İxtisas: Psixologiya

Kafedra: Psixologiya, pedaqogika və sosial fənlər

Fənn: Neyropsixologiya

Müəllim: Bayramov M.B.

Mühazirə

MÖVZU 1. Neyropsixologiyanın mövzusu, məqsədi və digər elmlərlə əlaqəsi

---

Plan:

1. **Neyropsixologiyanın mövzusu**
2. **Neyropsixologiyanın formalaşmasında ümumi psixoloji nəzəriyyənin rolu**
3. **Neyropsixoloji anlayışlar sistemi**

4.Neyropsixoloji anlayışlar sisteminin iki sinifi

MÖVZU 1. NEYROPSİXOLOGİYANIN MÖVZUSU, MƏQSƏDİ VƏ DİGƏR ELMLƏRLƏ ƏLAQƏSİ

Neyropsixologiya ümumi psixoloji nəzəriyyənin əsasında formalaşıb. Ümumi psixoloji nəzəriyyə L.S.Vıqotski və onun ardıcılları A.V.Zaporojes, D.B.Elkonin, A.N.Qalperin tərəfindən hazırlanıb. Bu nəzəriyyənin əsas müddəaları neyropsixologiyanın nəzəri anlayışlar sisteminə daxil oldu və onun ümumi psixoloji əsasını təşkil etdi.

Neyropsixologiyanın bilavasitə ümumi psixoloji nəzəriyyə ilə əlaqəsi, ümumi psixoloji modellərdən istifadə etməsi uğurlu inkişafına səbəb oldu. Neyropsixologiyanın anlayışlar sistemində anlayışların iki sinfini ayırmaq olar. Birinci - neyropsixologiya və ümumi psixologiyada olan ümumi anlayışlar;

İkinci, xüsusi neyropsixoloji anlayışlar- neyropsixologiyanın özündə formalaşan, bu fənnin spesifik xüsusiyyətlərindən, obyekt və tədqiqat üsullarından ibarət anlayışlar sistemidir.

Anlayışların birinci sinfinə aşağıdakılar aiddir: "psixi fəaliyyət", "psixoloji sistem", "psixi proses", "nitq vasitəsilə ifadə etmə", "əhəmiyyət", "şəxsi məna", "psixoloji vasitə", "surət", "əlamət", "hərəkət, fəaliyyət", "interiorizasiya" və s. Bu anlayışların məzmunu ümumi psixoloji problemlərə həsr olunmuş bir sıra dərsliklərdə və monoqrafik əsərlərdə izah olunub.

Anlayışların ikinci sinfini xüsusi neyropsixoloji anlayışlar təşkil edir. Neyropsixologiya psixologiya elminin müəyyən sahəsi olub, beyinin lokal zədəsi nəticəsində psixi proseslərdə, hallarda və bütövlükdə şəxsiyyətdə baş verən pozuntuların mexanizmini öyrənməkdən ibarətdir. Bu nəzəriyyə beyinin lokal zədəsi zamanı baş verən psixi funksiyaların pozulması və bərpasının qanunauyğunluqlarının vahid mövqedən izah edir və onların beyin təşkilini əsaslandırır. Bu nəzəriyyə, bir tərəfdən, psixi pozuntuların müxtəlif klinik fenomenologiyasını izah edir, digər tərəfdən yeni faktlar və qanunauyğunluqlardan bəhs edir.

Bu nəzəriyyənin ümumpsixoloji əsası ali psixi funksiyaların və sistemli quruluşu haqqında müddəalardan və onların beyinin sistem təşkilindən ibarətdir. Neyropsixologiya üçün mərkəzi anlayış olan "ali psixi funksiyalar" ümumi psixologiyaya və neyropsixologiyaya L.S.Vıqotski tərəfindən sonradan isə onun davamçıları A.R.Luriya və başqaları tərəfindən təkmilləşdirilmişdir. Ümumi psixologiyada olduğu kimi neyropsixologiyada da ali psixi fəaliyyət dedikdə müvafiq motivlərin əsasında həyata keçirilən, müəyyən məqsəd və proqramlarla tənzim edilən və psixi fəaliyyətin bütünqanunauyğunluğuna tabe olan şüurlu psixi fəaliyyətin müxtəlif formaları nəzərdə tutulur.

A.R.Luriya qeyd edir ki, ali psixi fəaliyyət üç əsas səciyyəyə malikdir: 1) həyat boyu ictimai amillərin təsiri altında formalaşır; 2) öz psixoloji quruluşuna görə vasitəlidir (əsasən nitqin vasitəsi ilə); 3) həyata keçirilmə tərzi baxımından ixtiyaridir.

Şüurumuzun ali psixi fəaliyyət haqqında anlayışların əsasında ictimai-tarixi xarakter daşıması həmçinin şüurun formalaşmasında əmək fəaliyyətinin rolu qeyd edilir. İctimai təsir ali psixi fəaliyyətlərin formalaşma üsulunu və bununla da onların psixoloji quruluşunu determinə edir. Ali psixi fəaliyyətlər müxtəlif "psixoloji alətlərin", işarəli sistemlərin vasitəsilə ifadə olunur. Uzunmüdddətli ictimai-tarixi inkişafın məhsulu olan "psixoloji alətlərin" arasında nitq mühüm rol oynayır. Buna görə də ali psixi funksiyaların nitqin vasitəsilə ifadə olunması onların ən universal formalaşma üsulunu təqdim edir.

Ali psixi funksiyalar mürəkkəb sistemli törəmələrdir, hansılar ki, keyfiyyət baxımından digər psixi təzahürlərdən fərqlənirlər. Ali psixi funksiyalar "psixoloji sistemdir" və "köhnə törəmənin üzərində yeni törəmənin qurulması ilə əmələ gəlir və əmələ gəlmiş yeni törəmənin daxilində köhnə törəmə asılı təbəqə kimi saxlanılır".(Vıqotskinin tərifinə görə) Ali psixi funksiyaların psixoloji sistem kimi əsas xüsusiyyətləri - vasitəlilik, şüurluluq, ixtiyarilikdir. Bir sistem kimi ali psixi funksiyalar böyük plastikliyə və onu təşkil edən komponentlərlə kompensasiya olunma qabiliyyətinə malikdir. Onlarda dəyişməz qalan ilkin məsələ (əsas hədəf və ya fəaliyyət proqramı) və sonuncu nəticədir. İlkin məsələnin realizə olunma üsulu isə müxtəlif mərhələlərdə və fəaliyyətin formalaşmasının müxtəlif vasitə və yollarında olduqca əlverişlidir.

Ali psixi funksiyalar ilk öncə insanlar arasında qarşılıqlı təsir göstərmə forması kimi mövcud olur (interpsixoloji proses kimi) və yalnız sonradan tamamilə daxili proses kimi formalaşdıqca fəaliyyətin xaricə keçmə üsulları daxilə, psixolojiyə (interiorizasiyaya) çevrilməsi baş verir. Ali psixi funksiyalar inkişaf boyu

məhdudlaşır, avtomatikləşir. Ali psixi funksiyaların formalaşmasının ilkin mərhələsində nisbətən ibtidai sensor (hissi) və hərəki (motor) proseslərə istinad edilir; sonradan bu hərəkətlər, proseslər ümumiləşir və avtomatikləşir, eyni zamanda ali psixi funksiyaların psixoloji quruluşu dəyişilir və əqli hərəkət formalaşır.

Ali psixi funksiyalara mürəkkəb psixoloji sistem kimi yanaşma A.R.Luriyanın

ali psixi funksiyalara funksional sistem kimi yanaşması ilə təkmilləşdirilmişdi. Neyropsixologiyada funksional sistem dedikdə, ali psixi funksiyaların psixofizioloji əsası nəzərdə tutulur. Ali psixi fəaliyyətləri funksional sistem kimi səciyyələndirərkən A.R.Luriya yazırdı ki, bu funksional sistemin özəlliyi onun mürəkkəb tərkibdən ibarət olmasıdır. Bu sistem afferent və efferent komponentlərdən və həlqələrdən ibarətdir

Beləliklə, ali psixi funksiyalar və ya şüurlu psixi fəaliyyətin mürəkkəb formaları öz psixoloji quruluşuna görə sistemlidir və çoxkomponentli funksional sistem şəklində mürəkkəb psixofizioloji əsasa malikdir. Ali psixi fəaliyyətlərin sistemli dinamik lokalizasiya nəzəriyyyəsi qeyd olunan müddəalar üçün əsas hesab olunur.

Xüsusi neyropsixoloji anlayışlara çoxlu sayda müxtəlif anlayışları aid etmək olar, bunlardan ən mühümləri aşağıdakılardır:

Neyropsixoloji simptomlar - beynin yerli (lokal) zədələnməsi nəticəsində əmələ gələn psixi funksiyanın həm ibtidai həm də ali pozuntusu;

İlkin neyropsixoloji əlamətlər - bilavasitə müəyyən amilin zədələnməsi ilə əlaqədar yaranan psixi fəaliyyətin pozuntusu.

MÖVZU 2. BEYİN VƏ PSİXİKANIN FUNKSİONAL QARŞILIQLI ƏLAQƏSİ

Plan:

1. Sinir sisteminin xüsusiyyətləri və psixika

2. Beynin işində psixi və sinir-fizioloji, neyropsixoloji proseslər

3. Psixika və informasiya

2.1 Sinir sisteminin təkamülü, əhəmiyyəti, quruluşu, şöbələri və reflektor xarakteri

Tək hüceyrəli ibtidai heyvanlarda xüsusi sinir sistemi yoxdur. Lakin bunlarda qıcığa cavab vermək qabiliyyəti vardır. Belə ki, onlar suya salınmış duz kristallarından uzaqlaşır, işıqlı yerdən qaranlıq yerə keçir, suya oksigen buraxan yosunların ətrafına toplaşırlar.

Heyvanlar aləmi inkişaf etdikcə sinir sistemi də dəyişmiş və mürəkkəbləşmişdir. (1.Torvari, yaxud səpgin sinir sistemi;2. Düyünlü sinir sistemi;3.Borulu sinir sistemi).

Onurğalı heyvanların bədən quruluşu mürəkkəbləşdikcə - balıqlardan başlamış məməli heyvanlara qədər, mərkəzi sinir sisteminin quruluşu və funksiyası da mürəkkəbləşir.

Ali heyvanlarda və insanda sinir sistemi özünün ən yüksək inkişaf səviyyəsinə çataraq mərkəzi sinir sisteminə (baş beyin və onurğa beyin) və onlardan xaric olan periferik (somatik və vegetativ) sinirlərə malik olur.

Sinir sisteminin əhəmiyyəti. Sinir sistemi orqanizmin funksiyalarıpnın tənzim edilməsində çox mühüm rol oynayır. O, hüceyrələrin, toxumaların, orqanların və müxtəlif sistemlərin birgə fəaliyyətini təmin edir. Bu vaxt tam vəhdət şəklində, yəni ayrı-ayrı orqanlar sistemi bir-biri ilə əlaqədar işləyir. Orqanizmin sinir sistemi vasitəsilə onu əhatə edən xarici mühitlə əlaqə saxlayır və daima dəyişməkdə olan həyat şəraitinə uyğunlaşır.

İnsanların duyğuları, qavrayışı, diqqəti, hafizəsi, təfəkkürü, nitqi bir sözlə bütün psixi prosesləri sinir sisteminin fəaliyyəti ilə əlaqədardır. İnsan bunların vasitəsilə nəinki ətraf aləmi dərk edir, həmdə onu fəal surətdə dəyişə bilir.

Sinir sisteminin quruluşu. Sinir sistemi sinir toxumasında əmələ gəlmişdir. Bu toxuma sinir hüceyrələrindən və onu əhatə edən neyronlardan, kiçik peyk hüceyrələrdən ibarətdir. Sinir hüceyrəsi öz cismi və çıxıntısı ilə birlikdə neyron adlanır ki, bu da sinir sisteminin quruluş və fəaliyyət vahidini təşkil edir. Neyronların ətrafındakı peyk hüceyrələr qidalanma, dayaq, qoruyucu funksiyaları yerinə yetirir. Peyk hüceyrələri neyronlardan təxminən 10 dəfə çoxdur.

Neyronların quruluşu və ölçüləri kəskin fərqlənir. Belə ki, onların bəzilərinin diametri 4-6 mikron olduğu halda, digərlərinin (məsələn, beyin

qabığındakı) ölçüləri 130 mikrona çatır. Çox güman ki, bu onların daşıdıqları funksiyalar ilə əlaqədardır.

Hər bir neyronun şaxələnməyən uzun tək çıxıntısı və nisbətən qısa olan şaxələnən bir çox çıxıntıları olur**. Qısa çıxıntılar dendrit (dendron-yun. Ağac deməkdir) adlanır**. Dendritlərin əsas vəzifəsi sinir impulslarını qəbul edib, sinir hüceyrələrinin cisminə ötürməkdən ibarətdir.

Uzun çıxıntı isə akson və ya neyrit (aksis – yun. Çıxıntı deməkdir) adlanır. Hər bir sinir hüceyrəsinin yalnız bir aksonu olur ki, onların bəzilərinin uzunluğu 1 metrə çata bilir. Aksonun vəzifəsi impulsları mərkəzdən mühitə doğru - ən ucqar üzvlərə - əzələ, vəzlərə, həmçinin bir mərkəzdən, digər mərkəzə daşımaqdan ibarətdir.

Funksiyalarına görə hissi, hərəki və ara neyronlar ayırd edilir. Hissi neyronlar duyğu orqanlarından gələn impulsları onurğa və baş beyinə nəql edirlər.

Neyronların digər qismi hərəki neyronlar olub, onurğa beyni və baş beyindən gedən impulsları əzələlərə və daxili orqanlara ötürür. Hissi hərəki neyronlar arasındakı əlaqə onurğa beyində və baş beyində ara neyronlar vasitəsilə yaranır.

Sinir sisteminin şöbələri. Sinir sistemi **mərkəzi və periferik** şöbələrdən təşkil olunmuşdur.

Mərkəzi sinir sisteminə **baş beyin və onurğa beyni**, periferik sinir sisteminə isə baş beyindən və onurğa beyindən xaric olan sinirlər aid edilir. Daşıdıqları vəzifələrinə görə hərəki, hissi və qarışıq sinirlər ayırd edilir. Hissi sinirlərlə impulslar mühitdən mərkəzi sinir sisteminə nəql olunur. Hərəki sinirlər isə mərkəzi sinir sistemindən impulsları bədənin bütün orqanlarına daşıyırlar. Qarışıq sinirlər hərəki və hissi liflərdən ibarət olub, impulsların hər iki istiqamətdə nəql olunmasında iştirak edirlər.

Periferik sinir sistemi də iki şöbəyə bölünür: **somatik və vegetativ.**

Skelet əzələlərinin fəaliyyətini tənzim edən sinir sistemi şöbəsinə somatik (soma-yun. Bədən deməkdir) sinir sistemi deyilir. İnsan somatik sinir sistemi vasitəsilə qıcıqları qəbul edir, öz hərəkətlərini idarə edir, bunları özü işə salır və ya dayandırır.

Daxili orqanların (ürək, mədə, vəzilər və s.) qan damarlarının fəaliyyətini tənzim edən bütün toxumaların trofiki (qidalanma) funksiyasını vegetativ sinir sinir sistemi yerinə yetirir. Vegetativ sinir sisteminin fəaliyyəti insanın iradəsinə tabe olmur, yəni qeyri – iradidir. Məsələn, insan özü istədiyi vaxt ürəyinin fəaliyyətini, həzm prosesini və tər ifrazını dayandıra bilməz.

Vegetativ sinir sistemi. Vegetativ sinir sistemi də iki şöbəyə - **simpatik və parasimpatik** şöbələrə bölünür. Daxili orqanların bir çoxu bu iki şöbənin sinirləri ilə təchiz olunur. Adətən bu sinirlər orqanlara bir – birinin əksinə

təsir edir. Məsələn, süimpatik sinir ürəyin fəaliyyətini qüvvətləndirir və sürətləndirir, parasimpatik isə- ləngidir və zəiflədir.

Vegetativ sinir sistemi şüurun iştirakı olmadan ürəyin, müxtəlif vəzilərin və düz əzələlərin işini tənzimləyir.

Simpatik sistemin əsas funksiyası – fövqəladə vəziyyətdə orqanizmi səfərbər etməkdir. Bu səfərbərlik müəyyən mürəkkəb reaksiyalarla bağlıdır. Qara ciyərdən qlikogenin ayrılmasından başlamış (alınan qlikoza əlavə enerji mənbəyi rolunu oynayır), qan döğvranında olan dəyişikliklərə qədər olan prosesləri bu sistem tənzimləyir, yəni bu qəza hallarda işləyən mexanizm rolunu oynayır. Kennon (1972) bu kompleks fiziki dəyişiklikləri "mübarizə və ya qaçma reaksiyaqsı" adlandırmışdır.

Simpatik sinir sisteminin işi diffuz olub (bütün orqanizmi əhatə edir) uzun müddət qalır.

Parasimpatik sinir sisteminin işi isə orqanizmin əsas resurslarını qoruyub saxlamaqdır, lokaldır və az müddət qalır.

Şternbax (1966) parasimpatik effekti tüfəng atmağa, simpatik effekti isə pulemyot atmağa bənzətmişdir.

Simpatik və parasimpatik sinir sistemlərinin fərqlərinə gəldikdə bunlara aşağıdakıları aid etmək olar:

1.Simpatik sinir hərəkət üçün orqanizmi səfərbər edir (katalolizm).

Parasimpatik sistem- orqanizmdə olan enerji ehtiyatını bərpa edir (analolizm).

2.Simpatik sistem – tez və bütöv sistem kimi hərəkət edir

Parasimpatik sistem- az vaxtda təsir edib lokal xarakter daşıyır.

3.Onların struktur quruluşunda da fərqlər vardır.

Qeyd etmək lazımdır ki, simpatik və parasimpatik sistemin arasında fərq birinin diffuz aktivliyi, digərinin lokal aktivliyi ilə izah olunur. Məsələn: əgər qaranlıqda bizə nə isə yaxınlaşırsa, onda simpatik sistem bütün orqanlara xəbər verir ki, pis şeyə hazır olsunlar. Böyrəküstü, vəzilər, beyin maddəsi elektrokimyəvi siqnalı alıb, qana hormonların adrenalin və noradrenalinin buraxılması ilə cavab verir.

Sinir sisteminin reflektor xarakteri. Mərkəzi sinir sisteminin iştirakı ilə orqanizmin daxili və xarixi qıcıqlara qarşı verdiyi cavab reaksiyalarına **refleks** deyilir.

Refleks sözü latınca (reflektio) -əks edirəm, qaytarıram deməkdir. Refleks haqqında anlayış ilk dəfə XV11 əsrin 1 yarısında R. Dekard tərəfindən elmə daxil edilmişdir.

Hər bir refleksin baş verməsi üçün müəyyən bir yol lazımdır. Refleks aktında sinir impulslarının getdiyi yol refleks qövsü adlanır. Refleksin baş verməsi üçün refleks qövsü tam olmalıdır.

Refleks qövsü 5 hissədən ibarətdir:
1.Reseptor sahə (qıcıqları qəbul edən üzv);
2.Hissi sinir lifi;
3.Mərkəz;
4.Hərəki sinir sinir lifi;
5.İşçi orqanlar.

Refleks qövsü sadə və mürəkkəb ola bilər. Sadə refleks qövsündə ən azı 3 neyron iştirak edir. Sadə reflekslərə məsələn; ələ iynə batanda əlin çəkilməsi, gözü qıcıqlandıran maddələrin təsirindən gözdən yaş axması və s. göstərmək olar.

MÖVZU 3. SENSOR-QNOSTİK POZUNTULAR

Plan:

1. **Hipersteziya**
2. **Hiposteziya**
3. **Parasteziya**
4. **Senestopatiyalar**

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 hissiyat 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 duyğu adlanır. 2 Duyğu vasitəsilə insan soyuğu, istini, işığı, qaranlığı, acını, şirini, ağrını və s.- ni hiss edir. Duyğu bizi əhatə edən varlığın, ümumiyyətlə, bütün biliklərimizin başlanğıcı, ilkin mərhələsidir. Duyğu prosesininn pozulması nəticəsində senestopatiyalar baş verir. Bunlara göynəmə, dartılma, təzyiq, qıdıqlama, sancma, soyuqluq və bir sıra digər xoşagəlməyən hissələr aiddir. Senestopatiyalar əksər hallarda əzabverici və davamlı olur. Onlar bədənin bütün sahələrində müşahidə oluna bilər. Senestopatiyalar bir sıra hallarda ipoxondrik şikayətlərlı birlikdə təsadüf edilir. Bu əlamətlər həm somatik, həm də psixi xəstəliklərdə, travmatik ensefalopatiyalarda, beynin damar xəstəliklərində,

nevrozlarda və s. xəstəliklərdə rast gəlinir. Reseptor duyğu prosesinin pozuntularına sadə psixopatoloji əlamətlər kimi təzahür edən hipersteziyalar və hiposteziyalar da aid edilməlidir. Hipersteziya qıcıqların kəskinləşmiş (güclü) qavranılmasıdır. Adi lampa işığı gözqamışdırıcı projektor, ətrafdakı əşyaların rəngi olduqca əlvan, səslər gurultu kimi və s. qavranılır. Hipersteziyalar əksər hallarda somatik xəstəliklərdə, yorğunluqla əlaqədar və nevrozlarda rast gəlinir. Bir sıra hallarda psixi xəstəliklərin başlanğıc mərhələsində meydana çıxır. Hiposteziya – qıcıqların zəif qavranmasıdır. Belə pozuntu zamanı mühitdən əşya və hadisələr solğun, məzmunsuz, səslər zəif, qoxular kütləşmiş qavranılır, depressiv hallar da tez-tez rast gəlinir. Daxili orqanlarda gedən bir sıra patoloji proseslərlə əlaqədar yaranan parasteziyalardan senestopatiyaları fərqləndirmək lazımdır. Parasteziyalar senestopatiyalardan fərqli olaraq müxtəlif daxili orqanlarda meydana çıxan patoloji proseslər nəticəsində müşahidə olunur. Duyğular əsasında yaranan mürəkkəb proseslər qavramadır. Qavrama zamanı əşyaların həcmi, rəngi və digər xüsusiyyətləri bütövlükdə dərk olunur. Duyğu orqanları vasitəsilə 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, məzmunsuz 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 bi səs kimi qavraya bilər.

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

3 Aqnoziya. 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. Görmə (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 düzgün qavraya bilir. Görmə aqnoziyası bəzən əşyalara deyil, onların məzmununa aid ola bilər. Məsələn, xəstə hər hansı bir şəklə baxarkən orada təsvir olunan hadisənin məzmununu başa düşə bilmir. Bəzi hərfləri tanıya bilmədiyi üçün yazını oxuya bilmir (alepsiya). Bəzn not yazılarını (optik amuziya), rəqəmləri, rəngləri, bir sıra hallarda isə xəstə ona yaxşı məlum olan əşyaları sanki ilk dəfə görür. Eşitmə aqnoziyası (buna "ruhi karlıq" da deyilir) zamanı xəstə ona tanış olan səsləri, sözləri, musiqi melodiyalarını başa düşmür. Aqnoziyalar başlıca olaraq beyinin orqanik pozuntularında, travmalar, şişlər, damar xəstəlikləri və s. də rast gəlinir. İllüziya (illusio) fransızca aldadıcı təsəvvür, yanılma deməkdir. Başqa sözlə təhrif olunmuş qavramadır. Duyğu orqanlarına müvafiq olaraq illüziyalar beş formaya bölünür: görmə, eşitmə, qoxu, dad və taktil illüziyalar. 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-pataloji illüziyalar haqqında düşünülməlidir. Məsələn, qulağı ağır eşidən və ya gözü zəif görən adamın səs və əşyaları 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 səhvini düzəltmək iqtidarında olmur.Yanlış qavrama xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən və davametmə müddətindən asılı olaraq uzunmüddətli olur. İllüziyalar düşüncə pozuntuları ilə müşayiət olunan xəstəliklər zamanı (məsələn, yüksək temperaturla davam edən yolxucu xəstəliklərdə, intoksikasiyalarda) daha tez-tez təsadüf olunur. Belə hallarda illüzion pozuntu eyni zamanda bir neçə duyğu orqanını əhatə edir. Məsələn, xəstə xəstəxana işçilərinin öz qohumlarına, müxtəlif alət və cihazları əcayib heyvanlara bənzədir. Xəstələrin və ya tibb işçilərinin bir-biri ilə etdiyi söhbəti onun haqqında danışıq

kimi, mətbəxdən gələn qoxunu insan ətinin 4 bişirilməsindən yaranan qoxuya bənzədir və s. Duyğu orqanına məxsus illüziyalara əlavə daha üç növ illüziyalar aid edilir: affektiv, verbal və pareydolik. Affektiv (affektogen) illüziyalar hissiyatın güclənməsi fonunda – qorxu, vahimə, gərgin gözləmə zamanı təsadüf olunur. Xəstə güncdə, divardan asılmış paltonu evə girmiş oğruya, ağacın əyri budağını ona hücum etməyə hazırlaşan zəhərli ilana, pəncərə şüşəsindən düşən kölgəni caniyə bənzədir. Verbal (latınca verbalis –nitq, söz deməkdir) illüziyalar zamanı xəstə ətrafdakı adamların adi söhbətlərini onun ünvanına deyilmiş təhqir, söyüş və s. kimi qavrayır. Pareydolik illüziyalarda ətrafdakı obrazlar, məsələn, divandan asılmış xalçanın naxışları, müxtəlif cizgilər, səmadakı buludlar fantastik səhnələri xatırladan hadisələr kimi qavranılır. Bu növ illüziyalar deliriyoz halın (alkoqol psixozu) başlanğıc fazasında rast gəlinir. Hallüsinasiya (“Hallusinatio” –latın sözü olub, qarabasma, sərsəmləmə deməkdir). Hazırda xəstənin qavrama sferasında olmayan əşyaların, hadisələrin yalançı qavrama obrazlarının yaranmasıdır. Yəni obyektsiz qavramadır. İllüziyalar kimi hallüsinasiyalar da duyğu orqanlarına müvafiq olaraq beş dormada təsadüf edir (görmə, eşitmə, qorxu, dad və taktil hallüsinasiyalar).Hallüsinasiyalar bəzən bir neçə hiss orqanını əhatə edə bilər. Məsələn, xəstə qoluna ilan sarındığını görür, onun nəfəsini eşidir və soyuqluğunu hiss edir. Eşitmə hallüsinasiyalarında xəstə kiminsə onu çağırdığını, təhqir etdiyini və ya hansı mülahizələr söyləməsini eşidir. Bəzi xəstələr heç bir məna ifadə etməyən səslər (küylər) eşidir.Akoazm adlanan belə hallüsinasiyalara sadə (elementar) eşitmə hallüsinasiyaları deyilir. Verbal (danışıq) hallüsinasiyalar məzmunu etibarilə müxtəlif formada rast gəlinə bilər: ayrı-ayrı sözlər, uzun-uzadı söylənən nitq və s. Xəstənin özü və ətrafdakı adamlar üçün təhlükəli olan imperativ hallüsinasiyalardır. Bunlar əmredici xarakterli olub, xəstələri cinyət 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 lazımi sənədlərini yandırmışdır. Belə xəstələri təcili xəstəxanaya yerləşdirməli və onların üzərində nəzarət qoyulmalıdır. Görmə

hallüsinasiyaları bəzən sadə (məsələn, qığılcım, parıltı, tüstü, cizgi və s. görünməsi) bunlara fotopsiya deyilir, bəzən isə mürəkkəb məzmunlu ola bilər. Sonuncu halda xəstələr obyektiv mövcud olmayan heyvanlar, müxtəlif adamlar, hadisələr (məsələn, döyüş meydanının xatırladan səhnələr və s.) göründüyünü söyləyirlər. Xəstələr bəzən qarşılarında özlərini görə bilərlər. Ağır psixi xəstəliyə 5 tutulmuş bir xəstə belə demişdir: qarşımda üç nəfər adam dayanıb, birinin əlində nizə, o birində tapança, üçüncüsündə isə balta vardır. Onların üçüdə mən özüməm. Qoxu 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 meyid ətindən bişirildiyindən söyləyirlər. Taktil hallüsinasiyalarda xəstələr bədənin müxtəlif nahiyələrində göynəmə, soyuqluq, dartılma və s. kimi hissiyatın olması, bədənlərində cücülərin və qarışqaların gəzdiyini deyirlər. Bir sıra hallarda bu böcəklər onları sanki dişləyir, cırmaqlayır və digər formada narahat edir. Tajktil hallüsinasiyaların visseral formasında xəstələr daxili orqanlarında (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: Həqiqi hallüsinasiyaların obyekti orqanizmdən kənar mühitdə yerləşmiş olur. Məsələn, “səs” divarın arxasından, küçədən, qoxu o biri otaqdan gəlir və s. Yalançı hallüsinasiyalar (psevdohallüsinasiyalar) 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, əcayib heyvanı bədəninin daxilində hiss edir. Söhbət zamanı o qeyd edir ki, “səslər” beynimin içindədir, qoxu mədəmdən gəlir, vəhşi heyvanları “beynimin gözü” ilə görürəm. Psevdohallüsinasiyalar, adətən, mürəkkəb psixopatoloji sindrom, psixi avtomatizm və ya Kandinski – Klerambo sindromunun tərkib hissəsini təşkil edir və şizofreniya xəstəliyinin inkişaf mərhələlərində rast gəlinir. Psevdohallüsinasiyalar zamanı xəstələr qeyd edirlər

ki, səslər onları təqib edir, öz arzusundan asılı olmadan sani qəlbinə sirayət edir. Eyni zamanda xəstə qavranılan hadisələrin ona məcburi (iradəsindən asılı olmadan) təlqin olunmasını qeyd edir. Hipnohagik hallüsinasiyalar yuxu ilə ayıqlıq arasında, yəni mürgüləmə fazasında rast gəlinən görmə hallüsinasiyalarına deyilir. Bu növ hallüsinasiyalar bəzi mürəkkəb səhnələri xatırladan məzmunda olur (xəstələr sanki "televiziya verlişlərinə baxıram" söyləyirlər). Bəzən qeyri-adi adamlar onları qorxudur, hücum edir və ya lağa qoyur. Xəstə gözünü açdıqda 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 6 sonra, o da yox olur. Məsələn, qatarda gedən şəxs təkərlərin ahəngdar səsini sözlər, onun ünvanına deyilən müxtəlif söyüşlər kimi eşidir. Bu növ hallüsinasiyaları illüziyalara bənzətmək olar, lakin illüziyalardan fərqli olaraq burada xəstə həm təkərlərin tıqqıltısını, həm də onun ünvanına deyilən sözləri eşidir. Təkərlərin tıqqıltısı dayanan kimi səslər də kəsilir. Beləliklə, funksional hallüsinasiyalar öz xüsusiyyətinə görə illüziyalardan və yuxarıda qeyd olunan hallüsinasiyalardan fərqlənir. Psixosensor pozuntular. Psixosensor pozuntular mərkəzi sinir sistemində sensor sintez prosesinin pozulması nəticəsində meydana çıxır. Metomorfopsiya adı altında təsvir olunan bu pozuntular əsasən üç formada rast gəlinir. 1) makropsiya - ətrafdakı əşyaların, ölçüsündən böyük (məsələn, küçələr, binalar, ağaclar, avtomobillər və s.) qavranılması; 2) mikropsiya - əşyaların ölşüsündən kiçik qavranılması; 3) dismeqalopsiya – cisimlər həcmdə deyil, formaca dəyişilmiş (məsələn,üçbucaq çevrə şəklində, çevrə dördbucaq, düz xərr əyri-üyrü və s.) qavranılır. Psixosensor pozuntular ətrafındakı cisimlərə aid olarsa bunlar: derealizasiya, orqanizmin öz hissələrinə aid olarsa, depersonalizasiya (person – şəxs deməkdir) deyilir. Derealizasiya zamanı "kiçilmiş", "böyümüş" və ya "öz formasını dəyişmiş" əşya orqanizmdən kənar mühitdə yerləşir. Depersonalzasiyada isə pozuntu bədənin

hissələrinə aid olur. Xəstəyə elə gəlir ki, onun bütün bədəni və ya ayrı-ayrı orqanları (məsələn, qolu, başı, ayaqları) mütənasib və ya qeyri-mütənasib şəkildə böyümüşdür 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 çiyin üzərindədir. Psixosensor pozuntular əksər təsadüflərdə qısamüddətlidir, xəstəlik halı keçdikdən sonra patoloji qavrama da yox olur. Mərkəzi sinir sisteminin orqanik xəstəliklərində və şizofreniyada rast gəlinən psixosensor pozuntular xeyli müddət davam edə bilər. Qavrama pozuntularının patofizioloji mexanizmi. İllüziyaların, hallüsinasiyaların və psixosensor pozuntuların ayrı-ayrılıqda və birlikdə patofizioloji mexanizmini izah edən müxtəlif nəzəriyyələr yaranmışdır. Lakin bu nəzəriyyələrin heç biri klinik psixiatriyanı qane edən səviyyədə deyildir. Uzun illər alimlər hesab edirdilər ki, hallüsinasiyaların səbəbi mühiti sinir sistemində (reseptor aparatda) yaranan pozuntulardır. Sonralar psixiatriya 7 klinikalarında aparılan tədqiqatlar göstərdi ki, hallüsinasiyaları olan xəstələrdə mühiti sinir sistemində heç bir patoloji hal yaranmırr. Bu mülahizəni qulağı eşitməyən (kar) və kor adamların psixi xəstəliyə tutularkən onlarda eşitmə və görmə hallüsinasiyalarının olması tamamilə sübut etdi. Mühiti sinir nəzəriyyəsi inkar edildikdən sonra mərkəzi nəzəriyyə tərəfdarları hallüsinasiyaların meydana gəlməsini beyin qabığı və qabıqaltı nahiyələrdə gedən pozuntularla izah edirdilər (Kandinski, Benkin və s.). Neyrofizioloji biliklərin zənginləşməsi ilə əlaqədar olaraq sovet psixiatrı B.A.Gilyarovski (1940) belə bir fikir irəli sürdü ki, sensor yolun bu və ya digər hissələrinin zədələnməsi hallüsinasiyaların əmələ gəlməsinə, xarakterinə təsir edən amillərdən olub həm də yeganə amil deyildir. İ.P.Pavlov və onun şagirdləri tərəfindən ali sinir fəaliyyətinin fizioloji mexanizmlərinin tədqiqi qavrama pozuntularına yaranma səbəblərinin öyrənilməsinə böyük təkan verdi. İ.P.Pavlov belə bir nəzəriyyə irəli sürdü ki, yuxu zamanı beyin qabığının bütün hüceyrələri

ləngimə prosesinə uğramır, onun bəzi sahələrində "gözətçi məntəqələr" qalır. Həmin məntəqələrdə oyanma, ləngimə nisbətən üstünlük təşkil edir, yuxugörmə və hallüsinasiyalar həmin "məntəqələrin" fəaliyyəti ilə əlaqədardır (A.V.İvanov – Smolenski). Hallüsinasiyaların kliniki və eksperimental tədqiqatlarının müəllifi sovet psixiatrı Y.A.Popov, İ.P.Pavlov məktəbinin elmi mülahizələrindən istifadə edərək izah etdi ki, hallüsinasiyalar beyin qabığında baş verən hipnotik fazaların (paradoksal) nəticəsində yaranır. Bu zaman zəif qıcıqlar güclü, güclü qıcıqlar isə zəif reaksiyalarla təzahür edir. Y.A.Popovun fikrincə əvvəllər qavranılan hadisə və əşyaların izləri real olaraq təsir edən obyektlərə nisbətən zəif qıcıqlandırıcı rolunu oynayır. Patoloji proses nəticəsində xəstə şəxsin beyin qabığında paradoksal vəziyyət yaranarkən, bu zəif qıcıqlar güclü qıcıq mənbəyinə çevrilir və hallüsinasiyalar baş verir, digər hallarda isə hallüsinator obraz mühitə proyeksiya olunmur və psevdohallüsinasiyalar baş verir. Beləliklə, "gözətçi məntəqə" və "hipnotik fazalar" haqqında İ.P.Pavlov təlimi qavrama pozuntularının patofizioloji məzmununu dərk etməyə imkan verən elmi nəzəriyyə sayıla bilər. Afaziya beyin qabığında (və yaxud ən yaxın qabıqaltı bölgədə-A.R.Lurii-nin ifadəsincə desək) beyinin sol yarımkürəsində yaranan artıq formalaşmış (təşəkkül tapmış) nitq pozğunluğudur və özündə nitq fəaliyyətinin sistemli pozğunluqlarının bir neçə formasını ehtiva edir.

Afaziya-beyinin lokal zədələnməsindən irəli gələn və ondan asılı olan nitqin hissəli yaxud bütöv şəkilli itirilməsidir. Afaziya (yunanca-ἀ- — mənfi zərrəcik и φάσις — təzahür,mülahizə mənasını ifadə edir)-bu formal nitqin sistemli pozğunluğudur (alalii-dən fərqli olaraq).Baş beyin qabığının danışıq mərkəzlərinin üzvi surətdə travma,şiş,insult,tərbiyə vermə prosesi zamanı və bir neçə psixiki xəstəlik səbəbilə zədələnməsi zamanı yaranır.

Afaziyaların təsnifatı:

•Brok afaziyası yaxud efferent hərəkət refleksli afaziya (efferentis —dözümlü; efferentlər —refleks qövsünün son hissəsi) ilk dəfə Polem Brok tərəfindən 1861-ci ildə təsviri verilmişdir.Bu beyinin sol yarımkürəsində (hərəkətverici danışıq

mərkəzinin (Brok mərkəzinin) beyin qabığının hərəkətverici mərkəzinin aşağı hissələrinin zədələnməsi nəticəsində yaranır.Bu da fikir söyləmə qrammatikasının pozulmasna səbəb olur (fikir söyləmənin teleqraf üslubunun) və bir sözdən başqa sözə (yaxud hecaya) istiqamətlənmədə çətinlik yaradır ki,bu da ətalətli sabit nitq fəaliyyətinin yaranmasına səbəb olur.Hərfi parafaziyalar mühaşidə olunur ki,bu zaman bir səsin digəri əvəz olunması zamanı həmçinin oxuma və yazma zamanı kobud səhvlərə yol verilir.

•Dinamik afaziya nitq fəaliyyətinin sukssesivliyinin (ardıcıllığının) sistemli pozuqluğu nəticəsində yaranır.Nitqin realizasiya prosesi xarici mühitin pozulması (daxili proqram qaldığı halda)səbəbi ilə pozulur.Bu forma qabığın Brok mərkəzi yaxınlığındakı hissəsinin zədələnməsi ilə şərtləndirilir.

•Afferent hərəkətverici afaziya (afferentis — dən ötürücü; афференты — sinir sonluqlarınadək).Beyin qabığının arxa-mərkəzi və əmgək (təpə) hissələrinin zədələnməsi zamanı yaranır.Bu tip xəstələr üçün səs cingiltilərinin səhv salınması xarakterikdi.Birinci defekt xəstənin öz yaxınlarının səslərinin artikulyasiyasını (müəyyən səsi çıxartmaq üçün danışıq orqanlarının gördüyü iş) ayırd edə bilməməsidir.Onlar daxili qrup artikullemlərini səhv salırlar (xalat-xadat).Artikulyasiyalardan gələn kinetik hissiyat pozğunluğu yaranır.Əsas defekt sözü tələffüz etmək üçün lazım olan dəqiq akulyativ vəziyyət və qaydaların seçilə bilməməsidir.

•Vernike afaziyası və yaxud sensor afaziyası.Bunun əsasını fonematik (fonem (dil sistemində: mənaayırıcı səs)) eşildilmə pozuqluğu və sözlərin müxtəlif tələffüz tərkiblərinin pozuqluğu təşkil edir.Bu akustiko-qnostik afaziya növündə sözlərin tələffüz tərkibinin araşdırılmasına qabiliyyət sərf olunması müşahidə olunur.

•Akustiko-mnestik afaziya- bu tələffüz zamanı əldə olunan məlumatların həcminin saxlanması və eşildilmə-nitq yaddaşının pozuqluğu zamanı yaranır.Akustiko-mnestik afaziyanın əsasını müşahidə yaddaşının pozuqluğu və sözlərin müşahidə qabiliyyətinin zəifliyi təşkil edir.

•Semantik afaziyanın əsasını nitqin simultant analiz və sintezlərinin deffekti və nitq fəaliyyəti zamanı məlumatların eynizamanlı qavranılmasının pozuqluğu təşkil edir.Bu forma afaziyanın aparıcı deffekti mürəkkəb-məntiqi sturukturların qavranılmasının pozuqluğudur.

•Amnestik afaziya əmgək (təpə)- gicgah nahiyələrinin zədələnməsi zamanı yaranır.Bu afaziya zamanı əsas çətinlik müxtəlif predmet və bədən nahiyələrinin adlandırılması təşkil edir.Şifahi parafaziyalar müşahidə olunur.

Afaziyalıların nitq fəaliyyəti yoxsul leksik əsasla xarakterizə olunur,onlar çox nadir hallarda nitq fəaliyyəti zamanı sifət,zərf,təsviri ifadə istifadə edir ,atalar sözü və məsəllərdən isə demək olar ki,heç istifadə etmirlər.

MÖVZU IV. DÜŞÜNCƏ POZUNTULARININ NEYROPSİXOLOGİYASI

Plan:

1. **Düşüncənin kəmiyyət pozuntuları**
2. **Düşüncənin keyfiyyət pozuntuları**
3. **Depersonalizasiya və derealizasiya sindromu**

1. Düşüncə pozuntuları kəmiyyət və keyfiyyət pozuntuları olaraq bölünür.

Düşüncə pozuntularının iki variantı fərqləndirilir:

a)düşüncənin zəif pozuntular- sayıqlama, hallüsinasiya zamanı məkan və özünə bələdlilik pozulmur.

b)kobud düşüncə pozuntuları- bələdlilik pozulur. ıki qrupa bölünür. kəmiyyət(obnibulyasiya, somnolensiya, sopor və koma halları) və keyfiyyət (illüziya, hallüsinasiya, (sayıqlamalar) pozuntuları.

kəmiyyət pozuntusu dedikdə- qavramanın ləngiməsi və bununla bağlı xarici aləmlə əlaqənin çətinləşməsi. qıcıqların çox hissəsi qavranılmır, təhlil olunmur və beləliklə normal psixi fəaliyyət pozulur- xəstə süst, yuxulu görünür.

keyləşmə ağırlıq dərəcəsinə görə bir neçə formaya bölünür:

a)obnibulyasiya-keyləşmənin ən yüngül forması olub, arabir düşüncənin pozularaq yenidən aydınlaşması. ətrafı normal sezir,sualları normal cavablandırır ancaq həmin an nə dediyini, kiminlə söhbət etdiyini, harada olduğunu unudur.

b)somnolensiya- yarıyuxulu hal. xəstə gözüyumulu uzanmış vəziyyətdə olur.verilən suallara düzgün cavab verir. sualın məzmunu mürəkkəbləşdikcə cavab çətinləşir.

c)sopor- xəstə yuxulu adamı xatırladır.ətraf qıcıqlara reaksiya vermir, qıcıq gücləndikcə isə xaotik hərəkətlər edir. bəbəyin işığa reaksiyası pozulmur, ağrı hissi duyulur.

d) koma- düşüncənin kəmiyyətcə pozulmasının ən ağır dərəcəsi olub xarici aləmlə əlaqənin tam itməsi və bir sıra şərtsiz reflekslərin (bəbəyin işığa reaksiyası, ağrı hissi) sönməsi ilə xarakterizə olunur. qan təzyiqi enir, tənəffüsü seyrək və dərin olur. xəstə öz halından çıxdıqdan sonra tam amneziya qeyd olunur.

keyfiyyət pozuntularına aiddir:

a.deliriy-bu zaman özünü dərketmə saxlanılır, mühiti dərketmə pozulur. xarici görkəmi kəskin psixotik halın olmasını göstərir. gün ərzində xəstələrin vəziyyəti bir neçə dəfə dəyişir- şiddətlənməsi, əksərən axşamlar qeyd olunur. qorxu və təşviş keçirən xəstələr onlara “hücum edən” vəhşi heyvanlardan, əcaib insanlardan qorunmaq üçün hardasa gizlənməyə cəhd göstərirlər.bəzən isə özlərini pəncərədən tullamağa belə cəhd edirlər. meydana çıxır- alkoqolun və ya zəhərli maddələrin təsiri altında. intoksikasiya nəticəsində meydana çıxan deliriy bir neçə saatdan bir həftəyədək davam edə bilər.öz halından çıxdıqdan sonra xəstələr olmuş hadisələrin əksər hissəsini unudurlar. bir neçə formasına rast gəlinir:

a)peşə delirisi-mühiti dərketmənin pozulması fonunda şəxs sanki həmişə çalışdığı iş yerində öz peşə vəzifəsini ifa edir.məsələn, dəmirçi sol əli ilə aramla görüyü basır, sağ əli ilə maşanı o üz- bu üzə çevirir.

b)zümzüməli deliriy-ağır keçən deliriy zamanı təsadüf edilir.xəstə dodaqaltı sanki nəsə deyir, əllərinin, başının ritmik və cəld hərəkətləri ilə diqqəti cəlb edir.

b. oneyroid-bu zaman özünə bələdlik tam, mühitə bələdlik isə nisbətən pozulur.

psevdohallüsinasiyaların olur. vaxtın düzgün dərk olunması pozulur, fantastik məzmunlu sayıqlamalar qeyd olunur. özlərini hallüsinator obrazlar kimi kənardan qavrayırlar. bir xəstə meşədə çayın kənarında, vəhşi heyvanların iştirakı ilə böyük bir musiqi məclisində iştirak etdiyini söyləyir və meymun gitara, şir nağara, o, isə zərb alətlərində çalır.bununla belə özünü kənardan seyr etdiyini deyirdi. bəzən özlərini yaşlarına uyğun olmayan tərzdə təqdim edir.məsələn, 20 yaşlı gənc özünü beli bükülmüş, saçı-saqqalı ağarmış qoca kimi qələmə verir. öz halından çıxdıqdan sonra xəstə keçirdiyi iztirabların xeyli hissəsini yadına salır,onlar haqqında məlumat verə bilir. rast gəlinir şizofreniyada (oneyroid katatoniya formasında), beyin sifilisi, ensefalitlər, meninqoensefalitlər, bəzən isə ağır intoksikasiyalar zamanı.

c.düşüncənin alaqaranlıq halı- gözlənilmədən meydan çıxır. özünü dərketmə tam, mühiti dərketmə isə nisbətən pozulur. epilepsiya xəstəliyi olan bir adam işdən evə qayıdarkən yarı yolda düşüncənin alaqaranlıq pozulması halına düşür. istiqamətini dəyişərək evlərinə yox, vağzala sarı gedir. bilet alıb qatara mi-nir.başqaları ilə tanış olur,mehmanxanaya gedir,sonra vağzalda gecələyir.öz halından çıxır, bir müddət harada olduğunu bilmir. olmuş hadisələrin hamısı unudulur-tam amneziya qeyd olunur. eşitmə, görmə illüziyaları, hallüsinasiyalar, qorxu və təşviş hissi olduqda xəstəni dərhal tədric etmək, xəstəxanaya göndərmək lazımdır.bir neçə klinik variantları vardır:

a)ambulator avtomatizm- mənasız gəzintilərə meyl göstərir.günlərlə kənddən kəndə, müxtəlif şəhərlərə səyahət edir.

b)somnambuliya- 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, həyətə çıxaraq təkbaşına şalbanın, nərdivanın üstü ilə gəzişməyə başlayır. səhər yuxudan ayılarkən olmuş hadisə haqqında heç nə yadında qalmır.

c)fuqa-düşüncənin alaqaranlıq pozulması vəziyyətində harayasa qaçmaqla xarakterizə olunan haldır. qəflətən başlayır, eləcə də qurtarır. səbəbini soruşduqda öz hərəkətini heç nə ilə izah edə bilmir,çünki olmuş hadisəni dərhal unudulur. rast gəlinir- epilepsiya xəstəliyində, beynin üzvi xəstəliklərində, travmalarında, patoloji sərxoşluq zamanı.

ç. amensiya – düşüncənin dərin pozuntusu olub özünü və mühiti dərketmənin tam itməsi. meydana çıxır ağır xəstəliklərlə: beynin infeksion xəstəlikləri, doğuşdan sonrakı sepsis,intoksikasiyalar, nadir hallarda isə şizofreniya. nitq əlaqəsiz,ətraf mühitin qavranılması qeyri-obyektiv olduğu üçün xəstənin şikayətlərini və sayıqlama fikirlərini anlamaq olmur.bəzən gözlənilməz hərəkətlər edirlər sonra birdən sakitləşir, çöhrəsi gülüş ifadə edir və yaxud da ağlamağa başlayır.

depersonalizasiya və derealizasiya sindromu. depersonalizasiya özünü dərketmənin xüsusi pozuntusudur, bu zaman şəxs özünü ikiləşmiş kimi təsvir edir. xəstələr mühitin yadlaşmasını, yəni ətrafdakı hadisələrin, obyektlərin, eyni zamanda adamların yadlaşmasını , əvvəlkinə bənzəmədiklərini söyləyirlər.

MÖVZU 5: MƏRKƏZİ SİNİR SİSTEMİNDƏ YARANAN PATOLOGİYA İLƏ ƏLAQƏDAR QAVRAMA SABİTLİYİNİN POZULMALARI

Plan:

1. **Makropsiya**
2. **Mikropsiya**
3. **Dismeqalopsiya**
4. **İllüziya**
5. **Hallüsinasiya**
6. **Aqnoziya**

Qavrama - duyğu orqanları vasitəsi ilə obyektiv varlığın mərkəzi sinir sistemində əks olunmasıdır. Qavrama zamanı insan əşyanın həcmini, rəngini və digər xüsusiyyətlərini bütövlükdə dərk edir. Qavrama duyğular əsasında yaranan mürəkkəb və aktiv proses olubÇ 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 arasından axan çayı yüksək bədii vüsətlə qavradığı halda başqa birisi həmin mənzərəni sönük, məzmunsuz qavraya bilər. Və ya istirahət zamanı, yaxşı əhvali-ruhiyyədə hər hansı bir musiqini dinləyərək ondan yüksək zövq alan şəxs, ovqatı pis, yorğun olarkən həmin musiqini qıcıqlandıra bilər.

Qavrama pozuntusu

Qavrama pozuntusu 4 qrupa bölünür

- Aqnoziyalar
- Illuziyalar
- Hallusinasiyalar
- Psixosensor pozuntular

Aqnoziyalar

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 ilə bağlıdır. Aqnoziyalara başlıca olaraq beyinin orqanik pozuntularında, travmalar, şişlər, damar xəstəliklərri və s. rast gəlinir. Aqnoziyalar bütün duyğu orqanlarına aid ola bilər. Görmə - 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 bilir. Görmə aqnoziyası bəzən əşyalara deyil, onların məzmununa aid ola bilər. Məsələn, xəstə hər hansı bir şəkilə baxarkən orada təsvir olunan hadisənin məzmununu başadüşə bilmir, bəzi hərfləri tanıya bilmədiyi üçün yazını oxuya bilmir (alepsiya). Bəzən not yazılarını tanıya bilmir. buna optik amuziya deyilir. Rəqəmləri, rəngləri, bir sıra hallarda isə

xəstə ona yaxşı məlum olan əşyaları sanki ilk dəfə görür. Eşitmə aqnoziyası - buna "ruhi karlıq" da deyilir. Bu zaman xəstə ona tanış olan səsləri, sözləri, musiqi melodiyalarını başadüşmür.

Illuziyalar

Illuziyalar - **illusio** fransızcadan aldadıcı təsəvvür, yayınma mənasındadır. Başqa sözlə təhriv olunmuş qavramadır. Onun da 5 növü var: görmə, eşitmə, qoxu, dad və taktil illuziyalarıdır. İlluziyalar sağlam adamlarda da rast gəlinə bilər. Məsələn, ağır eşidən və ya zəif görən adamın səs və əşyaları düzgün qavramaması, yaxud içərisində maye olan stəkana salınmış qaşığın sınmış görünməsi. Sağlam adamın illuziya görməsinə səbəb mənəvi və fiziki yorğunluğ da ola bilər. Lakin bu hal qeyri-patoloji illuziyadır. Bu sadəcə qavramanın çətinləşməsidir. Bu zaman psixi pozuntulu insanlardan fərqli olaraq sağlam insanlarda özünütənqid mövcuddur. Yəni şəxs öz səhvini düzəltmək iqtidarında olur. Lakin psixi pozuntu nəticəsində yaranan illuziyalar zamanı xəstə öz səhvini düzəltmək iqtidarında olmur və illuziyanın davam etmə müddəti psixi pozuntunun dərəcəsindən asılıdır. İlluziyanın 3 növü var:

- affektiv - **affektogen**. Bu illuziyalar hissiyatın güclənməsi fonunda - qorxu, vahimə, gərgin gözləmə zamanı təsadüf olunur. Xəstə küncdə asılmış paltonu evə girmiş oğruya, ağacın əyri budağını ona hücum rtməyə hazırlaşan zəhərli ilana, pəncərə şüşəsindən düşən kölgəni caniyə bənzədir.
- verbal - latınca **verbalis** nitq, söz deməkdir. Bu zaman isə xəstələr ətrafdakı insanların danışdığı adi sözləri özlərinə təhqir kimi başadüşür.
- pareydolik illuziyalar. Bu zaman xəstə ətrafdakı obrazları fantastik bir səhnəyə bənzədir (məsələn, buludları, xalçadakı naxışları). Bu növ illuziyalar **Delirios halın** - alkoqol psixozu başlanqıc formasında rast gəlinir.

Hallusinasiyalar

Hallusinasiyalar- **hallucinatio** latın sözü olub, qarabasma, sərsəmləmə deməkdir. Bu zaman xəstə real aləmdə mövcud olmayan obrazları görür. Bir sözlə hallusinasiyalar obyektsiz qavramadır.

1. Eşitmə hallusinasiyası - bunun bir neçə növü var. **Akoaizm** - bu zaman xəstə məzmunsuz küylər eşidir. Bu sadə eşitmə Hallusinasiyasıdır. **Verbal eşitmə** hallusinasiyası. Bu zaman xəstə uzun-uzadı sözlər , nitq eşidir. Ən təhlükəli eşitmə Hallusinasiyası **imperativ** hallusinasiyadır. Bu zaman xəstəyə eşitdiyi səslər müxtəlif əmrlər verir. Məsələn, belə hallusinasiyanın təsiri altında xəstə qadın öz üşağını balta ilə doğramışdır. **Antoqanist** eşitmə hallusinasiyası zamanı xəstə iki səs eşidir. Bİri hər hansı bir şeyi etməsini, digəri isə etməməsini əmr edir.
2. Görmə hallusinasiyası- bu bəzən sadə - fotopsiya şəklində (gözün önündə kiçik parıltılar, tüstü, cizgilər görür), bəzən isə mürəkkəb formada baş verir. Ətrafda mövcud olmayan obrazlar, döyüş səhnələri, hətta ağır xəstələrdə

qarşılarında özlərini də görürlər. Məsələn, bir xəstə qarşısında özünün 3 formada görür - birinin əlində nizə, birində balta və birində isə tapanca.

3. Qoxu hallusinasiyası - ən çox alın payında şişi olan xəstələrdə rast gəlinir. Belə xəstələr əksər hallarda burunlarına pis qoxunun- çürümüş ət iyi, benzin iyi, kəskin qoxulu dərmanlar və s. gəlməsindən şikayət edir. Belə xəstələr yeməkdən imtina edirlər. Çünki oraya zəhərli maddələrin qatıldığını, xörəyin meyiddən hazırlandığını hesab edirlər.

4. Taktil hallusinasiyası - Bu zaman xəstələr bədənlərinin müxtəlif nahiyyələrində göynəmə, soyuqluq, dartınma və s. kimi hissiyatın olması, bədənlərində cücülərin, qarışqaların gəzdiyini deyirlər. Taktil hallusinasiyanın **visseral** formasında xəstələr daxili orqanlarında (qida borusu,mədə,bağırsağlarında) tikan, bığcıq olduğunu bildirirlər.

Hallusinasiyalar iki qrupa bölünür: **həqiqi, yalançı(psevdo h.)**. Həqiqi hallusinasiyada xəstənin təsvir etdiyi obrazlar ətraf mühitdə olur. Psevdo hallusinasiyalarda isə hallusinator obraz orqanizmin özündə yerləşir. Məsələn, xəstələr səslərin öz beynlərindən gəldiyini, hadisələri beyin gözü ilə gördüyünü söyləyir. Psevdo allusinasiyalar daha mürəkkəb olub özündə qavrama ilə yanaşı təfəkkür sferasını da əhatə edir.

1. Hipnohagik halusinasiyalar - yuxu ilə ayıqlıq arasında, yəni mürgüləmə fazasında rast gəlinən görmə hallusinasiyalarına deyilir. Bu nov hallusinasiyalar bəzi mürəkkəb səhnələri xatırladan məzmunda olur. Bəzən qeyri-adi adamlar onları qorxudur, hücum edir və ya lağa qoyur. Xəstə gözünü açdıqda bütün bu səhnələr yox olur, bir neçə müddətdən sonra yenidən təzahür edir.

Funksional hallusinasiyalar - digər hallusinasiyalardan 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 deyilmiş müxtəlif söyüşlər kimi eşidir. Bu illuziyaya bənzəyir, lakin ondan fərqi bundadır ki, xəstə söyüşləri eşitməklə bərabər relslərin səsini də eşidir.

Psixosensor pozuntular

Psixosensor pozuntular. Bəziləri bu növ pozuntuları qavrama pozuntuları çərçivəsində deyil, ayrıca təsvir edirlər. Psixosensor pozuntular mərkəzi sinir sistemində sensor sintez prosesinin pozuntusu nəticəsində meydana çıxır. Metomorfopsiya adı altında təsvir olunan bu pozuntular əsasən 3 formada rast gəlinir.

1. Makropsiya - ətrafdakı əşyaların, ölçüsündən böyük qavranılması.
2. Mikropsiya - əşyaların olduğundan daha kiçik qavranılması.
3. Dismeqalopsiya - cisimlər həcmcə deyil, formaca dəyişilmiş (məsələn, üçbucaq çevrə şəklində, düz xətt əyri-üyrü şəkildə) qavranılır.

MÖVZU VI. BEYNİN LOKAL ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI YADDAŞ POZUNTULARI

Plan:

1. **Yaddaşın kəmiyyət pozuntuları**
2. **Yaddaşın keyfiyyət pozuntuları**
3. **Amneziya**
4. **Konfabulyasiya**

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 mürəkkəb 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. Fiksasiya yadaalma;
2. Retensiya - yaddasaxlama;
3. Reproduksiya - yadda canlandırma və ya nəqletmə.

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.

Beyində 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 - məqsədəuyğun 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 göstərirlər.

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 adamlar - yeni hadisələri yadda saxlamaq qabiliyyəti zəif olur. Yaddaşımızda toplanmış məlumatların müəyyən müddətdən sonra da 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, infeksion psixozlarda rast gəlinir. Xəstəliklə əlaqədar baş verən hipermneziyanı sağlam adamlarda nadir hallarda olan fenomenal yaddaşdan fərqləndirmək lazımdır. Hipermeneziya zamanı lazımsız informasiyanı yadında saxlayırlar. Hipomneziya 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 alaqaranlıq, amentiv və deliriyoz 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, avtomabil qəzası

nəticəsində düşüncənin qısamüddətli pozulması ilə müşayiət olunan kəllə travması almış adam, maşına mindiyi ana qədər hadisələri yaxşı yadına saldığı halda, ondan sonraki, travmayadək olan hadisələri tamamilə unutmuşdur. Nəqliyyat hadisəsi maşın yola düşəndən 15 dəq 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 g 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 to g e n a m n e zi y a adlanır. Bu mərkəzi sinir sisteminin üzvi xəstəliklərində (beyin damarlarının aterosklerozu, 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 a m n e s t i k d e z o r i e n t a 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, kəllə travmalarında, beynin 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 de- yə 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 təhrifedilmiş, yalançı xatırlamalara kriptomneziya, anekforiya, psevdoreminissensiya və konfabulyasiya aiddir. yunan sözü olub, gizli deməkdir.)

K r i p t o m n e z i y a (kryptos -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 - reallıqda 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 ağlına 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 «bilmirəm» 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 reallığa 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.

Mövzu 7: Təfəkkür pozuntuları

1. **Təfəkkürün kəmiyyət pozuntuları**
2. **Təfəkkürün keyfiyyət pozuntuları**
3. **Sayrışan ideyalar**
4. **Məntiqi ardıcıllığın pozulması**

Təfəkkür 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 qabiliyyət (insana məxsus olan həyat təcrübəsi, bilik ehtiyatları) 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 hissiyyata əsaslanan faktlara deyil, hadisələrin daxili varlığından, mücərrəd keyfiyyətlərindən yaranan və onların əsil mahiyyətini aşkar edən, başqa sözlə, real varlıqdan yaranan faktlara əsaslanırıq. Məsələn, qanaxma ilə xəstəxanaya daxil olan xəstəni müayinə edərkən həkim nəinki 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 10 assosiasiyalardan keyfiyyətcə fərqlənən daha mürəkkəb prosesdir. Belə ki, təfəkkür məlum faktlar əsasında yeni fikir, yeni məzmun yaradır.

Təfəkkür prosesinə təsəvvür və anlayışların inteqrasiyası və təhlili əsasında müvəqqəti əlaqələrin yaranması kimi də baxmaq olar.(İ.P.Pavlov). Təfəkkürün mərkəzi sinir sistemində optimal oynamanın yaranması və induksiya qanununa əsasən lazımsız fikirlərin və assosiyaların ləngiməsinə

(tormozlanmasına)əsaslanır. Başqa sözlə, təfəkkür məqsədəuyğun şəkildə müəyyən istiqamətə yönəlmiş proseslərin ardıcıl, müntəzəm fəaliyyəti və bu prosesə mane olan digər proseslərin ləngiməsi fonunda meydana çıxır.

Təfəkkür 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, umumiləşdirir və yeni nəticələrə gəlirik. Məsələn, həkimin xəstəni müayinə etməsi, diaqnoz və müalicə təyin etməsi.

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

1.Təsəvvürlər – keçmişdə qavranılmış və yaddaşımızda iz buraxmış hadisələrdir. Bunlar real varlığı əks etdirən faktlar olub konkret təfəkkürün əsasını təşkil edir.

2.Anlayış–təsəvvürlərin ümumiləşdirilməsi, onların əlaqələndirilməsi, abstraksiya formasıdır. Bunun vasitəsilə abstrakt təfəkkür meydana çıxır.

Təfəkkürün ifadə forması nitqdir 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 sisteminə 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

kəmiyyətcə (formaca) pozulması; II.Təfəkkürün keyfiyyətcə (məzmunca) pozulması. Təfəkkürün kəmiyyət pozuntularına aşağıdakıları aid etmək olar: 1)Təfəkkürün sürətlənməsi fikirlərin axını, sürətlə bir-birini əvəz etməsi şəklində təzahür edir. Xəstələr bəzən sözləri ardıcıl ifadə etməkdə çətinlik çəkirlər. Nitq 11 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 ardıcıllığı və məzmun vardır. Belə hal MDP-nin maniakal fazası üçün xarakterikdir. 2)Təfəkkürün ləngiməsi. Təfəkkürün sürətlənməsinin əksinə olaraq bu zaman xəstələr çətinliklə danışır, fikirlər sanki tormozlanmış olur. Xəstələr bəzən qeyd edirlər ki, fikirlərinə heç nə gətirə bilmirlər,"deməyə sözləri yoxdur". Bir qayda olaraq, həkimin suallarına "hə" və ya "yox" deyə cavab verirlər, həm də bu sözləri demək üçün xeyli fikirləşirlər. Belə xəstələr bütün günü danışmaya bilər, sanki onların danışmağa marağı yoxdur. Təfəkkürün ləngiməsi MDP-nin depressiv fazasında digər depressiyalarda, şizofreniya xəstəliyində rast gəlir. 3)Təfəkkürün patoloji müfəssəlliyi. Nitqin (fikirlərin) ləngiməsi, eyni zamanda uzunçuluğu ilə diqqəti cəlb edir. Belə pozuntusu olan şəxslər bir söhbətdən digərinə keçə bilmir, üçüncü dərəcəli (lazımsız) fikirlərlə doldurur, belə adamları dinləmək yorucu olur. Bir nəfər epilepsiya xəstəliyinə tutulmuş qadın şahid sifərilə məhkəmə prosesinə dəvət olunur. Hakimin: "Qonşuluğunuzda məktəb binasının yanması təvsilatı 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 kməktəb 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)Təfəkkürün perseverasiyası. 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 orqanik pozuntularla əlaqədar baş verən psixozlarında rast gəlinir. 12 5)Təfəkkürün steriotipiyası. Eyni sözlərin və fikirlərin 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 bilirəm, mən bilirəm..." sözlərini təkrar edirdi. Tibb işçiləri isə əbəs yerə xəstəni sakitləşdirməyə çalışırdı. Belə vəziyyət şizofreniya xəstəliyində tez-tez rast gəlinir. 6)Rezonyorluq boş mühakimələr, mənasız sözlərdən 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 danışırlar. Məsələn, bir xəstə demişdir: "Mən gənc yaşlarımda at belində çox gəzmişəm, ona görə də E vitamininə ehtiyacım olmayıb". Başqa birisi isə demişdir: "Mən heç vaxt dəvə əti yeməmişəm, ona görə də dişlərim tüz tökülüb və riyaziyyatı çətin qavramışam". 8)Təfəkkürün (nitqin) qırıqlığı. Fikirlərin dolaşıqlığı, əlaqəsizliyi, "söz yığımı" şəklində təzahür edir. Bu pozuntu dərəcəsinə görə 3 formada rast gəlinir: a)nitqin assosiasiyası; b)qırıqlığı; v)şizofaziya (söz yığımı). Assosiativ pozuntu zamanı fikir tamlığı, məzmunun bütövlüyü olmur. Qırıqlıqda cümlələr arasında, şizefaziya zamanı isə hətta sözlər arasında əlaqə olmur. Bir xəstədən soruşduqda şikayətiniz nədir, o belə cavab vermişdir: "Başım ağramır, şor qabından, nahaq danışma, nə danışırsan, həkimkimdi, poçtalyon gəlmədi, Ərəbzəngi mənəm, çıx

get". Təfəkkürün qırığlığının bütün formaları, o cümlədən şizofaziya şizifreniya zamanı, ağır infeksion, intoksikasion psixozlarda rast gəlinir. 9)Aytistik təfəkkür real həyatdan uzaqlaşmaq, xəstənin daxili aləmi ilə (səhv təsəvvürləri ilə) bağlı, obyektiv təcrübəyə əsaslanmayan, dialektik izaha tabe olmayan təfəkkür formasıdır. Bu vəziyyət şizofreniya xəstəliyinin xarakter əlamətlərindən biri olan autizm (özünə qapanma) sindromu çərçivəsində rast gəlinir. 10)Təfəkkürün ambivalentliyi (qoşalaşması) xəstədə eyni vaxtda bir-birinə ziddi fikirlərin meydana çıxmasıdır. Məsələn, xəstə ona vurulan iynəni ən güclü müalicəvi təsirə malik dərman, həm də xərçəng xəstəliyinə səbəb olan maddə hesab edir. 13 11) Simvolik təfəkkür. 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. 12)Neologizm psixi pozuntu ilə əlaqədar meydana çıxan yeni sözlərə, ifadələrə deyilir. Xəstələr bu sözlərə özlərinə məxsus mənalar verir, sonralar isə (sağalarkən) onu unudurlar. Məsələn, söhbət zamanı xəstənin işlətdiyi "söndüm" sözünün mənasını soruşduqda o, demişdi: bu söz söyüd ağacının dibində olmaq deməkdir. İ.P.Pavlovun fikrincə təfəkkürün sürətlənməsinin beyin qabığında oynamanın güclənməsi və daxili şərti ləngimənin zəifləməsi ilə, təfəkkürün tormozlanmasını isə beyin qabığında daxili ləngimənin oynamaya üstün gəlməsi ilə izah etmək olar. Təfəkkürün müfəssəlliyi əsas sinir proseslərinin patoloji durğunluğu ilə əlaqədardır. Perseverasiya isə beyninin müəyyən sahələrində əmələ gələn patoloji durğunluğun oyanması ilə izah edilir. Təfəkkürün qırıqlığı zamanı ikinci siqnal sisteminin əhatə edən sahələrin tormozlanması müşahidə olunur. Təfəkkürün məzmunca (keyfiyyətcə) pozuntuları Bu növ pozuntuları təfəkkürün patologiyası ilə əlaqədar meydana çıxan patoloji məhsulat da adlandırılır. Bunlara sayıqlama ideyaları, sarışın 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 tez-tez rast gəlinən əlamətlərdəndir. Təfəkkürün forma pozuntularından fərqli olaraq burada xəstənin söylədiyi fikirlərin məzmununun düzgün olmaması nəzəri 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 əlamətlərində olması diqqəti cəlb edir. Belə adamlar heç bir məqsəd güdmədən "fikirlərini" sübuta yetirməyə can atırlar. Bu məqsədlə maddi 14 və mənəvi ziyan çəkməsinə baxmayaraq öz məqsədindən çəkinmir. Məsələn, bir nəfər orta savadı olan, mühasib köməkçisi işləyən şəxs "Yeni ulduz" kəşf etdiyini sübut etmək üçün müxtəlif elmi idarələrə, nazirliklərə, mətbuat orqanlarına müraciət edir, həftələrlə işə çıxmır və s. Xəstədə sayıqlama fikirlərinin olmasını təsdiq etmək üçün təkcə onun söylədiyi ideyalarla deyil, eyni zamanda onun digər hərəkətləri ilə də maraqlanmaq lazımdır. Məsələn, ailə üzvlərinə münasibəti, iş yerində özünü necə aparmalı, əmək fəaliyyətini dəyişməsi, xəstənin xarici gərgin, davranışı və s. təhlil edilməlidir. Bəzi müəlliflər sayıqlamaları birincili və ikincili olmaqla iki qrupa bölürlər. Qavrama pozuntuları ilə (illüziyalar, hallüsinasiyalar) əlaqədar olaraq meydana çıxan sayıqlama ideyaları isə ikincili adlanır. Belə bölgü təcrübü cəhətdən az əhəmiyyətlidir. Sayıqlama ideyalarını məzmununa görə fərqləndirmək daha məqsədəuyğundur. Sayıqlama ideyalarını 3 böyük qrupa bölmək mümkündür: 1.Münasibət sayıqlamaları; 2.özünü böyütmə sayıqlamaları; 3.özünü kiçiltmə sayıqlamaları. Münasibət sayıqlamaları müşahidə edilən xəstələr belə hesab edirlər ki, ətraf mühitdə olan hər şey onlarla müəyyən dərəcədə əlaqədardır. Xəstəyə elə gəlir ki, bütün tanışlar və yadlar ona mənalı surətdə 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 kliniki 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)Təsir sayıqlamalarında xəstə güman edir ki, ona müxtəlif vasitələrlə, məsələn, hupnoz, rentgen və lazer şüaları ilə təsir göstərirlər. 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 ixtiyarlarımı, allahla olan əlaqəmi bir qrup adamlar öyrənmək üçün xüsusi aparatdan istifadə edir, həmin aparat onların süni gözlərinin içərisində yerləşmişdir. O aparatlar 15 mənim fikirlərimi yazır, sonra isə beynimi kütləşdirir. Məqsədləri ixtiramı mənimsəmək, məni isə dəli etməkdir". 3) Zəhərləmə sayıqlamalarında xəstə söyləyir ki, onu zəhərləmək, xəstəliyə düçar etmək və ya öldürmək istəyirlər. Bu məqsədlə yeməyinə dərman tökür, yaxud da müalicə dərmanı əvəzinə güclü təsirə malik kimyəvi maddələr verirlər. Belə sayıqlamaları olan xəstələr çox vaxt yeməkdən və dərman qəbul etməkdən imtina edirlər. 4) Cadu sayıqlamalarında xəstələr inanır ki, onları cadu ediblər. Ona görə də bədənləri zəifləyib, gücdən düşübdür. 5) Taqsırlandırma sayıqlamaları zamanı xəstələr təkidlə sübut etməyə çalışırlar ki, ətrafdakı adamlar: iş yoldaşları və ya qohumları onu hər hansı bir pis hərəkətdə (məsələn, ərizəbazlıqda, demaqoqluqda, nəlayiq hərəkətlərdə, oğurluqda və s.) təqsirləndirirlər. Ona görə də onunla hanı küsülü kimi rəftar edir, ondan üz döndəriblər. 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 sayıqlamalar qocalıq önü 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 deyirdi ki, yox o,

bazara günorta fasiləsində gedib. Başqa bir xəstə 60 yaşlı həyat yoldaşını hər gecə saat 1-də, əri yuxuya getdikdən sonra yataqdan durub harayasa getdiyini söyləyirdi. Sübut üçün yataq otağının qapısına tüpürcəklə yapıdırdığı qəzet parçasının yerə düşdüyünü göstərirdi. 7) Məhəbbət sayıqlamalarında xəstə kiminsə onu alovlu sevdiyini söyləyir. 35 yaşı olmasına baxmayaraq, ərə getməmiş qadın, bir nəfərin onu sevdiyini söyləyir və deyirdi: nə olsun ki, o, evlidir və iki uşağı var, o, yalnız məni sevir, bu yaxınlarda həyat yoldaşını atıb mənimlə evlənəcək. Nəyə əsasən belə fikirləşirsiniz? Deyə soruşduqda xəstə cavab vermişdir: hər dəfə məni görərkən mənimlə salamlaşır və mənalı nəzərlərlə mənə baxır. 8) Özünüböyütmə sayıqlamaları zamanı xəstələr özlərini həddindən artıq gözəl qeyri-adi istedada malik şəxs hesab edir, olduqca dövlətli, güclü, bilikli olduqlarını söyləyirlər. Bəzən özlərini hökmdar, sərkərdə, alim, yaxud da allah kimi qələmə verirlər. 16 9) Özünü kiçikltmə ideyaları sayıqlama ideyalarının böyük bir qrupunu təşkil edir. Bu sayıqlamaların ümuni cəhəti odur ki, xəstələrdə bədəninin 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 büruzə verə bilər. Belə xəstələrə elə gəlir ki, onlar ağır xəstədirlər, bədənləri, orqanları parçalanır, çürüyür. Bəzi xəstələr heç bir əsas olmadan deyirlər ki, vərəm, sifilis, xərçəng, spid xəstəliyinə tutulmuşlar. Belə ideyalar ipoxondrik sayıqlamalar adlanır. Bir sıra hallarda bu ideyalar daha kobud, mənasız olur və xəstələr ayrı-ayrı orqanlarının varlığını inkar edirlər. Belə fikirlər nigilistik, inkar sayıqlamaları və ya Kotar sindromu adlanır. Qeyd etmək lazımdır ki, sayıqlama ideyaları bəzən sistemli xarakter daşıyır. Onlar yanlış ideyalara, lakin doğru sübutlara əsaslanır. Bu paranoyal sayıqlamadır. Bir xəstə tələbəlik illərində miroskop altında erntrositlərdə “sirrli” yağıntı –toplantı görür. Belə hesab edir ki, o, eritrositlərin faqositar qabiliyyətini kəşf etmişdir. Bu kəşfi sübut etmək üçün o bir sıra eksperimantal müayinələr aparır. Texniki cəhətdən dəqiq

aparılmayan təcrübələrində o, yalnız kəşfini təsdiq edən əlamətləri görür, qalan proseslərə isə əhəmiyyət vermirdi. Birinci elmi cəmiyyətdən mənfi cavab alan xəstə digər elmi cəmiyyətə müraciət edir, mümkün olan yerlərə ərizə yazır, şikayət edir. Onun mübarizəsi uzun illər davam edir. Paronoyal sayıqlamalardan fərqli olaraq paranoid sayıqlama sistemsiz, ardıcıl olmur, yalançı ideyalara əsaslanır və mənasız sübutlarla "təsdiq" edilir. Parafren sayıqlamalar sistemləşmiş, fantastik məzmunu ilə xarakterizə olunur. Belə sayıqlamalar üçün fantaziya və konfabulyasiya xarakterikdir. Sayıqlamaların patofizioloji əsasını İ.P.Pavlova görə, beyin qabığında patoloji oyanma ocağının meydana gəlməsi təşkil edir. Həmin nahiyə ətrafında induksiya qanunu əsasında ləngimə sahəsi əmələ gəlir ki, bu da durğun oyanmasının intensiv surətdə ətrafa yayılmasının qarşısını alır. Sarışın ideyalar. Şəxsin iradəsindən asılı olmayaraq meydana çıxan, lakin xəstə tərəfindən tənqidi münasibət bəslənilən yersiz, arzuolunmaz fikirlərə, xatırlamalara, qorxulara, hərəkətlərə və meyllərə sarışan hallar (ideyalar)deyilir. Bir qayda olaraq, xəstələr sarışan ideyalar üzərində öz hakimiyyətlərini itirmirlər. İradənin köməkliyi ilə onlar bu fikirləri özlərindən uzaqlaşdırmağa cəhd göstərirlər. Lakin bu halda xəstələrdə yenə də narazılıq, qəmginlik, həyəcan hissi 17 qalır. Sarışan halların geduşi dəyişkən, bəzən də dərinləşərək ağır şəkil alır. Bəzən tamamilə keçib keçmiş 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. v) Sarışan meyllər – mənasız, təhlükəli, ləyaqətsiz bir iş görməyə şiddətli meylin əmələ gəlməsidir. q) Sarışan hərəkətlər qorxu və şübhələrdən azad olmaq məqsədi güdən və bir növ müdafiə xarakteri daşıyan hərəkətlərdir. Bəzən xəstənin qorxu və şübhələrindən azad olmasına, nisbətən sakitləşməsinə sarışan halların məzmunu ilə heç bir əlaqəsi olmayan müəyyən hərəkətlərin həyata keçirilməsi kömək edir. Belə hərəkətlər sarışan rutuallar adlanır. d) Sarışan xatırlamalar zamanı xəstə qorxulu, bəzən də mənasız hadisələri yadına salır.

e)Sarışan qorxular və ya fobiyalar bir neçə formada təzahür edir: aqarofobiya – açıq sahədən, geniş küçədən qorxmaq,; oksifobiya – iti əşyadan qorxmaq; akrofobiya – hündürlükdən qorxmaq; antropofobiya – izdihamdan qorxmaq; klaustrofobiya – bağlı qapıdan qorxmaq; dismorfobiya – eybəcərlikdən qorxmaq; nozofobiya – ağır xəstəliyə tutulmadan qorxmaq; tonofobiya – ölümdən qorxmaq və s. İ.P.Pavlov hesab edirdi ki, sarışan halların və sayıqlamaların fizioloji mexanizmini biri-birindən ayıran əlamət oynama ocağının patoloji durğunluğa olan münasibətidir. Yəni patoloji durğunluq zəif olarsa sarışan hallar, güclü olarsa sayıqlama əlamətləri meydana çıxır. 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 domunatlıq 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 psixopatlarda, emosiyaları müvazinətsiz, ahəngsiz olan şəxslərdə rast gəlinir. Onları sayıqlama ideyalarından ayıran əsas cəhət real hadisələrlə əlaqədar olmasıdır.

MÖVZU 8: TƏƏSSÜRAT SFERASININ POZUNTULARI

Plan:

1. **Patoloji affekt**
2. **Depressiya**
3. **Eyforiya**
4. **Həyacan**
5. **Qorxu**

Bu ad altında təsvir olunan mənəvi hissiyatlarla əlaqədar proseslər emosiyalar adlanır. *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 meyl göstərir və əksinə xoşagəlməyən qıcıqlardan

uzaqlaşmağa çalışır.Təəssüratla bağlı olan hisslərimiz nəinki psixoloji, bioloji, eyni zamanda sosioloji bir prosesdir. Emosional reaksiyaların rəngarəngliyi, coşğunluğu, 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 əsəbiləşən adam yoxdur. Hər kəsin özünə məxsus gülüş və kədərlənmə tərzi vardır.

Emosiyaların başlıca mənbəyi instiktiv tələblərimizlə 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 instiktlərin rolunu inkar etmək olmaz. İnsan üçün daha məzmunlu, zəngin və olduqca mürəkkəb olan ali (yüksək) emosiya vardır. Ali emosiyaların mənbəi 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 öldür 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 reaksiyalar da isə adrenolunun, serotinin miqdarının artması buna misal ola bilər.

İnsan daima xarici və daxili aləmdən gələn qıcıqların təsiri altında ya şənlənir, ya da məyus olur. Xəstəlik nəticəsində müydana çıxan ağrı, aclıq, 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. Əhvalın orta həddi 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 bəbbin 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, sevmək)* meydana çıxan və uzun müddət davam edən emosional hala etiras deyilir.

Emosional halın dəyişməsini əks etdirən zahiri əlamətlərə aşağıdakılar aiddir:

1)Mimiki reaksiyalar; 2)Hərəkət reaksiyaları; 3)Vegetativ-visseral reaksiyalar. Bu reaksiyalar insanın razılıq, həm də narazılıq hisslərinin 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, etirasın coşması və ya emosional partlayış da demək olar. Affekt fizioloji *(normal)* və patoloji *(qeyri-normal)* olmaqla iki formaya bölünür. ***Fizioloji affekt*** adkvat 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, təhqirəməruz qalmaq və s. ola bilər.

Patoloji affekt qeyri-adekvat səbəblər nəticəsində yaranır, düşüncə bu və ya başqa dərəcədə pozulduğundan şəxs öz hərəkətlərinə nəzarət edə bilmir. Bu zaman ictimai təhlükəli hərəkət edərsə cinayət məsuliyyəti daşımır.*(Bu Azərbaycan Respublikasının cinayət məcəlləsinin 11-ci maddəsində nəzərdə tutulmuşdur).* Patoloji affekt mərkəzi sinir sisteminin orqanik xəstəlikləri olan şəxslərdə, psixopatlarda, isteriya nevrozu olan şəxslərdə müşahidə oluna bilər.

Klinikada tez-tez rast gəlinən emosiya pozuntularına aşağıdakılar aiddir:

1. Maniya – səbəsiz olaraq əhvali-ruhiyyənin yüksəlməsi ilə təzhür edən hal olub, başlıca olaraq üç əlamətlə özünü büruzə verir: ***a)əhvalın yüksəlməsi; b)hərəkətlərin fəallığı; b)nitqin sürətlənməsi.*** Maniakal hal zamanı xəstə daim şən və gülərüz olur, oxuyur, oynayır, bir yerdə qərar tuta bilmir, hərəkətləri və davranışı ilə hamını əyləndirməyə çalışır. Əsasən maniakal depressiv psixozun maniakal fazasında və bir sıra digər hallarda rast gəlinir.

2. Depressiya – səbəbsiz olaraq əhvali-ruhiyyənin enməsi olub, yuxada göstərilən üç əlamətin (triadanın) əksinə cərəyan etməsi ilə xarakterizə olunur: ***a) əhvalın enməsi; b)hərəkətlərin və v)nitqin tormozlanması.*** Depressiya zamanı əhvalın enməsi o dərəcədə güclü ola bilər ki, həyya xəstə özünə sui-qəsd edə bilər. Xəstə bütün günü qəm-qüssə içərisində olur, yeməkdən imtina edir, xarici görkəmi ağır zərər çəkən, bədbin, ümidsiz adamı xatırladır. Belə xəstələri bir an belə gözdən qoymaq olmaz, onları təcili stasionara yerləşdirmək və yalnız orada müalicə etmək lazımdır.

3. Eyforiya - əhvali-ruhiyyənin az hərəkətləri, laqeyd və məzmunsuz olaraq yeksəlməsinə deyilir. Narkomanlarda, alkoqol qəbul edən adamlarda, mərkəzi sinir sisteminin orqanik pozuntularında rast gəlinir.

4. Disforiya - 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 məqsədi ilə lazımi 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. Emosional ləbillik əhvali-ruhiyyənin səbəbsiz və asanlıqla dəyişməsinə deyilir. Belə şəxslər ani olaraq bir haldan *(məsələn, qəmginlikdən)* digər hala *(şən hala)* keçə bilir. Lakin bu zaman nə qəmginlik, nə də hal üçün xarakter olan emosional görkəm qeyd olunmur.

6. Emosional kövrəklik – emosional zəiflik əlamətləri ilə özünü büruzə verən hala deyilir. Bu zaman xəstə olduqca yazıq, asanlıqla göz yaşı axıtmağa hazır olan görkəm alır. Beyinin damar, orqanik, intoksikasion və infeksion xəstəlikləri zamanı rast gəlinir (məsələn, hipertoniya, ateroskleroz, beyin siflisi, ağır keçən xronik alkoqolizm və s.).

7. Emosional ambivalentlik eyni zamanda iki bir-birinə zidd emosional halın meydana çıxmasına deyilir. Məsələn, kədər və sevinc, məhəbbət və nifrət eyni vaxtda, eyni şəxsdə təsadüf edir. Bu vəziyyət şizofreniya zamanı tez-tez rast gəlinir.

8. Laqeydlik – yaxın adamlara, ətrafda cərəyan edən hadisələrə qarşı biganə olmaq əlamətinə deyilir. Lakin bu zaman şəxs, marağına, instiktiv tələblərinə laqeyd qalmır.

9. Emosional kütlük – emosional çatışmazlığın daha ağır forması olub laqeydlikdən və emosional düşkünlükdən həm kəmiyyət, həm də keyfiyyətcə fərqlənir. Xəstələrin marağı ancaq instinqtiv tələbləri ətrafında toplanır. Xəstəxanaya görüşə gələn bacısından bir xəstə ancaq yemək üçün nə gətirdiyini soruşar, 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. Emosional kütlük şizofreniyanın son dövrü üçün xarakterik sayılan əlamətlərdəndir.

10. Qorxu – həm nevrozlar, həm də psixozlar 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. Həyəcan – həm özünün həm də yaxın adamlarının əmin-amanlığının pozulması ilə diqqəti cəlb edir. Lakin bir sıra hallarda bu əlamət kədər, qorxu hissləri ilə birləşərək daha da mürəkkəbləşir və təhlükəli xarakter alır. Qocalıqönü psixozlarda və nevrozlarda, reaktiv depressiyalarda və bir sıra digər hallarda təsadüf edir. Emosional pozuntuların patofizioloji mexanizmini izah edən müxtəlif nəzriyyələr mövcuddur. Bu sahədə ciddi tədqiqatlar aparan P.E.Simonovun fikrincə emosional reaksiyaları tənzim edən konkret mərkəzlər deyil beyinin müxtəlif sahələrinin müştərək fəaliyyətidir. Ali sinir

fiziologiyasında aparılan bəzi eksperimental təcrübələrdən məlumdur ki, hipotalamus və uzunsov beyinin qıcıqlandırılması nəticəsində emosional reaksiyalarla müşayiət olunan bir sıra simpatik və parasimpatik effektlər almaq mümkündür. Görmə qabarının bəzi nüvələrini, subtalmik sahəni qıcıqlandırmaqla aşağıdakı reaksiyaları müşahidə etmək mümkün olmuşdur:

1.Bədənin müxtəlif nahiyələrində və ətraflarda əks olunan xoşagələn hissiyyatların (bəzən isə əksinə) meydana çıxması;

2.Qısamüddətli və kəskin cərəyan edən qorxu, dəhşət və ya sevinc hissi;

3.Əvvəlcə əhvalın yüksəlməsi, sonra eyforiya və daha sonra depressiya ilə əvəz olunan emosional halın meydana çıxması və s. İ.P.Pavlov və onun ardıcılları göstərmişlər ki, emosiya reaksiyalarının patofizioloji əsasını təşkil edən beyinqabığı və qabıqaltı törəmələr arasındakı funksional əlaqələrin pozulmasıdır.

Mövzu 9. DİQQƏT POZUNTULARI

1. **Diqqət haqqında anlayış.**
2. **Diqqətin funksiyaları.**
3. **Diqqətin fizioloji əsasları**
4. **Diqqətin növləri.**
5. **Diqqətin xarakterik xüsusiyyətləri**
6. **Diqqətin patologiyası**
7. **Diqqətin pozuntuları**

1. Diqqət haqqında anlayış. Psixologiyada diqqətin mahiyyəti ilə bağlı çoxlu sayda tədqiqatlar aparılmışdır. Bu tədqiqatlar həm diqqətin psixoloji mahiyyətini, həm onun fizioloji əsasını, həm də növlərini və xüsusiyyətlərini araşdırmaqla məşğuldur. Bu tədqiqatlarda əsasən diqqət idrak prosesi kimi götürülmüş və onu bu aspektdə təhlil etmişdilər. Lakin sonralar bununla bağlı tədqiqatlarda fikir dəyişdirildi. Çünki diqqət digər idrak proseslərindən fərqli olaraq həmin idrak proseslərinə daxil olur və onların yaranmasında bilavasitə iştirak edir. Əgər bu aspektlərdən məsələyə baxsaq görərik ki, diqqət özü xüsusi bir proses olaraq idrak proseslərinin (duyğunu, qavrayışın, təfəkkürün) yaranmasına şüurlu nəzarət edir. Məsələn, hər hansı bir duyğunun əmələ gəlməsi üçün və ya hər hansı bir obyektin qavranılması üçün hökmən ona diqqət yetirmək lazımdır. Bütün bunlar diqqətin bir psixi proses olaraq insan həyatında necə mühüm əhəmiyyətə malik olmasını göstərir.

Diqqət fəaliyyət zamanı insanın idrak proseslərinə qoşulur, onların daha müvəffəqiyyətli cərəyanı üçün zəmin yaradır.

Çünki bütün idrak prosesləri seçici xarakter daşıyır, müəyyən obyektə yönəlmiş olur. Yəni diqqət psixi fəaliyyətin seçici səciyyə daşımasında ifadə

olunur. Bu mənada diqqət cismin, hadisənin inikası olmayıb psixi fəaliyyətin obyektinin aydın, aşkar əks olunmasının təmin edir.

2. Diqqətin funksiyaları. **Diqqət şüurumuzun müəyyən obyekt üzərinə yönəlməsindən və mərkəzləşməsindən ibarət olan psixi prosesdir.**

Bu təridən çıxış edərək diqqətin aşağıdakı funksiyalarını fərqləndirə bilərik:

1. İnsana çoxlu sayda qıcıqlandırıcılar təsir edir. Lakin o, onlardan ən vacib olanını seçir, digərlərini kənar edir. Bu diqqətin **seçmə funksiyasıdır.**

2. Diqqətin müəyyən obyekt üzərində **saxlanılması funksiyası**. Bu zaman insan qarşıya qoyduğu məqsədə müvafiq olaraq şüurunu müəyyən obyekt üzərində saxlayır.

3. Diqqətin **nəzarət və tənzimetmə funksiyası**. Bu zaman diqqət insan fəaliyyətini tənzimetmə funksiyasını həyata keçirir.

4. **Diqqətin fizioloji əsasları.** Diqqətin fizioloji əsasları ilə bağlı nəzəriyyələrin 3 qrupunu göstərmək olar:

1) Geştalt psixoloqların fikrincə, diqqətin həcmi və istiqaməti bütövlükdə struktur qavrayışın qanunları ilə müəyyən olunur. Onu yaxşı bilməklə diqqətin fizioloji əsasını izah etmək mümkündür.

2) İkinci qrup psixoloqlar diqqətin *"emosional nəzəriyyəsi"*mövqeyində dayanırlar. Bu psixoloqlar belə güman edirlər ki, diqqətin istiqaməti bütövlükdə həvəs, tələbat və emosiyalarla bağlıdır. Amerikan biheviorist psixoloqlarının əksəriyyəti praktik olaraq bu mövqedə dayanırlar.

3) Nəhayət, problemə *"diqqətin motor nəzəriyyəsi"* mövqeyindən yanaşan üçüncü qrup psixoloqlar diqqətə hər bir iradi aktın əsasında duran motor ustanovkaların təzahürü kimi baxırlar. Belə hesab edirlər ki, diqqətin mexanizmi hər bir gərginliyi xarakterizə edən əzələ səyi siqnalıdır.

Asanlıqla görmək olar ki, bu nəzəriyyələrdən hər biri diqqətin tərkibinə daxil olan müəyyən komponenti ayırır, lakin praktiki olaraq diqqətin əsasında duran ümumi fizioloji mexanizmlər haqqında məsələyə yanaşmağa cəhd etmirlər. Diqqətin ümumi fizioloji əsasları haqqında hipoteza irəli sürən fizioloqlar qarşısında nəzərə çarpacaq çətinliklər meydana gəlmişdir. Ən ilkin cəhdlərdən biri məşhur inglis fizioloqu Şerrinqtonun hipotezi idi ki, sonralar çox məşhur ad almışdı: *"ümumi hərəki sahə nəzəriyyəsi"* , yaxud da *"Şerrinqton qıfı"*. Onurğa beyninin arxa buynuzlarında sensor neyronların hərəki neyronlardan çox olması faktını müşahidə edərək Şerrinqton belə bir vəziyyəti bildirdi ki, heç də hər bir hərəki impuls özünün hərəki sonluğuna çata bilmir və çox sayda sensor oyanmalar özünün *"ümumi hərəki sahə"*sinə malik olur.

Diqqəti adətən sinir sistemlərinin müxtəlif səviyyələrində yerləşən "süzgəc"ə bənzədirlər və bu funksiyanın əsasən retikulyar formasiyanın – yəni törəməli şaxənin həyata keçirdiyi təsdiq olunmuşdur.

Hələ vaxtilə akademik İ.P.Pavlov diqqətin fizioloji əsasını birinci növbədə *bələdləşmə refleksi* ilə izah etmişdir. Adətən qarşılaşdığımız hər bir yeni cisim və hadisə,yenilik bizi maraqlandırır, onunla tanış olmağa, bələdləşməyə sövq edir.

Diqqətin fiziolji əsaslarını başa düşməyə İ.P.Pavlovun kəşf etdiyi *"optimal oyanma ocağı"* haqqında təlim çox kömək göstərmişdir. Bu təlimə görə baş beyin yarımkürələrində hər an oyanma üçün optimal şəraitin olması ilə xarakterizə olunan yüksək oyanma ocağı mövcuddur. İnsana xaricdən və daxildən təsir edən qıcıqlandırıcılar içərisindən həmin sahəyə təsir edənləri daha tez və asanlıqla oyanma əmələ gətirir.

Bundan başqa diqqətin fizioloji əsaslarının aydınlaşdırılması üçün A.A.Uxtomskinin irəli sürdüyü *"dominant oyanma sahəsi"* haqqında təlim böyük rol oynamışdır. Dominant oyanma sahəsi optimal oyanma sahəsindən özünün yüksək davamlılığı ilə fərqlənir. Belə dominant (üstün) oyanma sahəsi nəinki yeni əmələ gələn oyanma ocaqlarını ləngidir, həm də onların hesabına daha da güclənə bilir.

4. Diqqətin növləri. Psixologiyada diqqətin daha çox iki növünü fərqləndirirlər: qeyri-ixtiyari və ixtiyari diqqət. Bəzi psixoloqlar diqqətin üçüncü növünü, ixtiyari diqqətdən sonrakı diqqət növünü də ayırd edirlər. Qabaqcadan qarşıya qoyulmuş məqsədlə, heç bir xüsusi niyyətlə bağlı olmayan və iradi cəhd tələb etməyən diqqət ***qeyri-ixtiyari diqqət*** adlanır. Qeyri-ixtiyari diqqətin yaranmasının iki səbəbi var: obyektiv və subyektiv səbəb. Qeyri-ixtiyari diqqətin əmələ gəlməsinə təsir edən qıcıqlandırıcılar bir sıra spesifik xüsusiyyətlərə malik olmalıdır:

1. Qıcıqlandırıcının qüvvəsi və gözlənilmədən təsiri (qüvvətli səs, kəskin iy, güclü işıq və s.).

2. Qıcıqlandırıcının yeniliyi və qeyri-adiliyi.

3. Obyektin hərəkətdə olması.

Qeyri-ixtiyari diqqət insanın emosional vəziyyətindən (əhval-ruhiyyəsi, sağlamlıq dərəcəsi, maraqları, tələbatı və s.) asılı olaraq da əmələ gəlir.

İxtiyari diqqət yalnız insana məxsusdur. İnsanın xüsusi niyyəti, məqsədilə bağlı olaraq əmələ gələn və xüsusi səy tələb edən diqqətə ***ixtiyari diqqət*** deyilir. İxtiyari diqqət daha çox fəaliyyət prosesində əmələ gəlir və fəaliyyətin tənzim olunmasına yönəlmiş olur. Davamlı diqqətin əmələ gəlməsi bir sıra şərtlərdən asılıdır:

1. Borc və məsuliyyəti aydın dərk etmək.
2. Fəaliyyətin konkret məqsədini aydın dərk etmək.
3. Adəti iş şəraitinin olması.
4. Əlavə maraqların yaranması.

İxtiyari diqqətdən sonrakı diqqət isə iki mərhələyə ayrılır. Birinci mərhələdə məqsədə müvafiq olaraq fəaliyyəti yerinə yetirmək üçün iradi səy

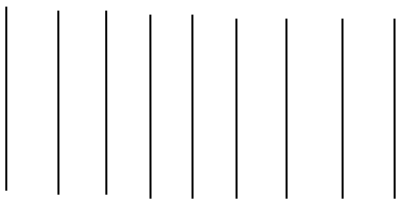
göstərilir, ikinci mərhələdə isə işlə maraqlanmağa başlayır və bu zaman iradi səy vasitəsiz maraqla əvəz olunur.

5. Diqqətin xarakterik xüsusiyyətləri

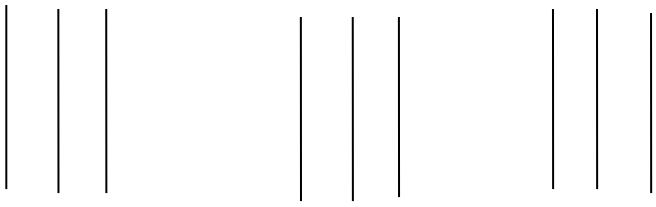
Psixoloji ədəbiyyatda diqqətin 5 əsas xüsusiyyətini ayırd edirlər. Bunlar diqqətin ***həcmi, paylanması, mərkəzləşməsi***, ***davamlılığı və keçirilməsidir.*** Göstərilən xassələr bütün adamlarda eyni səviyyədə inkişaf etmir. Məsələn, bəzi adamlarda diqqət daha çox mərkəzləşməyə, digərində isə paylanmaya meyl edir.

Diqqətin həçmi onun eyni vaxtda əhatə etdiyi çisimlərin miqdarı ilə müəyyən edilir. Diqqətin həçmi fərdi şəkildə dəyişən bir kəmiyyət olub və əsasən bir-biri ilə əlaqəsi olmayan 5±2 obyekti əhatə edir. Əksər hallarda diqqətin həcmini ölçmək üçün taxistoskop adlanan cihazdan istifadə olunur. Bu cihaz vasitəsilə qıcıqlandırıcılar (sözlər, fiqurlar, rəqəmlər və s.) elə nümayiş etdirilir ki, yoxlanılan şəxs nəzərini bir obyektdən diqərinə keçirə bilməsin. Diqqətin həçmi qavranılan cisim və hadisələrin bir-biri ilə nə qədər sıx əlaqədar olmasından aslıdır. Cisim və hadisələr bir birləri ilə nə qədər sıx əlaqədə olarsa diqqətin həçmi də bir o qədər böyük olar. Bunu aydın görmək üçün aşağıdakı iki şəkilə nəzər salaq.

A



B



Əgər birinçi şəkli (A) yoxlanana ani olaraq göstərib götürsək və orada neçə xətt çəkildiyini soruşsaq dəqiq rəqəmi çətin eşidəçəyik. İkinçi şəkli (B) göstərdikdə isə dər hal 12 çavabını alacağıq. Burada yoxlanan 3 xəttdən ibarət olan 4 qrupu birləşdirərək cavab verir.

Başqa bir misal. Əgər yoxlanana «ü ə n g n a a x b» hərfləri yazılmış lövhəni göstərib orada neçə hərf olduğunu soruşsaq düzgün cavab çətin alınaçaqdır. Lakin

həmin hərfləri bir söz kimi birləşdirib «günəbaxan» şəklində təqdim etsək burada 9 hərf olduğunu asanlıqla deyə biləcəkdir.

Diqqətin davamlılığı *on*un eyni bir obyekt üzərində uzun müddət saxlanılmasında ifadə olunur. Tədqiqatlar göstərir ki, insan diqqətini yönəltdiyi obyektdə yeni tərəflər, yeni əlaqələri aşkar etməyi bacarırsa onun diqqəti davamlı olur. Başqa sözlə qavranılan obyekt daima yeni məzmun kəsb edərsə bu diqqətin davamlı olmasına gətirib çıxarır. Bundan başqa diqqətin davamlılığı bir sıra şərtlərdən, məsələn, materialın çətinlik dərəcəsindən, onun anlaşıqlılığından, subyektin onamünasibətindən, insanın yaşından və şəxsiyyətin bir çox fərdikeyfiyyətlərindən asılıdır. Diqqətin bu xüsusiyyətini nəzərə alaraq dərs zamanı hər 10-15 dəqiqədən sonra fəaliyyət növlərinin dəyişilməsi məqsədəuyğun hesab olunur.

Diqqətin paylanması eyni zamanda 2 və ya daha çox fəaliyyət növünü (və ya müxtəlif işləri) həyata keçirmək qabiliyyəti ilə müəyyən olunur. Diqqətin paylanmasının zəruri şərtlərindən biri odur ki, bu zaman icra olunan fəaliyyətlərdənbiri avtomatlaşmalı, yəni şüurun xüsusi nəzarəti olmadan həyata keçirilməlidir. Diqqətin paylanması insanın psixoloji və fizioloji vəziyyətindən çox asılıdır. Yorğunluq halında, diqqətin daha çox mərkəzləşməsini tələb edən fəaliyyət növlərinin həyata kecirilməsi zamanı diqqəti paylamaq çətin olur. Bununla belə, diqqətin paylanması səviyyəsi eyni zamanda icra edilən fəaliyyət növlərinin xarakterindən, onların mürəkkəblik dərəçəsindən, həmin fəaliyyət növləri sahəsində insanın bacarıq və vərdişlərinin avtomatlaşma səviyyəsindən də asılı olur.

Diqqətin keçirilməsi şüurlu surətdə diqqəti bir obyektdən digər obyektə, bir fəaliyyət növundən digərinə keçirməkdə təzahür edir. Məsələn, müəllim dərs zamanı diqqətini müxtəlif şagirdlərə, öz fəaliyyətinə, gözlənilmədən baş verən hadisələrə kecirir və eyni zamanda da o dərsin əsas məzmunundan, planından yayınmır. Keçirilmə hər hansı bir dəyişən, mürəkkəb situasiyaya daha tez bələdləşmə qabiliyyəti ilə bağlıdır. Əlbəttə, diqqətin keçirilməsi bütün insanlarda asan baş vermir və çox şərtlərdən asılıdır. Bunlara əvvəlki və sonrakı fəaliyyətin qarşılıqlı əlaqəsini və subyektin onlara münasivətini aid etmək olar. İnsan asan işdən çətin isə keçdikdə keçirilmənin göstəriçiləri aşağı düşür. Diqqətin keçirilməsi bir fəaliyyətdən digər fəaliyyətə keçmə tezliyində ifadə olunur və o həm də sinir sisteminin bəzi xassələrindən - dinamiklik və rigidlikdən asılıdır.

Diqqətin mərkəzləşməsi zamanı şüurumiz yalnız bir obyekt və ya fəaliyyətə yönəlir. Fizioloji baxımdan mərkəzləşmə beyində olan dominant oyanma ocağının fəaliyyətilə bağlıdır. Mərkəzləşmənin masksimal intensivliyi yalnız bir obyektin qavranılması zamanı baş verir. Diqqətin həcmi artıqça, o mərkəzləşmənin səviyyəsinin aşağı düşməsinə səbəb olur. Mərkəzləşmə dərk

etdiyimiz cism və hadisələrin daha dərindən öyrənilməsinin, mürəkkəb əşyavi fəalliyyətin yerinə yetirilməsinin psixoloji şərti kimi çıxış edir.

Diqqətin qeyd olunan xassələri ilə yanaşı bir sıra pozulma hallarına da rast gəlmək mümkündür. Bunlara diqqətin ***tərəddüdünü, yayınmasını, dalğınlığı*** aid etmək olar. ***Diqqətin tərəddüdü***–müəyyən fəaliyyət zamanı diqqətmizin gah bu, gah da başqa obyektə yönəlməsi, az və çox müddət onun üzərində mərkəzləşməsidir. Hətta çox davamlı və mərkəzləşmiş diqqət zamanı biz onun intensivlik dərəcəsinin qısa müddətli qeyri-ixtiyarı dəyişmələri ilə rastlaşırıq. Bu diqqətin ***tərəddüdüdür.*** Diqqətin tərəddüdü N.N.Lanqe tərəfindən öyrənilmişdir. Onun eksperimentlərində yoxlanılanlar saatın tiqqiltisini eşidirdilər. Müəyyən zaman intervalı keçəndən sonra saatın səsi fluktiasiyaya uğqayırdı. N.N.Lanqe qöstərdi ki, tərəddüd dövrü təqribən 2-3 saniyə təşkil edir. Diqqətin tərəddüdünün səbəblərinə yorğunluğu və hiss üzvlərinin adaptasiyasını aid etmək olar. Diqqətin tərəddüdü onun davamlılığına əks olan bir xüsusiyyətdir.

Diqqətin yayınmasına gəldikdə bu, hər hansı bir fəaliyyət zamanı diqqətin qeyri-ixtiyari olaraq əsas işlə əlaqəsi olmayan kənar cisim və ya hadisəyə yönəlməsindən ibarətdir. Diqqətin yayınması ilə mübarizə tədbirlərindən biri işlədiyimiz yerdə kənar qıcıqların mümkün qədər olmamasına çalışmaqdır. Lakin buna həmişə nail olmaq mümkün olmur. Bəzən istəristəməz bir sıra yayındırıcı qıcıqlandırıcıların təsir göstərdiyi şəraitdə işləməli oluruq. Ona görə də diqqətimiz yayınır. Bu cəhəti nəzərə alaraq insan özündə həm sakit şəraitdə, həm də kənar qıcıqlandırıcıların təsir göstərdiyi şəraitdə işləmək bacarığı aşılamağa çalışmalıdır. Diqqətin yayınması hallarından birini də ***dalğınlıq*** təşkil edir. Dalğınlıq insanın öz diqqətini mərkəzləşdirə bilməməsində ifadə olunur. Dalğınlıq halının iki şəklini ayırd edirlər. Birincisi, ixtiyari diqqətin zəifliyində ifadə olunan dalğınlıqdır. Bu zaman insan öz diqqətini müəyyən bir obyekt üzərində mərkəzləşdirə bilmir, onun diqqəti davamsız olur və tez-tez yayınır. Uşaqlarda və yaşlı adamlarda bu cür dalğınlığa tez-tez rast gəlmək olur. Bunun səbəbi çox yorulmaq, insana təsir edən güclü emosional amillər, xəstəlik, uşaqda ixtiyari diqqətin tərbiyəsinin düzgün təşkil edilməməsi ola bilər.İkinci halda dalğınlıq diqqətin hər hansı bir obyekt üzərində çox güclü, gərgin şəkildə mərkəzləşməsində ifadə olunur. Bunun sayəsində kənar qıcıqlandırıcılar onu yayındıra bilmir, insan sanki ətraf aləmi «unudur». Bu nöqsan diqqətipaylamağı və bir obyektdən digərinə vaxtında keçirməyi bacarmamaqda ifadə olunur.

6. Diqqətin patologiyası. Diqqətin patologiyası dedikdə aşağıdakı xüsusiyyətlər nəzərdə tutulur:

1. Diqqətin davamsızlığı.
2. Diqqətin ləngiməsi.
3. Diqqətin durğunluğu.
4. Diqqətin daralması (beyin damarlarının aterosklerozunda olur).

5. Diqqətin zəifləməsi (kəllə travmalarında) (gözlərini ən güclü qıcığa zilləyir, heç bir reaksiya vermir).

İnsan beyni çox mürəkkəb funksiyaları yerinə yetirir. O, yalnız ətraf aləmdən informasiyanı qəbul etmir, həm də onu hifz edib saxlayır. Hər gün biz yeni məlumatlar əldə edirik, hər gün bizim biliklərimiz zənginləşir.İnsanın bildiyi hər şey müəyyən müddət onun beyin "xəzinəsində" saxlanılır.

Beyindəki diqqət və davranış idarəsi ilə əlaqədar olan bölgələr kifayət qədər aktiv deyil. Diqqətin asanca dağılması, həddindən artıq hərəkətlilik və düşünmədən hərəkət etmə beyindəki bu mərkəzlərin yaxşı çalışmamasının nəticəsidir.

Beyin zədələnilməsi

Genetik faktorlar

Diqqət çatışmamazlığı: diqqət aşağıdır, əşyaların detallarında uzun müddət diqqətini cəlb etməyə qadir deyil, səhvlər edir. Diqqətini saxlaya bilmir: uşaq tapşırığı sona kimi yerinə yetirə bilmir. Ona bilavasitə müraciət edəndə elə təəssürat yaranır ki, sanki eşitmir. Təlimatları birbaşa yerinə yetirmir və ya onları sona çatdıra bilmir. Üz fəaliyyətinin təşkili ilə bağlı çətinlik çəkir, tez-tez bir məşğuliyyətdən digərinə keçir. Uzunmüddətli əqli gərginlik tələb edən tapşırıqlardan qaçır və ya xoşlamır. Ehtiyac duyduğu əşyaları tez-tez itirir.Kənar səslərin təsirindən diqqəti asanlıqla yayınır.

Hiperaktivlik və impulsivlik:

Həyəcanlanan zaman əl və ayaqları ilə intensiv hərəkətlər edirlər. Yerindən tez-tez durmalıdır.Yerindən kəskin qalxmalar və həddən artıq qaçışlar. Sakit hərəkətlərdə iştirak etmək çətinliyi. "Motor qoşulmuş" kimi hərəkət edir. Məşğələlər zamanı yerindən qışqırmalar, digər səsli-küylü hərəkətlər və s. Sual bitməmiş cavab verir. Oyun, məşğələ zamanı öz növbəsini gözləyə bilmir. Digərlərinin söhbət və fəaliyyətlərinə müdaxilə edir

Qarışıq tip

Diqqətin pozulması və hiperaktivlik əlamətlərinə rast gəlinir.

Aktiv Uşaq	Hiperaktiv Uşaq
Hərəkətlilikdə davranış uyğun və davamlıdır.	Hərəkətlilikdə davranış məqsədsizdir.
Hərəkətlilik müəyyən bir məqsədə istiqamətlənmişdir.	Uşaqlar reaksiyalarını idarə edə bilmirlər və idarəsiz davranırlar.
Diqqət toplamaq lazımdırsa, uşağın hərəkətliliyi azalır.	Diqqət toplamaq lazımdırsa, uşağın hərəkətliliyi artır

Aktiv uşaq daha çox tanış mühitlərdə aktivdir	Hiperaktiv uşaq hər yerdə aktivdir.

Narahat uşaqlarda hərəkətlilik mühitə istiqamətlidir. Stressli vəziyyətlərdə hərəkətlilikləri artar.Həddindən artıq hərəkətli uşaqlar həyəcanverici mühitlərdə sakitləşərkən, normal vəziyyətlərdə hərəkətlilik səviyyələri artar.

Hiperaktiv uşaqlar tənqidə və danlanmağa o qədər də diqqətli deyillər, buna baxmayaraq , tərifə qarşı çox həssasdırlar .

Uşağın bütün həyatının təşkili ona sakitləşdirici təsir etməlidir. Tez-tez onu etdiyi müsbət əməllərə görə tərifləmək lazımdır.Uşaqla fiziki kontakt çox vacibdir. Uşağın həddindən artıq yorulmaqdan qorumaqlazımdır. Yorğunluq özünütənzimi azaldır və hiperaktivliyi artırır.

7. Psixi fəaliyyətin (düşüncənin) bu və ya başqa istiqamətə yönəlməsi və hər hansı bir obyekt üzərində cəmlənməsi prosesinə diqqət deyilir. Diqqətin obyekti, xarici aləmda mövcud olan cisim və hadisələr, özümüzə aid olan, orqanizmdə yaranan hisslərimiz, fikirlərimiz ve ola bilər. Diqqətin hans istiqamatə 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 **i x t i y a r i d i q q ə t** adlanır.

Neyropsixologiyada rast gəlinən diqqət pozuntulara aşağıdakılar aiddir:

1) D i q q ə t i n d a v a m s ı z l ı ğ ı (və ya diqqətin yayınması). Uzun müddət diggətin müəyyən hadisə üzərində cəmlənə bilməməsidir. Bu əlamət diqqət çatışmazlığı və Hiperaktivlik sindromu zamanı müşahidə olunur

2) D i q q ə t i n l ə n g i m ə s i. Psixi fəaliyyətin, ümumiyyətlə, ləngiməsi hallarında, masalan, affektiv psixozun depressiv fazasında qeyd edilir.

3) D i q q ə t i n d u r ğ u n l u ğ u. Təfəkkürün və digər psixi funksiyaların durğunluğu (ləngiməsi) fonunda rast gəlinən əlamətdir. Epilepsiya xəstələrində təsadüf edilir.

4) D i q q ə t i n d a r a l m a s ı. Beynin üzvi xəstəliklərində, xüsusən beyin damarlarının aterosklerozunda təsadüf olunur.

5) D i q q ə t i n z ə i f l ə m ə s i. 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 zaman xəstə ən güclü qıcığa belə reaksiya vermir və ya ancaq gözlərini hadisə cərəyan edən səmtə yönəltməklə (passiv) cüzi hərəkət nümayiş etdirir.

6) P a t o l o j i d i q q ə t. 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 psixolarda rast gəlinir.

Diqqətin pozuntularını adi söhbət zamanı müəyyən etmək mümkündür. Lakin lazım olarsa müstəqil psixoloji metodlardan da istifadə etmek olar. Məsələn, bir neçə saniyə və ya dəqiqə müddətində xəstəyə müəyyən fiqurlar, diaqramalar göstərib sonra onların yerini, formasını söyləməsini təklif edirik. Şəxsin cavabından asılı olaraq onun nə dərəcədə diqqətli olduğunu təyin edirik.

MÖVZU 10: MEYLLƏR VƏ İMPULSİV MEYL POZUNTUSU

1. **Meyllər haqqında anlayış**
2. **İmpulsiv meyllər haqqında anlayış**
3. **İmpulsiv meyl pozuntusu haqqında anlayış**

Meyllər insanlara və eyni zamanda digər canlılara məxsu olan ibtidai, həyati tələblərin *(instinktlərin)* ödənilməsinə yönələn fəaliyyətdir. Lakin insanlar arasında bu tələblərin ödənilmə formaları intellektual inkişafla əlaqədar olaraq daima formalaşır və keyfiyyətcə heyvanlarda olduğundan fərqlənir. İnstinktlərin əsas formaları bunlardır. ***1) həyatı davam etdirmə (yaşamaq) instinkti; 2) nəsli davam etdirma (cinsi) instinkti.***

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 vərdişdən 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 əsasında icra olunur. Meyillərin pozuntularını araşdırarkən yuxarıda göstərilənləri nəzərə almaq vacibdir.

İradədən fərqli olaraq meyillər irsi proqramlaşdırılmış, şüuraltı sferaya (təkdəlşüura) aid olan hesab psixi fəaliyyət forması hesab edilir. Məlum olduğu kimi instinktiv meyllərin əksəriyyəti (məsələn, aclığı, susuzluğu, yorğunluğu dəf etmək) orqanizmin fizioloji tələbatlarını ödəməyə yönəlmiş fəaliyyətdir. Eyni zamanda qeyd etməliyik ki, onlar orqanizmin fizioloji tələbatları ilə əlaqədar deyil.

Məsələn, məcara axtarmaq, bəzi şeylərlə daha çox (məsələn, başqasının hərəkətləri ilə) maraqlanmaq, kolleksiya toplamaq və s. Bu mülahizə psixoloqlar tərəfindən heç də birmənalı qarşılanmır və bəzi alimlər yuxarıda göstərilən hərəkətləri də instinktiv meyllərə aid edirlər. Daha bir maraq doğuran məsələ bu və ya digər meyllərin müxtəlif şəxslərdə eyni dərəcədə təzahür etməməsidir, bəzilərində az, bəzilərində çox.

Meyllərin pozulması özünü onların güclənməsində, zəifləməsində və cəfəng formada icra olunmasında göstərə bilər.

Qidalanma meyilinin pozulması: 1) A n o r e k s i y a qidalanma meyilinin zəifləməsi və ya tamamilə itməsi deməkdir. Psixi anoreksiya zamanı aclıq hissinin itməsi (depressiya, katatonik tormozlama ve s. hallarda) və ya hər hansı psixopatoloji səbəbdən (sayıqlama ideyaları, pis iylə müşayiət olunan qoxu hallüsinasiyaları) qidadan imtina etmək müşahidə edilir. N e v r o t i k a n o r e k s i y a isə əsasən, yeniyetmələr və gənclər arasında rast gəlinən, arıqlamaq məqsədilə qida qəbulundan imtina etməklə əlaqədar meydana çıxır.

2) P o l i f a q i y a vəya N e v r o t i k b u l e m i y a qida meyilinin güclənməsi - yeməkdən doymamaq, qarınqululuq əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Belə şəxslər 4-5 adamın payını yeyə bilirlər.

3) P a t o l o j i i ş t a h a yeməyə meyilin keyfiyyətcə pozulması və yeyilməsi mümkün olmayan əşyalar qəbul etməyə deyirlər. Nisbətən az hallarda rast gəlinir. Belə pozuntusu olan şəxslər dəmir, şüşə, təbaşir, torpaq və s. əşyalar 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) H i p o s e k s u a l l ı q-cinsi meyilin zəifləməsi depressiyalarda, şizofreniya xəstəliyinin bir sıra klinik for-malarında, mərkəzi sinir sisteminin üzvi pozuntularında, nevrasteniya zamanı və digər patoloji hallarla əlaqədar meydana çıxa bilər. Cinsi meyilin zəifləməsinin xüsusi forması olan impotensiya (kişilərdə) və frigidlik (qadınlarda) «funksional xarakterli seksual pozuntular» mövzusunda təsvir edilmişdir.

b) H i p e r s e k s u a l l ı q cinsi meyilin güclənməsi beynin bir sıra üzvi pozuntularında: proqressiv iflic, qocalıq ağıl zəifliyi, oliqofreniya və manikal oyanma zamanı rast gəlinir.

c) T ə h r i f o l u n m u ş q e y r i – n o r m a l c i n s i m e y i l l ə r. Bu ad altında təsvir olunan cinsi meyil pozuntuları seksoloji xəstəliklərdən fərqləndirilməlidir. Belə ki, cinsi meyilin qeyri-normal ödənilməsi formaları, əsasən, psixopatlarda (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 h o m o s e k s u a l i z m - eyni cinsli şəxslər arasında seksual münasibətlərin yaranması, a n a n i z m - cinsi meyilin süni üsullarla təmin edilməsi, s o d o m i y a və z o o f i l i y a - müxtəlif ev heyvanları ilə cinsi əlaqədə olmaq, p e d o f i l i y a - kiçik yaşlı uşaqlara qarşı cinsi meyil, h e r o n t o f i l i y a - qocalara qarşı cinsi meyil, n e k r o f i l i y a - meyitə qarşı cinsi meyil, f e te ş i z m - əks cinsin paltarlarına, istifadə etdiyi əşyalara qarşı cinsi meyil, s a d i z m - əks cinsdən olan şəxsə əzab-əziyyət (işgəncə) verməkdən cinsi zövq almaq, m a z a x i z m - əks cinsdən olan şəxsin verdiyi əzab-əziyyətdən (işgəncədən) cinsi zövq almaq, e k s g i b i s i o n i z m - bədəni, o cümlədən, cinsiyyət orqanlarını çılpaqlaşdırmaqdan zövq almaq və s. aiddir.

İmpulsiv meyllər

Bu ad altında təsvir olunan pozuntuları bəzi şəxslərdə rast gəlinən, ictimai qaydaların əleyhinə yönəlmiş, yaşayış normalarına zidd gedən hərəkətlərə meyl göstərmək təşkil edir. Bu kim pozuntulara aşağıdakılar aiddir:

1) 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 etdirirlər və s. Belə bir şəxs küçədə bir nəfərə hücum edərək şlyapasıı başından götürüb, ayaqları altına atıb, top kimi vuraraq küçənin o biri tayına tullamışdır. Sonra isə ikinci bir şəxsə hücum edib qalstukundan yapışaraq onu boğmağa başla mışdır. Ətrafdakıların köməyi ilə aralandırıldıqdan sonra sa-kitləşmiş, təhqir etdiyi hər iki şəxsdən üzr istəmiş, sonra isə hadisə yerindən uzaqlaşmışdır.

2) Piromaniya - yanğın törətməyə meyl etməkdır. Belə şəxslər həmişə özlərində kibrit, alışqan gəzdirir, imkan düşən kimi yanğın törətməyə cəhd göstərirlər. Səbəbini soruşduqda hərəkətlərinə heç bir izahat verə bilmir, bəzən isə peşman olduqlarını söyləyirlər.

3) Dromomaniya - mənasız səyahətlərə, avaraçılığa meyi göstərməkdir. Tutma şəklində baş verən bu meyl pozuntusu zamamı şəxs gözlənilmədən işini, ailəsini, evini atır, təhsilini yarımçıq qoyaraq hara gəldi *(bəzən ən uzaq şəhərlərə, ölkələrə)* yollanır. Lazım olan əşyaları, geyimi və pulu olmayan belə adamlar bir müddətdən sonra polis şöbələrinə, psixiatriya xəstəxanalarına düşməli olurlar.

4) Kleptomaniya - vaxtaşırı baş verən, mənasız, məqsədsiz oğurluğa meyl göstərməkdir. Belə adamlar əksər hallarda qiymətsiz, gərəksiz şeyləri oğurlayır, sonra da harasa tullayır və ya kiməsə bağışlayırlar.

5) Plyuşkin simptomu lazımsız, yararsız şeyləri toplamağa və saxlamağa qarşı olan maraqdır. Qocalıq, ağıl zəifliyi zamam tez-tez rast gəlinir.

MÖVZU 11. QİDALANMA MEYLİNİN POZUNTULARININ NEYROPSİXOLOGİYASI

Plan:

1. **Qidalanma vərdişi**
2. **Anoreksiya nevrozu**
3. **Bulemiya nevrozu**
4. **Köklük**

Normadan artıq bədən çəkisi (20%-dən yuxarı) müasir dünyada insanları narahat edən mühum amillərdəndir. Bir çox ölkələrdə həddindən çox qidalanmaq bəzi adamlar üçün instinktiv tələbata çevrilmişdir. Yeri gəlmişkən qeyd etmək lazımdır ki, çox vemək insanlara aid olan bir sosial fenomendir, çünki, heyvanlar arasında belə vərdiş demək olar ki, yoxdur. Hətta ev heyvanları da qida bolluğu olduqda belə, yalnız tələb olunan miqdarda qida qəbul edir.

Heyvanların istifadə etdikləri qidanın ham miqdarı, həm də tərkibi olduqca həssas, fizioloji mexanizm vasitəsilə tənzimlənir. Məsələn, onlar az kolorılı qidanı çox, yüksək kolorılı qidanı isə az miqdarda qəbul edirlər. Heyvanat aləmindən fərqli olaraq insanların qidaya münasibəti daha çox xarici amillərlə, o cümlədən ictimai qaydalarla əlaqədardır. Adətən biz gündə üç dəfə qida qəbul etməyə öyrəşmişik və bu zaman itirdiyimiz enerji müqabilində deyil, çox vaxt ondan artıq yeyirik. Köklüyə meylli olan insanlar bir sıra xarici amillərə, məsələn süfrənın gözəlliyinə, hazırlanan xörəklərin qeyri-adiliyinə böyük əhəmiyyət verərək iştahasını artırır. Başqa təqdirdə bəlkə də daha az miqdarda qida qəbul edərdi. Təcrübə zamanı sübut olunmuşdur ki, köklüyə meylli adamlar yüksək kalorili qidalardan, məsələn, tənzimlənmiş qozdan daha çox istifadə edir. Əgər qozu özü sındırıb özü təmizlə məli olursa daha az qəbul edir. Köklüyə meyilli olmayan adamlarda isə bu fərq hiss olunmur, yəni hər iki halda eyni miqdarda qoz yeyir. Çoxyeyən adamlara məxsus daha bir fərqli cəhəti də qeyd etmək lazımdır. Könüllü olaraq yeməkdən imtina edən adamlar xeyli müddət dözümlülük nümayiş etdirə bilirlər, başqa sözlə fizioloji amil xarici amillərə nisbətən daha az əhəmiyyət kəsb edir. Çox yemək vərdişinin qazanılmasında irsi amildən əlavə uşaq yaşlarında yaranan təcrübənin də əhəmiyyəti böyükdür. Əksər hallarda bu ona görə baş verir ki, valideynlər uşaqlarını çox yedizdirməklə guya onun sağlamlığını möhkəmlədirlər və uşağın yaraşıqlı görünməsinə nail olurlar. Digər tərəfdən uşağı tez-tez yedizdirməklə onlar onun ağlamasının qarşısını alırlar və bununla da arzu olunmaz şərti reflektor, çoxlu qida qəbulu refleksi yaradırlar. Belə uşaqlar böyüdükdən sonra da bu vərdişdən əl çəkəbilmirlər və hər hansı bir emosional gərginliyi qida qəbulu ila tənzimləməyə çalışırlar.

Nəhayət daha bir mühüm sosial amil moda haqqında danış malıyıq. Məlum olduğu kimi moda aləmi arıq, hətta bəzən həd dindən artıq ariq olmağı təbliğ edir. Cəmiyyətdə artıq belə bir fi kir formalaşmışdır ki, arıq adamlar daha çevik olur, geyim onlara çox yaraşır və fikrimizi bir qədər də genişləndirsək seksuallığım

güclənməsi (o cümlədən qeyri ənənəvi seksuallıq) məhz ang adamlarda daha yüksək olur.

Modanın təsiri altında arıq tipaj ideal sayılır və modaya tabe olanlar belə görünməyə üstünlük verirlər. Əks istiqamət prosesi nəzəriyyəsinə əsasən müxtəlif stimullar sonradan əksinə də çevrilə bilər. Yəni əvvəllər az yeyən adamlar nəticədə ən çox qida qəbul edən adamlara çevrilə bilərlər. Bununla əlaqədar son illər qida qəbulu ilə əlaqədar pozuntular artmağa başlamışdır. Geniş yayılmış belə pozuntulardan biri qida meylının güclənməsi - bulemiyadir.

Çoxyemə vərdişi günbəgün artaraq elə bir həddə çatır ki, qida artıq həmin adam üçün şəxsiyyətə pərəstiş səviyyəsinə yüksə lır. Belə adamlar bir tərəfdən günü-gündən kökəlir, digər tərəf dən isə öz vəziyyətinə görə daima sarışan qorxu keçirir. Belə və ziyyətın qarşısını almaq üçün süni qusma yaradır. İşlətmə, sidik-qovucu və iştahı azaldan dərmanlardan istifadə edir və vaxtaşın yeməkdən tam imtina edirlər.

Bulemiyadan fərqli olaraq anoreksiya qida meylinin son dərəcədə aşağı enməsidir. Bulemiyada olduğu kimi bu sindrom za manı da şəxs özünü həddindən artıq kök hesab edir və daima arıq lamağa can atır. Bu məqsədlə müxtəlif üsullardan istifadə edir Belə hərəkətlər nəticəsində yaşlı adamlar tədricən çəki-sini itirir, uşaqlar isə çəkilə rini artıra bilmirlər. Boya və yaşa müvafiq olaraq çəki normadan 15% - və daha çox azalmış olur. Anoreksiyadan əziyyət çəkən adam larda əksər təsadüflərlə hipotalanmış hipofiz - cinsi vəzilər sistemi pozuntuya məruz qaldığından qadınlarda amenornya (aybaşı siklinin pozulması), kişilərdə isə cinsi marağın - potensiyanın zəifləməsi meydana çıxır. Anoreksiya yeniyetmə yaşlannda başlayarsa puberant yaş dövrü ləngiyir və ya heç olmur - boyartımı dayanır, qızların döş vəziləri inkişafdan qalır, ilkin amenoriya baş verir, oğlanların isə cinsi orqanları inkişaf etmir (yuvenil cinsi orqan şəklində qalır). Əgər lazımi tədbirlər nəticəsində sağalma baş verərsə puberant dövr normal başa çatır, lakın menisturasiya siklinin gecikməsi müşahidə olunur. Tək-tək hallarda anoreksiya ölümlə nəticələnir.

Qida meylının pozulmasının üçüncü forması yeməyə qarşı meylin keyfiyyətcə pozulması və yeyilməsi mümkün olmayan əşyaların qəbulu (patoloji iştaha) nisbətən az hallarda rast gəlinir. Belə pozuntusu olan şəxslər dəmir, şüşə, təbaşir, torpaq və s. əşyaları yeməyə meyl göstərir.

Qida meylinin qaydasında olması üçün bir sıra fizioloji və psixoloji amillərin normal fəaliyyəti lazımdır. Bunun üçün bir sıra çox da mürəkkəb olmayan tövsiyələrə əməl etmək kifayətdir.

Qidanın miqdarını artırmaq və ya azaltmaq yox. qidalanma rejimini qaydaya salmaq lazımdır. Yəni qidanın tərkibinə, enerjivermə keyfiyyətinə diqqət yetirilməlidir.

Gündəlik yerinə yetirilən fiziki məşğələlər (30-35 dəq.) artıq çəkini nizamlamaq üçün mühüm vasitələrdəndir.

Qida qəbulu ilə əlaqədar olan (yəni iştahı artıran) xarici siqnalları aradan qaldırmaq. Disert qidalardan, yüngül qəlyanaltılardan (çips, piroşki, kolorili

salatlar və s.) imtina etmək, soyuducuda saxlanılan qida məhsullarını falqalara bükmək və ya örtülü saxlamaq.

Reklam olunan modada olan dietalardan çəkinmək. Bu yönümlü ən ciddi dietalar son nəticədə səmərəsiz olur və 90% hallarda şəxs əvvəlki çəkisinə qayıdır.

Çəkini tədricən azaltmağa çalışın. Bu minvalla hətta 10% çəkini azaltmaq sağlamlığın bərpa olunmasına xidmət edir.

Arzu etdiyiniz çəkini əldə etdikdən sonra iradəlilik göstərib həmin pəhrizi davam etdirin.

Unutmayın ki, qida nə qədər vacib amil olsa da insan həyatı üçün ondan da maraqlı dəyərlər vardır.

Qida qəbulu pozuntuları adı altında qida qəbulu ilə bağlı olan psixoloji şərtlənmiş davranış pozuntuları başa düşülür. Bura həyat üçün poten. sial təhlükə daşıyan qəsdən çəkinin aşağı salınmasından tutmuş artıq çə kinin 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 pozulmas; iştah, doyma və bədən kütləsinə nəzarətə görə məsuliyyət daşıyan leptin və qrelin hormonları ilə bağlı pozuntular; hormonlara və mübadilə prosesini tənzimləyən neyropeptidlərə təsir göstərən anticisimlərin artması ilə bağlı immunoloji pozuntular; streptokkok infeksiyası ilə bağlı autoimmun pozuntular; baş beynin sağ alın və gicgah nahiyəsində mikrotravmalar, o cümlədən sağ talamik nahiyənin kalsifikasiyası.

2. Psixoloji amillər: a) uşağa qarşı yüksək tələblər və valideyn dəstəyi nin aşağı səviyyəsi; b) özünəinamın aşağı olması və ətrafdakılar tərə findən bəyənilməyə ehtiyac; v) perfeksionizm və həmişə özündən narazı qalmaq; q) şəxsiyyət pozuntuları; ğ) sosial təcridolma.

Sosial amillər: a) cəmiyyətdə insana xarici görkəminə görə qiymət vermək meyilliliyi; b) müasir dəbdə tendensiyalar; v) çəkiyə xüsusi nəzarət tələb edən müəyyən fəaliyyət növləri (model biznesində işləmək, baletlə, bədii gimnastika ilə məşğul olmaq və s.)

Epidemiologiyası haqqında. Qida qəbulu pozuntusu göstəriciləri müxtəlif ölkələrdə fərqlidir. ABŞ-da əhalinin 2-5%-i bu pozuntulardan əziyyət çəkir. Kişilər qadınlarla müqayisədə qida qəbulu pozuntularından əziyyət çəkirlər. Qida qəbulu pozuntusuna cəmiyyətin bütün 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. İlkin 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 skrininq keçirməlidirlər. Bu tədbirlər qida qəbulundan imtina edən, artıq çəkidən 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 normadan 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 dayandırmaq istəmir.

Nevrogen anoreksiyadan əziyyət çəkənlərin somatik vəziyyətini müayinə edərkən tez-tez aşağıdakı əlamətlərlə qarşılaşmalı oluruq: qəbizlik, həssaslığın yüksək olması, ürək-damar sistemidi qan təzyiqinin aşağı olması, bradikardiya, endokrin sistemə aid olan əlamətlər də diqqəti cəlb edir. Qan plazmasında kortizolun artması, 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.

Etiologiya 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 sövq edir. İngitərə alimlərinin məlumatına görə təkyumurtalı əkizlər arasında bu patologiya 50-60% hallarda təsadüf edilir.

Sosial amillərdən 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.

Gedişi. Xəstəliyi xarakterizə edən cəhətlərdən biri pasiyentlərdə ara-sıra, çox vaxt spontan olaraq remissiyaların olmasıdır. Sona qədər məlumatlara görə xəstələrin yalnız 20-25%-də tam sağalma qeyd edilir. Təqribən 15-20% hallarda somatik vəziyyətin ağır laşmasından xəstələr tələf olur, qalan hallarda isə xəstəlik xroniki gedişə malik olur.

Müalicənin prinsipial cəhətlərindən biri xəstə ilə yüksək səviyyəli psixoterapevtik ünsiyyətin yaradılmasıdır. İlk söhbətlər zamanı xəstəyə anlatmaq lazımdır ki, bədən çəkisi üzərində nəzarət heç də ac qalmaqla həyata keçirilə bilməz, bədənin 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 surətlə 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 təyin 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 anoreksiyasımının tərkib hissəsini təşkil edir. Yəni arıqlamaq məqsədilə günlərlə özünü aclığa məhkum edən şəxs vaxtaşırı tam əksinə hərəkət edir. Bir oturuma - 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. Xəstələrda 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 çəkilərini təcili aşağı salmağa çalışırlar:

a) süni qusma yaratmaqla;

b) bağırsaqların perestaltikasını sürətləndirməklə (işlətmə dərmanları qəbul etməklə);

c) çox yemək mərhələlərini qidadan imtinaetmə 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 cəngolmalar, bəzi infeksion mənşəli xəstəliklərin inkişafı da mümkündür;

5. Sinir bulemiyasının proqnozu həmişə istənilən səviyyədə olmur. Müalicə edilmiş xəstələrə uzun müddət həkim nəzarəti lazımdır.

Müalicə 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.

MÖVZU 12. CİNSİ MEYLİN POZUNTULARI

Plan:

1. Seksual zorakılıq

2. Seksual davranış və meyl pozuntularının növləri

1. İnsanın davranışı və əxlaqi keyfiyyətləri ümumilikdə onun cinsi mənsubiyyəti ilə təyin olunur. Burada söhbət yalnız şəxsin seksual həyata deyil, bununla yanaşı qadınlara və kişilərə qarşı geniş mənada sosial tələbatlardan gender mövqeyi adlanan məvhumdan yanaşılmalıdır. Belə yanaşma çox vaxt hər hansı bir cinsin digəri üzərində üstünlük təşkil etməsini nəzərdə tutur ki, bu da əks cinsin ona ikrahla yanaşılmasına seksizmə şərait yaradır. Genderlik məvhumunun mahiyyətini təhlil edən alimlərdə belə bir fikir (bəlkə də subyektiv) formalaşmışdır ki, kişilər daha səriştəli, özünə inamlı, obyektiv, dəyanətli və məntiqə uyğun hərəkət etmək qabiliyyətinə malikdirlər. Qadınlar isə daha emosional, ünsiyyətyönümlü, konservativ, nəzakəti gözləyən və kimdənsə asılı olmağı sevən adamlardır. Ümumilikdə götürülərsə genderlik stereotipi kişilər üçün daha pozitivdir və ona görə də əksər hallarda təhsil, karyera qazanmaq sahəsində qadınlara nisbətən daha çox üstünluk əldə edirlər. Uşaq anadan olduğu gündən kişi və qadın cinsinə olan fərqli münasibətlər özünü göstərir. Onlara fərqli oyuncaqlar alınır, fərqli oyunlarla əyləndirilir və fərqli tələblərlə yanaşılır. Belə münasibət cinsindən asılı olaraq uşağın sosial mühitinin (norma və qaydalar) ayrılmasına səbəb olur. Sonralar məktəb, televizor, sosial münasibətlər fərqli yanaşmanı daha da möhkəmləndirir. Seksual meylin formalaşmasında genderlik rolu heç də bioloji amillərdən geri qalmır. Seksual meylin formalaşması - erotiklik müəyyən stimullarla əlaqədardır. Eyni zamanda erotik stimulun olub olmamasından asılı olmayaraq onun istiqamətləndirilməsi daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. Məsələn, ginekoloji və ya uroloji müayinə zamanı həkimin cinsi orqanlara toxunması heç də seksual oyanma yaratmır. Erotik stimul rolunda şəxsin geyimi, bədəninin qoxusu, xarici şərait və s. ola bilər.

Seksual meylin formalaşmasında erotik stimullardan başqa seksual fantaziyaların da böyük rolu vardır. Seksual fantaziyalar bütün insanlara məxsus olmaqla tez-tez təzahür edən əlamətlərdəndir. Tədqiqatçıların fikrincə seksual fantaziyalar 60% hallarda cinsi əlaqə zamanı meydana çıxır vəbu hal digər partnyorun hərəkətləri ilə əlaqədar olur.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, seksual fantaziyalar fantaziya olaraq qalır və onların reallaşdırılması ciddi məqsəd daşımır. Seksual meyllərdən və seksual davranışdan danışarkən belə bir sual meydana çıxır. Hansı hərəkətlər norma, hansı hərəkətlər patalogiya kimi qəbul edilməlidir? Statistik olaraq bu anlayışın orta həddini tapmaq mümkün deyil. Məlumdur ki, cinsi əlaqələ rin əksəriyyəti yataq otağında baş verir (və ya baş verməlidir). Əgər belədirsə digər yerdə baş tutan cinsi əlaqə qeyri normalmı sayılmalıdır?

İkinci problem seksual davranışla bağlı olan sosial standartların qısa zaman ərzində sürətlə dəyişməsi ilə əlaqədardır. 1973-cü ilədək ABŞ Psixiatriya Assosiasiyası homoseksualizmə psixi xəstəlik kimi baxırdı. Sonralar bu diaqnoz təsnifatdan çıxarıldı, belə ki, davranışın məzmnu dəyişmədən mütəxəssislərin buna olan münasibəti dəyişdi.

Üçüncü problem qiymətləndirmənin subyektivliyi ilə əlaqə dardır. Belə bir fikir mövcuddur ki, seksual davranışın normallığını psixoloji nəticələrlə müəyyənləşdirmək lazımdır. Belə ki, əgər bu və ya digər seksual davranış forması distres, həyəcan, qə naətlənməmək kimi hallara səbəb olursa onu qeyri-normal hesab etmək lazımdır. Belə təqdirdə müxtəlif insanlarda yaranan fərqli mülahizələr obyektiv meyarlar üzərində dayanmağa imkan verir. Məsələn, geniş yayılmış seksual davranış forması olan masturba- siya (onanizm- cinsi meylin suni üsullarla təmin edilməsi) neqativ emosionallıq yarada bilər. Əvvəllər ananizmə subay gənclər seksual partnyoru olmayanlar arasında seksual hissləri söndür mək məqsədilə istifadə edilən bir üsul kimi yanaşılırdısa, sonra kı tədqiqatlar göstərdi ki, bu vərdiş yaşından və evli olub-olmamasından asılı olmayaraq bir çox kişilər və qadınlar arasında rast gəlinir. Mübahisələrə səbəb olan digər seksual davranış formalarından biri də nikahdan əvvəl intim münasibətin yaradılmasıdır Hal hazuda bu masalavə ikili standartlarla yanaşma mövcuddur.

Yəni nikaha qədər seksual əlaqədə olmaq kişilər üçün adı, qadınlar üçün isə yolverilməz hal kimi qəbul edilir.

Norma həddinin təyin edilməsinin mürəkkəb (və mübahisəlı) olduğu davranış formalarından biri də ailə cütlüyü arasında seksual əlaqənin sayca nə qədər (həftədə və ya ayda neçə dəfə) olması məsələsidir. Mütəxəssislərin fikrincə sağlam orta yaşlı adamlar üçün bu göstərici ayda 8 dəfə olmalıdır. Lakin son illərin müşahidələri bu miqdarın artdığını göstərir. Bu göstəricinin artmasına səbəb olan amillərdən bir neçəsini qeyd edə bilərik: hamiləliyin qarşı sını alan vasitələrdən istifadənin genişlənməsi, kütləvi informasiya vasitələrində (KIV) seksual münasibətlərin açıq müzakirəsi, qadınların genderlik rolunun artması və i.a. Deyilənlərlə yanaşı belə bir həqiqət də məlumdur ki, ailənin möhkəmliyinə və seksual məmnunluğa şərait yaradan heç də seksual kontaktın miqdarı deyil.

Tez-tez təsadüf edən cinsi meyl pozuntularından ən önəmli si ər-arvad arasında seksual əlaqələrin azalması və ya heç olma masıdır. Burada söhbət seksual əlaqənin miqdarca azalmasından çox intim həyata qarşı soyuqluğun yaranması və seksual fantaziyaların olmaması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Göstərilən pozuntuları seksual qənaətlənməyə mane olan hallardan, məsələn, genital qıcıqlanmanın olmaması, eakulyasiyanın ləngiməsi və ya həddindən artıq tez baş verməsi, orqasmın yaranmaması, cinsiy yət üzvlərində ağrı hissinin və ya spazmın yaranması və digər halları qeyd etmək lazımdır. Seksual meylin yüksəlməsi (hiperseksuallıq) beynin bir sıra üzvi pozuntularında progressiv iflic, qocalıq ağıl zəifliyi, oliqofreniya və maniakal oyanma zamanı rast gəlinir.

Yaxın keçmişə qədər homoseksualizm öz cinsinə qarşı seksual meylın olması psixi pozuntu kimi qəbul edilirdi. ABŞ-da aparılan tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, 20%-kişilər. 15%-qadınlar həyatları ərzində heç olmasa bir dəfə öz həmcinsi ilə seksual əlaqədə olurlar. Belə hallarda klassik homoseksualizm haqqında deyil, biseksual yönümlülük, yoni hər iki cinsə qarşı seksual marağın olmasından danışmaq lazımdır. Təmiz homosek suallıq sorğuya cəlb olunanların 5%-də aşkarlanmışdır. Hal-hazırda müəyyən edilmişdir ki, homoseksuallıq meylinin formalaşmasında həm bioloji (irsı və hormonal), həm də uşaqlıq dövrünün inkişaf amilləri rol oynayır. Psixoanalitik tədqiqatların nəticala ri sübut edir ki, homoseksual yönümlü uşaqların anaları güclü va qəddar, ataları isə passiv, az təşəbbüskar olmuşlar. Belə, uşaqjar çox vaxt «isti» mühitdə tərbiyə olunaraq öz həmcins-həmyaşıd ları tərəfindən saymamazlıq görən uşaqlardır. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, əqlı qabiliyyətlərinə, bacarıqlarına və bir çox digər xüsusiyyətlərinə görə homoseksual yönümlü insanlar hetroseksual insanlardan fərqlənmirlər. Fərq onların xarici görkəmlərində. hərəkətlərində, geyimlərində müşahidə edilə bilər

Son vaxtlar daha bir xarakterli seksual hərəkətin artdığının şahidi oluruq. Bu öz razılığı olmadan seksual əlaqəyə məcbur edilmək - seksual zorlama hərəkətləridir. Beynəlxalq təşkilatla nın verdikləri məlumatlara görə hər beş qadından biri seksual zorlamaya məruz qalır. Əksər adamların hesab etdiyi kimi zorlanan qadınların böyük bir hissəs) (80-90%-ə qədəri) tanımadıqları manyaklar tərəfindən deyil, onların öz tanıdıqlan adamlar tərə findən edilir. Tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, görüş zamanı zorlamaya məruz qalma 26 dəfə başqa hallardan çox rast gəlinir. Insanların düşüncəsində zorlama hərəkətləri sadism əks cinsə əzab və işgəncə verməklə seksual zövqalma kini başa düşülür. Sadizmin əksinə olan hərəkət ona verilən əzab və işgəncədən zövq almaq isə mazaxizm adlanır Bir qədər fərqli yanaşası alsaq görərik ki, əslində əksər hallarda zorlamanın nəs tivi güc nümayiş etdirmək, özünü təsdiqləmək məqsədilə zoria dığı adam üzərində hakimlik rolunu göstərməkdir. Digər hallanda isə söhbət öz şıkarına qarşı inciklik və ya nifrət bəsləməkdən gedir.

İctimai fikrin seksual zorlamaya neqativ munasibətdə olma sına baxmayaraq müxtəlif təbəqələr arasında aparılan sorğu ne cəsində muəyyən edilmişdır ki, 40% gone kisilor vo 85a qad lar seksual zorlamaya, müxtəlif arqumentlərlə haqq qazandırma ğa çalışırlar. Onlar qeyd edirlər ki, əgər kişı qadının ısına a yıbsa və ya ona çoxlu pul xərcləyibsən, onlar arasında əvvəllər intim əlaqə olubsa», «qadın əvvəlcə kişini yaxın buraxmaq, onunla seksual əlaqədə olmaq istəyib, lakin son anda bundan imtina edibsə və i.a. amillər zorlamaya əsas verir.

Xüsusi təhlükəli seksual perversiyalardan (meyl pozuntusu) biri də pedofiliyadır. Yəni uşaqlara qarşı seksual hərəkətlərdir. Bu qəbildən olan pozuntuların əksər hallarda məxfi saxlanılmasına baxmayaraq onların sayca çox olması faktları məlumdur. ABŞ- da aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən olmuşdur ki, əhalinin 22%-i uşaq yaşlarında seksual zorlamaya məruz qalmışlar.

Bu halların 23%-də zorlama qohumlar, 43% hallarda tanışlar, qalan hallarda isə tanımadıqları adamlar tərəfindən edilmişdir. Əksər hallarda zorlamaya məruz qalanlar 10 yaşa qədər uşaqlar, zorlayanlar isə onlardan ən azı 20 yaş böyük olan adamlardır. Seksual xarakterli zorlama aktları uşaqların psixikasına olduqca mənfi təsir edərək bir çox hallarda uzunmüddətli psixi pozuntulara səbəb olmuşdur.

Beləliklə seksual meylin pozuntularının geniş yayılmış formalarına aşağıdakıları aid etmək olar: homoseksualizm (eyni cinsli şəxslər arasında seksual münasibətlərin yaranması), onanizm (cinsi meylin süni üsullarla təmin edilməsi), sodomiya və zoofiliya (müxtəlif heyvanlarla cinsi əlaqədə olmaq), pedofiliya (kiçik yaşlı uşaqlara qarşı cinsi meyl), herontofiliya (qocalara qarşı cinsi meyl), nekrofiliya (meyitə qarşı cinsi meyl), fetişizm (aks cinsin paltarlarına, istifadə etdiyi əşyalara qarşı cinsi meyl), sadizm (əks cinsdən olan şəxsə əzab-əziyyət, işgəncə verməkdən zövq almaq), mazoxizm (əks cinsdən olan şəxsin verdiyi əzab-əziyyətdən, işgəncədən cinsi zövq almaq), eksqibisionizm (bədəni o cümlədən, cinsiyyət orqanlarını çılpaqlaşdırmaqdan zövq almaq) və s.

Uşaqlara qarşı yönəlmiş seksual zorakılıq öz nəticələrinə görə ən ağır psixoloji xəsarət hesab olunur. Uzun illər boyu baş vermiş belə halların statistikası əhalidən gizli saxlanmışdır. M.A.Doqadinanın fikrincə Rusiyada uşaqlara qarşı hər il 7-8 min seksual zorlama halının olduğu və bununla bağlı cinayət işlərinin açıldığı məlumdur. Əslində isə, real faktların bundan da çox olduğu şübhə doğurmur. Rusiya statistikasına görə, seksual zorakılıq qurbanları olan uşaqların 70%-i öz qohumları və tanışları, 28%-i isə valideynləri və qəyyumları tərəfindən bu təcavüzə məruz qalırlar.

N.K.Asanovanın yazdığına görə, üçdə ikisi ailə şəraitində, yalnız üçdə biri ailədən kənar şəraitdə baş verir. Q.İ.Qindin və O.B.Duxova qeyd edir ki, son 5 ildə Rusiyada uşaq və valideynlərə qarşı yönəlmiş seksual zorakılıq halları 12,5 dəfə artmışdır.

Xarici ölkələrdə də bu sahədə vəziyyət ağırdır. ABŞ-da hər il 150-200 min belə hadisə baş verir. Zorlamaya məruz qalan uşaq və yeniyetmələr arasında zərər çəkmişlərin 12%-i 12 yaşadək, 25%-i 13-17 yaşlarındadır.

Ailədaxili zorlamalara məruz qalanların yalnız 2%-, ailədənkənar zorlama halında isə 6% uşaq bu barədə məlumat verir, əksəriyyət isə bu faktı gizli saxlayırlar. İ.S.Kon qeyd edir ki, uşaqların seksual hücumlara məruz qalması cəmiyyətin mənəvi düşkünlüyü və deqradasiyasının əlamətidir. Bu halların çoxu yaşlı və seksual baxımdan xəstə adamlar tərəfindən törədilir.

Seksual xarakterli zorakılıq adətən kasıb və natamam ailələrdə, uşağın aldanılması yolu ilə baş verir, uşaq seksual təcavüzün passiv obyektinə çevrilir. Uşaqlara qarşı seksual zorakılığın intim cinsi əlaqədən başqa, qeyrikontakt formaları da mövcuddur ki, bunlar da seksual zorakılıq əlamətləri hesab olunur.

- ✓ nəvaziş, tumarlama, öpüş, uşağın bədəninin intim hissələrinə gizli şəkildə (məsələn, çimərkən) toxunma;
- ✓ uşağın cinsiyyət orqanların tamaşa etmək;

- ✓ soyunma və geyinmə zamanı uşağın müşahidə edilməsi;
- ✓ öz çılpaq bədənini uşağa nümayiş etdirmək;
- ✓ baxışlar, mülahizələr və seksual ifadələrlə uşağa yanaşma;
- ✓ uşağın yanında intim münasibətdə olmaq;

Masturbasiya – bir çox uşaqda normal inkişaf dövründə görülə bilən, cinsi, fiziki və psixi inkişafa mənfi təsir göstərməyən, uşağın genital bölgəsi ilə təkrarlayıcı şəkildə oynama davranışıdır.

Səbəb: Emosional boşluq. Uşaq həzz hissini cinsiyyət orqanına yönəldir.

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, səsin 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 görən valideynlərin 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 nünasibət 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 mü siy bir xəstəliyə səbəb olan amil kimi deyil, fizioloji akt kimi nəzərdən keçi rilməlidir. 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

Cinsi meyil və ya libido erotik-seksual fəallığın təsiri altında cinsi əlaqəyə maraq göstərməyə can atmağa deyilir. Cinsi meyilin normadan yüksək olması hipererotizm, kişilərdə - satiriazis, qadınlarda nimfomaniya, normadan aşağı olmasına isə hipolibidemiya, tamamilə olmaması-alibidemiya, qadınlarda isə frigidlik adlanır.

Cinsi əlaqəyə girmək üçün kişilərdə ereksiya, cinsiyyət orqanının gərginləşməsi (oyanması) tələb olunur. Libidonun təsiri altında yaranan bu akt kifayət dərəcədə olmazsa, normal cinsi əlaqə mümkün olmur, ereksion impotensiya 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 friksiya (plato); 2) orqazm; 3) boşalma.

Qadınlarda normal cinsi əlaqəni təmin edən lübrikasiya 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 seksual hipoteziyaya və ya tamamilə itməsinə seksual anesteziyaya yaya 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 vaginizm (uşaqlıq yolu girəcəyi əzələlərinin qeyri-iradi spazması) adlanır.

Cinsi əlaqənin ən mühim fazası orqazmdır. Bu kişilərdə toxum (sperma), qadınlarda isə xüsusi maddənin ifrazı ilə müşayiət edilən seksu al zövqalma mərhələsidir. Orqazmın qadınlarda tezliklə, bəzən cinsi əla qəyə başlayan kimi baş verməsi kişilərdən fərqli olaraq onların narahatlığına səbəb olmur. Belə hallarda cinsi əlaqəni davam etdirmək olar və qaan deyil, sperma ile orgazm hissini duya bilər. Kişlordo isobu mümkün deyil, spolna ifrazından bir qədər sonra bilər. Kişilərdə isə bu siyyət orqanı əzələləri gərginliyini itirərək boşalır. Elə buna görə də kişinin qadından əvvəl orqazm fazasını keçirməsi qadına zövq vermir, çünki o, orqazmin ərdənası imkanlarından məhrusi qadın

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 nevrotik 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 generalizəolunmuş ereksiya pozuntusu adlanır. Belə pozuntuları olan kişilərdə müxtəlif nevrotik 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, sirinqomi-eliya, bel quruması və s., endokrinoloji: androgenlərin sintezinin pozulması, sidik yollarının, prostat vəzinin xəstəlikləri, şəkər xəstəliyi, toksik amilləri: xronik alkoqolizm, narkomaniya, uzun müddət bəzi dərman pre-paratlarından, 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 açа biləcəyi 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 sə bəblərdən həyəcan, tələş keçirmək, qadını razı sala bilməmək qorxusu intim əlaqənin harmoniyasını pozan amillər;

3. Frigid qadınlara əziyyət verməmək məqsədilə bəzi kişilərin 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 cukulyasiya refleksinin qeyri-normal fəaliyyət göstərməsi. Nevrozlu xəstələrdə, əsasən nevrosteniya zamanı müşahidə edilən həm erreksiyanın, həm de cukulya siyanın 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 müaliçə 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 yarana 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 bu- raxmır. 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 qadımlar 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 istəmirlər.

Bəzi müəlliflər belə hesab edir ki, seksual münasibətlərdəki disharmoniyanı 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 məngənəsindən çıxa bilməməsi 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 həddqoymaq 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 vaginizmdir. Reflektor olaraq qadın tənasül 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 nai koz altında müayinə etmək mümkündür.

Cinsi orqanın və aralığın iltihabı xəstəlikləri ilə əlaqədar yaranan ginizm əlamətini həqiqi vaginizmdən diferensasiya etmək lazımdır. 25 yaşlı bir qadında vaginizmin səbəblərini araşdırarkən məlum pozuntular muşdur ki, agnikah gecəsi həyat yoldaşı ona qarşı kobudluq etmiş, həddindən artıq ağrı hiss etməsini ona bildirdikdə əri bukobudluq etmiş, hode nalayiq sözlər işlətmişdir. Bu hadisədən sonra 3 il müddətind ginizmdən əziyyət çəkmişdir.

Müalicə. 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, hipnosuqqestiv 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. Hipnosuqqestiv psixoterapiyanın sayı 10-12 seans ola bilər. İlk seanslarda xəstənin emosional halının yüksəlməsinə, özünə inam hissinin güclənməsinə xidmət edən təlqinlər edilməlidir. Sonraki 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 (meprobomat, tazepam və i. a.) istifadə etmək olar. Nevroz əlamətləri olan xəstələrə fizioterapevtik üsullar (əsasən su əməliyyatları), müalicə idmanı, brom, valerian preparatları, jenşen (gündə 1 həb), strixinin təyin edilə bilər.

MÖVZU 13. YUXU VƏ ONUN POZUNTULARI

Plan:

1. **Yuxu haqqında ümumi məlumat**
2. **Yuxu neyropsixoloji və neyrofizioloji proses kimi**
3. **Yuxunun növləri**
4. **Yuxunun mərhələləri**
5. **Yuxunun zəruri müddəti**
6. **Yuxugörmə və somnambuliya**
7. **Yuxu pozuntularının neyropsixologiyası**
8. **Yuxu pozuntularının neyropsixologiyası zamanı medikamentoz müdaxilələr**

1.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 mamnun 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 vaxı 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 işığın sirkad ritmini pozma- sı artıq sübuta yetirilib. Sirkad ritmi insanların axşam və səhər saatlarında aktivliyini müəyyən edən xüsusi genlərlə əlaqələndirilir (yəni «bayquş» və «torağaylara bölünmək), Homeostatik proses, yaxud bərpa prosesi yuxudan sonra ayıq qalma vaxtının miqdarına mütənasibdir və adətən sa hor 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 tərəf dən, günorta 1-2 saat yuxuya gedildiyi təqdirdə axşam yuxusunun başlaması vaxtı da gecikə bilər.

2. Sağlam adamda yuxu dövrü dəyişikliklərə malik proses kimi EEQ-də görünür. İnsan həyatının 1/3 hissəsi yuxuda keçir.

1957-ci ildə Dement və Kieytmen EEQ vasitəsilə yuxunun 4 mərhələsini qeyd etmişlər.

I mərhələ insan yuxuya gedən kimi olur və alfa aktivlik aşağı voltlu dəyişən potensialla əvəz olunur. 12-14 hs tezlik II mərhələdə görünür. Bu və yüksək voltlu delta dalğalar (300 mkv.kimi) III mərhələdə meydana çıxır və IV mərhələdə EEQ-də əsasən yüksək voltlu delta və teta dalğalar olur. İnsan yatarkən bütün bu mərhələləri keçir. Kiçik bir qıcıq insanı oyadarsa, yenidən bütün bu mərhələlərdən keçməklə "yuxu təkrar" olunur. Gecə ərzində bu mərhələlər periodik şəkildə biri digərini əvəz edir. Gözün tez hərəkəti (GTH) zamanı yuxu görülərkən bu EEQ-nin I mərhələsinə oxşayır. Bu mərhələlər funksional baxımdan müxtəlifdirlər. Məsələn, Lyus və Seqal (1966) yazırlar ki, yuxunun birinci saatları üçün IV mərhələ xarakterikdir və bu mərhələ fiziki gücün bərpası funksiyasını yerinə yetirir. Məsələn, bütün günü fiziki iş görən adam IV mərhələdə daha çox olur. Gün ərzində və gecəni yatmayan adamda (məsələn, imtahana hazırlaşarkən) bir neçə dəfə qısamüddətli diqqətin yayınması baş verir və bu mikroyuxu adlanır. Hətta bir neçə saniyəlik mürgüləmiş insanın EEQ-si bizə yatmış adamın EEQ-sini verir. Bu baxımdan EEQ əqli aktivliyin indeksidir.

Müasir elmdə yuxunun 5 növü məlumdur:

1.Periodik (vaxtaşırı) sutkalıq yuxu;

2.Periodik mövsümü yuxu;

3.Narkotik yuxu (fiziki və farmakoloji yuxu);

4.Patoloji yuxu (patoloji proseslər nəticəsində aylarla, hətta illərlə davam edə bilən yuxu);

5.Hipnotik yuxu.

Baş beynin qabıq və qabıqaltı nahiyələrində yayılan tormozlanma prosesi nəticəsində yuxu baş verir. Yuxu dövründə bir çox orqanların fəaliyyəti aşağı enir (bədən temperaturu 1-2 dərəcə aşağı enir, az miqdarda sidik əmələ gəlir, hiss üzvlərinin işi tormozlanır, əzələ tonusu zəifləyir, arterial təzyiq aşağı enir, tənəffüs yavaşlayır). Lakin bununla yanaşı beyin hüceyrələrində zülal molekullarının sintezi sürətlənir.

Müşahidələr göstərir ki, gümrahlıq vəziyyətindən yuxu vəziyyətinə düşmə prosesi tədricən və bir neçə mərhələdə olur:

1) I dövrdə zəif və qüvvətli stimula qarşı eyni cavab reaksiyası müşahidə olunur. Ona görə də bu mərhələ bərabərləşdirici mərhələ adlanır.

2) Hər hansı zəif qıcığa insanın qüvvətli reflektor reaksiya verməsi paradoksal mərhələ adlanır. 3) Zəif qıcığa verilən qüvvətli cavab daha qabarıq müşahidə olunur və ultraparadoksal mərhələ adlanır.

4) İstənilən qıcığa alınan cavab reaksiyası xeyli aşağı enir. Buna narkotik mərhələ deyilir.

5) Beyin yarımkürələrinin qabıq və qabıqaltı şöbələrində bütün şərti reflektor reaksiyalar tormozlanır. Ona görə də buna tormozlaşdırıcı mərhələ deyilir.

Dement və Kleytman 4 yuxu mərhələsinin, müasir psixologiya elmi isə bu 5 mərhələnin insan yuxudan oyandıqda mütləq yenidən ardıcıl təkrar olunmasını sübut etmişdir.

Yuxu prosesinin maraqlı proseslərindən biri də yuxugörmə prosesidir. İ.P.Pavlov qeyd edirdi ki, insan düşünmədiyi və baş verməyən hadisəni yuxuda görə bilməz. Lakin eksperimental şəraitdə insanın baş beynində süni surətdə arzu edilən əfsanəvi təsvirə malik hadisələr yaradılmışdır. Məsələn, yuxuda olan insanın dəri reseptorlarını soyuq əşya ilə qıcıqlandırdıqda o, yuxuda öz fəaliyyətini qış şəraitində görürdü.

Məlum olmuşdur ki, yuxunun ardıcıllıqla Əvəz olunan iki fazasından (I faza yüksək sürətli yüngül faza və II faza zəif sürətli ləng yuxu) ancaq I fazada yuxugörmə müşahidə olunur. Şəkil. Yuxunun mərhələləri.

3. Yuxunun növləri:

- Monofaza gündüz və gecənin sutka növbələşməsinə uyğun (insanda və əksər heyvanlarda);
- Polifaza yuxu və gümrahlığın növbələşməsi. Sutka ərzində bir neçə dəfə baş verir;
- Mövsüm yuxusu (qəflət) – bir sıra heyvanlarda müşahidə edilir və ətraf mühitin orqanizm üçün əlverişsiz şəraiti ilə şərtlənir: soyuq, quraqlıq və s.

Sadalananlardan əlavə, heyvan və ya insan orqanizminə neyrofizioloji təsirin nəticəsi kimi nəzərdən keçirilən yuxunun aşağıdakı növləri təsvir edilir:

- Narkotik – müxtəlif növ kimyəvi təsirlərdən yaranan: efir, xloroform buxarının nəfəsə

çəkilməsi, orqanizmə narkotik, alkoqol, morfi və s. Daxil edilməsi. Bundan əlavə, belə yuxu elektronarkoz nəticəsində də yarana bilər (fasiləli zəif elektrik cərəyanı ilə təsir);

- Patoloji beyin anemiyası, beyin zədəsi, böyük yarımkürələrdə şişin olması və ya beyin

gövdəsinin bəzi sahələrinin pozulması zamanı yaranır. Bura latergik yuxu da aiddir. Latergik yuxu güclü emosional sarsıntıya reaksiya kimi yaranır və bir neçə gündən bir neçə ilə qədər davam edə bilər. Patoloji yuxu hallarına yuxuda gəzməni (lunatizm və ya somnambuliyanı) də aid etmək lazımdır. Somnambuliyanın fizioloji mexanizmi indiyə qədər məlum deyil;

- Hipnotik – şəraitin hipnotik təsiri və hipnooperatorun təsiri nəticəsində yarana bilər.

Hipnotik yuxu zamanı ətrafdakılarla hissəvi əlaqə saxlanır və sensomotor fəaliyyət olur, ixtiyari qabıq aktivliyi isə sönür.

4. İnsan yuxusu müntəzəm dövri təşkilata malikdir. Yuxu zamanı 5 mərhələ fərqləndirilir: onlardan dördü ləng dalğalı yuxu və biri – sürətli yuxu adlanır.

Bəzən deyilir ki, yuxu iki fazadan ibarətdir: ləng və sürətli. Ləng dalğalı yuxu mərhələlərinin sürətli yuxu ilə ardıcıl növbələşməsinin baş verdiyi yuxu hissəsi bitmiş dövr adlanır. Orta hesabla gecədə hər biri təxminən 1,5 saat davam edən 4 – 6 belə dövr qeyd edilir.

Birinci mərhələ gümrahlıq vəziyyətindən yuxuya keçid sayılır, alfa aktivliyin azalması və aşağı amplitudalı ləng teta və delta dalğaların təzahürü ilə müşayiət olunur. Birinci mərhələ adətən 10-15 dəqiqədən çox davam etmir.

İkinci mərhələ - gecə yuxusunun bütün vaxtının yarısından bir qədər azdır. Bu mərhələ "yuxu oxu" adı almışdır. Belə ki, onun ən aşkar əlaməti EEQ-də 12-16 hs. Tezlikli rəqsə malik oxşəkilli ritmik aktivliyin olmasıdır.

Üçüncü mərhələ də ikinci mərhələnin bütün əlamətləri ilə xarakterizə olunur və bura EEQ-də 2 hs. Və daha az tezlikli qeydin 20-50%-ni təşkil edən ləng delta rəqslərinin olması əlavə olunur. Bu keçid dövrü cəmi bir neçə dəqiqə davam edir.

Dördüncü mərhələ - EEQ-də gecə yuxusu qeydinin 50%- dən çox vaxtını təşkil edən 2 hs. Və daha az tezlikli ləng delta rəqslərinin olması ilə səciyyələnir. Üçüncü və dördüncü mərhələni adətən delta yuxu adı altında birləşdirirlər.

Beşinci mərhələ bir sıra adlara malikdir: "gözün sürətli hərəkətləri" (GSH); "sürətli yuxu", "paradoksal yuxu" və s. Bu mərhələ zamanı insan əzələ tonusunun kəskin enməsi nəticəsində tam hərəkətsiz olur və yalnız göz almacıqları qapaqların altında 60-70 hs tezlikli sürətlə hərəkət edir. EEQ yuxunun bu mərhələsində gümrahlıq üçün xarakterik olan əlamətləri aşkarlamışdır. Əgər bu zaman yatmış insanı oyatsaq təxminən 90% hallarda aşkar yuxugörmə haqqında

danışmasını eşidə bilərik. Ləng yuxu zamanı isə oyanmaya nisbətən bu detallar daha dəqiq olacaqdır. Yuxunun paradoksal mərhələsi məməlilərin əksər növlərində və hətta quşların bəzi növlərində də var.

5.Yuxunun zəruri müddətini aydınlaşdıran sonuncu tədqiqatlar göstərir ki, gənclərdə yuxuya tələbat gecə ərzində orta hesabla 8,5 saat təşkil edir. Gecə yuxusunun 7,2-7,4 saat davam etməsi kifayət etmir, uzun müddət 6,5 saatdan az yuxu sağlamlığa zərər vura bilər. Yuxu təbabətində qeyd edilir ki, bizim müasir cəmiyyət yuxudan tam doymur, nəticədə bu hal qəza və fəlakətlərin səbəbi kimi insan və cəmiyyətin vəziyyətində əks olunur. Yuxudan doymama insanın əhvalına neqativ təsir göstərir və onun icra etdiyi psixomotor hərəkətlərin pozulmasına səbəb olur. Müxtəlif psixoloji testlərdən istifadə etməklə göstərildi ki, əgər gecə yuxusu 1,3-1,5 saat azalırsa bu gündüz vaxtı ayıqlığı aşağı salır. Başqa bir mövqe də ondan ibarətdir ki, əksər insanlar çox yatsalar da xroniki olaraq yuxudan doymurlar. Səbəb yuxuya tələbatın əhəmiyyətli fərdi variasiyaları və uzunmüddətli yuxudan sonra gündüz gümrahlığının minimal yaxşılaşması və yorğunluğun isə işdə qısamüddətli fasilələr zamanı çox asanlıqla çıxması faktıdır.

6.Yuxugörmə lap qədimdən insanları heyrətləndirir və narahat edir. Qədim zamanlarda yuxu "o biri dünyaya qapı" kimi nəzərdən keçirilmişdir. Hesab edilmişdir ki, yuxu vasitəsilə o biri dünya ilə əlaqə baş verə bilər. Biz yuxu haqqında danışarkən hər şeydən əvvəl qeyri-adi və fantastik mənzərələrin olmasını nəzərdə tuturuq. Subyekt özünü sürətlə dəyişən şəraitdə hiss edir, aşkar surətdə məkan-zaman qanunauyğunluqları mövcud olmur, keçmiş hadisə və insanlar təzahür edə bilir. Bu zaman şüur gümrahlıqda olduğu tək dolaşmır, tam tənhalıq hissi yaranır və başqa şəxslə hissləri bölüşməyə imkan olmur. İnsan qavranılan hadisələrə tənqidi münasibətin olmaması nəticəsində özünün yuxu gördüyünü dərk etmir. Yuxu dünyasının müxtəlifliyinə və fantastik olmasına baxmayaraq, bu dünya tam şəkildə yeni məzmuna malik deyil: yuxugörmə insanın həyat təcrübəsinin izidir, onunla əvvəl baş vermiş hadisələrin əksidir. Əbəs deyil ki, İ.M.Seçenov yuxugörməni "olmuş təəssüratların olmamış kombinasiyası" adlandırmışdır. Hər hansı bir təsir yuxuda tam mənzərənin açılmasına səbəb ola bilər. Çoxsaylı tədqiqatların nəticələri belə hesab etməyə imkan verir ki, yuxugörmənin əsas funksiyalarından biri emosional sabitlikdir. Yuxugörmənin rolunun ilkin sistematik tədqiqini psixoanalizin banisi Z.Freyd keçirmişdir. Yuxunu beynin xüsusi və vacib dili kimi nəzərdənnkeçirərək o qeyd etmişdir ki, yuxugörmə şəxsi psixi Aktivliyimizin məhsuludur və eyni zamanda bitmiş yuxu özümüzə münasibətdə nə isə kənar olan hal kimi bizi heyrətləndirir. Z.Freyd "Yuxugörmələrin şərhi" əsərində göstərir ki, yuxugörmə yalnız danışıq zamanı açıq-aşkar ifadə edilən fikri deyil, həm də dərhal dərk edilə və ya aydınlaşdırıla bilməyən gizli, aşkar olmayan fikri ehtiva edir. İkinci mənanı canlandırmaq üçün bu yuxunu görən şəxs haqqında əlavə informasiyanın olması zəruridir. Psixoanalitik "azad assosiasiya" metodundan bu əsasda istifadə edərək pasiyenti yuxuda maskalanmış meylin dərk edilməsinə yönəldir və bu da emosional

gərginliyi azaldır. Müasir psixoterapevt və psixoanalitiklər belə nəticəyə gəlmişlər ki, yuxulara nəzarət etmək olar. Hər insan gecə ərzində bir neçə dəfə yuxu görür. Eksperimental yolla yuxunun müddəti haqqında sual da cavablandırılmışdır. Məlum olmuşdur ki, yuxuların subyektiv müddəti sürətli yuxu dövrünün obyektiv müddətinə müvafiqdir. Görünür, heyvanlarda sürətli yuxu zamanı yuxugörmə var – bunu M.Juvenin təcrübələri sübut edir. Yuxugörməyə müəyyən mənada zidd olan hal somnabulizmdir (yuxudagəzmə və ya lunatizm). Laborator tədqiqatlar göstərdi ki, somnabulizm delta-yuxu fonunda yaranır. Tutmanın müddəti və aşkarlığı olduqca dəyişkəndir. Ən yüngül halda insan çarpayıda otura və öz-özünə nə isə danışa bilər və yenidən yata bilər belə hallarda EEQ-də dərin delta yuxu mənzərəsi müşahidə edilir. Digər hallarda insan qalxa, gəzə, geyinə və evdən çıxa bilər (belə hallarda göz adətən açıq olur, sifət maskaşəkilli olur). Somnambuliya zamanı insan sadə suallara qırıq cavablar verə bilər. Belə hallarda EEQ-də mürgü və ya hətta gümrahlıq əlamətləri yarana bilər. İki müstəsna halın (yuxugörmə və somnambuliya) mövcudluğu onu sübut edir ki, yuxu həm daxili dünyaya dərin dalma, həm də xarici aktivliyin nümayişi olan müxtəlif halların tam məcmusudur.

İlk növbədə qeyd etmək lazımdır ki, yuxunun təbiəti haqqın da əksər məlumatlarımız elektroensofaloqrafiya nəticəsində aldığımız tədqiqatlara əsaslanır.

Bu tədqiqatların mahiyyəti ondan ibarətdir ki, yuxu müəy vən (sikllərdən ibarətdir və onların da hər biri öz növbəsində dörd ardıcıl mərhələyə bölünür.

Birinci mərhələ alçaq dalgalan ilə xarakteriza olunur. Bu mər hələdə beyin sanki yuxu ilə oyamqlıq arasın da olur, bazi əzələlərdə (mo sələn, uz, yuxarı ətraf əzələləri) tək-tək səyrimələr müşahidə olunur, digər əzələ qrupları isə tonusdan düşmuş vəziyyətdə olur. Yuxu dərinləşərək tədricən ikinci mərhələyə keçir. Bu mərhələdə elektroensefaloqrafik dalğalar sürətlənir və bəzi pik nöqtələr yaranır. Bu mər hələ üçün xarakterik olan əlamətlər bunlardır, tənəffüsün və ürək vurğularının sevrəkləşməsı, bədən temperaturunun bir qədər aşağı enməsi Üçüncü mərhələ üçun xarakterik əlamətlər orta tezlikli dalğaların əvəz olunması ilə müşahidə olunan yüksək ampli- tudalı, seyrək dalğaların görünməsidir. Bu əlamətlər artıq yuxu nun dərinləşməsım göstərir. Dördüncü mərhələdə dalğalar da ha da seyrəkləşir, amplitudaları isə sabitləşır, əzələlərin fəallağı bir qədər enit. Bu zaman yuxunun dərinlıyım subut edən digər hallar da, məsələn, mühitdən gələn qıcıqların qəbul edilməməsi tənəffüsün dərin, ritmik və sevrək olması və s. bu kımı əlamətlər qeyd olunur.

Göstərilənlərlə yanaşı gecə ərzində vaxtaşırı orqanizmin fizioloji aktivliyinin kəskin dəyışıması halları da yaranır. Bu zaman ürək vurğularının aritmik olması və qan təzyiqının artması, tənəf füsun səthiləşərək sürətlənməsı, bədən əzələlərımın tamamilə tonusdan duşməsi muşahidə olunur. Belə vəziyyətlər yaranarkən baş-beynın elektrik dalğaları kəskin surətdə sürətlənir, göz alma ları

hərəkət edir, sankı şəxs diqqətlə maraqlı filmə baxır. Bu s bəndən bu mərhələ gözün tez-tez hərəkət etməsi -REM rapid eye moverment) 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 bəzi məlumatlara görə REM vəziyyətini şəxsin gördüyü yuxunu diqqətlə izləməsi kimi qiymətləndirirlər. Bu mərhələnin orqamzm üçun əhəmiyyətini tədqiq etmək məq sədilə yatmış adamları həmin anda oyatmağa çalışmışlar. Bu zaman REM vəziyyətının dayandığını, oyatmanı dayandırdıqda isə vəziyyətin yemdən davam etməşını müşahidə etmişlər

Hələ tam sübut olunmamış elə bir fərziyyə vardır ki, yuxu istirahət və orqanizmin öz gücünü bərpa etməsi üçün vacibdir. Lakın bu bütün tədqiqatçıları təmin etmir. Hamıya yaxşı məlum olan belə bir takt 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 yatıması da norma kimi qəbul edilir. Eksperimentlərin birində iştirakçıları 200 saat oyaq saxlamışlar. Bu müddət ərzində onlarda yorğunluq, iş qabiliyyətinin enməsı, diqqətin zəifləməsi ilə yanaşı qıcığa qarşı həs saslığın yüksəlməsi və əzələlərin səyriməsi müşahidə olunmuş dur. Həmin adamlar 1 dəfə yatmaqla bütün fəaliyyətlərini bərpa etmişlər. Buradan belə bir nəticə çıxarmaq olar ki, yatmağın müddətinin deyil, yuxudan sonra insanın özünü fiziki və psixi cəhətdən necə hiss etməsi əhəmiyyətlidir.

Yuxugörmə haqqında psixoloqların yekdil fikirləri yoxdur. Bir çox təsadüflərdə gecə görülən yuxunun ertəsi günü onun çin olmasının şahidi olduğumuz halda bəzi yuxuların, ələlxüsus dəh şətli məzmunlu yuxuları heç cür yozmaq (anlamaq) olmur. Belə yuxuları psixoanalitiklər Freydizm əsasında izah etməyə çalışırlar. Bununla yanaşı digər alimlər fərqlı fikirlər irəli sürürlər. Məsələn, onlar qeyd edirlər ki, yuxuda imtahanda iki qiymət almaq sahnəsi tələbənin imtahanqabağı tələş keçirməsinə işarədir.

Yuxugörmənin məzmunu çox vaxt yuxuda olan şəxsin ətra finda baş verən hadisələrlə əlaqədar olur. Məsələn, krannan axan suvun səsi su ilə əlaqədar və ya saatın zəngi qapının zəngı kimi yüxugörmələrə səbəb ola bilər. Maraqlı suallardan biri biz nə uçun yuxu görürük sualıdır. Bə zı psixoloqlar bu sualı belə izah edirlər ki, oyaq vəziyyətdə çətin həll edə bildiyimiz problemlərə yuxugörmə qeyri-standart yanaşımağa imkan verir. Bir çox tədqi qatçılar, xüsusilə bir istiqamətdə işləyən psixoloqlar, fizioloqlar qeyd edirlər ki, yuxu zamanı bır sıra bioloji aktiv maddələrin transmitterlərin ifrazı baş verir ki, bu da beyinin muxtəlif sahələrində məskunlaşan obrazların və xatirələrın oyanımasına səbəb olur. Həmin obraz və xatırlamalar spontan olaraq toplanaraq müxtəlif məzmunlu (bəzən anlaşılmaz) yuxugörmələrə səbəb olur. Belə təqdirdə yuxugörmə izah edilə biləcək klinik fenomendan çox krassvorda bənzəyır. Digər bir hipotez yuxugörməni psi Ai yüklənmə zamanı beynın neyron əlaqələrini testləşdirməsi prosesinin kənar

məhsulları kimi izah edir. Sanki operator kompüterdə testləşdirmə apararkən məzmunsuz tekstlər çap edir

Yuxu pozuntuları içərisində daha tez-tez rast gəlinən yuxusuzluqdur. Yuxunun pozulması somatik (ağrı, astıma, daxili or qanların xəstəlikləri və s.), emosional (depressiva, mamya, həya can), xarici amillər (səs-küy, isti, işıq), dərman qəbulu (kofein, steroidlər, diuretiklər), düzgün olmayan vərdişlər (yuxudan əvvəl fizikı iş, ağır yeməklər, çoxlu mey qəbul etmək) və digər səbəb- lər nəticəsində baş verə bilər

Yuxu pozuntularını üç qrupa bölmək olar: 1) Erkən vuxusuzluq şəxs yata bilmir, 2) Orta yuxusuzluq səthi yuxulama: 3) Gecikmış yuxusuzluq erkən oy anma. Yuxusuzluq sindromunun aksi yuxuculluq hipersomniva adlanır Günün əksər hissəsini yatmaqla keçirən belə adamlar çox vaxt atipik depressivadan və ya asteniyadan əziyyət çəkirlər. Yuxu pozuntulan içərisinde kli mk əhəmiyyət kəsb edən aşağıdakı formaları da qeyd etmək la zımdır: 1) Narkolepsiya vaxtından asılı olmayaraq (məs gündüzlər) yatmaq, 2) Yuxu zamanı tənəffüsün tormozlanması (apnoe) xiriltili səs çıxarmaqla təzalhur edir. 3) Somnambulizm yuxu zamanı yataqdan qalxıb huşsuz halda bir neçə dəqiqə, bəzən yarım saat gəzişmək

Yuxu pozuntusunu bərpa etmək üçün əsas səbəbi aradan qal dırmaq lazımdır (məsələn, somatik və va psixi xəstəliyi mualicə etmək Əgər bu sabablar movcud deyilsə çoxda mürəkkəb olmayan aşağıdakı usullardan istifadə etmək lazımdır.

- ✓ Gündüz saatlarında fiziki yükü artırmaq, axşamlar isə azaltmaq;
- ✓ Yatmaq və durmaq vaxtlarını rejimə salmaq və ona əməl etmək.
- ✓ Rahat yatmaq uçun şərait yaratmaq səs-küyü ara dan qaldırmaq, isti-soyuq, işıq problemlərini tənzimləmək
- ✓ Əgər bu amillər mane olursa, yataqda yemək ye məmək, televizora baxmamaq, kitab oxumamaq;
- ✓ Yatmazdan qabaq çay, kofe içməmək, yemək qəbul etməmək:
- ✓ Yuxuya kömək edən, tərkibində triptofan olan bir stəkan süd içmək.
- ✓ Gündüz yatmaqdan çəkinmək (hətta keçən gecə pis yatmış olsanız belə);
- ✓ Uzun müddət yuxu dərmanlarından istifadə etmə mək. Bu maddələr öyrəşmə (asılılıq) 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).

7. 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 edilirlər. Aşağıdakı preparatlara üstünlük vermək məsləhətdir. Qeyri-benzodiazepin

trankvilizatorlar (zolpidem, zopeklon, zaleplon), Antihistamin preparatlar hidroksizin, Benzodiazepin (nitrozepam,konozepam, xlordiazepoksid, diazepam) yuxu dərmanlarını 2 həftədən artıq tətbiq edilməsi məsləhət deyil. Hipersomniya gün ərzində daimi yuxululuq hissidir. 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 problem- lərlə 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 qalxma 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 omanla ünsiyyətə girmək cəhdlərinə nisbətən zəif reaksiya verir ve onu oyatmaq üçün yetərincə səy göstərmək lazım gəlir. Oyandıqdan sonra (epizoddan sonra, yaxud ertəsi gün səhər) epizod amneziyalaşır. Epizoddan ayıldıqdan bir neçə dəqiqə sonra psixi aktivlik və hərəkət bərpa olu nur, ancaq əvvəlcə qısa müddət ərzində bir qədər dolaşıqlıq var dezoriyen-msiya müşahidə edilə bilər. Yuxu zamanı dəhşətlər kəskin təşvişli qis qırıq 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 yuxusu nun 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 məh duddur. Qarabasmalar. Bir qayda olaraq həyat, təhlükəsizlik və özünə hörmətə qarşı təhdidlə müşayət olunan, vahiməli məzmuna malik yuxugörmələrin 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. Yuxugörmələr 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.

MÖVZU 14: ALİ SİNİR FƏALİYYƏTİNİN POZULMASI ZAMANI NEYROPSİXOLOJİ ANOMALİYALAR (demensiya və alsheymer xəstəliyi)

Plan:

1. **Demensiya**
2. **Alsheymer xəstəliyi**
3. **Damar mənşəli(vaskulyar) demensiya**

Koqnitiv funksiyalar (lat. cognitio- idrak) yüksək beyin funksiyalarıdır: yaddaş, diqqət, psixomotor koordinasiya, nitq, hesablama, düşüncə, istiqamətləndirmə, yüksək psixi fəaliyyətin planlaşdırılması və idarə edilməsi. Onlar həmçinin sözləri tələffüz etmək, digər insanlara cavab vermək və onlarla qarşılıqlı ünsiyyət kimi şifahi ünsiyyətləri də əhatə edir.

Demensiya baş beynin xronik və ya proqressivləşən xəstəliyi nəticəsində əmələ gələn psixi fəaliyyətin pozulmasıdır. Bu zaman idrak prosesləri (yaddaş, təfəkkür, qavrama, nitq), eyni zamanda mülahizə etmə qabilliyəti kimi ali qabıq funksiyalarının pozulması baş verir. Göstərilən koqnitiv pozuntular kifayət qədər ciddi olub, ən azı son 6 ay ərzində insanın gündəlik həyatına təsir edir.

Demensiya ağılın zəifləməsi, əvvəllər qazanılmış bilik və vərdişlərin, həyat keyfiyyətlərinin bu və ya digər dərəcədə itirilməsi, yenilərinin isə əldə edilməsinin mümkünsüzlüyü ilə xarakterizə olunan patoloji sindromdur. Demensiya psixi funksiyaların beynin xüsusən yaşlı insanlarda zədələnməsi nəticədə çökməsidir. Xalq arasında buna qocalıq ağlını itirmə də deyilir.

Təsnifatı:

- beyin qabığı forması - beyin qabığının zədələnməsi nəticəsində;

- beyin qabıqaltı forması beyin qabaqaltı strukturiann zədələnməsi nəticəsində;

- beyin qabığı və qabıqaltı forması beyin qabığının və eyni zamanda qabığaltı strukturların zədələnməsi nəticəsində;

- multifokal forma xarakterizə olunur. - çoxsaylı zədələnmə ocaqları ila

Erkən (presenil) və gecikmiş (senil) başlanğıch demensiya ayırd edilir. Presenil demensiya zamanı əlamətlər 65 yaşa qədər, senil demensiya zamanı isə 65 yaş və daha gec başlayır. Demensiyanın bu növlari etiologiya, klinik şəkli və

gedişinə görə bir-birindən fərqlənir. Demensiya termini ilə etiologiyaya görə müxtəlif vəziyyətlər nəzərdə tutulur. Demensiyanın müxtəlif növlərinin fərqli olmasına baxmayaraq bir çox hallarda onun yaranmasına çoxsaylı faktorlar səbəb olur. Belə ki, Alsheymer xəstəliyi olan 60-90% pasiyentlərdə damar dəyişiklikləri, damar demensiyası klinik diaqnozu tasdiq edilmi pasiyentlərin 1/3-də Alsheymer xəstəliyi üçün xarakterik olan dəyişikliklər aşkar edilir.

Alsheymer xəstəliyi ən başlıca əlaməti tədricən, lakin proqressiv 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 va süst görünürlər. Bir qədər sonra xəstələrdə narahatlıq əlamətləri: yersiz hərəkətlər, başqalarına qarşı dörümsürlik. istehzalı 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. Danışıq 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 xarakterik əlamətlərindən biri də yazı qabiliyyətinin itməsidir. Getdikcə xəstələrin həm psixi, həm də somatik halı pisləşir, prosesə bir sıra nevroloji əlamətlər də (əzələlərin rigidliyi, dəri hissiyatının zəifləməsi, epilepsiyayabənzər qıcolma tutmaları və s.) qoşula bilər.

Alsheymer xəstəliyinin patogenezi beyin qabığı va müəyyən qabıqaltı sahələrdə neyronların və sinaptik əlaqələrin itirilməsi ilə xarakterizə olunur. Hüceyrə ölümü beynin bir çox sahələrində atrofiyaya səbəb olur. Alsheymer xəstələrinin beyin nümunələrinin mikroskop altında post-mortem təhlili zamanı amiloid plakları və neyrofiblyar yumaqların artdığı aşkar görünür. Plaklar neyronların daxili və xarici qatlarında çətin həllolunan beta-amiloid formasındaki qalıntılar şəklində toplanırlar. Onlar sinir hüceyrələrinin daxilində böyüyərək əsasən düyüm adlanan və tərkibeə çətin həllolunan bükülmüş sinir lifləri əmələ gətirirlər. Ümumiyyətlə, bir çox yaşlı adamların beynində plaklar və düyümlər olur. Lakin Alsheymer xəstələrində onlar beynin bir çox yerlərini örtmüş olurlar. Məhz, bu beta-amiloid plaklarının (peptidlər) Alsheymerə səbəb olan pozğunluğu yaratdığı aşkar olunmuşdur. Alsheymerin səbəbini amiloid fərziyyə ilə izah edənlər beyindəki pozulmaları beta-amiloidin tətiklədiyinivurğulayırlar.

Aparılmış tədqiqatlara görə xəstəliyin yaranması birbaşa olaraq amiloidlərlə əlaqədardır. Amiloidlərin niyə bəzi insanlarda Alsheymer xəstəliyinə yol açdığına bəzilərində isə heç bir patologiyaya səbəb olmadığının elmi izahını Harvard Universitetinin Tibb fakültəsinin həkimi Denis Selkoe vermişdir. Selkoeyə görə normal hallarda amiloidlər hüceyrədən kənara atıldıqda əriyib yox olur. Lakin bəzi hallarda amiloidlər həllolunmayan fibrillər əmələ gətirməyə başlayırlar. Bunlarda bir-birlərinə yapışaraq plaklar əmələ gətirir. Bütün yaşlı insanlarda plak

yaranmasının artdığı hamıya məlumdur və bu təkbaşına hər hansı patologiyaya səbəb ola bilməz. Əsas məsələ bu plakların iltihabi prosesləri tətikləməsidir. Harvard Universitetinin genetiki Rudi Tanziye görə plakların iltihablaşmasına səbəb beyinin bəzi infeksiyalarla mübarizə məqsədilə istehsal etdiyi sərbəst radikal deyilən toksinlərdir. Fibrillər iltihaba yol açdıqda sərbəst radikallar fibrillərlə birlikdə neyronları da məhv edir.

Amiloid fərziyyə Alsheymerin əmələ gəlməsi haqqında ən geniş yayılmış və ən yaxşı əsaslandırılmış elmi yanaşmadır. Lakin bu sahədə tək deyil. Aparılan tədqiqatlar dərinləşdikcə alimlər xəstəliyin əmələ gəlməsində yeni səbəblər irəli sürürlər. Məsələn son illərdə, həkimlər səbəbini tam izah edə bilməsələrdə Alsheymerə yol açan amillərdən biri kimi qandaki ApoE4 adlı yağ hüceyrələrini göstərmişlər. Elmi cəhətdən tam olaraq sübut edilməmiş başqa bir fərziyyə, mətbəxdə xörək bişirərkən qana qarışan aliminium və sink maddələrinin Alsheymerə səbəb olduğunu irəli sürür. Beləliklə, aparılan çoxsaylı araşdırmalar beyin hüceyrələrində Alsheymerə yolaçan pozğunluqların səbəblərini tam açıqlamaq imkanı vermədiyindən plaklar və düyünlər xəstəliyin əsas şübhəliləri olaraq qalmaqdadır. Alsheymer xəstəliyinin indiyə qədər tibb elminə məlum olan bir müalicəsi olmamasına baxmayaraq, xəstələrə erkən diaqnoz qoyulduqda xəstəliyin inkişafını xeyli ləngitmək mümkündür. Xəstəlik adətən amerikalı bir alimin bildirdiyi kimi, "pişik balasının addımları kimi sakit və yumuşaqca irəlilədiyi üçün ilk vaxtlarda diqqət cəlb etmir. Lakin, tədricən Yastanin "yaddaşındakı boşluğun böyüməsi ilə paralel olaraq xəstəlik orqanizmin bütün funksiyalarını pozmağa başlıyır və bir çox hallarda xəstə ömrünün son illərini yataqda keçirir. Bu səbəbə görə də xəstəliyin başlanğıc dövrlərində aşkar edilarak müalicəyə başlanması hayati əhəmiyyət daşayır. Alsheymer xəstəliyinin aşağıdakılardır: başlandığını işarət edən simptomlar aşağıdakılardır:

1) irəliləyən daimi yaddaş itkisi;

2) gündəlik işləri görməkdə çətinlik;

3) nitq zamanı doğru sözlərin seçilməsində çətinlik,

4) zaman və məkan anlayışlarının itirilməsi;

5) mühakimə qabiliyyətində pozğunluq:

6) qərar vermə prossesində çətinlik;

7) əşyaları itirmə;

8) xəstələrin xasiyyət və davranışlarında kəskin dəyişikliklər;

9) tənbəlləşmə;

10) uzun müddətli hərəkətsizlik.

Xəstəlik inkişaf etdikcə simptomlar özünü daha kəskin şəkildə biruzə verməyə başlayır. Getdikcə xəstəliyin ik mərhələsindən etibarən başlamış unutqanlıq narahat edici xarakter alır. Xəstə tez-tez əşyalarını itirməyə, özünü ətraf mühitdən təcrid etməyə başlayır, daim depressiv əhval- ruhiyyədə olur, səbəbsiz narahatlıqlar keçirir, onun davranışlarında çaşqınlıq hiss olunur. Xəstəlik irəlilədikca xəstəni tamamilə ətraf aləmdən təcrid etmiş olur. Xəstə halusinasiyalar görməyə, özünə yaxın olan insanları belə tanımamağa başlayır. Xəstə bir düz xətt üzrə yeriyə bilmir. mühakimə və qismən hərəkət qabiliyyətini itirir. Xəstəliyin fərdi hallarda üzə çıxan simptomları da vardır: ictimai yerlərdə uyğun olmayan davranışlar etmək, heç bir səbəb olmadan əsəbləşmək, qışqırmaq, qaranlıqdan, tək qalmaqdan qorxmaq. yuxusuzluq, gigiyena qaydalarına əməl etməmək və s. Bazi a rast gəlinən hallarda Alsheymer xəstələri ictimai yerlərdə paltarlarını çıxarmaq, küçədə ətrafdaki insanlara məhəl qoymadan tualet ehtiyaclarını ödəmək, qarşı cinsdən olanlara sataşmaq və mağaza və ya başqa bir yerdən səbəbsiz yerə oğurluq etməyə çalışmaq kimi maraqlı hərəkətlər də edə bilirlər.

Alsheymer xəstəliyinin uzun bir müddət gizli inkişaf etməsi və klinik gedişinin hər şəxsdə fərdi xarakter daşıması proqnozu olduqca çətinləşdirir. Diaqnoz qoyulduqdan sonra xəstələrin çoxu 7 ilə yaxın, yalnız 3% hallarda isə təxminən 10-14 il ömür sürürlər. Son mərhələdə baş verən pozğunluqlar günlük hayatın sürdürülməsini tamamilə imkansız hala gətirir və xəstəni yatağa məhkum edir. Fiziki hərəkətliliklə yanaşı orqanizmin bəzi fizioloji funksiyalarının pozulması xəstəliyin proqnozunu olduqca pisləşdirir. Bu mərhələdə xəstələrdə qeyri- iradi sidik ifrazı başlayır, xəstənin udqunması çətinləşir. Yanaşı gedən ürək-damar sistemi xəstəlikləri, diabet, spirtli içkilərin qəbulu xəstəliyin proqnozunu daha da xoşagəlməz edir. Ağciyər və sidik yolları infeksiyaları, az maye qəbulu ilə bağlı metabolik pozğunluqlar və yataq yaraları inkişaf edir. Məhz, bu ağırlaşmalar Alsheymerli xestelerin olumune sebeb olur.

Alsheymer xəstəliyinin erkən və doğru diaqnozu xəstəyə və onun ailəsinə gələcəyi birlikdə planlaşdırmaq və xəstəliyin əlamətlərinə qarşı düzgün müalicəni təşkil etmək imkanı verir. Alsheymer xəstəliyinin diaqnozunun 100% dəqiqliklə qoyula bilməsinin tək yolu beyin toxumasının biopsiyasıdır. Bu isə xəstələr sağikən çox nadir həyata kecirilen muayine usuludur.

Diaqnoz meyarlarina nəzər saldıqda anlaşıldığı kimi biyopsiya va autopsiyadan öncə xəstəliyə dəqiq diaqnoz qoymaq mümkün deyildir. Bununla yanaşı bu sahədə təcrübəli bir həkimin klinik müayinəsi nəticəsində 95% dəqiqliklə Alsheymer xəstəliyi diaqnozu qoyula bilər. Bu xəstəliyə diaqnoz qoymaq üçün xüsusi bir test mövcud olmadığı üçün diaqnozun qoyulmasında əsasən xəstə yaxınlarından toplanan ətraflı bir tibbi anamnezlə yanaşı yaddaş və digər zehni fəaliyyətləri dəyərləndirməyə yönəlmiş testlər aparılır. Qan, vitamin B12 miqdarı, tiroid funksiyası və beyin onurğa iliyi mayesi müayinəsi aparılır. Lazım gəldikdə həmçinin elektroensefoloqrafiya, maqnit-rezonans tomoqrafiyası. kompyuter

tomoqrafiyası, foton-emission kompyuter tomoqrafiyası, pozitron-emission tomoqrafiyası kimi beyin görüntüləmə üsulları da tətbiq edilə bilər.

Alsheymer xəstəliyini tamamilə aradan qaldıran bir müalicə olmasa da, xəstəliyin əlamətlərini bəlli ölçüdə yüngülləşdirərək, xəstənin həyat səviyyəsini yaxşılaşdıran müalicə üsulları mövcuddur. Müalicə əsasən iki istiqamətdə aparılır: dərman müalicəsi, xəstə baxımı. Tətbiq edilən dərmanlar xəstəliyin irəliləmə sürətini azda olsa yavaşladır və xəstəliyin bir sıra əlamətlərinin qismən qarşısını alır. Xəstələrin beynində irəliləyici hüceyrə ölümü nəticəsində azalan asetilxolin miqdarını artırmaq üçün asetilxolin esteraza enziminin inhibitorları və memantin tətbiq edilir. Bundan əlavə xəstəliyi müşayiət edən depressiya, hüzursuzluq, yuxusuzluq, halusinasiylar kimi ruhi və davranış pozğunluqlarının da aradan götürülməsinə yardım edən müalicə aparılır. Alsheymer xəstəliyinin əlamətlərinin müalicə edilməsi əksər hallarda xəstənin daha rahat bir yaşam sürməsinə və xəstə yaxınları üçün xəstənin baxımının asanlaşmasına şərait yaradır. Alsheymer xəstəliyini önləməyə, gedişini langitməyə və əlamətlərini yüngülləşdirməyə yönəlik dərmanların tapılması ətrafındaki elmi axtarışlar bütün sürətilə ilə davam edir. Alsheymerlə mübarizə edə bilmək üçün xəstəliyi yaxşı tanımaq və onunla birlikdə yaşamağı öyrənmək gərəkdir.

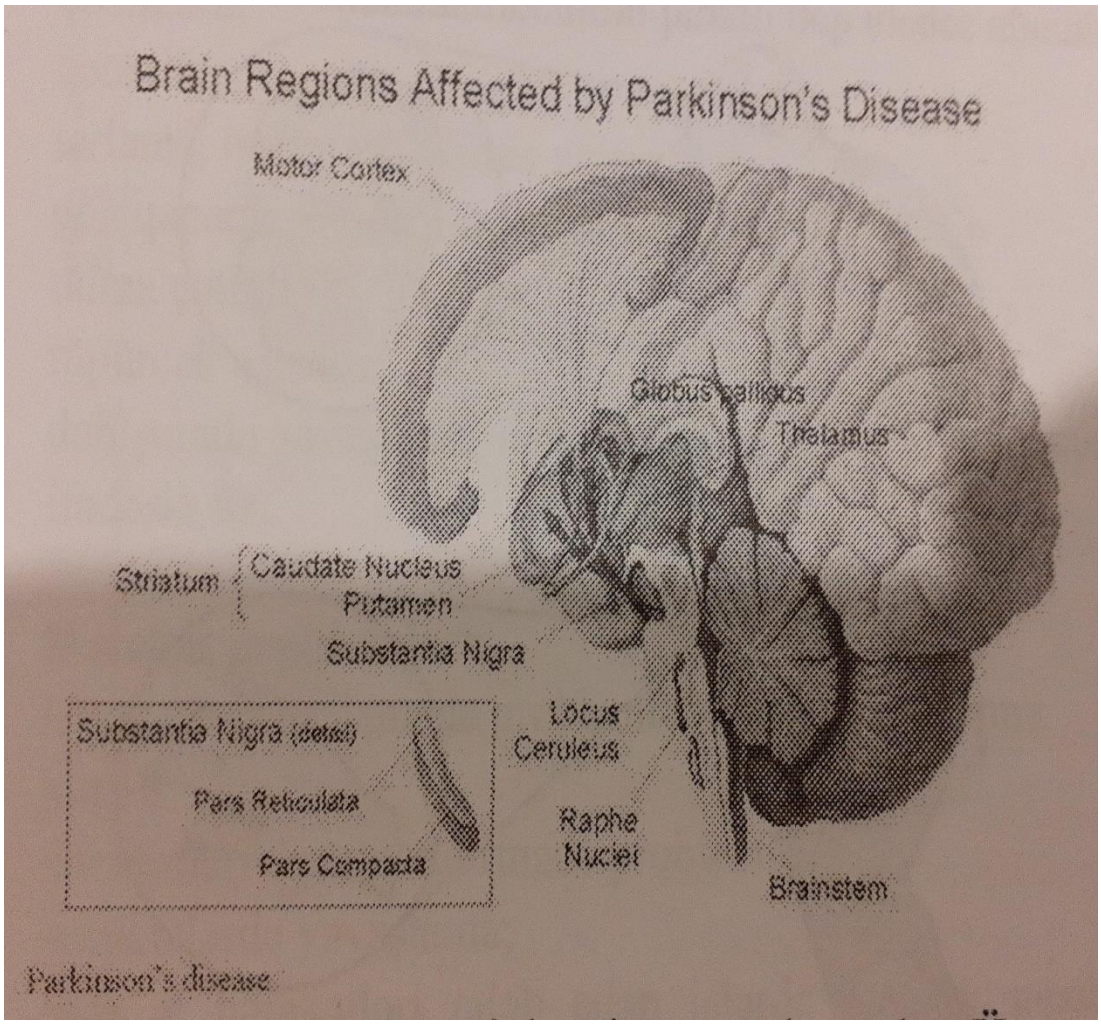
MÖVZU 15: ALİ SİNİR FƏALİYYƏTİNİN POZULMASI ZAMANI NEYROPSİXOLOJİ ANOMALİYALAR (parkinson və epilepsiya xəstəliyi)

Plan:

1. **Parkinson xəstəliyi**
2. **Epilepsiya**

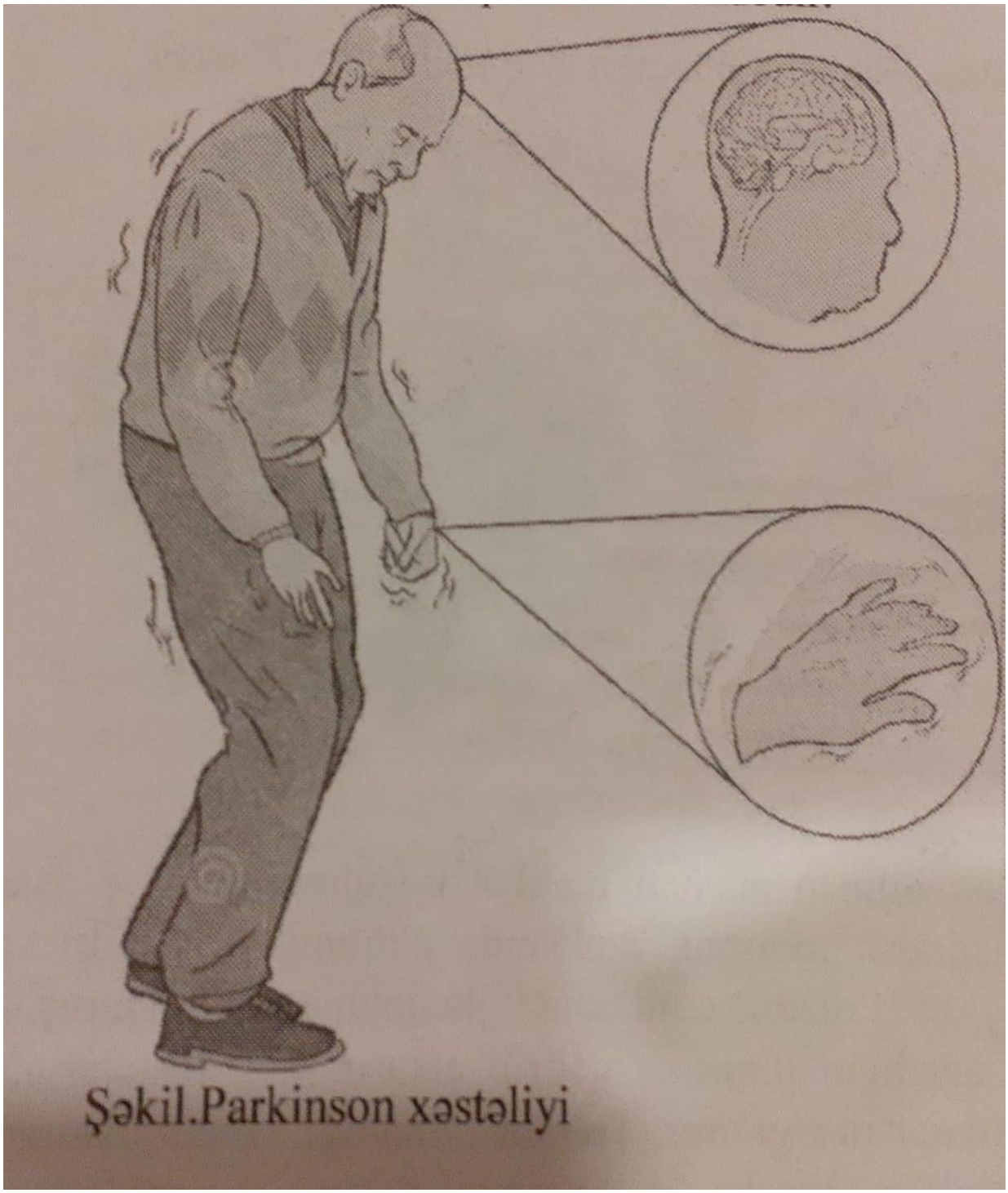
1. Parkinson xəstəliyi neyroendogen xəstəliklər qrupuna daxil olub, mərkəzi sinir sistemində dopamin neyronlarının dağılıb məhv olması ilə inkişaf edir. Beyində xüsusilə hərəkət və koordinasiyaya köməkçi olan beyin hüceyrələrinin ölümü ilə xarakterizə və titrəmə, hərəkət etmə və varmada problema səbəb olan bir xəstəlikdir.

Parkinson xəstəliyi (PH) Alsheymer xəstəliyindən sonra ən çox rast gəlinən degenerativ xəstəlikdir. PH-ın xarakterin cəhəti dopaminergik neyronların itkisi sitoplazmasında Levi hüceyrə cisimlərinin (içində protein aqreqatlarıdır) tapıl masıdır. Genetik hal PH hallarının cəmi 5%-ini təşkil edir.



Ən çox bilinən əlaməti hərəkət pozulmasıdır. Üç əsas əlamətdə (istirahət tremoru, əzələlərdə gərginlik (rigidlik) və bradikineziya) PH diaqnozunu rahatlıqla qoymaq olar. Duruşun pozulması tarazlığın itməsinə gətirib çıxarır. PH xəstələrinin 85%-ində tremor rast gəlinir. Tremor olmadığı zaman diaqnoz qoymaq çətinləşir. Maska üz, önə əyik duruş, göz qırpmanın azalması, qolların sallanmasının çətinləşməsi (gərgin olur) başlanğıc dönəmin tablosunu tamamlayır. Başlanğıc gücsüzlük və yorğunluq, inkordinasiya, ağrı və narahatlıq hissi də ola bilər. Ayaqları sürüyərək və qısa addımlarla xarakterik yeriş və bütün bədəni ilə birlikdə dönmə PH-ın vacib əlamətlərindəndir. Başın bükülməsi, gövdənin əyilməsi və yuxarıdaki əlamətlər motor əlamətlərdir.

Əzələ hərəkətlərini nəzarət edən hüceyrələr, dopamin adı verilən bir kimyəvi ifraz edər. Parkinson xəstəliyində dopamin istehsal edən beyin hüceyrələrinin yavaş bir şəkildə ölümü söz mövzusudur. Dopamin olmadan, hərəkəti nəzarət edən beyin hüceyrələri əzələlərə mesaj göndərə bilmir. Zaman içində hüceyrələrdəki təxribat daha irəliləyər. Beyin hüceyrələrindəki ölümün səbəbi qəti olaraq bilinməməkdədir.



Şəkil.Parkinson xəstəliyi

Parkinson xəstəliyi ümumiyyətlə 50 yaşından sonra ortaya çıxar. Xüsusilə yaşlı fərdlərdə ən sıx görülən sinir sistemi xəstəliklərindən biridir.

Başlanğıcda simptomlar yüngül ola bilər. Məsələn yüngül bir titrəmə yada bir ayaqda gərginlik hissi şəklində başlaya bilər. Simptomlar bədənin bir ya da hər iki tərəfində görülə bilər.

Ümumi əlamətlər:

− tarazlıq problem;
− əzələlərdə sərtlik yada gərginlik;
− əzələlərdə ağrı, yanma;

− ayağa qalxanda təzyiqdə düşmə;
− qozbellik;
− qəbizlik;
− tərləmə, bədən istiliyində nizamsızlıq;
− göz qapaqlarının hərəkətində yavaşlama;
− udma çətinliyi;
− tüpürcək axması;
− danışmada yavaşlama, monotonlaşma və səssiz danışma;
− ifadəsiz üz.

Hərəkət problemləri:

− hərəkətlərə başlamada problemlər (getməyə başlama kimi);
− hərəkətləri davam etdirmədə problemləri;
− hərəkətlərdə yavaşlama;
− incə əl hərəkətləri tələb edən işlərdə çətinlik məcbur edilmə (xüsusilə yazıda kiçilmə);
− yemək yeməyə çətinlik;
− titrəmə simptomları;
− ümumiyyətlə üzvlərdə hərəkətsizlik görünür (istirahət tremoru deyilər).

EPİLEPSİYA

Epilepsiya sözü yunanca "epilambano" sözündən götürülüb mənası "yıxılıram", "tuturam" deməkdir. Əsas əlaməti təkrarlanan və adətən provokasiya olunmayan (refleks epilepsiyalar istisna olmaqla) epilepsiya tutmaları (ET) olan, müəyyən sindromlar zamanı şəxsiyyətin dəyişilməsinin xüsusi tipi VƏ psixi pozuntularla müşayiət edilən müxtəlif etiologiyalı heterogen xəstəliklər qrupudur.

Müxtəlif məlumatlara görə, epilepsiya ilə xəstələnmənin rast gəlmə tezliyi il ərzində 100 000 nəfər əhaliyə 30-50 hadisə təşkil edir. Epilepsiyanın inkişaf riski 20 yaşa qədər 1%, 75 yaşa qədər isə 3%-ə bərabərdir. Epilepsiya kişilərdə qadınlara nisbətən bir qədər çox rast gəlinir. Epilepsiya 65% hallarda uşaq və yeniyetmə yaşlarında başlayır.

Epilepsiya baş-beynin xroniki xəstəliklərinə aiddir. Bu zaman beyin daxilində qıcolmalar baş verir. Əsas aparıcı əlaməti tez-tez xəstədə epileptik tutmaların olmasıdır. Epilepsiya iki cür olur: irsi-genetik faktor və sonradan qazanılmış. Sonradan qazanılmış epilepsiyaya doğuş və ya qəza vaxtı zədə almaq daxildir.

Orqanizmin ümumi inkişafı zamanı yaranan anormallıqlar, ana bətnindəykən dölün məruz qaldığı infeksiyalar, toksik maddələr,doğuş zamanı uşağın oksigensiz qalması, doğuşdan sonra keçirilən beyin infeksiyaları (miningit, ensefalit), başa alınan travmalar, zəhərlənmələr (ağır metallardan, karbon monoksid və s.), beyin xərçəngi, beyinə qansızma, beyin damar tıxanıqlıqları, bəzi dərmanlar, aşırı dərəcədə alkoqol aludəçiliyi, metobolik pozuntular da epileptik tutmalara səbəb ola bilir.

Ümumi halda xəstəlik klinik olaraq iki formaya bölünür:

- geniun epilepsiya - uşaqlarda heç bir səbəb olmadan, genetik faktor, irsiyyətlə əlaqəli yaranan (8-14 yaş);

- simptomatik epilepsiya - hər hansı bir səbəbdən yaranan (25- 50 yaş).

Epilepsiya tutmaların bir çox tiplər mövcüdur. Amma bilinməsi lazım olan əsas iki tip vardır:

1. Parsial - yəni beyində bir bölgə ilə məhdudlaşmış olaraq başlayan tutmalar; hissəsinə təsir edən tutmalar etmək), xoş

2. Generalizə - beynin əksər hissələrinə təsir edən tutmalar.

Parsial tutmalar bədənin müəyyən bir hissəsini tutar. Məsələn, bir ayaqda və ya bir qolda olan əzələ gərilmələri, qol və ya ayaqda uyuşmalar, qıcolmalar, yanma və nadir hallarda ağrı kimi qısa çəkən əlamətlər, rəng dəyişmələri (qızarma və ya solğunlaşma), qan təzyiqinin dəyişməsi, ani qorxu hissi, dejavu (əvvəllər heç olmamış bir hadisəni olmuş kimi qəbul etmək) ya da jamais-vu (Əvvəllər olmuş bir hadisəni sanki heç olmamış kimi hiss etmək, xoş olmayan qoxu və dad hissetmə, mədədə bulantı və hədsiz rahatsızedici hiss, başın bir tərəfə doğru əyilməsi, qolun yuxarı qalxması və s. parsial tutmalara aid edilə bilər.

Generalizə tutmalarda isə şüurun ani itməsi ilə yanaşı ani olaraq dalıb getmə, bütün vücudda gərilmələr, atılmalar, sıçramalar əmələ gələ bilir. Xəstələrdə, belə tutmalar zamanı ağızdan köpük gəlməsi, dilini dişləmə, sidik və ya nəcis qaçırması da müşahidə edilə bilər

Epilsepsiya tutmalarının müasir təsnifatı aşağıdakılardan ibarətdir:

A. Klinik və elektrofizioloji müayinələrlə təyin edilə bilən generalizə olunmuş tutmalar. Bu özü də üç formaya bölünür: 1) generalizəolunmuş cəngolmalarla təzahür edən tonik-klonik, mioklonik, uşaq cəngolmaları, epilepsiya statusu formaları; 2) kiçik tutmalar absanslar, sadə absanslar, mürəkkəb absanslar, atipik, akinetik, hiperginetik, klonik komponentlərlə təzahür edən (mioklonik absans), qısamüddətli elementar avtomatizmli, 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 alaqaranlıq pozulması, psixomotor avtomatizm və qavrama pozuntuları (elementar və mürəkkəb illüziyalarla) olan tutmalar, ideator, distrofik, polimorf tutmalar; 5) ikincili generalizə olunmuş tutmalar.

C. Hemikonvulsiv tutmalar.

Ç. Təsnifedilməmiş epilepsiya tutmaları.

Epilepsiyanın ilkin əlamətləri əksər təsadüflərlə uşaq yaşlarından başlayır. Bəzən xəstəliyin meydana gəlməsi bir sıra paroksizmlərlə (qısamüddətli tonik-klonik cəngolmalar), yuxulu ikən gəzmək (lunatizm), gecə qorxuları epiqastral nahiyədə xoşagəlməz ağrılarla və digər əlamətlərlə şərtlənir.

Tutmalar aura halı ilə başlayır. Bir neçə formada rast gəlinir: sensor, görmə. Auranın ardıca skelet əzələlərinin atoniyası ilə əlaqədar xəstə qəflətən yıxılır və dərhal tonik congolma mərhələsi başlayır. Düşüncə itir, bütün əzələlər gərginləşir, tənəffüs ləngiyir, gözlər bərəlmiş halda müxtəlif istiqamətlərə yönəlir, bəbəklər genişlənir, bəbəyin işığa reaksiyası itir, dəri, xüsusən sifət, ətraflar oksigenin çatışmazlığı nəticəsində göyərməyə başlayır. Bəzən belə vəziyyət, adətən 100-120 san.-dən artıq çəkmir. Sonra tonik congolma klonik cəngolmaya keçir - əzələlərin gərginləşib boşalması ilə əlaqədar olaraq xəstədə ritmik yırğalanmalar 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 asfeksiya ola bilər. Cəngolma 2-3 dəq. və daha çox çəkir. Tutma zamanı xəstələrin əksəriyyətində sfinktorların boşalması nəticəsində qeyri-iradi sidik buraxma, tək-tək hallarda isə defeksiya baş verir. Xəstə 10-15 dəqiqə sərsəm halda otaqda gəzişir, xaotik hərəkətlər edir. Aqressiv hərəkətlər edə bilərlər. Tutmadan sonra xəstənin düşüncəsi komatoz vəziyyətdə olur, 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.

Böyükcəngolma tutmasından fərqli olaraq, kiçik tutma bir neçə san çəkir, bəzən cəngolmasız, ancaq düşüncənin qısamüddətli itməsi ilə cərəyan edir. Xəstə yıxılmır, tutma başlandığı anda etdiyi hərəkət vəziyyətində donub qalır. Düşüncə aydınlaşan 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 seriyalarla tutma, bir tutma qaytarmamış düşüncə aydınlaşmadan digəri başlayırsa buna epilepsiya statusu deyilir. Bir çox hallarda status epileptikus olduqca ağır keçir. Bu zaman temperatur yüksəlir, sürətlə cərəyan edən mioklomik qıcolmalar qeyd olunur. Tənəffüs xırıltılı, nəbz sürətlənmiş, arterial təzyiq əvvəlcə yüksəlir, sonra isə enir. Müdafiə və vətər reflekləri alınmır. Tənəffüsün mərkəzdən tənzimi 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.

Epilepsiyanın gedişində getdikcə güclənən psixi pozuntulara şəxsiyyət deqradasiyası və epilepsiya tipli ağıl zəifliyi aiddir. Şəxsiyyətin dəyişməsi ən zərif, çətinliklə sezilən əlamətlərdən tutmuş, ən kobud, ağıl zəifliyi ilə müşayiət olunan əlamətlərədək 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, çürükcü, lüzumsuz tələbkarlığı ətrafdakı adamlarla münasibəti

çətinləşdirir. Zahirən ədəbli, nəzakətli xəstələr onların tələb və arzuları ödənilmədikdə dərhal qəzəblənir, sərtxasiyyət, amansız bir şəxsə çevrilirlər. Onlara qarşı kiçik 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, tələbkarlıq, səliqəlilik nümunəsi göstərən belə xəstələrlə ünsiyyətdə olmaq, birgə iləmək və ya amaq çətin olur. Bəzən isə əksinə xəstələr olduqca itaətkar, mülayim olur və canıyananlıq göstərirlər. Öz işlərinin düzəlməsi xatirinə hər şey etməyə hazır olan xəstə, işi keçmədikdə yenidən gərgin, sərt, tələbkar və amansız ola bilir.

Epilepsiyaya tutulan xəstələrin özünəməxsus xaric görkəmləri olur. Sifətləri və baxışları durğun, ifadəsiz, lakin sərt, etinasız görünür, gözlərindəki soyuq parlaqlıq daha çox narazılıq ifadə edir.

Şəxsiyyətin dəyişməsi əlamətlərinin meydana çıxmasında həm bioloji, həm də ictimai amillərə əhəmiyyət verilir. Bioloji amillərdən daha çox xəstəlikönü - premorbid xüsusiyyətlərə, o cümlədən, beynin xəstəlik başlayan anadək inkişaf səviyyəsinə əhəmiyyət verilir. İctimai amil kimi isə xəstəni əhatə edən xarici mühitin ona göstərdiyi təsir nəzərdə tutulur. Xəstəlikönü dövrdə bir sıra xarakter xüsusiyyətlərin təzahür etməsini inkişafının mərhələsi kimi başlanğıc xəstəliyin qiymətləndirmək lazmdır.

Diaqnoz. Elektroensefaloqrafiya (EEQ) epilepsiya diaqnozu qoyulması və epilepsiya sindromunun müəyyən edilməsi üçün istifadə olunur. Lakin bu metodun üstünlükləri və məhdudiyyətlərini bilmək lazımdır. Klinikasız yalnız EEQ- nin nəticəsi epilepsiya diaqnozunun qoyulması üçün kifayət deyil.

Epilepsiyaya düçar olmayan insanların arasında EEQ-də qeyri-spesifik anormal dəyişikliklər tez-tez aşkar olunur (xüsusilə yaşlı pasiyentlərdə, miqrenli xəstələrdə, psixotikhallarda, hətta sağlam insanlarda və s.). Normal EEQ epilepsiya diaqnozunu istisna etmir. EEQ anormal dəyişikliklər göstərməsə də, epilepsiya diaqnozu qoyula bilər.

Normal EEQ dalğalarının anormal epileptik dalğalar kimi qəbul olunması ilə bağlı səhvlər tez-tez baş verir. Uşaqlarda bu kimi səhvlər daha çoxdur. Buna görə də, uşaqların EEQ müayinəsi uşaq epilepsiyası sahəsində təcrübəsi olan mütəxəssis tərəfindən aparılmalıdır. Neyrovizualizasiya epilepsiyanın səbəbi olan beynin struktur dəyişiklərinin aşkar edilməsində MRT müayinəsi KT müayinəsindən daha üstündür.

Epilepsiyaya düçar omuş uşaqların əksəriyyəti MRT müayinəsindən keçməlidirlər. Yalnız aşağıda göstərilən sindromlar MRT müayinəsi üçün göstəriş deyil:

- idiopatik yayılmış epilepsiyalar (uşaqların absans epilepsiyası, gənclərin mioklonik epilepsiyası, gənclərin absans epilepsiyası)
- uşaqların mərkəzi-gicgah spayklarla xoşxassəli epilepsiyası

Genetik tədqiqatlar. Epilepsiyanın yaranmasında genetik təsirlər çoxdur. Xəstənin nəslində epilepsiyanın olub- olmaması diaqnozu dəqiqləşdirmək Və proqnozu müəyyənləşdirmək üçün çox vacibdir. Buna görə də, bütün epilepsiyalı

xəstələrdə əvvəlki 2 nəsli əhatə edən genealoji ağac tərtib edilməlidir və burada bütün nevroloji və psixi pozuntular qeyd olunmalıdır. Genealoji ağaca nənə, baba; əmi, dayı, xala, bibi və onların uşaqları; ata, ana; qardaş, bacı və onların uşaqları; xəstənin öz uşaqları daxil edilməlidir. Müalicənin əsas prinsipi - minimum əlavə təsirlərlə maksimum terapevtik effektivlik əldə etməkdir:

- epilepsiyanın müalicəsi yalnız dəqiq diaqnoz qoyulduqdan sonra başlana bilər.
- EƏP-lərin qəbulunun başlanması haqqında qərarı pasiyent və epilepsiya üzrə mütəxəssis verməlidir.
- "epilepsiya önü" termini və "epilepsiyanın profilaktik müalicəsi" taktikasının heç bir mənası yoxdur (ağır kəllə-beyin travması istisnadır).
- epilepsiyanın müalicəsinə təkrar tutmadan sonra başlamaq lazımdır.