

Fənn: Klinik psixologiya

Müəllim: Dos.N.Z.Çələbiyev

Mövzu 10. Depressiya və postravmatik stresslər

Plan:

1. Depressiya psixi xəstəlik kimi.
2. Baş-beyin travmaları nəticəsində yaranan psixi pozuntular.
3. Kəşcin dövr və kəllə-beyin travmatik psixozları.
4. Uşaqlarda kəllə-beyin travmalarının xüsusiyyətləri.

Ədəbiyyat.

1. Bayramov Ə.S. Şəxsiyyətin təşəkkülünün aktual psixoloji problemləri, Bakı, 1981.
2. Bayramov Ə.S., Əlizadə Ə.Ə., Seyidov İ.Ə. Məhkəmə psixologiyası məsələləri, ADU, 1985.
3. İsmayilov N.V., İsmayilov F.N. Tibbi psixologiya və psixoterapiya. "Maarif" nəşriyyatı, Bakı, 2002.
4. İsmayilov N.V., İsmayilov F.N. Tibbi psixologiya və psixoterapiya (dərslük) 2-ci nəşr, Bakı, 2008.
5. İsmayilov N.V. Psixiatriya, Bakı, 1998.
6. Şəfiyeva E.İ. Uşaqlarda anomal psixi inkişaf. Bakı, 1997.
7. Метделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М., 1998.
8. Həsənov. M.İ., Məhkəmə psixiatriyası, "Plyus" nəşriyyatı, Moskva, 1997.

Depressiya –səbəbsiz olaraq əhvali-ruhiyyənin enməsi olub, yuxarıda göstərilən üç əlamətin (triadanın) əksinə cərəyan etməsi ilə xarakterizə olunur: a) əhvalın enməsi; b) hərəkətlərin və b) nitqin tormozlanması. Depressiya zamanı əhvalın enməsi o dərəcədə güclü ola bilər ki, hətta xəstə özünə sui-qəsd edə bilər.

Xəstə bütün günü qəm-qüссə içərisində olur, yeməkdən imtina edir, xarici görkəmi ağır zərər çəkən, bədbin, ümitsiz adamı xatırladır. Belə xəstələri bir an belə gözdən qoymaq olmaz, onları təcili stansiyaya yerləşdirmək və yalnız orada müalicə etmək lazımdır.

Reaktiv depressiya. Psixogen mənşəli xəstəliklərin ən geniş yayılmış forması olub başlıca əlaməti depressiv sindromdur. Digər xəstəliklərdə rast gəlinən depressiyalardan fərqi xəstənin şikayətlərində, davranışında psixogen amilin “səslənməsidir”. Əhvali-ruhiyyənin enmə dərəcəsi şəxsin xarakterik xüsusiyyətlərindən asılıdır. Belə ki, tsiklotimik xasiyyətə malik olan adamlarda xəstəlik xeyli ağır keçir. Depressiya halı bir sıra vegetativ və somatik əlamətlərlə (ətrafların soyuması, ürək-damar sisteminin fəaliyyətinin pisləşməsi, qəbizlik, ümüəzginlik və s.) ağırlaşa bilər. Bəzən xəstələrdə sarışan fikirlər (özünütaqsırlandırma, özünə sui-qəsd), ipoxondrik şikayətlər, yuxusuzluq kimi əlamətlər ön plana çıxır. Daha ağır keçən reaktiv depressiyalar zamanı psixi travmanın məzmununa uyğun hallüsinasiyalar da meydana çıxır. Xəstə tələf olmuş uşağının səsinə eşidir, gözləri qarşısında onun slueti canlanır və s.

Reaktiv depressiya uzun çəksə də (2-3 ay və daha çox), adətən, sağalma ilə qurtarır. Lakin bəzi hallarda daha da ağırlaşaraq endogen tipli depressiyalara çevrilir.

Depressiv (melanxolik) faza. Bu fazada, maniakal fazanın kliniki təzahürlərinin sanki əksini təşkil edən əlamətlər: əhval-ruhiyyənin enməsi, intellektual proseslərin və psixomotor fəallığın ləngiməsi meydana çıxır. Xəstəliyin tədricən başlanması somatik, ilk növbədə vegetativ pozulmalarla təzahür edir. Xəstədə gecə yuxusucəthi olur və çox vaxt həyəcanlı roylarla müşayiət edilir. Xəstə əvvəlkinə nisbətən yuxudan bir neçə saat tez oyanır, qarşından gələn gün üçün əvvəlcədən narahatlıq keçirir. Səhərlər yorğunluq, əzginlik hiss edir, yataqdan çətinliklə durur. Özünə inamsızlıqdan, qeyri-müəyyən əndişədən, ürəyinə pis fikirlər gəlməsindən şikayət edirlər. Onlar fikirlərini heç nə üstündə cəmləşdirə bilmirlər, dalğınlıq və unutkanlıq hissi keçirirlər. İş qabiliyyətləri azalır. Bütün bunlar vegetativ və ya gizli depressiyanın əlamətləri kimi tanınır.

Pozulmaların dərinləşməsi vaxtında yuxarıda qeyd edilən və depressiv triada adlanan hallar tutqun əhval-ruhiyyə, ideator və hərəkəti tormozlanma meydana çıxır. Genişlənmiş depressiv fazanın kliniki təzahürləri ən çox “ürəyə dammış” kədər, anestetik (keyləşmiş) depressiya, özünü kiçiltmə, özünü təqsirləndirmə və ipoxondrik məzmunlu sayıqlamalar ilə ifadə olunur. Yaşlı və qoca adamlarda bu hal Kotar sayıqlaması ilə özünü bürüzə verir.

Depressiv xəstələrin xarici görünüşü, donuq mimikası, ümitsiz baxışları depressiv fazanın ağırlaşmasından xəbər verir. Bəzən belə hallarda eşitmə və görmə hüllüsinasiyaları əmələ gəlir. Depressiv vəziyyətdə xəstələrdə bəzi hallarda depersonalizasiya və derealizasiya əlamətləri də müşahidə edilə bilər.

Depressiya vəziyyətində xəstəliyin istənilən mərhələsində, hətta depressiyadan çıxma dövründə xəstədə suisid (özünü öldürmə) fikirləri və cəhdləri yaranır. Onlar bu fikirləri reallaşdırmaq üçün müxtəlif yollar axtarır və bəzən məqsədlərinə nail olurlar. Bizim təcrübədə belə bir vəziyyətə təsadüf edilmişdir.

Depressiv halda olan xəstə uzunmüddət yaşayış yerində və mərkəzi şəhərlərdə aldığı müalicədən sonra vəziyyəti yaxşılaşmadığına görə, evdə bir şüşə essensiya və ülgüclə hər iki dirsək venalarını kəsərək özünü qətlə yetirmişdir. Maraqlıdır ki, xəstə öz susidal fikirlərini heç kimə, hətta yaxın adamlarına da açmamış, hadisəni törədənək onları gizli saxlamışdır.

Depressiv xəstələrin özünü öldürmə fikirlərini və cəhdləri müəyyən edildikdə, belə xəstələr ciddi və daimi (bu vəziyyətdən çıxanadək) nəzarət altında olmalı, onların yanında iti əşyalar, güclü dərmanlar, ip-kəndir, alovlanan mayelər və s. Olmamalıdır. Bu xəstələri bir an gözdən qoymaq olmaz. Unutmaq olmaz ki, belə xəstələr çox vaxt məqsədlərini həyata keçirmək üçün dissimulyasiya edə bilərlər. Onlar yanındakıların sayıqlığını itirmək üçün vəziyyətlərinin “yaxşılaşdığını”, daha başında pis fikirlərin “olmadığını” deyərək, onları yuxuya verəndən sonra özlərinə suiqəsd edə bilərlər. Məsələn, bir xəstə yanındakıları sakitləşdirib yatırdandan sonra, gizlicə küçəyə çıxaraq, özünü ağır yük maşının altına atıb həlak etmişdir.

Məhkəmə psixiatriya klinikası xəstələrin özünü öldürməsi, “genişlənmiş qətlər” törəməsi (xəstə özünü öldürməmişdən əvvəl, yaxın adamlarını qətlə yetirir və aydındır ki, bu hərəkəti sayıqlama motivlərinin təsiri altında edir) kimi halları nəzərə almalıdır. Məsələn xəstə bir qadın öz uşaqlarını gələcəkdə baş verəcək ağır bəlalardan, fəlakətdən “xilas” etmək üçün öldürdükdən sonra özünü də öldürməyə cəhd göstərərəkən tutulmuşdur.

Depressiv faza keçirən xəstələr çox vaxt uzunmüddət inadla yeməkdən (və dərman qəbulundan) imtina edirlər. Belə hallarda onların süni surətdə yedizdirilməsinə ehtiyac yaranır. Onu da yadda saxlamaq lazımdır ki, psixomotor tormozlanma bəzən gözlənilmədən kəsilərək, xəstələrin özünə xəsarət yetirməsi, pəncərədən atılması, başının divara çırpması, özünü didib-dişləməsi və s. Hərəkətlərlə müşahidə edilən melankolik hiddət təzahürləri ilə əvəz edilə bilər.

Baş-beyin travmaları nəticəsində yaranan psixi pozuntular

Beynin travmatik xəstəlikləri kəllənin mexaniki zədələnməsi nəticəsində meydana çıxır və sinir-psixi funksiyaların pozuntuları ilə müşayiət olunur.

Beynin zədələnmələri qapalı və açıq olmaqla iki yerə bölünür. Daxilə işləyən kəllə-beyin zədələnmələri (güllə, qəlpə, iti alətlərlə zərbə və s.) beyin qabığının və maddəsinin tamlığının pozulması ilə yanaşı təsadüf edilə bilər. Beyin sütünunun zədələnməsi dərhal ölümlə nəticələnir. Daxilə işləyən yaralanmalar zamanı meningit, beyin absessi kimi ağırlaşmalar baş verə bilər. Kəllənin daxilə işləməyən yaralanmaları, beyin qişası mühafizə olunmaqla, onun xarici yumşaq toxumalarının və kəllə sümüklərinin zədələnmələri şəklində təsadüf edilir.

Qapalı beyin travmaları beyinin silkələnməsi (kommosiyalar), əzilməsi (kontuziyalar) və qarışıq formalara bölünür.

Kommosiyaları kontuziyalardan fərqləndirmək həmişə asan deyil, lakin unutmamalıyıq ki, kontuziyalar yaralanma nəhiyəsindən asılı olaraq bir sıra ümumi beyin əlamətləri ilə müşayiət edilir. Onlardan düşüncənin itməsi, qavrama qabiliyyətinin pozulması, hissəvi iflic, parakinezləri və s. qeyd etmək olar. Göstərilən əlamətlərin şiddəti, travmanın ağırlığından, lokalizasiyasından, müddətindən, ağırlaşmalardan və s. səbəblərdən aslıdır.

Beyin travmalarını başlanğıc, kəskin, gec və uzaq mərhələlərə bölmək qəbul olunmuşdur.

Kommosiya. Beyin silkələnməsi əksər hallarda düşüncənin itməsi ilə müşayiət edilir. Bəzən isə düşüncənin daha yüngül pozuntuları keyləşməsi və sopor halları rast gəlinir. Düşüncənin pozulması əlamətləri bir neçə dəqiqədən bir neçə günə qədər davam edə bilər. Düşüncənin dərin pozuntusu zamanı xəstə hərəkətsiz vəziyyətdə olur. Sifəti avazıyır, sonra göyərir, bəbəklər genişlənir, işığa qarşı reaksiyası olmur. Hissiyatın bütün növləri itir. Nəbz yavaşlayır, tənəffüs aktı pozulur, sfinktorlar boşalır. Belə bir vəziyyət zərər çəkənin həyatı üçün qorxulu mərhələ sayılmalıdır. Bu mərhələnin uzun müddət davam etməsi travmanın ağırlığını göstərir.

Xəstənin düşüncəsinin aydınlaşması ilə travmanın birinci mərhələsi qurtarır və ikinci kəskin mərhələ başlayır. Bu mərhələnin xarakter əlamətləri asteneya, süstlük, yorğunluq hərəkətlərin adinamiası, başda küt ağrılar və başgicəllənmə, vegetativ, vazomotor və vestibulyar pozuntuların olmasıdır. Göstərilənlərlə yanaşı bir sıra nevroloji əlamətlər də, məsələn, bəbəyin işığa qarşı kəskin qıcıqlanma reaksiyaları, kəllədaxili təzyiqin artması müşahidə edilir. Tez-tez rast gəlinən psixi pozuntulardan yaddaşın, təfəkkürün və diqqətin zəifləməsi, affektiv fonun enməsinə göstərmək olar. Bu dövr 3 həftədən 8 həftəyədək davam edə bilər. Beyin

silkələnməsinin gecikmiş və uzun müddət keçdikdən sonra rast gəlinən əlamətləri, adətən yaşlı şəxslərdə hər hansı bir zərərli amillərlə (alkoqolizm, infeksiyalar) əlaqədar olaraq meydana çıxır.

Kontuziya. Başlangıç mərhələ beyin silkələnməsində olduğu kimi düşüncənin itməsi, qan dövranı və tənəffüsün pozuntuları ilə cərəyan edir. Ümumi beyin əlamətlərinin üstünlük təşkil etməsinə baxmayaraq zədənin nahiyəsindən və həcmindən asılı olaraq erkən mərhələdə bir sıra lokal əlamətlər nəzərə çarpır. Hərəkəti pozuntular (iflic, bir və ikitərəfli parezlər), taktil hissiyyatın pozuntusu, görmə və eşitmə pozuntuları, meningial əlamətlər (ənsə və boyun əzələlərinin gərginliyi, Kreniq simptomu), ocaqlı qabıq pozuntuları (afaziya, apraksiya, aleksiya, yaddaş pozuntuları) müşahidə oluna bilər.

Kəllə travmalarının ağır nəticələrinə, beyin maddəsinə və onun qişasına olan qansızmalar əksər hallarda kəllə sümüklərinin çatlaması və sınması zamanı baş verir. Bir sıra hallarda qansızmalar travmadan xeyli müddət keçdikdən sonra, hətta xəstənin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşdığı dövrdə meydana çıxır. Bu zaman xəstənin vəziyyətinin yenidən ağırlaşması: kəllənin müvafiq nahiyələrində mərkəzləşən kəskin baş ağrıları, üşütmə, əsnəmə, düşüncənin keyləşməsi kimi əlamətlər qeyd olunur. Nəbz sürətlənir, arterial və kəllədaxili təzyiq artır, haram ilik mayesində qan aşkar edilir.

Kontuziyalar lokalizasiyasından asılı olaraq aşağıdakı əlamətlərlə diqqəti cəlb edir:

- 1) **Alın əlamətləri:** eyforiya, təlxəklik, apato-abulik sindrom, diqqətin, yaddaşın zəifləməsi, xasiyyətin və davranışın dəyişməsi, əsəbilik, tənqidin enməsi. Alın payının arxa hissələri zədəyə məruz qalarsa motor afaziyası, hərəkətlərin səlistliyinin pozulması kimi əlamətlər də qeyd olunur.
- 2) **Aşağı gicgah və gicgah-ənsə əlamətləri:** apraksiya, amnestik afaziya, nitq qabiliyyətinin pozulması, aqrafiya, bədən quruluşunun və xarici mühitdə yerləşən əşyaların ölçüsünün və yerinin yanlış qavranılması (depersonalizasiya və derealizasiya).
- 3) **Gicgah əlamətləri:** eşitmə, dad və qoxu bilmənin pozulması (sensor afaziya). Epileptik cəngolma tutmaları da ola bilər.
- 4) **Mərkəzi qırıqlar əlamətləri:** müxtəlif parez və ifliclər. Yerli və ya generalizə olunmuş cəngolma tutmaları, dəri hissiyyatının pozulması, düşüncənin alaqranlıq şəkildə pozulması.
- 5) **Böyük yarımkürələrin yuxarı səthinin zədələnməsi əlamətləri:** lokal alın-gicgah sindromları ilə yanaşı kobud ağıl zəifliyi.

- 6) **Ənsə əlamətləri:** əşyaların rənginin, ölçüsünün, quruluşunun, sayının və bir çox hallarda görmə qabiliyyətinin pozulması.
- 7) **Beyinciyin zədələnməsi əlamətləri:** müvazinətin, yerişin pozulması, sözlərin və nitqin təkrarlanması, nistaqm.
- 8) **Qabıqaltı bazal və beyin sütunu əlamətləri:** əsas etibarilə kəllə əsasının sınıqlarında rast gəlinir. Bu zaman parkinsonizm halları, qoxubilmənin, dadbilmənin pozulması, vestibulyar vegetativ-damar sisteminə aid əlamətlər müşahidə olunur. Kontuziyalarda, bir qayda olaraq, kobud nevroloji əlamətlər (o cümlədən, görmə sinirinə aid) qeyd olunur.

Kəskin mərhələdə travmatik psixozların inkişafı mümkündür. Travmanın müddəti uzaqlaşdıqca beyin əlamətləri tədricən bərpa olunmağa başlayır: qansızmalar və ödem sorulur, mərkəzi sinir sisteminin funksiyası bərpa olunur. Həmin dövrdə geridönməz çapıq əlamətləri də müşahidə oluna bilər ki, bu da epilepsiya tutmalarına səbəb olur. Ağır kəllə beyin travmalarının uzaq nəticələri bir sıra rezidual (qalıq) əlamətləri gədir ki, bunlardan *travmatik ensefalopatiyanı epiplepsiyanı və kobud ağıl zəifliyini* qeyd etmək olar. Xəstəliyin gedişini ağırlaşdıran amillər (infeksiya, alkoqolizm, təkrari travmalar və s.) olarsa, göstərilən patoloji halların inkişafı daha da sürətlənir.

Müharibə dövrü rast gəlinən travmalara partlayış dalğasının təsiri nəticəsində meydana çıxan zədələnmələr də aiddir. Bu növ travmalar, əsasən, qapalı olub beyin silkələnməsi və əzilməsi formasında olur. Çox güclü partlayış dalğasının zərbəsi nəticəsində düşüncə pozulur, boğazdan, burundan və qulaqdan qanaxma baş verə bilər. Belə hallarda beyin sükutunu, vegetativ-damar və vestibulyar əlamətlər də qeyd olunur. Düşüncə aydınlaşarkən psixi oyanma, neqativizm, baş ağrısı, qulaqlarda küy, işığa və səsə qarşı həssaslığın artması kimi əlamətlər də mümkündür. Kəskin dövrdə ekstrapiramid pozuntular, cəngolma tutumaları ola bilər. Psixoz halları, adətən ya olmur və ya stupor vəziyyəti şəklində təzahür edir, tez də keçib gedir.

Güllə və qəlpə yaralanmaları nəticəsində meydana çıxan travmalarda əvvəlcə ümumi beyin əlamətləri və şok, sonra isə yaralanma nahiyəsindən asılı olaraq lokal əlamətlər meydana çıxır. Açıq travmalar zamanı beyin maddəsinin xaricə axması baş verə bilər. Belə hallarda infeksiya daxil olması imkanı artır, meningit, ensefalit, beyin absesi kimi ağırlaşmaların meydana çıxması qorxusu yaranır.

Kəskin dövr psixozları

Kəllə travmaları zamanı psixi pozuntular müşahidə olunmasına baxmayaraq kəskin psixoz əlamətləri az hallarda təsadüf edilir. Bir sıra hallarda travma keçirən

şəxsin düşüncəsi aydınlaşan kimi qavrama, təfəkkür, yaddaş və digər funksiyalara aid pozuntular meydana çıxır, xəstələr eyforiya və ya disforiya halında olur, öz xəstəliklərinə qarşı tənqidi münasibət göstərmirlər. Qeyd olunan psixotik vəziyyət düşüncənin delirioz və ya alaqaranlıq pozuntusu fonunda cərəyan edir.

Deliriy. Əlavə zərərverici amillərin, ilk növbədə, alkoqolun təsiri nəticəsində meydana çıxır. Xəstələr özlərini narahat, çaşqın aparır, ətraf mühitə və vaxta qarşı bələdçilik pozulur, müxtəlif məzmunlu görmə hallüsinasiyaları qeyd edilir. Eyni zamanda xəstələr qorxu və həyəcan keçirirlər. Bu əlamətlər axşam saatlarında daha da güclənir, gündüzlər isə xeyli azalır. Belə hal bir neçə gündən bir həftəyədək davam edir, əksər hallarda hissəvi amneziya və sağalma ilə nəticələnir.

Düşüncənin alaqaranlıq vəziyyəti. Başlanğıc mərhələdən bir qədər sonra meydana çıxır və adətən, bir sıra zərərli amillərin (yorğunluq, yuxusuzluq, bəzi somatik xəstəliklər) olması ilə şərtlənir. Bəzi hallarda epileptik oyanma tipli hallüsinasiyalar, sayıqlamalar, təfəkkürün qırıqlığı, aqressiv hərəkətlər qeyd olunur. Ambulator avtomatizmi və ya alaqaranlıq düşüncə pozuntusu ilə müşayiət olunan stuporoz hal və bu kimi digər əlamətlərlə cərəyan edən psixoz da tez-tez təsadüf edilir. Lakin bütün bu hallar qısamüddətli olur.

Amnestik Korsakov sindromu uzun müddət davam edən (2-3 ayadək) və ağır keçən postravmatik psixozlardandır. Travmadan bir neçə gün sonra inkişaf edir və düşüncə pozuntularının davamı kimi diqqəti cəlb edir. Bu psixozun ən başlıca cəhəti yadda saxlamanın kəskin pozulmasıdır. Ətrafda baş verən hadisələrin heç birini xəstə yadında saxlaya bilmir. Özlərinə və mühitə bələdçilik pozulur. Şəxs nə vaxt xəstələnməsini, xəstəxanaya nə zaman gətirilməsini deyə bilmir, retroqrad amneziya qeyd olunur. Xəstə düzgün olmayan fantastik məzmunlu xatırlamalar (konfabulyasiya) söyləyir. Əhvali-ruhiyyəsi də yüksəlmiş, yaxud da kövrəklik əlamətləri ilə xarakterizə olunur. Ağlamaq istəyir, mimikasında yazıqlıq ifadəsi yaranır. Bu sindromu Korsakov alkoqol psixozundan fərqi həmin psixoz üçün xarakterik olan fəallığın, şit zarafatlara meylin olmamasıdır. Travma nəticəsində meydana çıxan amnestik sindrom zamanı əksinə xəstələr süst, əzgin, qıcığa qarşı çox həssas olurlar. Psixoz əksər təsadüflərdə sağalma ilə nəticələnir.

Kəllə-beyin travmalarının ağırlaşmalarından biri də müxtəlif variantlarda təzahür edən hiperginezlər, xorayaya bənzər hərəkətlərlə özünü bürüzə verən epilepsiyabənzər tutmalardır. Bəzən belə tutmalar absans xarakterli olur. Epilepsiyabənzər tutmaların travmaların kəskin dövründə meydana çıxması proqnostik cəhətcə pis əlamətlərdəndir.

Kəllə-beyin travmalarının uzaq dövrlərində rast gəlinən psixi dəyişikliklər. Kəllə-beyin travmalarında 1-2 aydan bir ilə qədər keçən dövr ərzində bütün

funksiyaların tədricən bərpası və xəstələrin tam sağalması baş verir. Əlbəttə, daha ağır hallarda sağalma yarımçıq və qeyri-sabit ola bilər. Bir il keçdikdən sonra müxtəlif qalıq əlamətləri qeyd olunarsa, belə hallarda kəllə-beyin travmalarının uzaq nəticələri barədə düşünmək lazımdır. Belə vəziyyətin yaranması travmanın lokalizasiyası və ağırlığından, şəxsin travmaya qədərki ümumi sağlamlığı və yaşından, həmçinin əlavə zərərli amillərdən (təkrar travmanın baş verməsi, alkoqolizm, infeksiya və s.) aslıdır. Uzaq dövrlərdə rast gəlinən başlıca əlamətlərdən nevroitik pozuntular, başağrıları, başgicəllənmə, yorğunluq, yuxu pozuntusu, əhvalın tez-tez dəyişməsi və subyektiv nəzərə çarpan intellektual enməni göstərmək lazımdır.

Tez-tez rast gəlinən başlıca əlamətlərdən biri də psixi pozuntusu olmayan, sırf travma mənşəli *orqanik psixosindrom*dur. *Travmatik asteniya* daha çox rast gəlinən əlamətlərdən olub (62-65% hallarda) qıcığa qarşı həssaslıq, tezyorulma kimi əlamətlərlə özünü büruzə verir. Belə hallarda xəstə dözümsüz, hər şeydən narazı, heç nə üstə özündən çıxmaqla bir qədər yorğun və süst görünür. Güclü qıcıqlanma tutması peşmançılıq hissləri ilə qurtarır. Fiziki və psixi yorğunluq fonunda inciklik, narazılıq, patoloji həssaslıq, özünə qarşı inamsızlıq kimi əlamətlər diqqəti cəlb edir. Hiperesteziya, parasteziya, qan təzyiqinin tez-tez enib qalxması, nəbzın qeyri-sabitliyi, əllərin tərləməsi daimi əlamətlərdəndir. Xəstələr huşsuzluqdan, yaddaşın pisləşməsindən, diqqətlərini toplaya bilməmələrindən, yuxu pozuntusundan, nəqliyyatda hərəkət edərkən narahat olmalarından şikayətlənirlər. Göstərilən əlamətlər atmosfer təzyiqindən, havanın rutubətindən və temperaturdan asılı olaraq dəyişə bilər. Bir sıra hallarda travmatik asteniyanın klinikasında əsas yeri apatiya, maraq və həvəsin zəifləməsi tutur.

Kəllə travmalarının ağır keçən uzaq nəticələrindən biri də psixopatabənzər pozuntulardır (*şəxsiyyətin psixopatvari dəyişməsi ilə gedən travmatik ensefalopatiya*). Bu zaman isteroid əlamətlər, ictimai təhlükəli əməllərə meylin güclənməsi qeyd olunur. Bunlarla yanaşı asteniya əlamətləri sanki yox olur.

Travmatik epilepsiya. Travmatik ensefalopatiyanın bir forması kimi meydana çıxır. Ümumiyyətlə, qeyd etmək lazımdır ki, epilepsiyabənzər tutmalar travma ocağının qıcıqlanması (qansızma, qəlpə, çapıq və s.) və ümumi beyni əlamətləri ilə (hipertenziya, ödem) əlaqədar olaraq açıq kəllə travmalarında hər zaman rast gəlinə bilər. Əksər hallarda isə tutmalar kəllənin açıq zədələnmələrində və kontuziyalar zamanı təsadüf olunur. Beyin qabığının zədələnməsi ilə əlaqədar olaraq aydın düşüncə fonunda Cekson tipli tutmalar da az təsadüf etmir. Bəzən düşüncənin alaqqaranlıq pozulması, disforiya kimi əlamətlər də qeyd olunur. Şəxsiyyətin dəyişməsi psixopatabənzər tipli olub dövri xarakter daşıyır. Lakin, sırf

epilepsiya tipli şəxsiyyət dəyişiklikləri, məsələn, qarayaxalıq, uzunçuluq və s. olmur.

Travmatik epilepsiya zamanı vegetativ damar, vestibulyar pozuntularla yanaşı tezyorulma, intellektual-təfəkkür qabiliyyətinin və şəxsiyyətin ümumi səviyyəsinin enməsi kimi əlamətlər də rast gəlinir.

Travmatik ağıl zəifliyi ağır kontuziyalar, kəllə əsasının sınıqları, beyin qabığının pozuntuları ilə müşayiət olunan açıq kəllə travmalarında (3-5%) təsadüf edilir. Bəzən uzun müddət davam edən travmatik psixozlar ağıl zəifliyinin inkişaf etməsi ilə nəticələnir. Kəllə-beyin travmaları beyin damarlarının zədələnməsi və ya alkoqolizmlə ağırlaşarsa belə hallarda ağıl zəifliyi meydana çıxa bilər. Travmatik ağıl zəifliyi zamanı, əsasən, lokal, tək-tək hallarda isə qlobal əlamətlər qeyd olunur. Mnestic əlamətlər daha qabarıq formada nəzərə çarpır. Bundan əlavə ümumi əzginlik, apatiya, tələb və arzuların zəifləməsi, tormozlanmanın və qıcığa qarşı həssaslığın qısamüddətli güclənməsi əlamətləri qeyd olunur.

Kəllə-beyin travmalarının uzaq dövrlərində təsadüf edən psixozlar

Travmadan sonrakı dövrlərdə patoloji prosesin inkişafı üçün əlverişli şərait yaranarsa (psixogen, somatogen və s. amillərin olması) travmatik asteniya, nevrozabənzər, psixoparabənzər hallar və parkinsonizm tədricən ağırlaşaraq müxtəlif psixozlar səviyyəsinə çata bilər. Belə ağırlaşmaların inkişafı 10-12 ildən sonra , affektiv, hallüsinator – sayıqlama əlamətləri ilə özünü büruzə verir. Affektiv psixozlar maniakal və depressiv tutmaların bir-birini əvəz etməsi ilə cərəyan edir. Qadınlar arasında daha tez-tez rast gəlinir. Maniakal sindromun meydana çıxmasından əvvəl qıcığa qarşı həssaslığın artması, emosional canlanma, disforiya əlamətləri qeyd olunur. Qısamüddətli düşüncə pozuntuları, cəngolmalar, epilepsiyabənzər tutmalar və bu kimi digər hallar da müşahidə oluna bilər.

Depressiyalar bir sıra psixotik əlamətlərin: asteniya, əhvalın tsiklotomik dəyişməsi, ipoxondriya əlamətlərinin fonunda inkişaf edir. Tutmalar çox vaxt düşüncənin əlaqədarlıq və ya delirioz pozulması ilə şərtlənir. Depressiya tutmaları uzunmüddətli, “klişe” tipli olub ağıl zəifliyindəki inkişaf edə bilən üzvü əlamətlərlə qurtara bilər. Hallüsinator-sayıqlama psixozları əksər hallarda kişilər arasında rast gəlinir, kəllənin orta və ağır travmalardan sonra inkişaf edir. Psixozdan əvvəl asteniya, apatiya, subdepressiya, epilepsiyabənzər paroksizmlər və ya generalizə olunmuş cəngolma tutmaları meydana çıxır. Psixoz zamanı düşüncənin delirioz və ya əlaqədarlıq pozulması, verbal hallüsinasiyalar və sayıqlamalar aşkar edilir. Hallüsinasiyalar sayıqlamalara nisbətən daha çox rast gəlinir. Sayıqlamaların məzmunu hallüsinator qavramalarla uzlaşır. Təkrar

tutmalar olarsa ideator avtomatizm əlamətləri müşahidə oluna bilər. Psixozun uzun sürməsi orqanik patologiyanın dərinləşməsini və gələcəkdə ağıl zəifliyinin meydana çıxacağını göstərən əlamət kimi qiymətləndirilməlidir.

Paranoyal vəziyyətlər və paranoid psixozlar ən çox kişilər arasında, travmadan 10 və daha çox illər keçdikdən sonra meydana çıxır. Başlıca olaraq qısqanclıq, özünüböyütmə sayıqlamaları qeyd olunur. Belə xəstələr konfliktə çox həris, davakar olmaqla, bir növ tüfeyli həyat sürməyə meyl göstərirlər. Bəzən sayıqlamaların məzmunu dəyişir, təqib, müflisləşmə, zəhərlənmə kimi ideyalarla əvəz olunur. Psixoz xronik xarakterli olub, orqanik əlamətlərin artması ilə diqqəti cəlb edir. Xəstələr daima yorğun görünür, bir sıra yaddaş pozuntuları aşkar edilir.

Uşaqlarda kəllə-beyin travmalarının xüsusiyyətləri

Uşaqlar arasında (xüsusən, 3-7 yaşlarda) məişət və ya nəqliyyat travmaları tez-tez təsadüf edilir. Onlarda kəllənin sərt qişasının zədələnməsi halları böyüklərə nisbətən daha çox rast gəlinir. Travmalara məruz qalan kiçik yaşlı və körpə uşaqların kəllə sümüklərinin, beyin maddəsinin zədələnməsi təmayülü daha yüksək olur. Bu, sümüklərin və onların birləşmələrinin hələ zəif olması ilə əlaqədardır. Səciyyəvi cəhətlərdən biri də, kəllənin zədələnməsi zamanı ocaqlı əlamətlərin olmaması, ya da çox zəif olmasıdır. Bu da qabıq funksiyalarının tam diferensasiya olunmaması, kəllə sümüklərinin hərəkətliliyi və sümüklərarası boşluqların varlığı ilə əlaqədardır. Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda ən ağır travmalarda belə düşüncənin kobud pozulması, demək olar ki, rast gəlinmir. Əvəzində isə düşüncənin keyləşməsi, süstlük, yuxuculluq, hərəkət narahatlığı, tez-tez qusma kimi əlamətlər müşahidə olunur. Bəzi hallarda həyati əhəmiyyətli mərkəzlərin zədələnməsi nəticəsində bir sıra nevroloji əlamətlər meydana çıxır. Beyindəxili hematomanın olması xəstəliyin kliniki mənzərəsini daha da mürəkkəbləşdirir. Bu zaman düşüncənin kobud pozulmaması, xəstənin yuxulu olması, travmanın ilk günləri ümumi halın çox da ağır olmaması, zədənin ağırlığı haqqında düzgün təsəvvür yaratmağa imkan vermir. Belə hallarda bir neçə gün keçdikdən sonra xəstənin vəziyyətinin kəskin dəyişməsi müşahidə edilir. Düşüncə koma vəziyyətində pozulur, bir sıra həyati əhəmiyyətli funksiyalar, o cümlədən, tənəffüs, ürək-damar sistemini idarə edən mərkəzlərin funksiyası da pozula bilər. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədi ilə kliniki müşahidələrlə yanaşı müasir obyektiv tədqiqat metodlarından exoensefaloqrafiya, kompüter tomoqrafiya və s.-dən istifadə etmək məqsədəuyğundur.

Uşaqlarda kompensator bərpa sisteminin güclü olmasına baxmayaraq travma keçirmiş uşaqlara ciddi yanaşmalı, müalicə düzgün və yubanmadan təşkil

edilməlidir. Ağır kəllə travması keçirmiş uşaqlar arasında epilepsiya, əqli qabiliyyətin inkişafdan qalması, nevrozabənzər, psixopatabənzər əlamətlər müşahidə oluna bilər.

Diferensial diaqnoz. Kəllə-beyin travmalarının diaqnozu, anamnestik məlumatlar, travmanın olmasını göstərən klinik əlamətlər və əlavə, paraklinik-laborator müayinələr (kompüter tomoqrafiya, pnevmo EQ, angiografiya, kranioqrafiya haram iliyin seroloji müayinəsi) nəticəsində təyin edilir. Nevropatoloq, neyrocərrah da xəstəni müayinə edib məsləhət verməlidir. Travmanın kəskin dövründə xəstənin vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Yüngül travmalar zamanı, adətən, instrumental müayinələrə və cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olmur.

Travmadan xeyli müddət keçdikdən sonra (bir il və daha çox) meydana çıxan psixi pozuntuları aşkar etmək və onları bir sıra digər psixi pozuntulardan fərqləndirmək o qədər də asan deyil. Xəstəliyi əsas etibarilə endogen psixi xəstəliklərlə, affektiv və intoksikasion psixozlarla diferensiasiya etmək tələb olunur. Travmadan uzun illər sonra baş verən psixotik vəziyyəti, adətən, başqa amillərlə: infeksiyalar, intoksikasiya ilə yorğunluq və digər səbəblərlə əlaqələndirirlər.

Travmanın ilkin mərhələsində müşahidə olunan düşüncənin, nəbz, arterial təzyiqin, qan dövranının pozulmasını, bayılma ilə qarışdırmaq olar. Kommosiyalar zamanı vegetativ-damar, vestibulyar və hipertenziya əlamətləri ilə yanaşı haram ilik mayesində zülalın artması və müxtəlif dəyişikliklər aşkar etmək mümkündür. Kəskin travmatik psixozlar, bir qayda olaraq, düşüncənin pozulması ilə başlayır.

Travmatik psixozları bəzən isteriya psixozundan fərqləndirmək lazım gəlir. İsteriya üçün xarakterik olan paroksizmlərin (stiqmlərin) olmaması, lalkarlığın total xarakteri, eşitmə və nitqin pozulduğu halda oxuma və yazma qabiliyyətinin saxlanılması psixozun travma mənşəli olduğunu göstərən əlamətlərdəndir. Bunlardan əlavə isteriya zamanı isterik xasiyyətin və xəstəliyin anamnezində mexaniki travmanın olması diaqnozu asanlaşdıran məlumatlardır.

Travmatik epilepsiyanı spesifik xüsusiyyətləri ilə (daima artan psixi əlamətlərin olması) fərqlənən genyen epilepsiyadan fərqləndirmək kifayət qədər təcrübəsi olan həkim üçün çətin olmur. Travmatik epilepsiya zamanı yorğunluqdan şikayətmə, əmək qabiliyyətinin enməsi, travma tipli lokal ağıl zəifliyinin olması xarakter əlamətlərdəndir. Bütün təsadüflərdə aşkar edilən orqanik nevroloji sindrom mühüm diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Patogenez və patoloji-anatomik dəyişikliklər. Kəllə-beyin travmaları nəticəsində meydana çıxan psixi pozuntular bilavasitə beyin toxumasına olan təsir

və qansızma ilə əlaqədardır. Nəticədə beyin-qan dövrünü, kəllədaxili likvor mübadiləsi, mediator əlaqə və enerji mübadiləsi pozulur, beyin maddəsinin ödemə və kəllədaxili hipertenziya meydana çıxır.

Travmatik psixozları bəzən isteriya psixozundan fərqləndirmək lazım gəlir. İsteriya üçün xarakterik olan paroksizmlərin (stiqmlərin) olmaması, lal-karlılığın total xarakteri, eşitmə və nitqin pozulduğu halda oxuma və yazma qabiliyyətinin saxlanması psixozun travma mənşəli olduğunu göstərən əlamətlərdəndir. Bunlardan əlavə isteriya zamanı isterik xasiyyətin və xəstəliyin anamnezində mexaniki travmanın olması diaqnozu asanlaşdıran məlumatlardır.

Patogenez və patoloji – anatomik dəyişikliklər. Kəllə-beyin travmaları nəticəsində meydana çıxan psixi pozuntular bilavasitə beyin toxumasına olan təsir və qansızma ilə əlaqədardır. Nəticədə beyin-qan dövrünü, kəllədaxili likvor mübadiləsi, mediator əlaqə və enerji mübadiləsi pozulur, beyin maddəsinin ödemə və kəllədaxili hipertenziya meydana çıxır. Kəskin dövrdə müşahidə olunan anatomik dəyişikliklər, mexaniki zədələnmə və beyin toxumasının ödemə ilə şərtlənir. Bu zaman sinir hüceyrələrinin şişməsini, neyronofagiya, toxumaların degenerasiyasını, qliyada bəzi dəyişikliklərin olmasını görmək mümkündür. Kontuziyalar zamanı beyin qişasında, beyin qabığına, tək-tək hallarda isə ağ maddədə nöqtəvari qansızmalar aşkar etmək olur. Zərbə nahiyəsində beyin maddəsi bu və ya başqa həcmdə zədələnmə bilər. Qan dövrününün pozulması nəticəsində beyin maddəsində yumşalma prosesi gedir.

Kəskin dövrdə psixi pozuntuların meydana çıxması bilavasitə hemodinamikanın pozulması və hipoksiya nəticəsində yaranır. Bu zaman yerli qan damarlarının proliferativ dəyişikliyi beyin toxumasının ödeməyə səbəb olur. Bu vəziyyət 2-3 gündən sonra tədricən sorulmaqla azalır, ikinci həftənin sonunda tamamilə yox olur. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, beyin maddəsinin travmatik zədələnməsi nəticəsində sinapsların maddələr mübadiləsi və onların arasında impulsların ötürülməsi pozulur. Bu isə, öz növbəsində, retikulyar formasının, beyin sütununun və hipotalamusun normal funksiyalarının pozulmasına şərait yaradır.

Travmanın uzaq dövrlərində qeyd edilən patomorfoloji dəyişikliklər bərpa olunur, bu da xəstəliyin klinik mənzərəsinin yaxşılaşmaya doğru dəyişməsində özünü büruzə verir. Travma nəticəsində beyin toxuması ciddi zədələnmərsə (hüceyrələrin tamlığı pozulması), zədə yerində çapıq və birləşdirici toxuma elementlərinin inkişaf etməsi mümkündür. Bəzi hallarda kistalar, beyin qişasının qalınlaşması və xronik araxnoidit kimi hallar da inkişaf edir. Kiçik nöqtəvari qansızmalar, beyin maddəsinin yumşalması kimi əlamətlər beyin qabığının qırışıqlarını əhatə edərsə, bu xronik davam edən psixi pozuntulara səbəb olur.

Müalicə və reabilitasiya. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq kəllə-beyin travmalarının müalicə taktikası bir sıra mütəxəssislərin cəlb olunması ilə (neyrocərrah, stomatoloq, psixiatr və s.) kompleks şəkildə aparmalıdır. Müalicə mümkün qədər tez (hətta xəstəxanaya çatdırılmazdan əvvəl) başlanmalı, beyin qan və likvor dövrünün normallaşması, beyin ödeminin qarşısını almaq məqsədi daşıyan bütün tədbirlər görülməlidir. Açıq zədələnmələr zamanı infeksiya və çirklənmənin qarşısı alınmalıdır. Xəstə stansiyaya çatdırıldıqdan sonra ciddi yataq rejimi, tam sakitlik təmin olunmaqla, ilk növbədə, neyrocərrahın (neurotravmatoloqun) rəhbərliyi altında müalicə tədbirləri başlanmalıdır. Xəstənin 7-14 gün müddətində narahat etmək (yataq rejimini pozmaq) olmaz.

Travmanın uzaq dövrlərində baş verə biləcək psixonevroloji pozuntuların qarşısını almaq məqsədilə müalicə uzunmüddətli, bütün əlamətlər aradan qaldırılana qədər aparılmalıdır. Kəllə travması keçirmiş şəxslər təqribən 10-12 il həkim nəzarəti altında olmalı, lazım gəldikdə profilaktik müalicə qəbul etməlidirlər. Bərpa dövründə ümumimöhkəmləndirici maddələrdən və fizioterapevtik tədbirlərdən (o cümlədən, kurort amillərindən), kiçik trankvilizatorlardan, nootrop maddələrdən, vitamin preparatlarından geniş istifadə olunmalıdır. Xəstələrə müvafiq pəhriz (duz və maye qəbulunun azadılması), yüngül iş keçmə, istirahət və iş rejiminə riayət etmək məsləhət görülür.

