilməsinin təmin edilməsi.



## M a d d ə 19. Narkoloji xəstələrin qeydiyyatı

19.1. Narkoloji xəstələrin qeydiyyatı dövlət narkoloji tibb müəssisələrində tərəfindən aparılır.

19.2. Hər bir narkomanın narkoloji xəstə kimi qeydiyyatına alınması barədə məlumat narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və prekursorların dövriyyəsinə dair ümummilli məlumat bankına verilməlidir.

19.3. Qeyri-dövlət narkoloji tibb müəssisələri yalnız dövlət narkoloji tibb müəssisələrində qeydiyyatına alınmış narkoloji xəstələrə narkoloji yardım göstərə bilərlər.

19.4. Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı aşağıdakı kateqoriyalar üzrə narkoloji xəstələrin və insan psixikasına təsir göstərən maddələrdən sui-istifadə edən şəxslərin qeydiyyatını aparır:

19.4.1. spirtli içkilərdən sui-istifadə edən şəxslər;

19.4.2. alkoqolizmə düçar olan şəxslər;

19.4.3. narkotik vasitələrdən və psixotrop maddələrdən sui-istifadə edən şəxslər;

19.4.4. narkomanlığa düçar olan şəxslər;

19.4.5. bihüşedici maddələrdən sui-istifadə edən şəxslər;

19.4.6. toksikomanlığa düçar olan şəxslər.

19.5. Qeydiyyatı aparan narkoloji tibb müəssisəsi narkomanlığa düçar olan, habelə narkotik vasitələrdən və psixotrop maddələrdən sui-istifadə edən şəxslər barəsində kəmiyyət göstəricilərinin ümummilli məlumat bankına daxil edilməsi üçün Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanına göndərir.

19.6. Narkoloji xəstələrin qeydiyyatının aparılması qaydası və onların qeydiyyatda olma müddəti Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

## M a d d ə 20. Sərxoşluq hallarının müəyyən edilməsi məqsədilə tibbi müayinənin aparılması

20.1. İnsan psixikasına təsir göstərən maddələrin istifadə edilməsi nəticəsində yaranan sərxoşluq hallarının bütün növlərinin müəyyən edilməsi məqsədilə aparılan tibbi müayinə yalnız narkoloji tibb müəssisəsinin həkim-narkoloqu tərəfindən həyata keçirilir. Sərxoşluq hallarının müəyyən edilməsi məqsədilə aparılan tibbi müayinə təhqiqat, istintaq orqanlarının və məhkəmənin qərarı əsasında, habelə işə götürənin vəsatəti və ya müayinə olunan şəxsin təşəbbüsü əsasında həyata keçirilir.

20.2. Sərxoşluq hallarının müəyyən edilməsi məqsədilə tibbi müayinənin aparılması qaydası Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən edilir. Sərxoşluq hallarının müəyyən edilməsi məqsədilə tibbi

## PREDMET GÖSTƏRİCİLƏSƏİ

### A

- Abasquliyev Ə.Ə. 6, 20, 21  
 Absans 256, 265, 354, 372  
 Abstinensiya 307, 308, 310, 311, 315  
 Aqnoziyalar 114, 138, 357  
 Aqorafobiya 125  
 Aqrafiya 370  
 Aqressiya 22, 288  
 Adipozo-genital 342  
 Adler A. 16, 85  
 Akataziyalar 102  
 Akinetik 256  
 Akomodasiya 349  
 Akrosianoz 403  
 Akrofobiya 125, 157, 388  
 Alaqaranlıq hal 167-170, 293  
 Aleksiya 369  
 Alibidemiya 494  
 Alkoqol abstinensiyası 424  
 Alkoqol ensefalopatiyası 315, 323  
 Alkoqol epilepsiyası 315, 304, 324  
 Alkoqol izləmə sayıqlamaları 321, 322  
 Alkoqol polinevriti 23, 311  
 Alkoqol psevdoflicci 323, 324  
 Altsheymer xəstəliyi 116, 218  
 Ambivalentlik 159, 188  
 Ambitendlik 188, 202  
 Amensiya 167, 170, 347  
 Amentiv 144, 388  
 Amneziya 126, 144  
 Amnestik afaziya 145, 369  
 Amovrotik idiotiya 132  
 Anamnez 223, 246  
 Ananizm 112, 165, 177, 423  
 Anankastik 130, 414, 415  
 Anqedoniya 128  
 Aneforiya 146  
 Aneroksiya 199  
 Anizokariya 340, 361  
 Anoreksiya 128, 164  
 Anomiya 446  
 Antisosial 130, 252  
 Angioqrafiya 47, 376  
 Apatik-abulik sindrom 114, 376  
 Apraksiya 293, 369  
 Araxnoidit 50, 349, 378  
 Arjil Robertson simptomu 361  
 Asosial 130, 413  
 Astaziya-abaziya 391  
 Asteniya 196, 201-202, 251, 278  
 Asteno-depressiv 299, 338  
 Asteno-ipoxondrik 299  
 Asfiksiya 111, 279  
 Ataksiya 276, 302, 323, 324, 329  
 Ateroskleroz 145, 149, 159  
 Atipik 116, 128  
 Autizm 134, 153, 185, 188  
 Autoaqressiv 275, 453  
 Autoanaliz 97, 98  
 Autoanalitik 93, 96-98  
 Autogen 73, 999, 303  
 Afoniya 126, 391, 396  
 Affekt 144, 158, 159  
 Ağ isitmə 315, 318, 320, 324  
 Ağazadə N.V. 21

### B

- Bajenov N.N. 18, 56  
 Balinski İ.M. 13, 18, 55  
 Bazedov xəstəliyi 341, 342  
 Bets V.A. 12  
 Binsvanger O.L. 16  
 Bexterev V.M. 13, 18  
 Blöyler E. 23, 83, 183, 184  
 Bipolyar pozuntular 237  
 Bonqeffər K. 14  
 Böhran 67, 442, 470  
 Beyl 10, 359  
 Beyin siflisi 149, 380  
 Bel quruması 359, 363

**C**

Cekson C.N. 14, 255  
 Cəngolma 109, 210, 263  
 Con Konelli 10, 54

**Ç**

Çaşqınlıq 39, 293  
 Çerletti U. 23, 263

**D**

Davidenkov S.N. 255, 256  
 Daun xəstəliyi 52, 148, 272  
 Debillik 132, 269  
 Deviant davranış 419, 445  
 Dezintoksikasion 313, 335  
 Dekompensasiya 339, 419  
 Deliriy 168, 353, 371  
 De-Lanqe sindromu 271, 274  
 Demensiya 1117, 367,  
 Depersonalizasiya 127, 142,  
 Depressiya 230, 240  
 Depressiv-paranoid 293  
 Derealizasiya 142  
 Diziqt 204  
 Dipsomaniya 8, 123  
 Dismorfofobiya 121, 126  
 Dispareyniya 129  
 Dissosiativ stupor 126, 174  
 Dissosiativ fuqa 126, 389  
 Distimiya 124, 248  
 Disforiya 159, 259  
 Dofamin 48, 205  
 Doğuşdansonrakı psixoz 345  
 Dromomaniya 166  
 Düpren E. 12  
 Dyadkovski İ.E. 11  
 Deniker P. 23  
 Delley Y. 23

**E**

Ekoist 410, 453  
 Eqosentrizm 98, 173  
 Edvards (trisomiya E) 52  
 Eyforiya 159

Ekzistensializm 16  
 Ekzogen 23, 241, 277, 203  
 Ekspansiv 1363  
 Eksgibisionizm 131  
 Elektroensefaloqrafiya (EEQ) 18  
 Endokrinopatiya 281  
 Endoplazmatik tor 264  
 Enkoprez 136  
 Ensefalit 116, 349, 351  
 Ensefalopatiya 116, 373  
 Enurez 276  
 Epilepsiya 145, 255  
 Epileptoid 16, 409  
 Ereksiya pozuntusu 425  
 Ereksion impotensiya 424  
 Erotik 36, 331  
 Erotomaniya 224  
 Eskerol 11  
 Eukulyasiya 427  
 Exoensefaloqrafiya (ExoEQ) 476  
 Exolaliya 163,

**Ə**

Əsədov B. 21  
 Əsgərov Ə.S. 21, 60  
 Əliyev N.A. 21  
 Əli ibn Sina 9, 269

**F**

From E. 16, 86  
 Freyd Z. 15, 16, 77  
 Freze A.U. 18  
 Falret 11, 230  
 Fleqmatik 406  
 Febril katatoniya 192  
 Felling xəstəliyi 275  
 Fenilketonuriya 275  
 Fetişizm 131  
 Fobiya 387, 397  
 Fokal tutmalar 266  
 Fotopsiya 140  
 Frenologiya 15  
 Frigidlik 424  
 Frotterizm 131  
 Fuqa 170

**G**

Genuin epilepsiya 255  
 Gəşəlt terapiya 118, 119

**H**

Hallüsinasiya 139, 176  
 Hallüsinator-paranoid sindromu 201  
 Hallüsinoz 15, 315,  
 Hamilton cədvəli 43  
 Hantinqton xoreyası 283, 289  
 Hanter sindromu 272, 276  
 Hebefreniya 120, 182  
 Heboid 199  
 Hemodializ 90, 339  
 Herontofiliya 165  
 Hidrosefaliya 277  
 Hiperbuliya 162  
 Hiperqlikemiya 225  
 Hiperkinez 289, 302  
 Hipermetamorfos 15  
 Hiperseksuallıq 165, 174  
 Hipersteziya 137  
 Hipertonik psixoz 296, 299  
 Hipnoqagik hallüsinasiyalar 330  
 Hipnoz 94, 95  
 Hipnosuqqestiv psixoterapiya 230, 429  
 Hipnohagik 141  
 Hipoqlikemik 442  
 Hipomaniya 122  
 Hipomneziya 144  
 Hiposeksuallıq 164  
 Hipertimiya 159  
 Hipotimiya 159  
 Hipotireoz 280  
 Homoseksualizm 165  
 Həyəcan 160, 383  
 Həyəcanlı depressiya 194  
 Həşişizm 330  
 Həsənov X.A. 21, 60  
 Horni K. 16, 84, 86  
 Hippokrat 8, 9  
 Hekker E. 182

**X**

Xolerik 8, 407  
 Xronik alkoqolizm 305, 308

**İ**

İdiotiya 132, 269  
 İllüziya 11, 139  
 İmbesillik 132, 274  
 İmmunostimulyator 90  
 İmmunoterapiya 209  
 İmpotensiya 128  
 İnvolution paranoid 121  
 İntellekt 147, 265  
 İntermissiya 294  
 İpoxondriya 187, 400  
 İsteriya 98, 1389  
 İsterik stupor 391  
 İzrailoviç S. 20  
 İvanov-Smolenski A.Q. 18  
 İbrahimbəyov F.Ə. 21

**J**

Jane P. 23, 380

**K**

Katatonik pozuntu 162  
 Kanserafobiya 172  
 Kanseromaniya 194  
 Katalepsiya 177, 189  
 Katatonik stupor 177  
 Krotonski A. 7  
 Kreçmer E. 16, 408  
 Krepelin E. 12, 14, 182  
 Kaşenko P.P. 55  
 Kandinski V.X. 13, 18, 23  
 Kalbaum K. 23, 183  
 Klaynfelter 271, 173  
 Klaustrofobiya 115, 157  
 Kleptomaniya 130, 166  
 Koqnitiv 43, 234  
 Kokainizm 329-330  
 Koma 23, 119  
 Kommosiya 368  
 Kompensator 292, 376

Kontuziya 368-370  
 Konfabulyasiya 146, 181  
 Korsakov S.S. 10, 12-18  
 Korsakov sindromu 114, 302  
 Kotar sindromu 156, 176  
 Kraniografiya 376  
 Kraniostenoz 280  
 Kretinizm 334  
 Kriptomneziya 146  
 Kultural şok 446  
 Kəkələmə 112, 136

## Q

Qazanılma hipotireoidizm 117  
 Qenital 128  
 QİÇS 116, 284, 366  
 Qlioz 264, 354  
 Qureviç M.O. 18, 147  
 Qilyarovski V.A. 18, 19, 203  
 Qrizinger V. 12, 22  
 Qafarov T. 21  
 Qannuşkin P.B. 28, 20  
 Qalen K. 8, 232

## L

Lanqe reaksiyası 362  
 Laterkik-ensefalit 350  
 Libido 78, 82  
 Listerioz 278  
 Lunatizm 170, 257  
 Lambrazo S. 408

## M

Melanxoliya 8, 123  
 Mazaxizm 131, 165  
 Manerlik 163  
 Maniakal sindrom 41, 374  
 Maniya 18, 123  
 Manifest 191, 195  
 Martin-Bell sindromu 271, 275  
 Mentizm 153, 176  
 Metafizik intoksikasiya 199  
 Metomorfopsiya 142  
 Midriaz 361

Mikrosefaliya 13, 280  
 Minesot sorğusu 43  
 Mioklonik 256, 259  
 Monoziqot 51, 204  
 Monofobiya 388  
 Morfinizm 329  
 Motiv 161  
 Motor afaziya 369  
 Mutizm 135, 189  
 Modzli Q. 6, 12  
 Merjeyevski İ.P. 13, 18  
 Meyer A. 14  
 Meduna A. 23

## N

Nozofobiya 127, 157  
 Narkomaniya 69, 328  
 Narkohipnoz 95  
 Nevrasteniya 127, 164  
 Nevrotik anoreksiyası 431  
 Neqativizm 162, 163  
 Neyrosifilis 117  
 Nekrofiliya 131, 165  
 Neologizm 227  
 Neofreydistlər 16  
 Nimfomaniya 129  
 Nigilistik 156, 241  
 Norestrant 10

## O

Osipov E.A. 18, 203  
 Obsessiv-kompulsiv 125, 383  
 Oliqofreniya 73, 148  
 Oneyroid 167, 168  
 Oneyroid-affektiv 196  
 Oneyroid-katatonik 192  
 Orqazm 31, 423, 424

## P

Panseksualizm 16, 79  
 Paraydeliya 347, 353  
 Paralitik marazm 362  
 Paramimiya 163  
 Paramneziya 146, 181

Paranoid 117, 175  
 Paranoial 171, 175  
 Parasteziya 138, 329  
 Parafiliya 131  
 Parafren sindrom 176  
 Parkinsonizm 116, 372  
 Paroksizmlər 179, 268  
 Patoloji sərxoşluq 119, 325  
 Pedofiliya 131, 165  
 Persepsiya 143  
 Pik xəstəliyi 116, 287  
 Piktoqramma 41  
 Piromaniya 130, 165  
 Plazmofarez 313  
 Plato 424  
 Plyuşkin simptomu 166  
 Pnevmoensofaloqrafiya (PEQ) 47  
 Poliuriya 262  
 Polifagiya 181  
 Postensefalitik sindrom 118  
 Postşizofrenik depressiya 121  
 Preventiv 65, 474  
 Presenil depressiya 283, 385  
 Presenil paranoid 283, 284  
 Proqredientlik 183, 262  
 Proqressiv iflic 10,359  
 Psevdodemensiya 148, 149, 173  
 Psevdonevrotik 297, 399  
 Psevdooliqofrenik 118  
 Psevdoparalitik 287, 299  
 Psevdopsixopatik 118  
 Psevdoreminissensiya 146, 181  
 Psevdohallüsinasiyalar 13, 141  
 Psixalgiya 127  
 Psixi avtomatizm 90, 187  
 Psixoanaliz 77, 233  
 Psixodiaqnostik 39, 45  
 Psixonevroloq 15, 269  
 Psixopatabənzər pozuntular 373, 420  
 Psixopatiyalar 18, 50  
 Psixopatoloji 5, 17, 25  
 Psixosensor 356  
 Psixosomatika 65  
 Psixasteniya 23, 342  
 Psixoterapiya 5, 13, 61  
 Psixotik 61, 120  
 Psixofarmokoloji 89, 253

Psixofobiya 388  
 Psixogen 74, 122  
 Protopopov V.P. 18-20  
 Pinel F. 9, 10, 22  
 Perelman A.A. 20, 59  
 Pavlov İ.P. 4, 15, 18, 381

## R

Rasional psixoterapiya 92-93  
 Reaktiv psixozlar 174, 200  
 Rekurrent 123, 194, 199  
 Retensiya 143  
 Reproduksiya 9, 143  
 Ribo qanunu 292  
 Rorşax sınağı 42  
 Rezidual 120, 370  
 Rubinstein – Teybi sindromu 271, 275  
 Rəhimov İ.R. 19, 20, 58  
 Robert van Voren 58  
 Raş B. 10

## S

Sanqvinik 8, 407  
 Sanfilippo xəstəliyi 276  
 Sadizm 85, 165  
 Sado-mazaxizm 131  
 Sadomiya 423  
 Sayıqlama 28,35  
 Sarışan hallar 20,153, 172  
 Satiriaz 129  
 Seksopatoloji 22  
 Seksoterapiya 429  
 Seksual anesteziya 424  
 Seksual hiposteziya 424  
 Senestopatiya 137, 194  
 Sensor afaziya 15  
 Sensor 144, 256  
 Serebral ateroskleroz 117, 291  
 Serebrostenik 299  
 Simbiotik psixoz 122, 134  
 Sinaps 264  
 Sitomeqaliya 280  
 Sifilisomaniya 194  
 Skleroz 191  
 Sodomiya 165  
 Solğun treponomun immoblizasiyası 362

Somatik 5, 12, 25  
 Somatovegetativ pozuntu 307  
 Somatogen 200, 333  
 Somnambulizm 128, 259  
 Somnambuliya 170  
 Somnolensiya 167  
 Sopor 114, 144, 167  
 Sosiopatiya 239  
 Spidofobiya 94, 172  
 Stereotipiya 162, 199  
 Stress-psixoterapiya 314  
 Stupor 114, 126  
 Subdepressiya 356, 375  
 Suisidal 29, 37, 38  
 Sultanov A.H. 21, 22, 59  
 Snejnevski A.V. 184, 190  
 Seçenov İ.M. 13, 14, 79  
 Serbski V.P. 18, 55

## Ş

Şereşevski-Terner sindromları 271, 273  
 Şizoaffektiv psixoz 122, 226  
 Şizoid tip 180, 411  
 Şizotip pozuntu 121  
 Şizofaziya 151, 152  
 Şizofreniya 57, 90, 120  
 Şperrunq 185  
 Şəxsiyyətin deqradasiyası 259, 330

## T

Taboiflic 363  
 Tanatofobiya 157  
 Taraksein 207  
 Tikoz 136  
 Tireotoksikoz 341  
 Titrəməli deliriy 315, 318

Toksikomaniya 302, 332  
 Toleorantlıq 308  
 Tomoqrafiya 18, 25, 47  
 Tonik-klonik 256, 265  
 Total pozuntu 427  
 Travmatik asteniya 372  
 Travmatik-ensefalopatiya 373  
 Transseksualizm 131  
 Trixotilomaniya 131  
 Tsikloid 16, 226  
 Tsiklotimiya 124, 250, 251  
 Təşviş 4, 8, 39, 125  
 Təlqin 92-95

## U

Üzvi psixosindrom 118, 372  
 Üzvi-nevrogen 425

## V

Vazomotor 329, 369  
 Vaginizm 129, 424, 429  
 Verbal 192, 283  
 Vernike K 15  
 Vuayerizm 131

## Y

Yunq K. 16, 84  
 Yudin T.İ. 19  
 Yaspers K. 17, 382

## Z

Zoofiliya 165  
 Zinoviyev P.M. 20  
 Zakel M. 23

## KİTABIN İÇİNDƏKİLƏR

|                        |   |
|------------------------|---|
| Elmi redaktordan ..... | 3 |
| Giriş .....            | 5 |

### I HİSSƏ

#### PSİXİATRİYANIN ÜMUMİ PROBLEMLƏRİ

(Propedevtika)

#### I fəsil

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| <b>Psixiatriyanın qısa inkişaf tarixi</b> .....           | 7   |
| Azərbaycanda psixiatriyanın inkişafı .....                | 1 2 |
| Psixiatriyanın tarixində baş vermiş mühüm hadisələr ..... | 22  |

#### II fəsil

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Psixi xəstələrin müayinə üsulları</b> .....                      | 25 |
| 1. Klinik müsahibə (söhbət) .....                                   | 25 |
| Uşaqlarla və yeniyetmələrlə klinik müsahibə .....                   | 32 |
| Klinik müsahibə zamanı meydana çıxan xüsusi vəziyyət .....          | 35 |
| 2. Eksperimental psixoloji müayinə (psixodiagnostik sınaqlar) ..... | 39 |
| 3. Instrumental və rentgenooloji müayinə metodları .....            | 45 |
| 4. Laborator müayinə metodları .....                                | 48 |
| 5. Patoloji-anatomik müayinə .....                                  | 50 |
| 6. Genetik (irsi) tədqiqatlar .....                                 | 51 |
| 7. Epidemioloji tədqiqatlar .....                                   | 52 |



## III fəsil

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Psixiatriya xidmətinin təşkili</b> .....                         | 53 |
| Psixiatriya xidmətinin inkişaf tarixi .....                         | 53 |
| Azərbaycanda psixiatriya yardımının inkişafı .....                  | 58 |
| Psixiatriya xidmətinin yeni tələblərə uyğun inkişafı haqqında ..... | 61 |
| Xəstəxanadankənar psixiatriya yardımı .....                         | 62 |

## IV fəsil

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Psixi sağlamlığın dəstəklənməsi və pozuntuların profilaktikası</b> ..... | 69 |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|

## V fəsil

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Freydizm, neofreydizm və onların mahiyyəti haqqında</b> ..... | 77 |
|------------------------------------------------------------------|----|

## VI fəsil

|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Psixi xəstəliklərin müalicəsinin ümumi prinsipləri və formaları</b> .....                                   | 88  |
| Praktikada geniş istifadə edilən psixofarmakoloji preparatlar .....                                            | 100 |
| Xəstəlik tarixinin sxemi .....                                                                                 | 111 |
| Psixi xəstəliklər və davranış pozuntularının Beynəlxalq<br>təsnifatı – diaqnostik göstəricilər (X baxış) ..... | 116 |

## II HİSSƏ

## PSIXİ XƏSTƏLİKLƏRİN SİMPATOMATİKASI

## VII fəsil

|                                                     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|
| <b>Ümumi psixopatologiya</b> .....                  | 137 |
| Duyğu və qavramanın pozuntuları .....               | 137 |
| Yaddaşın pozuntuları .....                          | 142 |
| İntellektin pozuntuları .....                       | 147 |
| Təfəkkürün pozuntuları .....                        | 149 |
| Təfəkkürün məzmunca (keyfiyyətə) pozuntuları .....  | 153 |
| Təəssürat sferasının (emosiyanın) pozuntuları ..... | 157 |
| Diqqətin pozuntuları .....                          | 160 |
| İradə və davranış pozuntuları .....                 | 161 |
| Meyillərin pozuntuları .....                        | 164 |
| Düşüncənin pozuntuları .....                        | 166 |

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| <b>Psixopatoloji sindromlar</b> .....              | 171 |
| Nevrotik sindromlar .....                          | 212 |
| Emosional (affektiv) sindromlar .....              | 215 |
| Paranoid və hallüsinator-paranoid sindromlar ..... | 216 |
| Psixomotor (katatonik) sindromlar .....            | 218 |
| Düşüncə pozuntusu sindromları .....                | 220 |
| Şəxsiyyətin dəyişməsi sindromları .....            | 221 |

### III HİSSƏ

#### XÜSUSİ PSIXİATRİYA

##### VIII fəsil

|                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Şizofreniya</b> .....                                              | 182 |
| Gediş dövrləri, remissiya, şəxsiyyət dəyişiklikləri və son dövr ..... | 196 |
| Diferensial diaqnostika .....                                         | 200 |
| Etiologiyası və patogenezi .....                                      | 202 |
| Müalicə .....                                                         | 209 |
| Proqnoz .....                                                         | 218 |
| Ekspertiza məsələləri .....                                           | 220 |

##### IX fəsil

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| <b>Şizotip və sayıqlama pozuntuları</b> ..... | 222 |
| Şizoaffektiv psixozlar .....                  | 226 |
| Şizofrenəbənzər psixoz .....                  | 228 |
| Qısamüddətli psixoz .....                     | 229 |
| İnduksiyaedilmiş psixoz .....                 | 230 |

##### X fəsil

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| <b>Affektiv pozuntular</b> .....        | 232 |
| Maniakal epizod .....                   | 238 |
| Depressiya epizodu .....                | 240 |
| Bipolyar affektiv pozuntu .....         | 242 |
| Rekurrent depressiv pozuntu (RDP) ..... | 247 |
| Xronik affektiv pozuntular .....        | 248 |
| Distimiya .....                         | 248 |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Tsiklotimiya .....                    | 250 |
| Affektiv pozuntuların müalicəsi ..... | 253 |
| Ekspertiza məsələləri .....           | 254 |

## XI fəsil

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| <b>Epilepsiya xəstəliyi</b> ..... | 255 |
| Klinik gedişi .....               | 256 |
| Etialogiyası və patogenezi .....  | 263 |
| Müalicə və profilaktikası .....   | 265 |
| Proqnoz .....                     | 268 |
| Ekspertiza məsələləri .....       | 268 |

## XII fəsil

|                                                  |     |
|--------------------------------------------------|-----|
| <b>Oliqofreniya – kəmağıllıq</b> .....           | 269 |
| Endogen (irsi) mənşəli oliqofreniyalar .....     | 271 |
| Ekzogen mənşəli oliqofreniyalar .....            | 277 |
| Endogen-ekzogen mənşəli (qarışıq) formalar ..... | 280 |
| Reabilitasiya və ekspertiza məsələləri .....     | 281 |

## XIII fəsil

### **Geriyə inkişaf və qocalıq dövründə meydana**

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>çıxan psixi pozuntular</b> .....                                                   | 281 |
| Qocalıqönü – presenil psixi pozuntular. Presenil depressiya .....                     | 283 |
| Presenil paranoid .....                                                               | 284 |
| Qocalıq ağıl zəifliyi .....                                                           | 285 |
| İnvolyüsiya dövründə baş verən atipik ağıl zəiflikləri .....                          | 287 |
| Pik xəstəliyi .....                                                                   | 287 |
| Altsheymer xəstəliyi .....                                                            | 288 |
| Hantinqton xoreyası .....                                                             | 289 |
| Baş-beyin damarlarının sklerozu ilə əlaqədar<br>olaraq yaranan psixi pozuntular ..... | 291 |
| Ekspertiza məsələləri .....                                                           | 297 |

## XIV fəsil

### **Baş-beyin damarlarının digər xəstəlikləri**

|                                                     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|
| <b>nəticəsində yaranan psixi pozuntular</b> .....   | 298 |
| Hipertoniya xəstəliyi zamanı psixi pozuntular ..... | 298 |

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| Serebral damarların hipotoniyası zamanı psixi pozuntular ..... | 300 |
| Ekspertiza məsələləri .....                                    | 301 |

## XV fəsil

### **İntoksikasiyalar nəticəsində meydana**

|                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>çıxan psixi pozuntular .....</b>                               | <b>302</b> |
| Alkoqolizm və onun mənşəyi haqqında .....                         | 303        |
| Xronik alkoqolizm .....                                           | 305        |
| Dipsomaniya .....                                                 | 309        |
| Alkoqolizmin yaşla əlaqədar xüsusiyyətləri .....                  | 368        |
| Somatik və nevroloji ağırlaşmalar .....                           | 369        |
| Əmək və məhkəmə ekspertizası .....                                | 374        |
| Alkoqol psixozları .....                                          | 315        |
| Ağ isitmə və ya titrəmli deliriy (delirium tremens) .....         | 315        |
| Kəskin alkoqol hallüsinozu .....                                  | 318        |
| Xronik alkoqol hallüsinozu .....                                  | 320        |
| Alkoqol paranoidi .....                                           | 321        |
| Alkoqol ensefalopatiyaları .....                                  | 322        |
| Alkoqol epilepsiyası .....                                        | 324        |
| Patoloji sərxoşluq .....                                          | 325        |
| Alkoqol psixozlarının patogenezi, müalicə və profilaktikası ..... | 326        |
| Ekspertiza məsələləri .....                                       | 327        |
| Narkomaniyalar .....                                              | 328        |
| Opia tipli maddələrin yaratdığı narkomaniya .....                 | 329        |
| Hallüsinogenlərin təsirindən yaranan narkomaniya .....            | 331        |
| Toksikomaniyalar .....                                            | 332        |
| Müalicə və reabilitasiya məsələləri .....                         | 396        |
| Ekspertiza məsələləri .....                                       | 397        |

## XVI fəsil

### **Somatik və endokrin sistemin xəstəlikləri**

|                                                                                             |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>nəticəsində yaranan psixi pozuntular .....</b>                                           | <b>337</b> |
| Daxili orqanların xəstəlikləri ilə əlaqədar yaranan psixi pozuntular .....                  | 337        |
| Maddələr mübadiləsinin pozulması və avitaminozlarla əlaqədar yaranan psixi pozuntular ..... | 340        |
| Daxili sekresiya vəzilərinin xəstəlikləri ilə əlaqədar .....                                |            |

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| yaranan psixi pozuntular .....                | 341 |
| Doğuşdan sonra yaranan psixi pozuntular ..... | 343 |

## XVII fəsil

|                                                                                   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>İnfeksiyon xəstəliklərlə əlaqədar yaranan psixi pozuntular .....</b>           | <b>346</b> |
| Kəskin infeksiyon psixozlar .....                                                 | 347        |
| Neyroinfeksiyalarla əlaqədar psixi pozuntular .....                               | 348        |
| Kəskin infeksiyalar zamanı rast gəlinən psixozların xüsusiyyətləri .....          | 416        |
| Müalicə .....                                                                     | 420        |
| Ekspertiza məsələləri .....                                                       | 421        |
| Sinir sisteminin sifilisi nəticəsində yaranan psixi xəstəliklər .....             | 357        |
| Progressiv iflic .....                                                            | 359        |
| Ekspertiza məsələləri .....                                                       | 431        |
| Qazanılma immun çatmazlığı sindromu – QİÇS<br>ilə əlaqədar psixi pozuntular ..... | 366        |

## XVIII fəsil

|                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Baş-beyin travmaları nəticəsində yaranan psixi pozuntular .....</b>              | <b>368</b> |
| Kəskin dövr psixozları .....                                                        | 371        |
| Kəllə-beyin travmalarının uzaq dövrlərində təsadüf<br>edilən psixi pozuntular ..... | 374        |
| Uşaqlarda kəllə-beyin travmalarının xüsusiyyətləri .....                            | 1          |
| Ekspertiza məsələləri .....                                                         | 379        |

## XIX fəsil

|                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Nevrotik, stresslə əlaqədar və somatoform pozuntular .....</b>    | <b>380</b> |
| Təşvişli həyəcan pozuntuları .....                                   | 383        |
| Obsessiv-kompulsiv pozuntular. Sarışan hallar nevrozu .....          | 387        |
| Dissosiativ (konversion) pozuntular. İsteriya .....                  | 389        |
| Uşaqlarda nevrozların xüsusiyyətləri .....                           | 459        |
| Somatoform pozuntular .....                                          | 398        |
| Somatikləşmiş pozuntular .....                                       | 399        |
| İpoxondriya .....                                                    | 400        |
| Nevrasteniya .....                                                   | 402        |
| Nevrotik və somatoform pozuntular zamanı ekspertiza məsələləri ..... | 404        |

## XX fəsil

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| <b>Şəxsiyyət pozuntuları</b> ..... | 405 |
| Ekspertiza məsələləri .....        | 422 |

## XXI fəsil

|                                                       |     |
|-------------------------------------------------------|-----|
| <b>Funksional xarakterli seksual pozuntular</b> ..... | 423 |
|-------------------------------------------------------|-----|

## XXII fəsil

|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| <b>Qidalanma ilə əlaqədar pozuntular</b> ..... | 430 |
| Nevrogen anoreksiyası .....                    | 431 |
| Kompulsiv çoxymə – Nevrogen bulimiyası .....   | 433 |
| Yuxu və onun pozuntuları .....                 | 435 |

## XXIII fəsil

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Böhran vəziyyətləri</b> .....                                                              | 440 |
| Böhran vəziyyətlərinin nəzəri əsasları .....                                                  | 442 |
| Böhran vəziyyətlərinin klinik-diaqnostik aspektləri .....                                     | 443 |
| Təbii fəlakətlər, texnogen qəzalar və hərbi<br>əməliyyatlarla bağlı böhran vəziyyətləri ..... | 447 |
| Zorakılıq və İntihar .....                                                                    | 447 |
| Somatik xəstəliklər zamanı böhran vəziyyətləri .....                                          | 459 |
| Böhran vəziyyətinin tibbi-hüquqi aspektləri .....                                             | 462 |
| Posttravmatik stress pozuntuları (PTSP) .....                                                 | 463 |
| Böhran vəziyyətində olan şəxslərin müalicə, profilaktika və<br>reabilitasiya məsələləri ..... | 469 |

## «Psixiatriya yardımı haqqında»

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Azərbaycan Respublikasının Qanunu .....                                           | 476 |
| «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında»<br>Azərbaycan Respublikasının Qanunu ..... | 497 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| <b>Predmet göstəriciləri</b> ..... | 569 |
|------------------------------------|-----|

NADİR VEDAN oğlu İSMAYILOV

# PSİXİATRİYA

(Dərslik)

*Azərbaycan dilində*

**E-mail: nadirismayilov@psychiatry.az**

BSSDİİ TSSRTİBAT

*Ceyla İsmayilova,*

TEXNİKİ REDAKTOR

*Hans Klos,*

KORREKTOR

*Səbiyə Səmimi,*

OPERATOR

*Mircüneyd Akifson,*

ÇAPA MSSSUL

*Tərlan ,*

*Çapa imzalanmış 2.03.2013,  
formatı 70x100 1/16,  
fiziki ç.v 33  
ofset kağızı №1, təymin qarnituru,  
sifariş 35. Sayı 2500*

Kitab

«APOSTROFF»

nəşriyyatında nəşrə hazırlanmış  
və ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.

✉ 370025. Bakı şəhəri, N. Rəfiyev küçəsi, 24.

☎ Tel.: 902757, 989555, 937255

