Մ.Ա.ՄԵԼԻՔ-ՓԱՇԱՅԱՆ
Վ.Հ.ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Մ. Ա. ՄԵԼԻՔ-ՓԱՇԱՅԱՆ, Վ. Հ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Թույլատրված է ՀՀ բարձրագույն կրթության
և գիտության նախարարության կողմից որպես դասագիրք
բժշկական ինստիտուտի բոլոր ֆակուլտետների
ուսանողների համար

«ԼՈՒՅՍ» ՊԵՏԱԿԱՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿՉՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆ, 1994

ԳՐԱԽՈՍՆԵՐ՝ ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտի հոգեբուժության ամբիոնի վարիչ, բժշկ. գիտ. դոկտոր, պրոֆեսոր **Կ. Գ. Դանիելյան**, Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական ինստիտուտի հոգեբուժության ամբիոնի դոցենտ, բժշկ. գիտ. թեկնածու **Ն. Ա. Թումանյան**

2502505 862

Մելիք-Փաշայան Մ. Ա., Հովհաննիսյան Վ. Հ., Հոգեբուժություն:
Դասագիրք բժշկ. ինստիտուտի ուսանողների համար.— Ե., Լույս, 1994.— 359 էջ:

Դասագրքում շարադրված են հոգեբուժության բոլոր հիմնական բաժինները: Ընդհանուր հոգեախտաբանության բաժնում նկարագրված են հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ առավել հաճախ հանդիպող հիմնական ախտանշաններն ու համախտանիշները: Հատուկ ուշադրություն է դարձվել հոգեկան հիվանդությունների պատճառագիտության, ախտածագման, ախտորոշման ու դասակարգման հարցերին: Բավականին մանրամասն նկարագրված են նաև բուժման ժամանակակից մեթոդներն ու անհետաձգելի օգնության կազմակերպման խնդիրները. որոշակի տեղ է հատկացված հոգեկան հիվանդների հետազոտման հարցերին:

Դասագրքի մասնավոր բաժնում մանրամասնորեն նկարագրված են առանձին հիվանդությունների կլինիկայի, ախտածագման, բուժման ու կանխարգելման հարցերը: Ժամանակակից մակարդակով է ներկայացված աշխատանքային, զինվորական և դատահոգեբուժական փորձաքննությունների, իսկ առանձին հիվանդությունների դեպքում՝ դատահոգեբուժական գնահատականի հարցերը: Դասագիրքը նախատեսված է բժշկական ինստիտուտի բոլոր ֆակուլտետների ուսանողների համար:

174278

4108110000(121)
Հ——————————94
702(01)94

ISBN 5—545—01255—9

© *Մելիք-Փաշայան Մ. Ա., Հովհաննիսյան Վ. Հ.*

ՆԱԽԱԲԱՆ

Սույն դասագրքում համեմատաբար սեղմ ծավալով շարադրված են հոգեբուժության հիմնական բաժինները, որտեղ գիտական նորագույն նվաճումներին համահնչուն լուսաբանված են հոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառների և ախտածնության, ընդհանուր ախտաբանական օրինաչափությունների, կլինիկական պատկերի, ընթացքի ու ելքի հարցերը։

Շարադրված են հարկլինիկական հետազոտությունների ժամանակակից մեթոդները, հոգեդեղաբուժության հիմնական սկզբունքները։ Բավականին մանրամասն լուսաբանված են պսիխոթերապիայի հարցերը, որտեղ հիմնական շեշտը դրված է հիվանդ մարդու անձի յուրահատկությունների բացահայտման, ինչպես նաև հիվանդության ընթացքի, ռեաբիլիտացիայի և պսիխոհիգիենիկ ու պսիխոպրոֆիլակտիկ աշխատանքների կազմակերպման գործում պսիխոթերապիայի դերի ու նշանակության վրա։

Դասագրքում հոգեբուժության ընդհանուր պատմությունից բացի առաջին անգամ ամփոփ ձևով ներկայացված է հոգեբուժության պատմության զարգացումը Հայաստանում։

Շարադրված են հոգեբուժական և թմրաբանական ծառայությունների կազմակերպման հիմնական սկզբունքները, մանրակրկիտ ձևով լուսաբանված են հոգեկան հիվանդների հետազոտման մեթոդները, սկսած հիվանդի անամնեզից ու գանգատներից ընդհուպ մինչև ժամանակակից գործիքային մեթոդների կիրառումը։ Այդ բոլորի հատակ կիրառմամբ է պայմանավորված հիվանդի հոգեկան վիճակի, հիվանդության ճիշտ ախտորոշումը և պատճառածագումնային լիարժեք բուժման իրականացումը։

Հոգեկան հիվանդությունների հասկացության հիմքում դրված է նոզոլոգիական սկզբունքը, որն էական նշանակություն ունի մի շարք հոգե-

կան հիվանդությունների, նրանց զարգացման օրինաչափություններն ավելի խորն ըմբռնելու և ուսումնասիրելու հարցում։

Ժամանակակից հոգեբուժության բնագավառում գոյություն ունեն դեռևս շատ չուսաբանված ու վիճարկելի պրոբլեմներ։ Ուստի հնարավոր են դասագրքում շոշափվող առանձին դրույթների ու տեսակետների մեկնաբանման տարբեր մոտեցումներ, ինչն անխուսափելի է գիտության ամեն մի ասպարեզում։

Հաշվի առնելով այդ բոլորը, հեղինակները կարևոր են համարել օբյեկտիվ և հնարավորին չափ ճշգրիտ ու ընդհանուր ճանաչում գտած պատկերացում տալ հոգեբուժության մասին, ներկայացնելով նրա արդիական մակարդակը։

Դասագիրքը՝ լինելով Հայաստանում մայրենի լեզվով հրատարակվող հոգեբուժության առաջնեկը, բավականին դժվարություններ է հարուցել մասնագիտական որոշ տերմինների թարգմանության ու կիրառության առումով։ Այդ դժվարությունները հաղթահարելու նպատակով կազմված է գրքի վերջում զետեղված տերմինաբանական բառարան։

Հեղինակները նպատակահարմար չեն համարել տալ մասնագիտական որոշ բառերի բառացի թարգմանությունը և սահմանափակվել են նրանց բացատրությամբ։ Նրանք գտնում են, որ դասագրքում արծարծված որոշ հարցեր ու պրոբլեմներ կարող էին ավելի լայնորեն լուսաբանվել, սակայն դա չի արվել դասագրքի համեմատաբար փոքրածավալ լինելու պատճառով։

Հեղինակները երախտագիտությամբ կընդունեն քննադատական դրական բնույթի բոլոր դիտողություններն ու առաջարկությունները։

Ի ՄԱՍ

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՐԿԱՆ ԵՎ ՆՐԱ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

Պսիխիատրեիա (պսիխե— հոգի, իատրեիա— բուժում) հունարեն բառ է, որ թարգմանաբար նշանակում է հոգեբուժություն։ Դա բժշկական գիտություն է, որն ուսումնասիրում է հոգեկան հիվանդությունների զարգացման պատճառները, կլինիկական դրսևորումները, դրանց կանխումը, բուժումը և համապատասխան օգնության կազմակերպումը։

Հոգեբուժության զարգացումը հանգեցրեց հետևյալ ճյուղերի առանձնացմանը՝ մանկական հոգեբուժություն, *որն ուսումնասիրում է մանկական հասակի հոգեկան հիվանդությունները,* դատական հոգեբուժություն, *որն զբաղվում է դատահոգեբուժական փորձաքննության հիմնահարցերով (հիվանդների անմեղսունակության և անպատժելիության, իրավունակության և գործունակության հարցերով),* զինվորական հոգեբուժություն, *որն ուսումնասիրում է բանակում առաջացած հոգեկան հիվանդությունների առանձնահատկությունները և զինվորական հոգեբուժական փորձաքննության հարցերը,* հոգեբուժական աշխատանքային փորձաքննություն, *որն զբաղվում է հիվանդների աշխատունակության, նրանց սոցիալական վերահարմարման (ռեադապտացիայի) հարցերով, հոգեհիգիենա (պսիխոհիգիենա) և հոգեպրոֆիլակտիկա (պսիխոպրոֆիլակտիկա)՝ կազմակերպչական մի շարք միջոցառումներ են, ուղղված հոգեկան հիվանդությունների կանխարգելմանը և հոգեկան առողջու-*

թյան ամրապնդմանը։ Հոգեբուժության կարևորագույն ճյուղերից է նաև հոգեդեղաբանությունը (պսիխոֆարմակոլոգիան), որն ուսումնասիրում է դեղանյութերի ազդեցությունը հոգեկան աշխարհի վրա և ընդգրկում է բուժման հարցերը։

Հոգեբուժության առարկան բաղկացած է երկու բաժիններից՝ ընդհանուր հոգեախտաբանություն և մասնավոր հոգեբուժություն։ Ընդհանուր հոգեախտաբանությունն ուսումնասիրում է հոգեկան հիվանդությունների պատճառագիտության և ախտածնության հարցերը, դրանց դասակարգման և զարգացման ընդհանուր օրինաչափությունները, հիվանդների հետազոտման մեթոդները, դասակարգման սկզբունքները, ռեաբիլիտացիայի հիմնահարցերը։ Մասնավոր հոգեբուժությունն ուսումնասիրում է հոգեկան առանձին հիվանդությունները, նևրոզները, ինչպես նաև մարմնական (սոմատիկ) հիվանդությունների հողի վրա առաջացած հոգեկան խանգարումները։

Քանի որ ցանկացած հիվանդության ժամանակ տուժում է ողջ օրգանիզմը, ապա յուրաքանչյուր բժիշկ պարտավոր է տեղային զննումից բացի ուշադրություն դարձնել նաև հիվանդի հոգեկան վիճակի վրա։ Այդ առումով հոգեբուժությունը՝ լինելով ինքնուրույն կլինիկական ուղղություն, անբաժանելի է բժշկության մնացած բաժիններից։

Հոգեկան հիվանդության նախնական ախտորոշումը հաճախ կատարում է ոչ թե հոգեբույժը, այլ մեկ ուրիշ մասնագետ, հատկապես թերապևտը, որին հաճախ դիմում են հիվանդները կամ նրանց հարազատները. և միայն հոգեբուժության անհրաժեշտ գիտելիքների առկայության դեպքում հնարավոր կլինի հոգեկան խանգարման ժամանակին ախտորոշումը և բուժման հետագա կազմակերպումը։

Հոգեկան հիվանդությունը ողջ օրգանիզմի հիվանդություն է, երբ առավելապես տուժում է գլխուղեղը։ Հոգեկան հիվանդությունների կամ ինչպես ընդունված է անվանել՝ պսիխոզների ժամանակ հոգեկան գործունեության և հոգեկան պրոցեսների պատճառական կապերը թուլանում, աղավաղվում կամ լրիվ վերանում են։ Դա նշանակում է, որ հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ անձի տրամադրությունը, զգացմունքները, դատողությունները, որոշումները, գործելակերպը պայմանավորված են ոչ թե արտաքին աշխարհի և շրջապատի ազդակներով, այլ ներքին զգացողություններով ու մղումներով, որը ձևավորում է հոգեկան գործունեության ու վարքագծի (անադեկվատություն) անհամապատասխանություն (Գրիզինգեր)։

Հոգեկան հիվանդությունները դասակարգվում են իրական աշխարհի

աղավաղված ընկալման, հիշողության խանգարման, դատողությունների խեղաթյուրման, առանց օբյեկտիվ պատճառների տրամադրության փոփոխման, գիտակցության մթագնման, չմեկնաբանված արարքների ձևով։ Հոգեկան գործունեության խանգարումը ամբողջովին փոխում է անհատին, նրա անձը. հետևաբար հոգեկան հիվանդությունը կարելի է բնորոշել որպես անձի հիվանդություն։

Հոգեկան հիվանդությունների ուսումնասիրությունը հիմնված է ոչ միայն կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեության խանգարումների առանձնահատկությունների հայտնաբերման, այլև կենսաքիմիական, կենսաֆիզիկական և կազմաբանական (մորֆոլոգիական), ընդհուպ ենթաբջջային և մոլեկուլային մակարդակով հետազոտությունների տվյալների վրա։

Գլուխ 1

ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՌՈՏ ԱԿՆԱՐԿ

Հոգեբուժության ողջ պատմության ընթացքում անհաշտ պայքար է մղվել մատերիալիստական և իդեալիստական գաղափարախոսությունների կողմնակիցների միջև։ Մատերիալիստական ուղղության ներկայացուցիչները հոգեկան խանգարումները կապում էին գլխուղեղի նյութական փոփոխությունների հետ, մինչդեռ իդեալիստական ուղղության ներկայացուցիչները հիմնվում էին հոգեկան ներաշխարհի անկախ բնույթի կամ էլ նյութականի հետ դրանց զուգահեռ գոյության դրույթի վրա։

Դարեր շարունակ հոգեկան հիվանդությունները դիտվել են որպես դերբնական ուժերի ծնունդ, համարվել աստծո պատժի կամ ողորմածության դրսևորում։ Դրանով էլ պայմանավորված է եղել հոգեկան հիվանդների նկատմամբ հասարակության վերաբերմունքը։ Այսպես, գրոգրված անձանց համարել են աստծո կողմից պատժված, նրանց նկատմամբ ցուցաբերել բացասական վերաբերմունք և հաճախ էլ ֆիզիկական հաշվեհարդար տեսել, իսկ լուսակյաց, ինքնամփոփ հիվանդները համարվել են աստծո կողմից սիրված՝ արժանանալով հոգատար վերաբերմունքի։

Հոգեկան հիվանդությունների մասին տեղեկություններ պարունակող հնագույն աղբյուրներից են եգիպտական պապիրուսները, չինական և հնդկական սուրբ գրքերը, Աստվածաշունչը և այլն։ Հոգեկան հիվանդությունների բուժմամբ զբաղվել են քրմերը. նրանց մի մասը հիվանդներին քնեցնելու և քնի ընթացքում տեսած երազների միջոցով որոշել է հիվանդության բնույթը և դրա բուժման միջոցները, մյուսները հիվանդների մարմնից «դուրս են մղել» չար ուժերին, սատանաներին և այլն։

Ապրելով հին հունական մշակույթի ծաղկման ժամանակաշրջանում (մ. թ. ա. 5-րդ դար)՝ Հիպոկրատը ցույց է տվել էպիլեպսիայի ընդհանուր կապը հոգեկան հիվանդությունների հետ, նշել է մանիայի, մելամաղձության մասին։ Նա հաստատել է նաև, որ հոգեկան հիվանդությունները ուղեղի ախտահարման արդյունք են, որոնց ախտածագման

մեջ կարևոր դեր ունեն ժառանգականությունը, ֆիզիկական և հոգեկան տրավմաները (հուզմունք, վախ, ծննդաբերություն և այլն), թունավորումները, ծերունական հասակը։ Նա գտնում էր, որ այդ հիվանդությունները բուժելի են, այդ իսկ նպատակով առաջարկում էր պահպանել հանգստի վիճակ, համապատասխան սննդակարգ, ընդունել լոգանքներ, թուլացնող և փսխեցուցիչ միջոցներ։

Բժշկությունը բուռն զարգացման հասավ հին Հռոմում, սակայն հոգեբուժության ասպարեզում գիտական միտքը Հիպոկրատի ուսումնասիրություններից այն կողմ չանցավ։ Նույնիսկ հունա-հռոմեական բժշկության ականավոր ներկայացուցիչ Գալենը (մ. թ. 2-րդ դար) էական ազդեցություն չունեցավ հոգեկան հիվանդությունների ուսումնքի վրա։

Հռոմեական կայսրության անկմամբ սկսվեց միջնադարյան մռայլ ժամանակաշրջանը, երբ գիտությանը հաջորդեցին կրոնական հավատալիքները։ Հոգեկան խանգարումները դիտվեցին բացառապես կախարդվելու կամ չար ուժերի՝ մարմնի մեջ ներթափանցելու արդյունք, իսկ հոգեկան հիվանդների վրա ներգործելու միակ ուղին նրանց տանջահարումն ու այրումն էր խարույկի վրա։

Ֆրանսիական մեծ հեղափոխությունից հետո հաղթանակեցին մարդասիրական գաղափարները, փոխվեց հոգեկան հիվանդների հանդեպ հասարակության վերաբերմունքը։ Այդ գործում մեծ էր ֆրանսիացի ականավոր բժիշկ Պինելի և նրա աշակերտ Էսկիրոլի դերը, որոնք առաջարկեցին հոգեկան հիվանդների նկատմամբ կիրառել «ոչ թե զսպում, այլ՝ բուժում» սկզբունքը։ Եվրոպայում առաջին անգամ հոգեկան խանգարումներով տառապողները ճանաչվեցին որպես հիվանդներ, իսկ բանտանման փակ կացարանները վերափոխվեցին հիվանդանոցների։ Պինելի ջանքերի շնորհիվ հիվանդները շղթաներից ազատվեցին։ Էսկիրոլը սկիզբ դրեց հոգեբուժական հիվանդանոցներում հիվանդների կազմակերպված բուժմանը, իսկ անգլիացի բժիշկ Կոնոլին (19-րդ դարի 30-ական թթ.) առաջարկեց վերացնել կաշկանդող բոլոր տեսակի միջոցները (զսպաշապիկներ, կապկպումներ և այլն)։ ԱՄՆ-ում մարդասիրական հիմքերի վրա ստեղծված նյարդահոգեբուժական ծառայության գործում մեծ դեր խաղաց ամերիկացի հոգեբույժ Բ. Ռաշը։

Իդեալիստական փիլիսոփայության (Կանտ, Հեգել, Ֆիխտե) տիրապետող ազդեցությամբ Գերմանիայում ձևավորվեց «պսիխիկների» դպրոցը, որի ներկայացուցիչները գտնում էին, որ հոգեկան հիվանդությունները կապված են հոգու հետ։ Հակառակ դրան, «սոմատիկներ»

Նկ. 1. Ֆ. Պինել (1745—1826)

կարծիքով՝ այդ հիվանդությունների պատճառը օրգանիզմում տեղի ունեցող ախտաբանական փոփոխություններն են։

Գերմանացի հոգեբույժ Գրիզինգերի ուսումնասիրությունների շնորհիվ հոգեբուժությունը կանգնեց զարգացման մի նոր աստիճանի վրա։ Արևմտյան Եվրոպայում առաջինը նա գիտականորեն շարադրեց տեսություն հոգեկան հիվանդությունների մասին՝ կիրառելով Կոնոլի սկզբունքները։

Ֆրանսիացի հայտնի հոգեբույժ Մորելը եկավ այն եզրահանգման, որ հոգեկան խանգարումների հիմնական պատճառը ժառանգական նախատրամադրվածությունն է, որն ամրապնդվում և խորանում է սերունդեսերունդ։ Նա գտնում էր, որ հիվանդությունները, մասնավորապես, ալկոհոլամոլությունը, տուբերկուլոզը, սիֆիլիսը ժառանգական ճանապարհով հետագա սերունդների հոգեկան ներաշխարհում նյարդային տեղաշարժերից մինչև պսիխոպաթիայի, հոգեկան հիվանդությունների, վերջապես, ապուշության և այլասերման (դեգեներացիայի) զարգացմանը նախատրամադրող գործոններ են համարվում։ Մորելին հաջորդեցին Ֆրանսիայում՝ Մանյանը, Իտալիայում՝ Լոմբրոզոն, Գերմանիայում՝ Կրաֆտ-Էբինգը, Ռուսաստանում՝ Չիժը։

Գերմանացի ականավոր հոգեբույժ է. Կրեպելինի գործունեությունը մեծ առաջընթաց էր արտասահմանյան հոգեբուժության զարգացման գործում։ Նա մեծ առավելություն էր տալիս հոգեկան հիվանդությունների կլինիկական ուսումնասիրությանը։

Կրեպելինի առաջարկած հիվանդագիտական (նոզոլոգիական) սկզբունքների շնորհիվ հոգեբուժությունը մերձեցավ ընդհանուր բժշկությանը՝ նպաստելով հոգեբուժական հիմնարկներում հիվանդների խնամքի և ընդհանուր սոմատիկ (մարմնական) բուժման ներդրմանը։

Այդ ժամանակաշրջանում գերմանական հոգեբուժության բնագա-

վառում ձևավորվեցին հոգեբանական տարբեր ուղղություններ Զ. Ֆրեյդի գլխավորությամբ։ Ըստ Ֆրեյդի, մարդու վարքի դրսևորման հարցում առաջատար դերը պատկանում է անգիտակցականին, որն էլ հակադրվում է գիտակցականին։ Նա առանձնացնում է հոգեկան ոլորտի երեք մակարդակ՝ «նա» (անգիտակցական), «ես» (գիտակցական), «գեր-ես» (բարոյական)։ Անգիտակցականը հակումների, բնազդների ամբողջությունն է, որոնցից առաջատար նշանակություն ունի սեռականը։ Անգիտակցականի (բնազդների) և գիտակցականի (բնազդները զսպող ուժի) հակադրությունը հանգեցնում է «կոմպլեքսների» առաջացման։ Ըստ Ֆրեյդի, այդպիսի ներանձնական հակադրության դրսևորումներն են վաղ մանկական հասակում ձևավորված «էդիպի» և «էլեկտրայի» կոմպլեքսները, այսինքն՝ երեխայի փոխկապվածությունը հակառակ սեռի ծնողի հետ։ Հետագա կյանքի ընթացքում այդ կոմպլեքսները դուրս են մղվում գիտակցությունից, սակայն պահպանվում են անգիտակցական ոլորտում և առաջացնում նևրոզներ ու պսիխոզներ։ Առաջացած կոմպլեքսների բացահայտման և բուժման համար Ֆրեյդի կողմից առաջարկված է հոգեվերլուծության (պսիխոանալիզի) մեթոդը։ Այդ մեթոդի համաձայն հոգեվերլուծության ճանապարհով վերացվում է անգիտակցական ոլորտի ազդեցությունը։ Անգիտակցական ապրումները գիտակցվում են հիվանդի կողմից և այդպիսով կորցնում իրենց ճնշող ազդեցությունը։ Այդ ապրումների մասին հնարավոր է դառնում իմանալ հիվանդի ազատ ասոցիացիաների, երազների, վրիպումների մեկնաբանման ճանապարհով։

Ֆրեյդի դասական հոգեվերլուծության տեսության հետագա զարգացման արդյունքը եղավ Յունգի և Ադլերի ուսմունքը։ Այսպես, ըստ Յունգի նևրոզը առաջանում է այն դեպքում, երբ չի իրագործվում «իշխման» ձգտումը։ Զգտելով հաղթահարել Ֆրեյդի պանսեքսուալիզմը՝ Խորնին, Ֆրոմը և ուրիշներ առաջատար նշանակությունը տվել են սոցիալական ներգործություններին, երեխայի դաստիարակության հիմնահարցերին։

Ըստ նեոֆրեյդիստների նևրոզների և պսիխոզների զարգացման հիմքում ընկած է անհատի կողմից իր բնածին ոչ լիարժեքության գիտակցումը։ Մարդասիրական հոգեվերլուծության (հումանիստական պսիխոանալիզ) նպատակը սեփական ներաշխարհի ճանաչումն է, «ես»-ի կորցրած ազատության վերականգնումը։

Ֆրեյդիզմը մեծ ազդեցություն թողեց պսիխոդինամիկ ուղղության զարգացման վրա՝ մեծ նշանակություն տալով նախախոսակցական (պրե-

Նկ. 2. Է. Կրեպելին (1856—1926)

վերբալ) շրջանում երեխայի հուզական կյանքին։ Այնպիսի ապրումները, ինչպիսիք են վախը, անհանգստությունը, անվստահությունը մոր և երեխայի միջև ստեղծված փոխհարաբերություններում ախտածին ազդեցություն ունեն և հետագայում կանոնավորման չեն ենթարկվում։

Մարմնակազմային-ժառանգական (կոնստիտուցիոն-գենետիկ) ուղղության հիմնադիրներից մեկը՝ Կրեչմերը հաստատեց հիվանդությունների ժառանգական մարմնակազմային պայմանավորվածությունը։ Նա գտնում էր, որ յուրաքանչյուր անհատ կրում է այս կամ այն հոգեկան հիվանդությանը բնորոշ հատկանիշներ։

Ժամանակակից հոգեբուժության մեջ առկա հակահոգեբուժական ուղղությունը հոգեկան բոլոր խանգարումները բացատրում է որպես բողոքի արտահայտություն գոյություն ունեցող սոցիալական բարքերի դեմ և մարդու հոգեկան գործունեության իռացիոնալ մկզբնավորման արտացոլում։ Դրանից ելնելով, այս ուղղության ներկայացուցիչները կոչ են անում հրաժարվել հիվանդներին ցույց տրվող բուժօգնությունից և ապահովել նրանց անհատական պահանջմունքները նույնիսկ հոգեկան խանգարման վիճակում։

Հոգեբուժության զարգացման մեջ մեծ ներդրում ունեն 19-րդ դարի երկրորդ կեսի և 20-րդ դարասկզբի ռուս հոգեբույժներ Ի. Մ. Բալինսկին, Ի. Պ. Մերժեևսկին, Վ. Խ. Կանդինսկին, Վ. Մ. Բեխտերևը, Մ. Ի. Աստվածատուրովը, Ս. Ս. Կորսակովը, Վ. Պ. Սերբսկին, Ի. Բ. Գանուշկինը և ուրիշներ։

Հոգեբուժության մեջ նոզոլոգիական ուղղության հիմնադիրներից մեկի՝ Ս. Ս. Կորսակովի ծանրակշիռ դերի մասին նշվեց 1897 թվին կայացած բժիշկների միջազգային 12-րդ գիտաժողովում, որտեղ ալկոհոլային բազմանյարդաբորբային (պոլինևրիտային) պսիխոզը կոչեցին

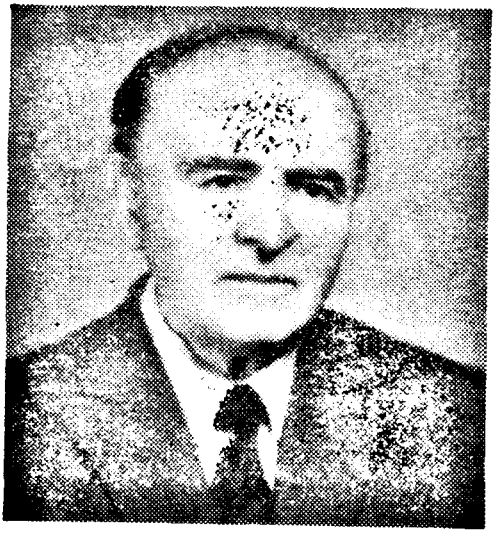
նրա անվամբ։ Մոսկովյան հոգեբույժների դպրոցը Կորսակովի ղեկավարությամբ առաջադրեց և ձևավորեց հոգեբուժության հոգեկանխարգելիչ (պսիխոպրոֆիլակտիկ) և պսիխոհիգիենիկ խնդիրները՝ հիմնադրելով մատերիալիստական սկզբունքների վրա հիմնված նոր ուղղություն։ Ի. Մ. Սեչենովի, Ի. Պ. Պավլովի, Լ. Ա. Օրբելու, Պ. Անոխինի աշխատանքները նպաստեցին ուղեղի գործունեության մեխանիզմների հետագա ուսումնասիրմանը և ֆիզիոլոգիական ուղղության զարգացմանը։

Հոգեբուժության կլինիկական և կազմակերպչական բնույթի տեսական հարցերի ուսումնասիրությանն առանձնահատուկ տեղ են հատկացրել Վ. Պ. Օսիպովը, Վ. Ա. Գիլյարովսկին, Մ. Օ. Գուրևիչը, Վ. Ա. Չիստովիչը, Ա. Հ. Մեհրաբյանը, Ա. Դ. Զուրաբաշվիլին, Ա. Վ. Սնեժնևսկին, Վ. Մ. Բանշչիկովը, Դ. Ս. Օզերեցկովսկին, Ֆ. Վ. Բատինը և ուրիշներ։ Մանկական հոգեբուժության զարգացման ուղղությամբ մեծ ջանքեր են ներդրել Տ. Պ. Սիմսոնը, Գ. Ե. Սուխարևան, Վ. Վ. Կովալյովը և ուրիշներ։

Հայաստանում հոգեբուժության պատմության արմատները հասնում են մինչև հնագույն դարեր։

Դեռևս վաղ միջնադարյան հայ մատենագիրներ Փավստոս Բուզանդի, Եղիշեի և ուրիշների երկերում նկարագրվել են հոգեախտաբանական զանազան վիճակներ ու առանձին հոգեկան հիվանդություններ։ 5-րդ դարի փիլիսոփա Եզնիկ Կողբացին հոգեկան ախտերի պատճառը տեսնում էր օրգանիզմի և արտաքին միջավայրի աննորմալ փոխհարաբերության մեջ։ 11-րդ դարի հայ նշանավոր բժիշկ Գրիգորիսը գտնում էր, որ գլխուղեղը ողջ մարմնի «թագավորն է», «զգայարանաց զգայարանը» և այս նախասկզբնական դիրքերից էլ մեկնաբանում էր հոգեկան հիվանդությունների պատճառագիտությունն ու ախտածագումը։ 12-րդ դարի հայ բժշկապետ Մխիթար Հերացին իր «Ջերմանց մխիթարություն» բժշկարանում մեծ ուշադրություն էր դարձնում հոգեբուժմանը (պսիխոթերապիա), այն հանձնարարելով անգամ մարմնական հիվանդությունների ժամանակ։ Էպիլեպսիայի, շիզոֆրենիայի, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի և պսիխոգեն հիվանդությունների վերաբերյալ արժեքավոր տեղեկություններ են պարունակում 15-րդ դարի անվանի բժիշկ Ամիրդովլաթ Ամասիացու երկերը։ Ուշագրավ են նաև 17-րդ դարի բժշկապետ Բունիաթ Սեբաստացու հոգեբուժական հայացքները։

Հետագա դարերում հայ հոգեբուժական միտքը զարգանում է արևմտաեվրոպական բժշկագիտության անմիջական ազդեցությամբ։ Հա-



Նկ. 2ա. Ա. Ա. Մեհրաբյան (1904—1986)

յաստանի վանքերին կից կացարան-դարմանատներ են բացվում բորոտների, ցավագարների, հոգեկան հիվանդների և հարբեցողների համար։

1910 թվականին Երևանում տղամարդ հոգեկան հիվանդների համար կազմակերպվում է 12 մահճակալանոց վճարովի խնամատուն։

Գիտական հոգեբուժության զարգացման առաջին փուլը Հայաստանում կապված է 1926 թ. Երևանի պետական համալսարանի բժշկական ֆակուլտետում ստեղծված, իսկ 1930 թ. Երևանում գտնվող 75 մահճակալանոց հոգեբուժական հիվանդանոցի բազայի վրա վերակազմավորված հոգեբուժության ամբիոնի հետ (վարիչներ՝ Ա. Արզումանյան, Գ. Տեր-Հակոբյան, Ա. Մեհրաբյան, Մ. Մելիք-Փաշայան, Վ. Հովհաննիսյան)։

Հայաստանում հոգեբուժական ծառայության երկրորդ փուլը սկըսվում է 1945 թվականից, երկրորդ համաշխարհային պատերազմի ավարտից հետո, և կապված է Ա. Մեհրաբյանի հայրենիք վերադառնալու, Գ. Արարատովի կողմից Երևանում ստեղծված, իսկ 1945 թվականից Վ. Հովհաննիսյանի ջանքերով վերակազմակերպված ու ընդլայնված հանրապետական նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի հետ։ Հետագա տարիներին հոգեբուժական ծառայությունը հանրապետությունում պայմանավորվում է հոգեբուժական մահճակալների քանակի ավելացմամբ, նյարդահոգեբուժական նոր դիսպանսերների կազմակերպմամբ։

Հանրապետությունում հոգեբուժական ծառայությունը մեծ վերելք է ապրում հատկապես 1950-ական թվականներից (երրորդ փուլ), որը կապված է հոգեդեղաբանության զարգացման հետ, որով ոչ միայն նյարդահոգեկան հիվանդությունների բուժման, այլև դրանց ախտորոշման, կլինիկայի, ընթացքի և օրինաչափությունների մեծ հնարավորություններ են ստեղծվում։

1962 թ. Երևանի բժշկական ինստիտուտի հոգեբուժության ամբիոնին կից կազմակերպվում է պրոբլեմային գիտական լաբորատորիա, իսկ 1970 թ.-ին բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտում՝ հոգեբուժության ամբիոն (վարիչներ՝ Ս. Դավթյան, Մ. Մելիք-Փաշայան, Կ. Դանիելյան)։

Այնուհետև Ա. Մեհրաբյանի, Գ. Աղբալյանի, Վ. Հովհաննիսյանի, Մ. Մելիք-Փաշայանի և ուրիշների ջանքերով տարեցտարի հանրապետությունում ստեղծվել են հոգեբուժական մի շարք հիվանդանոցներ, նյարդահոգեբուժական, թմրաբանական դիսպանսերներ, ինչպես նաև բազմաթիվ շրջաններում՝ հոգեբուժական ու թմրաբանական, լոգոպեդիական և բուժկանխարգելակիչ մի շարք այլ մասնագիտացված կաբինետներ։ Կազմակերպվել են նաև մասնագիտացված ստացիոնարներ, ի դեմս նևրոզների և սահմանային հիվանդությունների հանրապետական հիվանդանոցի, հոգեմարմնական (պսիխոսոմատիկ) և ծերունաբանական բաժանմունքների, ինչպես նաև հանրապետական մանկական նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի։ Վերջապես 1989 թ. ակադեմիկոս Մ. Վարդանյանի նախաձեռնությամբ Երևանում կազմակերպվել է հոգեկան առողջության կենտրոնը, որը հիմնականում զբաղվում է հետատրեսային վիճակների ուսումնասիրության և բուժման հարցերով։

1980-ական թվականներից սկսած Հայաստանում հոգեբուժական մահճակալների թիվը 50 տարի առաջ եղած 75-ի փոխարեն այսօր անցնում է 2000-ից, իսկ հոգեբույժ բժիշկների քանակը 8-ից հասել է շուրջ 300-ի, որոնց թվում բժշկական գիտությունների Ակադեմիայի մեկ թղթակից անդամ (պրոֆ. Ա. Մեհրաբյան), բժշկական գիտությունների հինգ դոկտոր (պրոֆեսորներ Ս. Դավթյան, Վ. Հովհաննիսյան, Մ. Մելիք-Փաշայան, Գ. Աղբալյան, Կ. Դանիելյան) և բժշկական գիտությունների 28 թեկնածուներ։

Մեծ վերելք է նշվում նաև գիտահետազոտական աշխատանքների քնագավառում։ Տեխնիկապես հագեցված կլինիկաներում և լաբորատորիաներում կարևոր ուսումնասիրություններ են կատարվել շիզոֆրենիայի, էպիլեպսիայի, թմրամոլության և ալկոհոլամոլության, ինֆեկցիաների, գանգուղեղային վնասվածքների, անձի և գիտակցության, իսկ Հայաստանում մեծ աղետ համարվող երկրաշարժի հետ կապված հոգեծին (պսիխոգեն) և այլ նյարդահոգեկան հիվանդությունների կլինիկա-ախտածնային, բջջածնային, կենսաքիմիական, փորձարարահոգեբանական, էլեկտրաֆիզիոլոգիական, համաճարակագիտական և այլ հարցերի վերաբերյալ։ Այդ բոլորի արդյունքը գիտական բազմաթիվ աշխա-

տանքների հրատարակումն է (այդ թվում 20-ից ավելի մենագրական աշխատություններ ու ժողովածուներ)։

Գիտության զարգացման գործում մեծ դեր է խաղացել 1944 թ. ստեղծված հանրապետական նյարդաբանների և հոգեբույժների գիտական ընկերությունը Ա. Հակոբյանի, իսկ հետագայում՝ Ա. Մեհրաբյանի ղեկավարությամբ, որն այնուհետև վերակազմավորվել և վերանվանվել է հանրապետության հոգեբույժների և թմրաբանների ասոցիացիա (նախագահ Մ. Մելիք-Փաշայան)։

Հայաստանի հոգեբույժներն իրենց գործունեության ընթացքում սերտ կապեր են հաստատել տարբեր քաղաքների և արտասահմանյան գիտահետազոտական խոշոր ինստիտուտների ու կլինիկաների հետ։ Հանրապետության շատ հոգեբույժներ ակտիվ մասնակցություն են ունեցել միջազգային զանազան գիտաժողովներին։

1991 թ. հանրապետական հոգեբուժական դիսպանսերի տնօրեն Ա. Մելիք-Փաշայանի նախաձեռնությամբ ստեղծվել է մասնագիտացված բուժարտադրական ուսումնագիտական միավորում (ՄԲՈՒՄ), որը լինելով իր տեսակով առաջինը Հայաստանի առողջապահության նախարարության համակարգում, մշակել և ներդրել է վարչական և տնտեսական կառավարման նոր մեխանիզմներ ու կառույցներ, ստորաբաժանումներ ու ծառայություններ։ Այդ համալիրում առաջին անգամ հանրապետության հոգեբուժական ծառայությունը ունեցավ «բաց դռներով» վերականգնողական բաժանմունք (առողջարանային տիպի)՝ հարմարավետ կահավորված, բարելավված կենցաղային և ժամանցի պայմաններով։ Այստեղ առկա է ազատ ելումուտը, ոչ հիվանդանոցային հագուստը, ցանկության դեպքում հարազատների խնամքը։

Առաջին անգամ ստեղծվեց նաև հոգեկան հիվանդների մարդասիրական օգնության հիմնադրամ։

Բժշկական ինստիտուտի հոգեբուժության և բժշկական հոգեբանության ամբիոնի պրոֆեսորադասախոսական կազմը դառնալով նաև ՄԲՈՒՄ-ի աշխատակիցներ, միավորման բժիշկների հետ կազմակերպում է ուսանողների դասընթացները, երիտասարդ հոգեբույժների պատրաստումը ինտերնատուրայում և կլինիկական օրդինատուրայում, գիտահետազոտական աշխատանքները։

ՄԲՈՒՄ-ը՝ ստեղծված հանրապետական հոգեբուժական դիսպանսերների բազայի վրա, հանդիսանում է Հայաստանի հոգեբուժական կադրերի պատրաստման դարբնոցը և արդեն 50 տարի գոյություն ունե-

ցող Հայաստանի հոգեբույժների և նարկոլոգների ասոցիացիայի վարչության նստավայրը:

ՄԲՈՒՄ-ը, լինելով առողջապահության նոր տիպի հաստատություն, որտեղ իրագործված է գիտաուսումնական, բուժարտադրական գործունեության ինտեգրացումը, տարբեր ծառայությունների կոմպյուտերիզացիան, դարձել է հոգեկան առողջության կենտրոն, իսկ նրա տնօրեն Ա. Մելիք-Փաշայանին՝ մոտ 40 նորարարական ներդրումների կապակցությամբ, շնորհվել է միջազգային բիզնեսի մագիստրոսի կոչում:

Գլուխ 2

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Մարդն արտաքին աշխարհը ճանաչում է հոգեկան պրոցեսների շնորհիվ: Զգայարանների միջոցով շրջապատի երևույթներն ու առարկաներն արտացոլվում են գիտակցության մեջ: Հիշողությունը հնարավորություն է տալիս ֆիքսել ու հետագայում վերարտադրել ստացված ինֆորմացիաներն ու կյանքի փորձը: Մտածողության շնորհիվ բացահայտվում են առարկաների ու երևույթների միջև գոյություն ունեցող օրինաչափությունները: Հույզերը մարդու վերաբերմունքի դրսևորումն են արտաքին և ներքին երևույթների հանդեպ: Կամային պրոցեսները, ուշադրությունը, հակումներն ու ցանկությունները արտահայտվում են նրա գործողություններում ու վարքագծում: Այդ բոլոր հոգեկան պրոցեսներով է պայմանավորված մարդու հոգեկան գործունեությունը: Սակայն ճանաչողության բարձրագույն ձևը համարվում է, անշուշտ, գիտակցությունը: Առողջ մարդու մոտ հոգեկան բոլոր պրոցեսները և գործողությունները ներդաշնակ են, կապակցված և լիովին համապատասխանում են արտաքին աշխարհի բոլոր տեսակի իրադարձություններին ու փոփոխություններին: Մինչդեռ հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ այդ ամենը խանգարվում է, դրսևորվելով ախտաբանական ախտանշանների ու համախտանիշների ձևով, իսկ ծանր դեպքերում՝ հասցնելով մինչև անձի քայքայման:

Հոգեկան խանգարումների ժամանակ հանդիպող ախտանշանները բազմաթիվ են և կարող են արտահայտվել հոգեկան տարբեր հիվանդությունների ժամանակ:

Տվյալ գլխում տրվում է հոգեկան առանձին ֆունկցիաների դեպքում հանդիպող ախտանշանների նկարագրությունը:

174978

ԸՆԿԱԼՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Արտաքին աշխարհի երևույթներն ազդելով մարդու զգայարանների վրա ֆիզիոլոգիական որոշակի պրոցեսներ են առաջացնում, որ կոչվում է զգայություն: Զգայությունը ճանաչողության առաջին աստիճանն է, որն արտացոլում է առարկաների ու երևույթների առանձին հատկությունները (սև, սպիտակ, մեծ, փոքր, կոշտ, փափուկ, սառը, տաք և այլն) մարդու գիտակցության մեջ: Սակայն յուրաքանչյուր առարկա կամ երևույթ ունի բազմաքանակ հատկություններ, որոնք արտացոլվում են մարդու գիտակցության մեջ իրենց ամբողջությամբ ու փոխադարձ կապերով, որը և կոչվում է ընկալում: Ընկալման միջոցով մարդը զգում, տեսնում, լսում է արտաքին աշխարհը և ճանաչում է այն: Ընկալումն ընկած է առարկաների և երևույթների ճանաչողության հիմքում նրանց ամբողջականությամբ: Այն հոգեկան ակտիվ պրոցես է և սերտորեն կապված է հոգեկան մյուս ֆունկցիաների հետ:

Ընկալման խանգարումները բաժանվում են 3 խմբի՝ պատրանքներ, ցնորքներ և պսիխոսենսոր խանգարումներ:

Պատրանքը (խաբկանք) արտաքին աշխարհի առարկաների ու երևույթների աղավաղված ընկալումն է, կամ այլ կերպ ասած, ընկալման խանգարումն է օբյեկտի առկայությամբ:

Պատրանքները կարող են լինել ֆիզիկական, որը հիմնվում է ֆիզիկական օրենքների վրա և պայմանավորված է շրջապատի միջավայրի յուրահատկությամբ, օրինակ, ջրով լի բաժակում գտնվող գդալը ծռված է երևում, քանի որ այն ընկալվում է երկու միջավայրում՝ ջրի մեջ և օդում:

Առանձնացվում են պատրանքի հետևյալ ձևերը.

Ա ֆ ե կ տ ի վ պ ա տ ր ա ն ք. պայմանավորվում է վախի կամ այլ հուզական (առավել հաճախ անկումային տրամադրության) վիճակներով: Դրա ցայտուն օրինակ կարող է համարվել այն, երբ մութ գիշերով միայնակ գնացող մարդը վախի աֆեկտի ազդեցության տակ քարը կամ կոճղը ընկալում է որպես կենդանի արարած կամ մութ սենյակում կախարանից կախված արտահագուստը՝ որպես մարդ: Աֆեկտիվ պատրանքներ են դիտվում նաև մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակների դեպքում, երբ նման հիվանդները իրենց շրջապատի մարդկանց դեմքերը ընկալում են համապատասխանաբար՝ ուրախ ու խնդալից կամ տրխուր ու թախծալից:

Վերբալ (խոսքային) պատրանք. այս դեպքում շրջապատի խոսակցությունների բովանդակությունը աղավաղված ձևով է ընկալվում։ Նման դեպքերում շրջապատի մարդկանց խոսակցություններում, նրանց դիտողություններում, հիվանդին չվերաբերող, բոլորովին կողմնակի հարցերի ու պատասխանների մեջ նա լսում է իր հասցեին ուղղված մեղադրանքներ, նախատինքներ, նկատողություններ, հայհոյանքներ, սպառնալիքներ։

Պարեյդոլիկ պատրանք. ընկալման աղավաղումը ֆանտաստիկական բնույթ է կրում, օրինակ, առաստաղի կամ պատի վրայի ճեղքերը, պատից կախված գորգի նախշերը կամ նկարները ընկալվում են արտասովոր ձևով, ընդունելով տարօրինակ չափեր, զանազան ֆանտաստիկական կերպարանքներ։

Նկ. 3. Տեսողական ցնորքներով տառապող հիվանդ։

Պատրանքները կարող են արտահայտվել նաև ըստ զգայարանների՝ տեսողական, համի, հոտի, շոշափելիքի։ Լսողական պատրանքի ցայտուն օրինակ կարող է համարվել Հ. Թումանյանի «Անուշ» պոեմում նկարագրված այն հատվածը, երբ Դեբեդ գետի ափին գտնվող խելագարված Անուշը գետի ջրի աղմուկը ընկալում է որպես իր հասցեին ուղղված խոսքեր՝ «Արի՜, Անո՜ւշ, արի՜, տանեմ յարիդ մոտ» և այլն։

Ցնորքը ընկալման խանգարում է առանց իրական օբյեկտի։ Ցնորքով տառապող հիվանդի համար իր զգայախաբությունը ոչ թե երևակայական, այլ իրական երևույթ է, երբ նա լսում է, տեսնում է, համ ու հոտ է զգում, համոզված լինելով դրանց իսկության մեջ որպես գոյություն ունեցող ռեալ իրականություն։

Ցնորքները դասակարգվում են ըստ զգայարանների՝ տեսողական, լսողական, շոշափողական, հոտառական, համի, ընդերային, կինեստետիկ։ Նրանք լինում են պարզ և բարդ։ Պարզ ցնորքի դեպքում

ցնորային պրոցեսն ընդգրկում է մեկ զգայարան (հիվանդը կամ լսում է, կամ տեսնում և այլն)։ Պարզ ցնորքների դեպքում առանձնացվում են տարրական կամ պարզագույն ցնորքներ, որոնք կրում են չձևավորված բնույթ։ Տարրական տեսողական ցնորքը կոչվում է ֆոտոպսիա (հիվանդը տեսնում է կրակ, բոց, ծուխ, կայծ և այլն)։ Տարրական լսողական ցնորքը կոչվում է ակոազմ (հիվանդը լսում է զանգ, զողանջ, կրակոց, անորոշ ձայներ և այլն)։ Բարդ ցնորքի դեպքում ցնորային պրոցեսին միաժամանակ մասնակցում են մեկից ավելի զգայարաններ (հիվանդը և՛ տեսնում է, և՛ լսում, և՛ զգում և այլն)։

Ցնորքները կարող են լինել նաև իսկական և կեղծ։ Իսկական ցնորքների դեպքում ցնորային պատկերները տեղակայվում են արտաքին աշխարհում, հիվանդի շրջապատում։ Նրանք ձայները լսում են դրսից, տեսնում են սարսափեցուցիչ տեսարաններ, պատկերներ, կենդանիներ, զգում են վատ հոտեր և այդ բոլորը ընդունում են որպես ռեալ իրականություն։ Տվյալ դեպքում ցնորքներն ունեն վառ զգայական հատկություն, իրական ձայների ուժ ու երանգավորում, պատկերների գունադեղություն և այլն։ Կեղծ ցնորքների դեպքում ցնորային պատկերները տեղակայված են ոչ թե իրականության մեջ ու ռեալ ձևով, այլ հիվանդի մարմնի ներսում։ Օրինակ, հիվանդը ձայներ է լսում իր գլխի միջից, որովայնի խոռոչից։ Իսկական ցնորքներին հակառակ, կեղծ ցնորքների դեպքում հիվանդն զգում է, որ այդ ցնորքները «սարքովի» են, առաջացվել են հատուկ նպատակով, արտաքին ինչ-որ ուժերով։ Չնայած հիվանդները նշում են, որ այդ բոլորը ստիպողական բնույթ է կրում, իրենց կամքից անկախ է առաջանում, սակայն հիվանդագին այդ ապրումների նկատմամբ քննադատական վերաբերմունք չեն ցուցաբերում։

Կեղծ ցնորքները նկարագրել են ռուս հոգեբույժ Վ. Խ. Կանդինսկին, ֆրանսիացի հոգեբույժ Գ. Կլերամբոն, Ի. Սեգլան և ուրիշներ։

Ինչպես իսկական, այնպես էլ կեղծ ցնորքները կարող են արտահայտվել ըստ զգայարանների։ Օրինակ, լսողական կեղծ ցնորքի ժամանակ հիվանդը ձայներ է լսում գլխում, կրծքավանդակում, մարմնի տարբեր օրգաններում։ Հիվանդները հաճախ գանգատվում են մտքերի հնչյունությունից, գանգատվում են, որ իրենց մտքերը բարձրաձայն են ու բոլորին հայտնի։ Տեսողական կեղծ ցնորքի դեպքում հիվանդները գանգատվում են, որ ինչ-որ մեթոդներով ու ձևերով իրենց զանազան պատկերներ ու դեմքեր են ցույց տալիս, ժապավենի ձևով ուղեղում առաջացնում են տեսապատկերներ։ Կինեստետիկ (շարժողական) կեղծ

ցնորքի դեպքում հիվանդին թվում է, թե իր շարժումները, գործողությունները կատարվում են իր կամքից անկախ, ինչ-որ արտաքին ուժերի ազդեցության տակ։ Լինում են նաև համի, հոտառական, ընդերային կեղծ ցնորքներ, որ նույնպես «սարքովի» են, «ստիպողական»։ Հիվանդներին թվում է, թե այդ բոլորը հատուկ ձևով, ինչ-որ ճանապարհով ու հատուկ նպատակով է արվում։

Ի. Սեգլայի կողմից նկարագրվել է կինեստետիկ (շարժողական) կեղծ ցնորքի վերբալ ձևը, երբ հիվանդները զանգատվում են, որ արտաքին ուժերի ազդեցության տակ, իրենց կամքից անկախ, լեզուն շարժվում է և խոսքեր ու նախադասություններ արտասանում։

Նկ. 4. Լսողական ցնորքներով հիվանդը փակել է ականջները։

Կեղծ ցնորքները բնորոշ են հոգեկան ավտոմատիզմի կամ Կանդինսկու-Կլերամբոյի հոգեախտաբանական համախտանիշին (տե՛ս գլուխ 2. Գիտակցության խանգարումներ)։

Կան ցնորքների նաև հետևյալ ձևերը.

Խոսքային (վերբալ). հիվանդը զանազան ձայներ ու խոսակցություններ է լսում, որոնք երբեմն հաճելի, իսկ ավելի հաճախ տհաճ ու սպառնալի բնույթ են կրում։ Այդ ձայները հաճախ ուղեկցվում են զառանցական մտքերով։

Հրամայողական (իմպերատիվ). բնորոշվում է հրամայող ձայների առկայությամբ, որոնք կարգադրում, ստիպում են կատարել հաճախ իր կամ շրջապատի համար վտանգավոր այս կամ այն գործողությունը։ Նման դեպքերում հիվանդը կարող է ցուցաբերել ագրեսիվ վարքագիծ, քանի որ ձայներին ենթարկվում է (քննադատության բացակայության պատճառով)։

Մեկնաբանական. ձայները մեկնաբանում են հիվանդի սարքերը, վարքը, երբեմն նրա կատարած ամեն մի քայլը։ Այդ ձայները հաճախ կշտամբական են, երբեմն հիվանդի սխալներն ուղղելու նպատակով։ Բավականին տհաճ են ու ձանձրալի։

Հակադրական (անտագոնիստական). հիվանդը լսում է տար-

բեր բովանդակությամբ, իրար հակասող խոսակցություններ. օրինակ, մի ականջով նա լսում է հրահանգ՝ կատարել այս կամ այն գործողությունը, մյուսով՝ ընդհակառակը՝ չկատարել, կամ մի ձայնը առաջարկում է կերակուրն ուտել, իսկ մյուսը նշում է, որ այն թունավորված է, պետք չէ ուտել։

Ֆունկցիոնալ. առաջանում է արտաքին որևէ գրգռիչին զուգահեռ։ Օրինակ, ջրածորակից գնացող ջրի աղմուկի առկայությամբ հիվանդը զանազան ձայներ ու խոսակցություններ է լսում։ Ջրի աղմուկը դադարելիս անհետանում են նաև այդ ձայները։ Ֆունկցիոնալ ցնորքը տարբերվում է լսողական պատրանքից նրանով, որ պատրանքի դեպքում գրգիռը ընկալվում է որպես խոսակցություն, իսկ այստեղ գրգռիչի հետ համատեղ ցնորքներ են առաջանում։

Ենդերային (վիսցերալ). մարմնի խոռոչներում զանազան կենդանի էակների, օտար մարմինների առկայության զգացում։

Հիպնագոգիկ. այս ցնորքներն առաջանում են քնելուց առաջ, աչքերը փակ վիճակում (արթնության և քնի միջև ընկած շրջանում)։

Հիպնապոմպիկ. նման ցնորքներն առաջանում են արթնանալիս։ Որոշ մարդիկ քնից արթնանում են ոչ անմիջապես, այլ աստիճանաբար։ Այդ աստիճանաբար արթնացման շրջանում էլ հենց շատ կարճատև (երբեմն վայրկյաններ տևող) ցնորքներ են առաջանում, որոնք, ինչպես և հիպնագոգիկ ցնորքները, մեծ մասամբ տեսողական կամ լսողական բնույթ են կրում։ Հիպնագոգիկ և հիպնապոմպիկ, ինչպես նաև ֆունկցիոնալ ցնորքները հոգեպես առողջ մարդկանց մոտ ևս կարող են հանդիպել։

Էքստրակամպին (արտատեսադաշտային), երբ ցնորքները պրոյեկցվում են տեսադաշտից դուրս։ Օրինակ, հիվանդը տեսնում է իր հետևում կանգնած մարդուն, որը պատրաստվում է հարվածել նրան, կամ լսում է ձայներ որևէ մոլորակից։

Շոշափողական (տակտիլ). մարմնի վրա զանազան տհաճ զգացողություններ (էլեկտրական հոսանքի, մագնիսական ճառագայթների ազդեցության, մրջյունների, միջատների սողալու զգացում և այլն)։

Համի և հոտառական. հիվանդը տհաճ հոտ կամ համ է զգում իր շրջապատից, սննդամթերքից։ Նա հաճախ դա վերագրում է միտումնավոր ձևով բաց թողնված թունավոր գազերին, նյութերին, փաստորեն ցնորքը շաղկապելով զառանցանքի հետ։

Շարլ-Բոնեի ցնորք, որը կապված է այս կամ այն զգայարանի վնասման հետ, երբ համապատասխանաբար առաջանում են նույ-

նանուն ցնորքներ։ Օրինակ, կույրերի մոտ՝ տեսողական, խուլերի մոտ՝ լսողական։

Ցնորքները կարող են լինել նաև ներշնչական և առաջացված։ Ներշնչական ցնորքը հիպնոսային քնի վիճակում ներշնչման միջոցով առաջացրած զգայախաբուβյունն է, որի ժամանակ հիպնոսվողին ներշնչվում է լսել, տեսնել կամ զգալ այս կամ այն ձայնը, պատկերը, հոտը։ Ցնորքներ կարելի է առաջացնել նաև արհեստական ձևով, ցնորքների նկատմամբ կանխատրամադրված մարդկանց մոտ, որտեղ նույնպես նշանակուβյուն ունի ներշնչանքը։ Դրանցից են՝ լիպմանի ախտանշանը, երբ հիվանդի ակնագնդերը βեβեվակի սեղմելով ու համապատասխան ձևով ներշնչելով առաջացվում է տեսողական ցնորք։ Ռեյխարդի ախտանշանը, երբ ալկոհոլային հարβեցատենդով տառապող հիվանդին լավացման շրջանում առաջարկվում է ուշադիր նայել ու ասել, βե ինչ է գրված նրա առջև դրված մաքուր βղβի վրա։ Նա կարդում է որոշակի բառեր և նույնիսկ ամβողջ նախադասուβյուններ։ Աշաֆենβուրգի ախտանշանը, երբ հիվանդին տրվում է անշատված հեռախոսի լսափողը և առաջարկվում է խոսել, որը և նա կատարում է։ Այդ ճանապարհով հիվանդի մոտ արհեստականորեն առաջացվում են լսողական ցնորքներ։

βեβ պատրանքների դեպքում մեծ մասամբ հիվանդներն են հայտնում իրենց հիվանդագին ապրումների մասին, ապա ցնորքների ժամանակ հիվանդները քննադատուβյան բացակայուβյան պատճառով, չհասկանալով իրենց հիվանդագին վիճակը, հաճախ ոչ մի դանգատ չեն ցուցաβերում։ Նման դեպքերում ցնորքների առկայուβյունը որոշելու համար նշանակուβյուն ունի անամնեզը և օβյեկտիվ դիտարկուβյունը։ Ցնորքի քնույβից կախված հիվանդի վարքի մեջ դիտվում է այս կամ այն փոփոխուβյունը։ Օրինակ, տեսողական ցնորքների դեպքում հիվանդը ակնապիշ ու վախեցած հայացքով նայում է ինչ-որ տեղ, աչքերն է փակում, βաքնվում է, փախչում և այլն։ Լսողական ցը-

Նկ. 5. Հոտառական հալուցինացիաներով տառապող հիվանդ։

նորքների դեպքում ականջներն է փակում, խոսում է լսող ձայների հետ, պատասխանում նրանց։ Համի և հոտառական ցնորքների դեպքում հրաժարվում է սննդից, հայտնելով վատ համի մասին, քիթն է փակում, հաճախակի թքում է և այլն։

Պսիխոսենսոր (ճոգեզգայական) խանգարումներ։ *Զգայական խանգարում է, որն արտահայտվում է զանազան ախտանիշների ու համախտանիշների ձևով։*

Գերզգայնություն (հիպերեսթեզիա). զգացողության այնպիսի բարձրացում է, երբ արտաքին գրգիռները ընկալվում են գերուժեղ ու վառ ձևով։ Նման դեպքում սովորական լույսը, ձայնը, հոտը հիվանդի համար խիստ տհաճ ու անտանելի են դառնում։

Թերզգայնություն (հիպոեսթեզիա). զգացողության թուլացում։ Նման հիվանդները, օրինակ, սրսկվելիս ցավ համարյա թե չեն զգում, դեմքի վրա մաղ եկող ճանճին չեն զգում կամ թույլ են զգում։

Անզգայություն (անեսթեզիա). զգացողության բացակայում։ Նման վիճակներ հաճախ առաջանում են վիրահատությունների ժամանակ դեղորայքի օգնությամբ, հիպնոսային ներշնչման միջոցով և այլն։

Մենեստոպաթիա. մաշկի վրա, մաշկի տակ, մարմնի տարբեր մասերում առաջացած զանազան տհաճ ու տանջալից այրոցներ, տաքության զգացողություն, սեղմոցներ, ծակծկոցներ, ձգվածություն, թրթռոց, քոր և այլն։

Մետամորֆոպսիա. ընկալվող օբյեկտի ձևի, չափի փոփոխությունն է տարածության մեջ։ Մետամորֆոպսիան կարող է արտահայտվել հետևյալ ձևերով։

Խոշորատեսություն (մակրոպսիա). երբ ամեն ինչ ընկալվում է արտասովոր մեծ չափերով։

Մանրատեսություն (միկրոպսիա). երբ մակրոպսիային հակառակ ամեն ինչ փոքրացած է ընկալվում։ Օրինակ, դասախոսության ժամանակ հիվանդներից մեկը հայտնում էր, որ կարծես թե ինքը գրտնվում է լիլիպուտների երկրում, լսարանում գտնվող ուսանողներին ընկալելով խիստ փոքրացած ձևով։

Դիսմեգալոպսիա. շրջապատի առարկաներն ընկալվում են երկարացած, լայնացած, իրենց առանցքի շուրջը ոլորված ու ծռմռված։

Պորոպսիա. տարածության ընկալման խանգարումն է, երբ տարածությունն ընկալվում է կրճատված, նրանում գտնվող առարկաները մոտեցած, կամ, ընդհակառակը՝ տարածությունն ընկալվում է լայնացած ու երկարացած, նրանում գտնվող առարկաները հեռացած, փողոցն ընկալվում է անսահման լայն ու երկար, շենքերը՝ բարձր։

Դեռեալիզացիա. իրականության զգացման աղավաղում, կորուստ։ Այս դեպքում արտաքին աշխարհը կորցնում է իր իսկական և բնական գունավորումը, ընկալվում է անբնական, անճանաչելի և աղավաղված տեսքով, տներն ու ծառերը կարծես թե շարժվում են, օրորվում, կռանում, մարդկանց դեմքերը փոխվում են, տափականում, լայնանում, ամեն ինչ աղոտացած է կամ գորշագույն ու մռայլ։ Դեռեալիզացիայի տարբերակներն են համարվում՝ արդեն տեսածի ախտանշանը (ֆրանս. Déja vu). շրջապատի տարածության ընկալման այնպիսի խանգարում է, երբ հիվանդին թվում է, թե ներկայի տեսածը անցյալում ինչ-որ ժամանակ ու ինչ-որ տեղ տեսել է, երբեք չտեսածի ախտանշանը (ֆրանս. Jamais vu). այս դեպքում շրջապատի սովորական իրադրությունը, ամենօրյա տեսածը հիվանդին բոլորովին անծանոթ է թվում ու կարծես թե առաջին անգամն է տեսնում, մարմնի սխեմայի խանգարումը (աուտոմետամորֆոպսիա). իր մարմնի, նրա տարբեր մասերի աղավաղված ընկալումն է, երբ խանգարվում է դրանց ձևի, մեծության, կազմության, քաշի, տեղադրության ճիշտ ընկալումը։ Նման հիվանդը զանգատվում է իր գլխի մեծացած կամ փոքրացած, ծայրանդամները երկարած կամ կարճացած լինելուց, մարմնի տձևությունից (դիսմորֆոպսիա), իր առանցքի շուրջը ոլորված, լայնացած, երկարացած լինելուց (դիսմեգալոպսիա)։ Երբեմն առաջանում է՝ բացակայող (այս կամ այն պատճառով հեռացված) ծայրանդամի կեղծ առկայության զգացողություն (ֆանտոմային զգացողություն), իսկ ծանր դեպքերում կարող է առաջանալ նաև այդ նույն բացակայող օրգանի ցավ։

Ցնորքների պաթոֆիզիոլոգիական մեխանիզմը: *Ցնորքների առաջացման մեխանիզմի վերաբերյալ տարբեր տեսություններ են առաջարկվել։ Պերիֆերիկ (ծայրամասային) տեսության համաձայն ցնորքների առաջացումը կապված անալիզատորի ծայրամասային հատվածի զգացողություն ֆունկցիայի խանգարման հետ։ Այս տեսությունը, սակայն, երկար չդիմացավ, քանի որ պարզվեց, որ լսողական, տեսողական և այլ ցնորքներով տառապող հիվանդների մոտ համապատասխան զգայարանները գտնվում են առողջ վիճակում։ Վերնիկեի, Կորսակովի, Գիլյարովսկու կողմից առաջ քաշված «Կենտրոնական» տեսության համաձայն, ցնորքների առաջացումը պայմանավորված է գլխուղեղի կեղևի այս կամ այն օջախի գրգռվածությամբ։ Այդ ուղղության կողմնակիցները փորձարարական ճանապարհով ցնորքներ են առաջացրել ուղեղի համապատասխան կենտրոնները էլեկտրական հոսան-*

քով գրգռելու միջոցով (ծոծրակային բլթի գրգռումից առաջացել են տեսողական, քունքային բլթի գրգռումից՝ լսողական ցնորքներ), կամ ղեղոբայքի միջոցով հիվանդի գրգռվածությունն իջեցնելով, կարողացել են ցնորքները թուլացնել կամ վերացնել։ Սակայն այս տեսությունը նույնպես վերջնականապես չբացահայտեց ցնորքների առաջացման մեխանիզմը, քանի որ այն հիմնվում է միայն անատոմիական տվյալների վրա (վնասված օջախի առկայություն), փաստորեն առաջացման մեխանիզմը նորից թողնելով չուսումնասիրված։

Պոպովի կողմից առաջարկվել է ցնորքների առաջացման **արգելակային** տեսությունը։ Այդ տեսության համաձայն ցնորքների առաջացման գործում նշանակություն ունի գանգուղեղի կեղևի արգելակման պրոցեսը, հիպնոսային փուլային երևույթներով։

ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Հիշողությունը հոգեկան կարևորագույն ֆունկցիաներից մեկն է, որն արտահայտվում է ուղեղի կողմից ինֆորմացիան ընկալելու (պերցեպցիա), այն պահելու, ֆիքսելու (ռետենցիա) և հետագայում վերարտադրելու (ռեպրոդուկցիա) ունակությամբ։

Հիշողության ուժը կախված է ուշադրության կենտրոնացման աստիճանից, ընկալվող նյութի կարևորությունից ու հետաքրքրությունից և օրգանիզմի ընդհանուր վիճակից։

Նորմայում հիշողությունը արտահայտվում է հետևյալ ձևերով.

Տեսողական հիշողություն, որի հիմքում ընկած է ակնառու պատկերավոր հիշողությունը (հատկապես զարգացած է նկարիչների մոտ)։

Լսողական հիշողություն, որ հատկապես լավ է արտահայտված երաժիշտների մոտ։

Համի ու հոտի հիշողություն, որ զարգացած է համտեսների մոտ։

Մեխանիկական հիշողությունը հիմնվում է միևնույն նյութի կրկնության (անգիր սովորելու) վրա. զարգացած է ասմունքողների, դերասանների մոտ։

Հուզական հիշողություն, որը հիմնականում կապված է տարբեր հույզերի (հաճույք, տխրություն, վախ և այլն) մտապահման ու վերարտադրման հետ։

Տրամաբանական հիշողություն, երբ նյութի վերարտադրումն

արտահայտվում է դատողությունների միջոցով։ Հիշողության այս ձևը սերտորեն կապված է մարդու տարիքային և իմացական, բանական զարգացման հետ։

Գիտության ժամանակակից տվյալներով լուրջ նշանակություն է տրվում հիշողության կենսաքիմիական տեսությանը, որտեղ հիմնական դերը վերագրվում է ռիբոնուկլեինաթթվին։ Նյարդային բջիջներում կենսաէլեկտրական հոսանքների ազդեցության տակ կուտակված ՌՆԹ-ի օգնությամբ ինֆորմացիաները ծածկագրվում են (կոդավորում) կարճատև հիշողությունից վերածվելով երկարատևի։

Գոյություն ունի հիշողության (մտապահման) երկու ձև՝ կարճատև և տևական։ Կարճատև հիշողության դեպքում մտապահման տևողությունը կազմում է մի քանի վայրկյանից մինչև մեկ ժամ։ Տևական հիշողությունն ավելի կայուն է, երբ ընկալված ինֆորմացիան կարող է մնալ շատ երկար, ընդհուպ նույնիսկ ողջ կյանքում։

Գոյություն ունեն հիշողության խանգարման հետևյալ ձևերը՝ հիպերմնեզիա, հիպոմնեզիա, ամնեզիա և պարամնեզիա։ Հիպերմնեզիան հիշողության հարաբերական սրացում է, որ տեղի է ունենում ի հաշիվ անցյալ դեպքերի վերարտադրման սրացման (վերհուշեր)։ Նման սրացում դիտվում է մանիակալ վիճակների դեպքում, երբ ինչ-որ ժամանակ տեսած, լսած կամ կարդացած ու ժամանակի ընթացքում մոռացության մատնված դեպքերը նորից վերակենդանանում ու վերհուշերի ձևով վերարտադրվում են։ Նման վիճակներ կարող են դիտվել նաև ինֆեկցիոն հիվանդություններով տառապող հիվանդների մոտ, հատկապես տենդի շրջանում։ Հիպոմնեզիան ավելի հաճախ հանդիպող խանգարում է, երբ հիշողության թուլացումն արտահայտվում է անցյալ դեպքերի վերարտադրման դժվարացմամբ, ինչպես նաև մոտակա դեպքերի մտապահման (ֆիքսացիայի) թուլացմամբ։ Այդպիսի հիվանդը շատ հաճախ՝ զգալով իր հիվանդագին վիճակը և հույսը չդնելով իր հիշողության վրա, ծոցատետր է օգտագործում։ Նման վիճակներ կարող են հանդիպել ուղեղի անոթների սկլերոզի, գանգուղեղային տրավմաների և ուռուցքների, թմրամոլության և այլ դեպքերում։ Ամնեզիան (մոռացում) հիշողության կորուստ է, երբ խանգարվում է ընկալածը մտքում պահելու և վերարտադրելու ունակությունը։ Ամնեզիան կարող է դիտվել ուշաթափության, կոմայի, էպիլեպսիայի, ուղեղի ցնցման և ուղեղային այլ հիվանդությունների դեպքում։

Ամնեզիան կարող է արտահայտվել հետևյալ ձևերով։

Ա ն տ ե ր ո գ ր ա դ ամնեզիա, երբ հիշողությունը դուրս է մղվում

դեպքից (գանգուղեղային վնասվածք, ստրեսային ռեակցիա) կամ հիվանդությունից հետո եղած որոշ ժամանակահատված։ Օրինակ, գանգուղեղային վնասվածքի դեպքում հիվանդը կորցնում է գիտակցությունը, որը կարող է տևել վայրկյաններից մինչև ժամեր և օրեր։ Գիտակցության կորստի այդ ժամանակահատվածին և նույնիսկ դրան հաջորդող որոշ ժամանակաշրջանին համապատասխանող հիշողության բացն էլ հենց կոչվում է անտերոգրադ ամնեզիա։

Ռետրոգրադ ամնեզիա, երբ հիշողությունից դուրս է մղվում դեպքին կամ հիվանդությանը նախորդող որոշ ժամանակահատված։ Վերը նկարագրված գանգուղեղային վնասվածքի օրինակով այս դեպքում հիվանդը մոռանում է վնասվածքին նախորդող որոշ ժամանակահատված։

Անտերոռետրոգրադ ամնեզիա, երբ հիշողությունից դուրս է մղվում թե՛ մինչև դեպքը կամ հիվանդությունը և թե՛ դրանից հետո եղած որոշ ժամանակահատված։

Ֆիքսացիոն ամնեզիա. հիշելու ունակության կորուստ է, որը պայմանավորված է ընկալված մոտակա դեպքերի և ինֆորմացիաների մտապահման (ֆիքսելու) թուլացմամբ։

Առաջընթաց ամնեզիա, արտահայտվում է մտապահման ունակության կորստով և հիշողության պաշարի աճող աղքատությամբ։ Այս դեպքում նորը շուտ է մոռացվում, քան հինը, իսկ անցյալը հիշողության մեջ համեմատաբար ավելի երկար է պահպանվում։ Դա հատկապես ցայտուն ձևով է արտահայտված ուղեղի աթերոսկլերոզի դեպքում, երբ կյանքի վերջին շրջանի իրադարձությունները սկսում են աղոտանալ ու մոռացվել, բայց հեռավոր անցյալը, հին իրադարձությունները հիշողության մեջ համեմատաբար ավելի լավ են վերարտադրվում։ Այս ախտանշանը հեղինակի անունով կոչվում է «Ռիբոյի օրենք» կամ «հիշողության հետզարգացման օրենք»։

Հետընթաց (ռեգրեսիվ) ամնեզիա. այս դեպքում մոռացված ժամանակահատվածը աստիճանաբար վերականգնվում է հիշողության մեջ։

Ուշացած («ռետարդված») ամնեզիա. տեղի ունեցածը դեպքից անմիջապես հետո հիշվում է և որոշ ժամանակ անց դուրս է վանվում հիշողությունից։

Կատաթիմ (աֆեկտոգեն, պսիխոգեն) ամնեզիա. արտահայտվում է հոգեկան խիստ ուժեղ ապրումների հետ կապված դեպքերի մոռացությամբ։ Դա պաշտպանողական յուրատեսակ ռեակցիա է, երբ նյար-

դահոգեկան գերլարվածության («ստրեսային») վիճակով պայմանավորված փաստը դուրս է վանվում հիշողությունից։

Ամնեստիկ աֆազիա. առարկաների, իրերի անունների մոռացումն է, միաժամանակ նրանց գործածման հատկացողության պահպանմամբ։ Օրինակ, չհիշելով մատիտի անունը, հիվանդը միաժամանակ պատասխանում է, որ այն գրելու համար է։

Ամնեստիկ ապակողմնորոշում. այս դեպքում հիշողության կոպիտ խախտման հետևանքով հիվանդների մոտ խանգարվում է տեղի, ժամանակի, իրադրության կողմնորոշումը։ Նման հիվանդը, օրինակ, չգիտի տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը, հիվանդանոցում չի կարողանում գտնել իր պալատը՝ անգամ մահճակալը։

Պարամնեզիան հիշողության այնպիսի խանգարում է, որն արտահայտվում է հիշողության աղավաղումներով, կեղծ հիշողությամբ։ Կարող են դիտվել պարամնեզիայի հետևյալ ձևերը.

Պսևդոռեմինիսցենցիա, երբ հիշողության բացը (ամնեզիան) հիվանդը լրացնում է իր կյանքում տեղի ունեցած դեպքերի նկարագրությամբ։ Օրինակ, հունվարի 1-ին անգիտակից վիճակում գտնվող հիվանդը առողջանալուց հետո պատմում է, թե ինչպես է այդ օրը դիմավորել նոր տարին։ Սակայն նրա պատմածը, որ հանդիսանում է կեղծ հիշողություն («հիշողության պատրանք կամ խաբկանք»), վերաբերում է ոչ թե այդ, այլ անցյալում դիմավորած նոր տարվան։

Կոնֆաբուլյացիա. երբ հիշողության բացը (ամնեզիան) հիվանդը լրացնում է իր կյանքում երբեք տեղի չունեցած դեպքերի հնարովի ու կեղծ նկարագրություններով («հիշողության ցնորք»)՝ չհասկանալով ու չգիտակցելով իր այդ վիճակը։

Կրիպտոմնեզիա. հիշողության այնպիսի խանգարում է, որի ժամանակ հիվանդը իր լսածը, կարդացածը, նույնիսկ կինոյում կամ երազում տեսածը վերարտադրում ու պատմում է որպես իրականում իր հետ տեղի ունեցած դեպք։ Նկարագրվում են զգացողության բազմաթիվ դեպքեր, երբ ուրիշի ստեղծագործությունը յուրացրած անձնավորությունը, անշուշտ, զգում ու հասկանում է իր արարքի դատապարտելի կողմը, իսկ կրիպտոմնեզիայով տառապող հիվանդը հիշողության աղավաղման պատճառով չի հիշում իր արարքը և համոզված է դրա իսկության մեջ։

Անէկֆորիա. հիշողության այնպիսի խանգարում է, որի ժամանակ անցած որոշ դեպքերի ու փաստերի վերհիշումը տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ այդ մասին հիշեցվում է։

Պսևդոլոգիա ֆանտաստիկան (հիշողության ֆանտազմ). հիշողության աղավաղում է, երբ հիվանդը հորինում ու պատմում է այնպիսի դեպքերի կամ երևույթների մասին, որոնք իրականում գոյություն չեն ունեցել: Ընդ որում, աստիճանաբար նա ընկրկում է հավատալ իր պատմածի իսկությանը կամ կատարված դեպքերը հասցնում է ծայրահեղ չափազանցության, ձգտելով դառնալ շրջապատի ուշադրության օբյեկտ: Նման վիճակ կարող է դիտվել հիստերիկ նևրոզի, իսկ առավել հաճախ՝ հիստերիկ տիպի պսիխոպաթիայի դեպքում:

Կորսակովյան համախտանիշ *(տե՛ս գլուխ 2. Կորսակովյան համախտանիշ):*

Հիշողության հետազոտումը: *Հիշողության ֆունկցիայի հետազոտումը սկսվում է անամնեզի հավաքման հետ միաժամանակ, երբ հիվանդը պատասխանում է իր ծննդյան տարեթվի, տարիքի, հասցեի, աշխատանքի վայրի և այլ հարցերին: Միաժամանակ ուշադրություն է դարձվում, թե ինչպիսի ժամանակագրական հաջորդականությամբ է հիվանդը հայտնում իր անամնեզը, և թե որքանով է այն համընկնում օբյեկտիվ անամնեզի հետ: Այդ ճանապարհով ստուգվում է տևական հիշողությունը: Կարճատև հիշողությունը ստուգելու համար պետք է որոշել, թե հիվանդն ինչպես է ընկալում ինֆորմացիան, ինչպես է այն մտապահում (ֆիքսում) և վերարտադրում: Այդ նպատակով հիվանդին առաջարկվում է մի քանի թվերի կրկնում (առանց ուշադրությունը շեղելու և ուշադրությունը շեղելուց հետո) կամ կարդացած գրքի, տեսած կինոնկարի բովանդակության վերարտադրում: Կարելի է հարցնել, թե ինչ է կերել նախաճաշին, ինչպես է բուժող բժշկի ազգանունը և այլն: Կիրառվում են նաև փորձարարահոգեբանական այնպիսի տեստեր, ինչպես օրինակ, բառերի ու թվերի անգիր սովորելն ու կրկնելը, ոչ այնքան բարդ թեմայի վերարտադրումը, որևիցե ոտանավորի կամ հեռախոսի համարի վերհիշումը և այլն:*

ԲԱՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ (ԻՆՏԵԼԵԿՏԻ) ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Բանականությունը (ինտելեկտ, «խելք»), շհանդիսանալով հոգեկան ինքնուրույն ֆունկցիա, ներառում և ամփոփում է ճանաչողության պրոցեսները՝ հիշողությունը, ուշադրությունը, մտածողությունը:

Բանականությունը գիտելիքների և ձեռք բերած փորձի կուտա-

կումն է, հետագայում նորը ձեռք բերելու և գործնական կյանքում կիրառելու ունակությունը։

Բանականության գործունեության կարևոր պայման է համարվում մտավոր աշխատունակությունը։ Հայտնի է, օրինակ, որ տաղանդավոր ու հանճարեղ մարդկանց մեծամասնությունը մեծ աշխատունակությամբ է օժտված եղել։ Խոսելով գիտելիքների և փորձի ծավալի մասին, անհրաժեշտ է հաշվի առնել ընդունակությունների համակցումը։

Բանականության զարգացման կարևոր նախադրյալներ են համարվում հիշողությունը, ուշադրությունը, կամային հատկանիշները, հուզական ոլորտի առանձնահատկությունները։ Բանականության հատկանիշներից մեկը էրուդիցիան է (բազմագիտակությունը), այսինքն՝ գիտելիքների մեծ պաշարը, նրա ծավալը և բազմակողմանիությունը, որով բնորոշվում է մարդու մտահորիզոնը։ Բանականության էությունը տեղի ունեցող երևույթների, նրանց պատճառական կապերի բացահայտումն է։ Զարգացած բանականությունը բնորոշ է մտածողության, տրամաբանության, ստույգ դատողության ու եզրահանգումների, էականն առանձնացնելու ընդունակության, վերլուծական-համադրական գործունեության բարձր մակարդակը։ Բանականության զարգացման գործում, ի վերջո, կարևորագույն գեր է խաղում սոցիալական միջավայրը։

Բանականության խանգարումը կարող է արտահայտվել 2 ձևով՝ բնածին (սակավամտություն կամ ինտելեկտի թերզարգացում, օլիգոֆրենիա) և ձեռքբերովի (թուլամտություն, դեմենցիա)։ Բնածին խանգարումը կամ սակավամտությունը բնորոշվում է հոգեկան հիմնական ֆունկցիաների բնածին թերզարգացմամբ, իսկ ձեռքբերովի խանգարման կամ թուլամտության դեպքում զարգացած ինտելեկտը սկսում է քայքայվել ու թշնել։ Այդ տարբերությունն ավելի ակնառու ցույց տալու նպատակով թուլամտությունը և սակավամտությունը կարելի է համեմատել կիսակառույց հյուղակի և ավերված ապարանքի հետ։ Այդ առումով գեղեցիկ համեմատություն է տրել նաև էսկիրոլը, նշելով, որ «ձեռքբերովի թուլամտությունը սնանկացած հարուստն է, իսկ բնածին սակավամտությունը՝ ծնված օրից աղքատը, որը երբեք ոչինչ չի ունեցել»։

Սակավամտության (մտավոր թերզարգացման, օլիգոֆրենիայի) առաջացման պատճառները բազմաթիվ են ու բազմազան։ Դրանց թվին են պատկանում ներարգանդային կյանքում պտղի գանգուղեղի ախտահարումը, որի պատճառ կարող են համարվել հղիության ծանր տոքսիկոզները, քրոմոսոմային անոմալիաները, ֆենիլպիրոխաղողաթթվային նյութափոխանակության խանգարումը, ինչպես նաև ծննդաբերական ու

հետծննդյան շրջանի առաջին ամիսներին ու նույնիսկ առաջին տարիներին կրած գանգուղեղային վնասվածքները, ինֆեկցիաները, ինտոքսիկացիաները և այլն։

Սակավամիտ հիվանդների մոտ բառապաշարը խիստ աղքատ է։ Նրանց մոտ ուղեղի բարձրագույն վերլուծական-համադրական գործունեությունը խիստ իջած է, մտածողությունը կոնկրետ-առարկայական է, դատողությունը՝ պարզունակ, խոսքը՝ թերզարգացած։ Թուլամտությանը հակառակ, սակավամտությունը առաջընթաց չէ. ընդհակառակը, սոցիալ-աշխատանքային նորմալ ռեժիմի դեպքում, գործնական ունակություններ ձեռք բերելու շնորհիվ, սակավամիտը կարող է նույնիսկ թեթևակի զարգանալ (սոցիալական ադապտացիա)։ Նման հիվանդների մոտ հիշողությունը թույլ է (չնայած երբեմն հիշողության միակողմանի մեխանիկական սրացման բացառիկ դեպքեր կարող են հանդիպել), հուզական ոլորտն աղքատ կամ անկայուն է։ Նրանց մոտ հաճախ տեղ են գտնում իմպուլսիվ գործողություններ, չմտածված ու տրամաբանությունից չբխած արարքներ։

Սակավամտության 3 աստիճան գոյություն ունի՝ թեթև (դեբիլություն), միջին (իմբեցիլություն) և ծանր (ապուշություն), որոնց կլինիկական պատկերը նկարագրված է օլիգոֆրենիա գլխում։

Թուլամտության (դեմենցիա) դեպքում մտավոր նորմալ մակարդակ ունեցող մարդու մոտ ուղեղի օրգանական ծանր ախտահարումների հետևանքով նախկինում ձեռք բերված գիտելիքներն ու գործնական ունակությունները աստիճանաբար նվազում ու կորչում են։ Թուլամտություն առաջացնող պատճառներից կարելի է նշել, օրինակ, գանգուղեղի ծանր վնասվածքը (վնասվածքային թուլամտություն), գանգուղեղի աթերոսկլերոզը (աթերոսկլերոզային թուլամտություն), գանգուղեղի ատրոֆիկ պրոցեսներից առաջացած հոգեկան խանգարումները (Պիկի և Ալցհեյմերի հիվանդություններ՝ օրգանական թուլամտություն), ծերունական պսիխոզը (ծերունական թուլամտություն), շիզոֆրենիան (շիզոֆրենային թուլամտություն), էպիլեպսիան (էպիլեպսային թուլամտություն), պրոգրեսիվ պարալիզը (պարալիզային թուլամտություն) և այլն (տե՛ս համապատասխան հիվանդությունները)։

Թուլամտություն առաջացնող հիմնական հիվանդությունից կախված այն կարող է լինել ընդհանուր կամ ամբողջական (տոտալ) և մասնակի կամ օջախային (լակունար, պարցիալ)։

Ընդհանուր (տոտալ) թուլամտության դեպքում հոգեկան բոլոր ֆունկցիաներն ախտահարվում են. նկատելի ձևով իջնում է իմացական

գործունեությունը, հիշողությունը թուլանում է, մտավոր գործունեությունը խանգարվում, դատողություններ ու մտահանգումներ անելու ընդունակությունը վերանում կամ խիստ դժվարանում է, քննադատությունը իրենց հիվանդագին վիճակի նկատմամբ թուլանում կամ լրիվ բացակայում է, հիվանդները չեն հասկանում իրենց մոտ ստեղծված դեֆեկտային վիճակը։ Միաժամանակ խանգարվում է նոր գիտելիքներ ու հմտություններ ձեռք բերելու ունակությունը։ Հոգեկան ակտիվության կորստի կամ աղավաղման հետ միասին փոխվում է հիվանդների վարքը շրջապատում. նրանք հաճախակի տարօրինակ ու շրջապատի բարոյական պահանջներին չհամապատասխանող ու չբավարարող արարքներ են կատարում։ Ապարդելակվում են նաև բնազդային հակումները։ Ակտիվանում են ցածրագույն հույզերը, ցանկություններն ու հակումները (գերսեռազգայնություն (հիպերսեքսուալիզմ), շատակերություն, ավելորդ շռայլություն և այլն), որոնցով էլ հենց բնորոշվում է հիվանդի վարքը։

Մասնակի (պարցիալ կամ լակունար) թուլամտությունը հիմնականում զարգանում է հիշողության ֆունկցիայի խանգարման կամ ուշադրությունը կենտրոնացնելու անընդունակության հետևանքով։ Նման դեպքերում առաջին հերթին խիստ իջնում կամ կորչում է հաշիվներ կատարելու, թվականները, անունները, ընթացիկ դեպքերը հիշելու ընդունակությունը։ Տեղ է գտնում հոգեկան պրոցեսների, խոսելու, գործելու դժվարացումն ու դանդաղեցումը։ Առօրյա, սովորական աշխատանքային գործունեության ժամանակ հիվանդները զգում են իրենց անկարողությունը, այն քննադատորեն են գնահատում և բուժօգնություն են խնդրում։ Բնորոշ է նաև հուզական անկայունությունը, լալկանությունը, պսիխոգեն (հատկապես դեպրեսիվ) ռեակցիաներ տալու հակվածությունը։

Մասնակի թուլամտությունը հանդիպում է գանգուղեղի օրգանական հիվանդությունների (աթերոսկլերոզ, ուռուցք, տիֆիլիս և այլն) դեպքում։

Բանականության ստուգման օբյեկտիվ մեթոդներից ամենակարևորը հիվանդի հետ զրուցելն է, որի ժամանակ ուշադրություն պետք է դարձնել նրա պատասխանների ճշտության և կրթական մակարդակի համապատասխանության վրա։ Հարցերի պատասխանները հնարավորություն են տալիս գաղափար կազմել հիվանդի բանականության թերզարգացման կամ աղքատացման, գիտելիքների (հատկապես մասնագիտական) պաշարի մասին։

Պետք է պարզել, թե հիվանդի մոտ ձեռք բերված գիտելիքներն ու կյանքի փորձը

Սենյակային տարիք

$$IQ = \frac{\text{հոգեբանական տարիք}}{\text{անձնագրային տարիք}} \times 100$$

Սակայն բանաձևերում նման բնույթի հետազոտությունները դեռևս թերություններ ունեն, քանի որ բացատրվում է երեխաների միայն զարգացման աստիճանը ցրված տիպերի պատճառը Երկրում և արտասահմանում IQ-ի մասին վրա խիստ ձևով է գնում կանգ հոգեբանական տարբերությունների մասին IQ-ի մասին ցրված տիպերի պատճառը ցրված տիպերի պատճառը

թյունը, կատարել ընդհանրացում և մտահանգում, ձևակերպել հասկացողություններ, որոնք արտացոլեն իրերի և երևույթների էական գծերն ու հատկությունները։ Մտածողության արտաքին արտահայտամիջոցներն են բառը, խոսքը։ Մտածողությունը լինում է կոնկրետ-իրադրական (ակտուացիոն) և վերացական-տրամաբանական։

Մտածողության խանգարումները կարևոր տեղ են զբաղեցնում ընդհանուր հոգեախտաբանության մեջ։ Մտածողության ախտաբանությունը դրսևորվում է՝ ա) ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումներով, բ) մտածողության բովանդակության (դատողությունների) խանգարումներով։

Ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումներ։ Դրանց թվին են պատկանում մտածողության տեմպի փոփոխությունները, որ արտահայտվում են ասոցիացիաների դանդաղումով կամ արագացումով։ Մտածողության տեմպի դանդաղելու դեպքում դիտվում են պատկերացումների աղքատացում, ասոցիացիաների սահմանափակում, հիվանդները մեծ դժվարությամբ են կատարում ցանկացած մտավոր աշխատանք, ուշացումով են ըմբռնում ասվածի իմաստը, նրանց խոսքը լինում է սահմանափակ։ Ասոցիացիաների դանդաղումը հիմնականում բնորոշ է դեպրեսիվ վիճակներին։

Մտածողության արագացումը բնութագրվում է մտքերի ընթացքի աշխուժությամբ, հարստությամբ, առատությամբ։ Այդ արագացումը կարող է վերածվել «մտքերի թռիչքի» (fuga idearum), երբ անհնար է գտնում որևէ մտքի թելը։ Ուշադրության շեղվածության պատճառով հիվանդները մի միտքը չավարտած, սկսում են մյուսը, քանի որ խոսքի մեջ թափանցում է այն ամենը, ինչն այդ պահին հիվանդը տեսնում, լսում, ընկալում է տվյալ իրադրության մեջ։ Հիվանդները լինում են շատախոս, նրանց մտածողությունը դառնում է մակերեսային։ Ասոցիացիաների արագացումը հատուկ է մանիակալ վիճակներին։

Մտածողության ներկվածությունը (շիզոֆազիա) դիտվում է շիզոֆրենիայի ժամանակ։ Դրան բնորոշ է մտքերի միջև տրամաբանական կապի բացակայությունը, թեև խոսքը լինում է քերականորեն ճշգրիտ։ Այսպես, օրինակ, «Պոպպատը տիեզերքի կորելյացիոն կայունությունն է։ Գրեցի 17 սխալ, քանի որ ճշգրտել եմ 2 կարգի սիմետրիայի, դաշտի հզորությամբ։ Պարզ է, ճշգրտումը ճկուն է։ Ժամանակը կայուն է։ Էդիկ, լավ պահիր կայունության աստիճանը։ Հարգանքներով՝ Գեորգ»։

Մտքի խցանումը կամ կանգը (շպերունգ) արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդը անսպասելիորեն պապանձվում է, մտքերն ասես դեմ

են առնում։ Դա տեղի է ունենում պարզ գիտակցության ֆոնի վրա. հիվանդն զգում է, որ միտքը չքացավ, մտքեր չկան, բայց մի քանի ակընթարթ անց շարունակում է կիսատ թողած խոսքը։ Այս երևույթը հաճախ դիտվում է շիզոֆրենիայի ժամանակ։

Աուտիստական (*ներամփոփ*) *մտածողությունը լինում է իրականությունից կտրված և պայմանավորված է հիվանդի ներաշխարհով, երևակայությամբ, հիվանդագին ապրումներով, ցնորքներով ու զառանցանքով։ Հիվանդը ընկղմվում է իրականության հետ կապ չունեցող երևակայության և հիվանդագին ապրումների աշխարհը։ Բնորոշ է շիզոֆրենիային և շիզոիդ պսիխոպաթիային։*

Սիմվոլիկ (*խորհրդանշական*) *մտածողությունն արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդները հատուկ, միայն փրենց հասկանալի իմաստ են դնում շրջապատող իրերի ու երևույթների մեջ, դրանցում տեսնելով բաներ, որոնք ոչ մի կապ չունեն իրականության հետ։ Այսպես, կանաչ գույնը հիվանդի համար կարող է հանդիսանալ դժբախտության ահազանգ, ասված նախադասության մեջ եղած բառերի թիվը ցույց տա, թե քանի օր է մնացել նրան ապրելու, հազը կարող է դիտվել իբրև հիվանդին ձերբակալելու ազդանշան և այլն։ Սիմվոլիկան կարող է արտահայտվել հիվանդի գրավոր խոսքում, ծանոթագրության մեջ, նրկարներում և այլն։ Այսպես, հիվանդը գրավոր խոսքի մեջ բառերի և արտահայտությունների մի մասը գրում է մանր տառերով, մյուս մասը՝ տպատառով, դնում է բազմակետեր կամ բացականչական նշան այն տեղերում, որտեղ դրանց կարիքը չկա, ընդգծում այս կամ այն նախադասությունը, որը ոչ մի բանով աչքի չի ընկնում և այլն։ Սա դիտվում է հիմնականում շիզոֆրենիայի, ինչպես նաև հոգեկան այլ հիվանդությունների ժամանակ։*

Մտածողության պերսևերացիան *միևնույն բառին կամ արտահայտությանը դեմ առնելն է, արդեն ասված խոսքի, նախադասության միօրինակ կրկնությունը։ Օրինակ, հարց. «Ի՞նչ գանգատներ ունեք»։ Հիվանդի պատասխան. «Գանգատներ չունեմ»։ Հարց. «Դեղորայք ընդունե՞լ եք»։ Պատասխան. «Գանգատներ չունեմ» և այսպես շարունակ։ Սա դիտվում է շիզոֆրենիայի, ինչպես նաև գլխուղեղի օրգանական ախտահարումների ժամանակ։*

Մտածողության խանգարումներից է նաև **դատարկաբանությունը**, *երբ հիվանդը անպտուղ, անկապ իմաստականություն է անում, անկարող լինելով արտահայտել ասելիքի նպատակն ու էությունը։ Աղքատ և անբովանդակ դատողությունները հիվանդը համեմում է վերամբարձ*

բառերով ու արտահայտություններով, փիլիսոփայում է, չկարողանալով փաստերով հաստատել իր ասածը։ «Կա մարդկանց 5 շերտ, երեխաներ, պատանեկություն, երիտասարդություն, մեծահասակներ և ծերեր։ Ոմանք հասկացող են, մյուսները՝ ոչ, ոմանք հավատում են, մյուսները՝ ոչ, քանի որ կյանքում մշտապես առաջացող հոգսերը, պայքարները, ուրախությունները դրան խանգարում և օգնում են։ Բարի մարդիկ դա հասկանում են, մյուսներն ի վիճակի չեն...»։ Այս երևույթը դիտվում է էպիլեպսիայի, գլխուղեղի օրգանական հիվանդությունների և շիզոֆրենիայի ժամանակ։

Մտքաիոսությունը *(մենտիզմ՝ մտքերի ակամա հորդահոսք).* մտքերի, պատկերների, պատկերացումների հորձանք է, այդ հորձանքը հսկելու անկարողություն, ինչպես նաև դրանք կողմնակի ուժերի կողմից հարուցված լինելու զգացում։ Սա մտնում է Կանդինսկու-Կլերամբոյի համախտանիշի կառուցվածքի մեջ և հատկապես բնորոշ է շիզոֆրենիային։

Մտածողության անկապությունը *(ինկոհերենցիա)* դիտվում է գիտակցության խանգարումների ժամանակ։ Դա վերլուծելու և համադրելու անընդունակությունն է, ասոցիացիաների անկարգ, քաոսային ընթացքը, երբ բացակայում են ոչ միայն տրամաբանության տարրերը, այլ նաև խոսքի քերականական կանոնավորությունը։ Հիվանդն անընդունակ է դառնում ընկալել իրերի և երևույթների միջև եղած կապերը։ Խոսքը վեր է ածվում բառերի և արտահայտությունների անկապ հավաքածուի. «Կանչե՛ք... վազում են... սև, սև... սեղաններ և աթոռներ»։

Մտածողության հանգամայնությունը, *մտածողության դանդաղեցումը, մտքի դժվարահոսությունը, «մածուցիկությունը»* բնորոշ է էպիլեպսիային և գլխուղեղի օրգանական հիվանդությունների մնացորդային երևույթներին։ Ներտության, մի մտքից մյուսին անցնելու դժվարության հետ մեկտեղ հիվանդը կանգ է առնում ավելորդ մանրամասնների վրա, չկարողանալով կարևորը, էականը տարբերել երկրորդականից, անկարևորից։ Որևէ բանի մասին պատմելիս հիվանդը կանգ է առնում ոչ պետքական մանրուքների նկարագրության վրա, կորցնում է մտքի թելը, հիմնական գաղափարը։

Մտածողության բովանդակության խանգարումների թվին են պատկանում զառանցական մտքերը, կպչուն (սևեռուն) վիճակները և գերարժեքային մտքերը։

Զառանցական *մտքերը* ախտաբանական հողի վրա ծագող սխալ դատողություններ են։ Դրանք ուղղման չեն ենթարկվում և չեն փոխվում՝

հակառակը համոզելիս։ Հիվանդը համոզված է իր դատողությունների, մտահանգումների ճշմարտացիության մեջ, դրանց նկատմամբ քննադատություն չի ցուցաբերում։ Սխալ, ոչ ճիշտ դատողություններ կարող են լինել նաև հոգեպես առողջ մարդկանց մոտ։ Սակայն դրանց վրա, ի տարբերություն զառանցանքի, կարելի է ազդել, որոշակի պայմաններում դրանք հնարավոր է շտկել, հաղթահարել (կուլտուրական մակարդակի բարձրացում, կրթություն, համոզիչ փաստարկների մեջբերում և այլն)։

Զառանցական մտքեր պարունակող հոգեախտաբանական համախտանիշները դիտվում են հոգեկան շատ հիվանդությունների ժամանակ։

Զառանցանքը լինում է ա ռ ա ջ ն ա յ ի ն (մեկնաբանողական) և ե ր կ ր ո ր դ ա յ ի ն (զգացմունքային, պատկերավոր)։ Ա ռ ա ջ ն ա յ ի ն զառանցանքի համար հիմք են ծառայում փաստերը, իրադարձությունները, որոնք էլ ազավաղված և սխալ մեկնաբանվում են հիվանդի կողմից յուրօրինակ ծուռ տրամաբանության ձևով։ Այն ամենը, որը հակասում է զառանցանքի կոնցեպցիային, մեկ կողմ է նետվում որպես անկարևոր բան։

Ե ր կ ր ո ր դ ա յ ի ն կամ զ գ ա ց մ ո ւ ն ք ա յ ի ն, պատկերավոր, ակնառու զառանցանքը ձևավորվում է հիվանդի երևակայության, ֆանտազիայի, ցնորքների, պսիխոսենսոր խանգարումների հիման վրա։ Այստեղ տրամաբանական կապերը թուլ են, «փաստարկումները» անհետևողական։

Առաջնային զառանցանքի դեպքում խանգարվում է զեղագանգապես դատողական, տրամաբանական ճանաչողությունը, զգացմունքային զառանցանքի ժամանակ՝ իրական աշխարհի առարկաների և երևույթների անմիջական ընկալումը, արտացոլումը, ինչպես նաև՝ հույզերը։

Այսպիսով, առաջնային զառանցանքը սովորաբար լինում է համակարգված, հետևողականորեն հիմնավորված հիվանդի սուբյեկտիվ, զգավաղված տրամաբանությամբ։ Մինչդեռ երկրորդային զառանցանքը լինում է չհամակարգված, կտրատված, անկայուն, անավարտ։

Առանձնացնում են հետևյալ զառանցական մտքերը։

Վ ե ր ա բ ե ր մ ա ն և ճ շ ա ն ա կ ո ւ թ յ ա ն զառանցանք, երբ հիվանդը համոզված է, թե շրջապատում գոյություն ունեցող երևույթներն առնչվում են իր հետ։ Նա ամենուրեք (մարդկանց վարքագծում և արարքներում, իրերի տեղադրության մեջ, խոսակցություններում) տեսնում է իր հասցեին ուղղված ակնարկ, ազդանշաններ, սպառնալիքներ։ Օրինակ, եթե երկու մարդ կանգնած են կանգառում, ապա «հետևում են

դրեմ, եթե մեկը հարց է տալիս, ապա ձեռ է առնում իրեն»։ և այն։ Վերաբերման զառանցանքը այս կամ այն զառանցական վիճակի նախնական փուլն է։

Հետապնդման զառանցանքի ախտաբանության գեպքում հիվանդը համոզված է լինում, որ ինքը թշնամիներ ունի, որոնք հետևում են իրեն, նպատակ ունենալով վնասել և ֆիզիկապես ոչնչացնել իրեն։ Թշնամիները կարող են լինել առանձին մարդիկ, կազմակերպություններ, պետական օրգաններ։ Հիվանդը գտնում է, որ իրեն կարող են և պետք է թունավորեն (թունավորման զառանցանք), որը հաճախ ամրապնդվում է համապատասխան ցնորքներով։ Նման հիվանդները մի որոշ ժամանակ ցուցաբերում են փայտահեղ զգուշավորություն, ապա սկսում են հետապնդել իրենց կարծեցյալ հետապնդողներին (հետապնդող պատանդողներ)։

Փրկագնի զառանցանքի ախտաբանության գեպքում հիվանդը գտնում է, թե իր մարմնում ներդրծում են «մագնիսական դաշտով», էլեկտրական ճառագայթներով, էլեկտրական հոսանքով։ Այդ ներդրծումները փրկանքի է հանում նրանց, համապատասխան միջոցով կամ հիպնոսի շնորհիվ զորզում են նրա միտքը, վատաբարոյ դարձնում նրանց, ստիպում բերում ոճրագործություններ։

Վատաբարոյության զառանցանքի ախտաբանության գեպքում հիվանդը համոզված է լինում ամուսնական անհավատարմության մեջ, օրինակ, հիվանդ ամուսինը մտադրվում է դնոջ անկողինը, ապտակելու, գտնում, թե նա ոչ գնում, ինչպես է հաճելի, դիտավորյալ հետ է խոսում տղամարդուն ուշադրություն դարձնելու, ասում, թե նա վրա։ Ամենայն դեպքում սրալ մեկնաբանություն, հիվանդը ցուցադրում անհարթ վարք, շարունակ դրնոթով դանվանաբանություն տալիս, ոչ հավաստիորեն կատարելով ամբիծ նորագրված ամուսնի զառանցանքը առնվազն հաճախ առաջանում է տղամարդկանց մոտ։

Հայրամոլության զառանցանքը դրսևորվում է հիվանդի համոզվածությամբ, որ անբարյացակամ մարդիկ կամ թշնամիները ոտնահարում են իր անձնական իրավունքները, որ ինքը հանում արդարություն, դաժան պայքարի ենթարկվում է հետապնդումների։ Այդ պատճառով էլ հիվանդները բազմաթիվ բողոքներ են գրում տարբեր գերատեսչություններ, հանդիպումներ ունենում պաշտոնատար անձանց հետ։

Հիվանդին հակառակն համոզելու փորձերը միայն ավելացնում են նրա «թշնամիների» թիվը։

Հիպոխոնդրիկ զառանցանքը արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդները համոզված են լինում, թե տառապում են ծանր, անբուժելի հիվանդությամբ։ Նրանք դիմում են բժշկական տարբեր մասնագետների, ենթարկվում լաբորատոր բազմաթիվ հետազոտությունների։ Դրանց ժխտական պատասխանները նրանց չեն հանգստացնում, այլ իրենք են սկսում մշակել բուժման մեթոդներ, հատուկ ռեժիմ, դիետա։ Ոչ հազվադեպ այս զառանցանքը վերաճում է բացարձակ անհեթեթության. հիվանդը ժխտում է իր ներքին օրգանների, իր մարմնի առկայությունը («սիրտը չկա», «թոքերը արմատից պոկված են», «աղիները դատարկ են»)։ Սա կոչվում է նիհիլիստական կամ ժխտողական զառանցանք։

Դիսմորֆոֆոբիան և դիսմորֆոմանիան ֆիզիկական արատավորության զառանցանք է։ Հիվանդները համոզված են, որ իրենց քիթը տձևացած է, ծայրանդամները՝ ծուռտիկ, դեմքը և մարմինը անտանելի մազակալված են, կամ զարգանում է հարաճուն մազաթափություն։ Չնայած էական ապացույցների բացակայությանը, այնուամենայնիվ հիվանդները լինում են շատ բժիշկների մոտ, ստիպում իրենց նկատմամբ կիրառել զանազան միջոցներ, ընդհուպ մինչև վիրաբուժական գործողություններ։

Ինֆանտիլիզմ կամ մեղավորության զառանցանքը ծագում է տրամադրության դեպրեսիվ ֆոնի վրա։ Հիվանդներն իրենց մեղավոր են համարում կատարած զանազան անբարոյական արարքների, ծանր հանցագործությունների համար, որոնք իբր թե դրժբախտացրել են բոլորովին անմեղ մարդկանց, հարազատներին, վերջիններին դատապարտելով տանջանքների։ Հիվանդները գտնում են, թե շրջապատը իրենց մեղադրում, դատապարտում է այդ արարքների համար (որոնք իրականում նրանց կողմից չեն կատարվել)։ Նման հոգեվիճակում նրանք հաճախ ինքնասպանության փորձեր են կատարում։

Մեծամոլական զառանցանքը զարգանում է բարձր տրամադրության ֆոնի վրա։ Դրա տարատեսակներն են՝ հարուստ լինելու, բարձրաշխարհիկ ծագման, գյուտարարական, ռեֆորմատորական (բարեփոխության), սիրային, տրփամոլական զառանցանքները։

Մանցորդային (ռեզիդուալ) զառանցանքը կրած սուր պսիխոզի հետևանք է, երբ հոգեխանգարման վիճակից դուրս գալուց և մյուս ախտանիշների (ցնորքներ, գիտակցության խանգարումներ, հոգեշար-

ժական գրգռվածություն) անհետանալուց հետո հիվանդի մոտ դիտվում է վերացած որոշ հոգեախտաբանական վիճակների զառանցանքային մեկնաբանություն։ Օրինակ, հիվանդը դելիրիումի վիճակից դուրս գալուց հետո շարունակում է պնդել, թե իր մորը «փոխել են», և ում որ ներկայացնում են, ուրիշ կին է։ Որոշ ժամանակ անց ռեզիդուալ զառանցանքը հետ է զարգանում, և հիվանդի քննադատությունը լիովին վերականգնվում է։

Ինդուկցված (ներշնչված, մակածված) զառանցանքը ձևավորվում է այն առողջ մարդկանց մոտ, ովքեր երկար ժամանակ շփում են ունեցել հիվանդ հարազատի կամ աշխատակցի հետ։ Զառանցանքի այս տեսակի դեպքում նույնությամբ կրկնվում է հիվանդի (ինդուկտորի) զառանցանքի բովանդակությունը։ Այն դրսևորվում է այն անձանց մոտ, ում քննադատական դիտողականությունը թույլ է զարգացած, ինտելեկտը բարձր չէ և ներշնչվող են։ Համեմատաբար ավելի հաճախ ինդուկցվում են երեխաները, ընտանիքի անդամները։

Զառանցանքի բովանդակությունը կարող է պայմանավորված լինել տվյալ դարաշրջանով, միջավայրով, հիվանդի մասնագիտությամբ, ստացած կրթությամբ, կուլտուրայի մակարդակով։ Այսպես, ներկա ժամանակներում հիվանդի մոտ ծագող դիվահարության (օրգանիզմում օտար էակի տեղակայման), կախարդանքի զառանցանքը վկայում է անձի պարզունակության, ցածր կուլտուրայի, անբավարար գիտելիքների, հետամնաց միջավայրի մասին։

Կպչուն վիճակները արտահայտվում են կպչուն կամ սևեռուն մտքերի, կասկածների, հիշողությունների, պատկերացումների, ցանկությունների, վախի, գործողությունների ձևով։ Կպչուն վիճակները զառանցական և գերարժեքային մտքերից տարբերվում են նրանով, որ առաջինի դեպքում հիվանդների մոտ պահպանվում է քննադատական վերաբերմունքը իրենց ապրումների նկատմամբ։ Նրանք հասկանում են, որ դա հիվանդագին վիճակ է, ջանում են ազատվել այդ ապրումներից, դիմում են բժշկական օգնության, ակտիվորեն փորձում հաղթահարել, բայց ի վիճակի չեն լինում դրանցից ազատվել։

Կպչուն մտքերը (օբսեսիա) կարող են արտահայտվել այս կամ այն, ոչ հազվադեպ անհեթեթ գաղափարի ձևով, որը մշտապես գրավում է հիվանդի ուշադրությունը։ Այսպես, հիվանդը անդադար մտածում է այն մասին, թե ինչ կկատարվեր, եթե լուսինը մերթ հեռանար երկրից, մերթ մոտենար։

Կպչուն պատկերացումների դեպքում հիվանդի ներքին

տեսադաշտում շարունակ հայտնվում են անիրական պատկերներ։ Կրչունն հակումները (կոմպուլսիա) բնութագրվում են կամքին ու բանականությանը հակասող որևէ վտանգավոր գործողություն կատարելու մղումով (հիվանդներից մեկը անդադար վախենում էր, որ ինքը երեխայի ճաշի մեջ կարող է ջարդած ապակի կամ սպեղ գցել)։ Կպչուն հակումների տարատեսակներն են պիրոմանիան (հրդեհներ առաջացնելու հակում), կլեպտոմանիան (նույնիսկ ոչ պետական իրեր գողանալու հակում), դրոմոմանիան (շրջմոլիկություն), արիթմոմանիան (հաշվելու կպչուն հակում)։

Կպչուն վախերը (ֆոբիա) խիստ բազմազան են։ Նման դեպքում հիվանդին համակում է ուժեղ երկյուղ, որը նա ոչ մի կերպ ի վիճակի չի լինում հաղթահարել։ Մի դեպքում ծագում է կպչուն վախ փակ տարածություններից (կլաուստրոֆոբիա), երբ հիվանդները չեն կարողանում վերելակից օգտվել, ինքնաթիռ նստել, մնալ կողպված սենյակում։ Այլ դեպքում հիվանդի մոտ առաջանում է վախ բաց տարածություններից (ագորաֆոբիա), երբ նա չի կարողանում հրապարակով քայլել կամ փողոցն անցնել։ Գոյություն ունի նաև վախ ամբոխի նկատմամբ, երբ հիվանդը մարդաշատ վայրում վախենում է շնչահեղձ լինել (անտրոպոֆոբիա), վախ մահվան հանդեպ (թանատոֆոբիա), վարակիչ կամ անբուժելի ախտով հիվանդանալու վախ (սիֆիլիոֆոբիա, կանցեռոֆոբիա)։ Կպչուն վախերի այս և ուրիշ տեսակներ հիվանդին դարձնում են անաշխատունակ և անօգնական։ Ոչ հազվադեպ, վախերի առկայության դեպքում հիվանդները սկսում են կատարել այս կամ այն գործողությունը, որը ևս տեղի է ունենում կամքին ու գիտակցությանը հակառակ, ունի պաշտպանական բնույթ և հետապնդում է սևեռուն վախը հաղթահարելու կամ մեղմելու նպատակ։ Դրանք կոչվում են ծիսական կարգեր (ռիտուալներ)։ Վերջիններս ծագում են վախերի հետ մղվող պայքարի։ Այսպես, թանատոֆոբիա ունեցող մի հիվանդ փողոց դուրս գալուց առաջ սեղանի շուրջը երեք անգամ պտույտ էր գործում, ագորաֆոբիայով տառապող մի այլ հիվանդ փողոցն անցնելուց առաջ մի քանի կքանիստ էր կատարում։ Սկզբնական շրջանում ծիսակարգը որոշ թեթևություն է բերում հիվանդին, սակայն ավելի ուշ կորցնում է իր հանգստացնող նշանակությունը, չնայած չկատարելու դեպքում էլ ուժեղանում են տագնապը և մտավախությունը։ Ժամանակի ընթացքում ծիսակարգը, այլևս չօգնելով հիվանդին, վեր է ածվում կպչուն գործողությունների։

Կպչուն գործողությունները նույնպես դասակարգվում են

հիվանդի կամքին հակառակ, ուղղակի լիովին դադարեցնում գործողությունները, պատճառում են սովորություն, որից դժվար է ազատվել (եղունգները կրծելը, յուրահատուկ ձևով պարանոցը ձգելը, շրթունքներով չպչպացնելը և այլն):

Դեղաչափ վիճակները դրսևորվում են թե պսիխոզների և թե նևրոզների ժամանակ:

Գերարժեքային մտքեր: Կոչվում են այն վիճակները, երբ դրանք մարդու գիտակցության մեջ գերակշռող տեղ են զբաղեցնում, հիվանդը դրանց տալիս է այնպիսի մեծ նշանակություն, որ ամենևին էլ տեղին չէ: Գերարժեքային մտքերն ունեն աֆեկտիվ հագեցվածություն, ուղեկցվում են հուզական լարվածությամբ, աչքի են ընկնում կայունությամբ: Խտրություն կա՝ ուն կամ զառանցական մտքերի, դրանք անհերթեր բովանդակություն չունեն, քանի որ հանդիսանում են իրական դեպքերի նկատմամբ ցուցաբերած բնական հակազդեցություն: Օրինակ, խանդը գերարժեքային մտք կարող է դառնալ և զբաղեցնել մարդու գիտակցությունը այն դեպքում, երբ այն առաջ է գալիս իրական փաստերի կամ կողմնակի նշանների հիման վրա, կամ գերարժեքային կարող է դառնալ վիրավորանքի զգացումն այն աստիճան, որ մարդը մինչև վրեժ չլուծի, չի հանգստանա, իսկ վրեժի գաղափարն էլ գերարժեքային է դառնում ծանր վիրավորանք ստանալու պատճառով: Սակայն, եթե իրավիճակը բարեբար ելք է ունենում, կամ հաջողվում է հիվանդին համոզել, որ նա սխալվում է, ապա գերարժեքային մտքերը կորցնում են իրենց կարևորությունը:

Գերարժեքային մտքերը հաճախ ծագում են պսիխոպաթ անձնավորությունների, մասնավորապես պարանոյա, շիզոֆրենիկ պսիխոպաթների մոտ:

ՀՈՒԶԱԿԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Մարդն իր առօրյա կյանքում ինչպես արտաքին աշխարհից, այնպես էլ իր օրգանիզմից մշտապես բազմատեսակ գրգիռներ է ստանում, որոնք հոգեկան տարբեր վիճակներ են առաջացնում, արտահայտվելով ուրախության կամ տխրության, սիրո կամ ատելության և այլ հուզական ձևերով: Այլ կերպ ասած, հույզը մարդու դրական կամ բացասական վերաբերմունքն է արտաքին աշխարհի երևույթների ու իր նկատմամբ: Հույզերը կարող են լինել դրական, երբ առաջանում են դուրեկան զգացողություններ և բացասական, երբ առաջանում են անդուրեկան

ու տհաճ բնույթի ապրումներ։ Նրանք կարող են լինել ուժեղ և թույլ։ Հույզերը մեծ դեր են խաղում մարդու կյանքում, նրա ամենօրյա գործունեության մեջ։ Օրինակ, մարդու մեջ որևիցե գործի նկատմամբ առաջացած դրական զգացմունքը բարձրացնում է նրա եռանդը, ակտիվությունը և ստեղծագործական հնարավորությունները (ստենիկ հույզ. օրինակ՝ ուրախություն, ոգևորություն, հույս և այլն) և, ընկճակառակը, աշխատանքի հանդեպ դրական վերաբերմունքի բացակայությունը հաացընում է եռանդի, ինչպես նաև ձեռնարկվող գործի արդյունավետության իջեցման (ասթենիկ հույզ. օրինակ՝ տխրություն, հուսահատություն, վախ և այլն)։

Հոգեդեղաբանության, հոգենյարդաբանության, էլեկտրաֆիզիոլոգիայի ժամանակակից նվաճումները հնարավորություն են տալիս պատկերացում կազմել հույզերի առաջացման պրոցեսի որոշ կողմերի և նրանց իրականացման ուղիների մասին։

Հույզերի կենսաբանական ասպեկտը ուսումնասիրվել է Գ. Հեդի և Գ. Խոլմսի, Ու. Ջեյմսի և Գ. Լանգեի, Մ. Ի. Աստվածատուրովի, Լ. Ա. Օրբելու և ուրիշների կողմից։ Այսպես, համաձայն Ջեյմս-Լանգեի տեսության հույզերն առաջանում են ընդերային և մկանային զանազան ռեակցիաների հետևանքով (մենք վախենում ենք, որովհետև փախչում ենք, այլ ոչ թե փախչում ենք, որովհետև վախենում ենք կամ մենք ուրախ ենք, որովհետև ծիծաղում ենք, այլ՝ ոչ թե հակառակը)։

Քենոնը և Հեսը պարզել են, որ հույզերը կապված են տեսաթմբի և ենթատեսաթմբային կառուցվածքների հետ։ Պապեցը գտնում է, որ հուզական պրոցեսները կապված են հին կեղևի, հիպոկամպի, պակային մարմինների և ենթատեսաթմբի հետ, իսկ ստացվող ինֆորմացիաների վերծանումը՝ նոր կեղևի հետ։

Զգայական պրոցեսներն առաջանալով հիպոկամպում, ուղեղի թաղով գնում են ենթատեսաթմբի պակային մարմիններ, այնուհետև՝ դեպի տեսաթմբի առաջնային կորիզ և գոտիագալար։ Հիշյալ կառուցվածքների միջև նկարագրված հաղորդակցության համակարգը անվանվում է Պապեցի շրջան։

Դելգադոյի, Օլդսի, Լինդսլեի և այլոց կողմից կենդանիների մոտ էլեկտրական հոսանքով ուղեղի խորքային կառուցվածքների գրգռման փորձերը, ինչպես նաև մարդկանց մոտ վիրահատության ժամանակ կատարված դիտումները ցույց են տվել, որ դա ուղեկցվում է վախի, տագնապի, անհանգստության, ընկճվածության ձևերով ընթացող հուզական ապրումներով։ Այդ և մի շարք ուրիշ հետազոտություններ հաստատել են տեսաթմբի, ենթատեսամբի և լիմբիական համակարգի նշանակությունը հույզերի առաջացման գործում։

Հույզերը կարող են լինել կենսական և սոցիալական։

Կենսական հույզը հիմնված է բնազդների վրա (սով, ծարավ, սեռական զգացում և այլն)։

Սոցիալական հույզը կապված է հասարակական պահանջմունքների բավարարվածության հետ ու կարող է արտահայտվել խմացական,

հայրենասիրական, բարոյական, գեղագիտական և այլ ձևի զգացմունքներով։

Մարդու հուզական վիճակների բնույթը հաճախ պայմանավորված է զգացմունքի ուժգնությամբ և տևողությամբ։ Նման վիճակներից է տրամադրությունը, որը կրում է դրական կամ բացասական համեմատաբար երկարատև ու կայուն հուզական բնույթ։ Կիրքը տևական, կայուն և ուժեղ զգացմունք է աշխատանքի, արվեստի հանդեպ և այլն։

Աֆեկտը կարճատև և ուժեղ հուզական պոռթկում է, ուղեկցվում է շարժողական ու վեգետատիվ արտահայտված երևույթներով։

Աֆեկտը կարող է լինել ֆիզիոլոգիական և պաթոլոգիական։

Ֆիզիոլոգիական աֆեկտը առողջ մարդկանց մոտ հանդիպող այնպիսի վիճակ է, որի դեպքում արտաքին որոշակի պատճառներից առաջանում է հուզական ուժեղ պոռթկում (զայրույթ, բերկրանք, հուսահատություն, վիրավորվածություն և այլն)։ Հուզական այդ պոռթկման արտահայտվածության աստիճանը պաթոլոգիական աֆեկտին հակառակ համապատասխանում է այն առաջացնող գրգռիչի ուժին, ընթանում է պարզ գիտակցության ֆոնի վրա, որի հետևանքով էլ անհատի կողմից այդ վիճակում թույլ տված հակահասարակական արարքների դեպքում նա համարվում է մեղսունակ և պատասխանատու։

Պաթոլոգիական աֆեկտը կարճատև սուր հոգեկան խանգարում է, որն ավելի հաճախ կարող է առաջանալ ոչ լիարժեք նյարդային համակարգ ունեցող անձնավորությունների մոտ (գանգուղեղի վնասվածք, պսիխոպաթիա և այլն)։ Այս դեպքում բավականին թույլ խթանիչն զրգռոնը (որին առողջ մարդը ոչ մի ռեակցիա չէր տա) հուզական բուռն ռեակցիայի հանկարծակի առաջացման պատճառ է դառնում։ Երբեմն պատճառ կարող են դառնալ նաև հուզական խիստ իրավիճակները։ Նման դեպքում գիտակցությունը մթագնում է, կողմնորոշումը խանգարվում, առաջանում են պատրանքացնորային ապրումներ, ուղեկցված շարժողական արտահայտված գրգռվածությամբ, ագրեսիվ վարքով։ Հիվանդն այդ արտասովոր գրգռված վիճակում կարող է ջարդել, փշրել, սպանել և շրջապատի համար դառնալ խիստ վտանգավոր։ Տևողությունը երկար չէ (րոպեներից մինչև ժամ), վերջանում է խոր քնով և լրիվ կամ մասնակի ամնեզիայով։

Դատահոգեբուժական տեսանկյունից պաթոլոգիական աֆեկտը որոշակի հետաքրքրություն է ներկայացնում, քանի որ այդ վիճակում

կատարած գործերի համար հիվանդը ճանաչվում է անմեղսունակ, նկատի ունենալով, որ նա հանցանքը կատարելիս հաշիվ չի տվել իրեն բ։ չի կարողացել ղեկավարել իր արարքները։

Հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ մեծ տեղ են գրավում հուզական ոլորտի խանգարումները, որոնք կարող են արտահայտվել հետևյալ ձևերով։

Մանիակալ վիճակ. բնորոշվում է տրամադրության հիվանդագին բարձրացմամբ, արտակարգ և անզուսպ ուրախությամբ, խանդավառությամբ, անհոգությամբ ու երջանկության զգացմամբ, որն ուղեկցվում է հակումների ուժեղացմամբ և գործելու անհագ եռանդով։ Հիվանդը մշտապես ժպտադեմ է, ամեն ինչից գոհ։ Լավատես։ Ավելի ակնառու լինելու նպատակով այդպիսի հիվանդին կարելի է պատկերացնել շրջապատին վարդագույն ակնոցով նայողի դերում։ Նա ամեն ինչ տեսնում և ընկալում է դրական ձևով, որն ուղեկցվում է թեթևսոլիկության, հանդգնության, արտասովոր կայտառությամբ և դիմացարժության աշխուժությամբ։

Նկ. 6. Դեպրեսիվ վիճակում գտնվող հիվանդ։

Մանիակալ վիճակը հանդիպում է մանիակալ-գեպրեսիվ պսիխոզի մանիակալ փուլի, ինտոքսիկացիաների, շիզոֆրենիայի ցիրկուլյար ձևի և այլ դեպքերում։

Էյֆորիան արտահայտվում է ընդհանուր պասիվության ֆոնի վրա ընթացող բարձր ինքնազգացմամբ, երանելիությամբ, բարեհոգությամբ։ Ի տարբերություն մանիակալ վիճակի, էյֆորիան չի ուղեկցվում մտածողության պրոցեսների աշխուժությամբ և գործելու ձգտմամբ։

Էյֆորիան հանդիպում է ուղեղի օրգանական հիվանդությունների ժամանակ (հատկապես ճակատային և քունքային մասերում տեղակայված ուռուցք, ճակատային բլթի վնասվածքային պատահարում, պրոգրեսիվ պարալիզ, անոթային հիվանդություններ և այլն)։

Դեպրեսիվ վիճակը բնորոշվում է տրամադրության ան-

կոմոզ, թախծալի հոգեվիճակով: Հիվանդի տեսքի ատոտանայուությունը վշտալի է շրջապատող երան մի հեռաստրքում դառնում է նրա հանձնի գատարկ ու դրջ: Ակնառու ձևով դա կարելի է պատկերացնել այնպես, որ հիվանդը կարծես թե արտաքին աշխարհը դիտում է սև ակնոցով:

Դեպրեսիայի տարբերակ է համարվում տագնապալից դեպրեսիան: Այս դեպքում հիվանդի դեմքն արտահայտում է վախ ու տագնապ: Նա դեմքի այլայլված արտահայտությամբ հառաչում է, խոսում սպառվելիք հարվածների, դժբախտությունների ու տանջանքների մասին:

Դեպրեսիվ վիճակը հանդիպում է մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի, պսիխոգեն դեպրեսիայի, նախածերունական պսիխոզի դեպրեսիվ ձևի (ինվոլյուցիոն մելանխոլիա), շիզոֆրենիայի ցիրկուլյար ձևի և այլ դեպքում:

Դիսֆորիան ընկճված, մռայլ տրամադրություն է, զուգակցված դյուրագրգռության ու բարկության, թշախնդրության ու չարության հետ: Նման հիվանդը խիստ լարված է ու մռայլ, ամեն մի մանրուք նրա մոտ ագրեսիվ արարքների պատճառ է դառնում: Այդ վիճակում, ցասման բռնկման հետ կապված, հիվանդը շրջապատի համար խիստ վտանգավոր է դառնում: Տևողությունը լինում է մի քանի րոպեից մինչև օրեր: Հանդիպում է էպիլեպսիայի, գանգուղեղի օրգանական ախտահարումների դեպքում:

Գոյություն ունի դիսֆորիայի մի տարբերակ, որը պարբերական հաբեգրգռության (դիպսրմանիայի) պատճառ է դառնում: Նման դեպքերում դիսֆորիան սկսվելուն պես հիվանդը ձգտում է ալկոհոլային խմիչքների գործածման, որը կարծես թե նրա մոտ լիզաթափում է մրգալությունն ու լարվածությունը:

Հուզական թուլությունը բնորոշվում է հուզական անկայունությամբ, երբ ամենաչնչին պատճառներից առաջանում է հուզմունք, լաց, արցունքներ, որը հեշտությամբ վերափոխվում է հակառակ վիճակի: Դրական և բացասական հուզերի այդ վերափոխումները տեղի են ունենում շատ արագ ու հեշտ, ստեղծելով այնպիսի տպավորություն, որ նման անհատը չի կարողանում ղեկավարել իր զգացմունքները:

Հուզական թուլությունը բնորոշ է նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումներին (հիստերիա, նևրասթենիա), գանգուղեղի վնասվածքներին և այլն:

Հուզական թուլության տարբերակ է համարվում թուլահոգու-

թյունը, երբ չնչին պատճառներից հիվանդը նեղսրտում ու հեշտությամբ լաց է լինում։ Դրա ցայտուն օրինակ է կինոնկար նայելիս կամ գիրք ընթերցելիս հուզվելն ու արտասվելը։ Թուլահոգությունը կարող է հանդիպել ուղեղի աթերոսկլերոզի, հիպերտոնիկ հիվանդության և այլ դեպքերում։

Ամբիվալենտությունը հուզական ոլորտի աղավաղում է, որը պայմանավորված է երկու հակադիր զգացմունքների միաժամանակյա գոյակցությամբ։ Օրինակ, հիվանդի մոտ միաժամանակ կարող է առաջանալ խղճահարություն և անգթություն կամ սեր և ատելություն իր հարազատների, մասնագիտության հանդեպ։ Ամբիվալենտությունը հանդիպում է շիզոֆրենիայի դեպքում։

Պարաթիմիա. հույզերի այնպիսի աղավաղում է, որի դեպքում հիվանդի զգացմունքները չեն համապատասխանում տվյալ պահին ըստեղծված իրավիճակին կամ, այլ կերպ ասած, դրական գրգիռները առաջացնում են զգացմունքային բացասական ռեակցիա և՝ ընդհակառակը։ Օրինակ, վատ լուրերը հիվանդի մոտ ուրախություն են առաջացնում, ուրախ միջավայրում նա տխրում է կամ ժպտալով հայտնում, որ շուտով իրեն պետք է դատապարտեն։ Պարաթիմիան ևս համարվում է շիզոֆրենիայի ժամանակ հանդիպող հուզական կարևոր խեղաթյուրումներից մեկը։

Հուզական բթությունը բնորոշվում է հուզական ոլորտի աստիճանաբար զարգացող աղքատությամբ ու բթությամբ։ Հիվանդը դառնում է անտարբեր շրջապատում տեղի ունեցող իրադարձությունների, հարազատների ու մոտիկների, անգամ իր ապագայի նկատմամբ։ Նրան ոչինչ չի հետաքրքրում, ոչ ոք և ոչինչ չի հուզում, չի անհանգստացնում։ Նա լրիվ անտարբերությամբ է վերաբերվում իր նկատմամբ ստեղծված վիճակին, հարազատների ճակատագրին, ուրախությանն ու վշտին։

Հուզական ոլորտի աղքատացման ու բթության զարգացման պրոցեսը թուլամտության զարգացմանը զուգահեռ է գնում, հասցնելով բանականության և հուզակամային ոլորտի դեֆեկտի։

Հուզական բթությունը խիստ բնորոշ է շիզոֆրենիայի ելքային վիճակում գտնվող, ուղեղի օրգանական ախտահարումներով տառապող հիվանդներին։

ԿԱՄԱՑԻՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Հոգեկան յուրաքանչյուր գործունեություն, գիտակցաբար ընդունված որոշում կամ գործողություն իրականացվում է կամքի շնորհիվ։ Կամային ակտիվության շնորհիվ է, որ մարդը կարողանում է հասնել իր առջև դրված նպատակին։

Կամքի ձևավորման հիմքը համարվում են հակումներն ու բնազդները։ Դրանք ֆիլոգենեզային ավելի հին ֆունկցիաներ են, որոնք ըստեղծում են այն բազան, որի վրա վերակառուցվում են վարքագծի բարձրագույն ձևերը, մասնավորապես կամային բարդ պրոցեսները։

Զարգացման ցածրագույն աստիճանի վրա կենսագործունեությունը արտահայտվում է բնազդներով և հակումներով, որոնք սկիզբ են առնում օրգանիզմի կենսական պահանջմունքներից, այսինքն՝ սկզբնական հիմնական հակումներից, և կապված են ինքնապահպանման ու սերնդի շարունակման բնազդների հետ։

Մարդու մոտ այդ հակումները ընդունելով գիտակցական բնույթ, վերաճում են ցանկության, սոցիալական (բարոյական, գեղագիտական, բանական) պահանջմունքների. ընդ որում, կամային գործողությունների իրականացման դեպքում հակումների կարգավորումը և դրսևորումը կատարվում է գիտակցության, մտածողության և բանականության մասնակցությամբ։ Կամային գործունեությունն ընդունում է գիտակցական նպատակասլաց բնույթ, որը հատուկ է միայն մարդուն։

Կամային գործունեությունը կարելի է բաժանել մի քանի փուլի՝ նրպատակադրում, դրդապատճառների պայքար, որոշում և ի կատար ածում։

Կամային պրոցեսների էության գոյության ունեցող բացատրությունները սպառիչ չեն։ Այսպես, վոլյունտարիստական տեսության կողմնակիցները գտնում են, որ կամքը «ներքին ակտիվության» ակտ է, հատուկ ներքին լարում, այն ընդհանուր ոչինչ չունի մկանային լարվածության հետ. դա հոգեկան ֆունկցիաների սկզբնական շրջանն է։ Հուզականության տեսության կողմնակիցները գտնում են, որ կամային ակտիվության ուժը պայմանավորված է հույզերով։ Ինտելեկտուալիստական տեսության կողմնակիցների կարծիքով կամային գործունեությունը դրդրդապատճառների և գործողությունների զուգորդությունն է։

Կամային ակտիվության ախտաբանությունը դրսևորվում է շարժումների, հակումների և ուշադրության խանգարումներով։

Կամքի խանգարումները հոգեկան հիվանդությունների դեպքում որ-

տահայտվում են հիպերբուլիայով, հիպոբուլիայով, [illegible] ապաթիա և պարաբուլիա:

Հիպերբուլիան (կամային ակտիվության ուժեղացում) բնորոշվում է արտակարգ ակտիվությամբ, որը կարող է հասնել մինչև հոգեշարժական գրգռվածության: Ուժեղանում են նաև բիոլոգիական ու սոցիալական ծագում ունեցող հակումներն ու կրքերը: Նման հիվանդը անընդհատ ոտքի վրա է, շարժման մեջ, շատախոս, շատակեր, գերսեռազգայուն (հիպերսեքսուալ): Մշտապես ձգտում է գործելու, միանգամից կարող է ձեռնարկել մի քանի գործ, բայց շատ հաճախ ոչ մեկը չհասցնելով մինչև վերջ: Հիպերբուլիան կարող է հանդիպել մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի մանիակալ փուլի և մի շարք այլ հոգեկան խանգարումների դեպքում՝ որպես համախտանիշ:

Հիպոբուլիան (կամային ակտիվության թուլացում) բնորոշվում է ակտիվության իջեցմամբ, թորշոմությամբ և որոշ անտարբերությամբ: Նման հիվանդի մոտ շրջապատի հետ կոնտակտը սահմանափակ է: Հիվանդը պասիվ է, խուսափում է շրջապատի հետ ակտիվ շփման մեջ մտնելուց, որևէ աշխատանք կատարելուց, չի ցուցաբերում ձեռներեցություն, ինքնուրույնություն, քշախոս է, անվճռական, սննդի, սեռական և այլ հակումներն իջած: Հիպոբուլիան կարող է հանդիպել մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի, նևրոզների, ասթենիկ վիճակների դեպքերում:

Աբուլիան (կամային ակտիվության բացակայություն, կամազրկություն) բնորոշվում է կամային գործողություններ կատարելու ընդունակության բացակայությամբ (ցանկությունների ու ձգտումների լրիվ բացակայություն, ինչպես նաև արտահայտված անտարբերություն և անգործունակություն): Բացակայում են նաև սննդի, ինքնապաշտպանության և այլ հակումները: Աբուլիան կարող է դիտվել ինտելեկտի իջեցմամբ ուղեկցվող մի շարք հոգեկան քրոնիկական հիվանդությունների դեպքում (որպես ելքային վիճակ):

Պարաբուլիան (կամային ակտիվության աղավաղում) հիմնականում դրսևորվում է հակումների խանգարմամբ: Հակումը որոշակի ուղղություն և նպատակասլացություն չունեցող, չգիտակցված և ուժգին ձգտումներ են, կիրքը՝ ավելորդ հոգեկան տարրական գործունեություն:

Հակումների շարքին են պատկանում հոգեկան այն իմպուլսները, որոնք ունեն բնազդային ծագում (սննդի, ինքնապաշտպանության, սե-

ական և այլն)։ Մարդու մտավոր հատկությունները զարգացվում և հասունացվում են ենթարկվում կամքի կողմից։

Հակումների խանգարումները բազմազան են և դարձնական հոգեբուժության բնագավառում հաճախակի են հանդիպում։ Դրանց շարքն են դասվում զողամոլությունը (կլեպտոմանիա), հրկիզամոլությունը (պիրոմանիա), շրջմոլիկությունը (դրոմոմանիա), հայհոյամոլությունը (կոպրոլալիա), շատակերությունը (պոլիֆագիա), եղունգակրծումը (օնիխոֆագիա), ինքնախեղումը (աուտոմուտիլյացիա), սեռական զանազան ազավաղումները (պերվերզիաներ) և այլն (ավելի մանրամասն նկարագրությունը տես «Պսիխոպաթիաներ» գլուխում)։

Ուշադրությունը ուղղակի աշխարհի երևույթներին և օրգանիզմում տեղի ունեցող պրոցեսների նկատմամբ որոշակի ուղղվածություն և կենտրոնացվածություն ունեցող հոգեկան ֆունկցիա է։

Ուշադրության ֆիզիոլոգիական մեխանիզմն ըստ Ա. Ա. Ուխտոմսկու դոմինանտի սկզբունքի բացատրվում է ուղեղում գրգռակայության գերիշխող օջախի առկայությամբ, որն իր վրա է բերում մյուս գոտիները։

Ուշադրությունը կարող է լինել ոչ կամածին (պասիվ) և կամածին (ակտիվ)։

Ոչ կամածին ուշադրության դեպքում տվյալ երևույթի վրա ուշադրության կենտրոնացումը ինքնաբերաբար է առաջանում։

Կամածին ուշադրությունը բնորոշվում է կամային գործունեությամբ և կապված է նպատակադրված հարցի գիտակցաբար լուծման հետ (ուշադրությունն ամբողջապես կենտրոնացվում է ձեռնարկված գործի վրա)։

Ուշադրությունը կարող է լինել կայուն և անկայուն։ Կայուն ուշադրության դեպքում այն երկար ժամանակ կենտրոնացած է լինում որոշակի օբյեկտի վրա, որը պայմանավորված է կամքի լարումով կամ տվյալ գործի նկատմամբ առաջացած հետաքրքրությամբ։ Անկայուն (ցրված) ուշադրությունը բնորոշվում է նրա հաճախակի շեղումներով։ Նման վիճակ կարող է դիտվել նևրոզների, անձի ասթենիզացիայի, գանգուղեղի օրգանական վնասումների դեպքում։ Ուշադրության շեղման դեպքում մշտապես մի օբյեկտից ու գործունեության ձևից մյուսին է փոխանցվում։ Դիտվում է մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի մանիակալ փուլում։

Շարժողական խանգարումները բնորոշվում են շարժողական ոլորտ

գրվածության կամ արգելակման ձևով, զուգորդված վարքի փոփոխություններով։

Շարժողական գրգռվածությունը մեկուսացված ձևով չի արտահայտվում, այլ միահյուսվում է հոգեկան մյուս ֆունկցիաների (հատկապես հուզական և մտածողության) խանգարման հետ, որը և ընդունված է անվանել հոգեշարժական գրգռվածության համախտանիշ։ Նման դեպքում հիվանդը անհանգիստ է, գրգռված, մշտապես շարժման մեջ. ցուցաբերում է անմիտ վարք, հաճախ կատարում է անհեթեթ գործողություններ։ Նշվում է նաև ասոցիացիաների արագացում— խոսակցական գրգռվածություն։ Հոգեշարժական գրգռվածությունը կարող է հանդիպել մի շարք հոգեկան հիվանդությունների հատկապես սուր շրջաններում, որոնցից են, օրինակ, մանիակալ, հեբեֆրենիկ, կատատոնիկ, դելիրիումային, ամենտիվ և հոգեշարժական գրգռվածության այլ ձևեր (տե՛ս «Համախտանիշներ» գլխում)։

Շարժողական արգելակումը (ստուպոր) մարմնի կաշկանդման կամ ընդարմացման անշարժ վիճակ է, որը զուգորդվում է հոգեկան, այդ թվում նաև մտածողության ու խոսքի արգելակմամբ (մուտիզմ)։ Ստուպորի հետևյալ ձևերը կան՝ կատատոնիկ, դեպրեսիվ, պսիխոգեն և այլն (տե՛ս «Համախտանիշներ» գլխում)։

ԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Գիտակցությունը հոգեկան արտացոլման բարձրագույն ձևն է, ինտեգրացնող ֆունկցիան, որն ապահովում է հոգեկան գործունեության նպատակցված, ներդաշնակ ընթացքը։ Գիտակցության ախտահարման դեպքում խանգարվում են հոգեկան բոլոր ֆունկցիաները, քանի որ գիտակցության պարզությունը հոգեկանի միասնության և ամբողջականության նախապայմանն է։

Հոգեբուժության մեջ գիտակցության սահմանումը կապված է դրժվարությունների հետ, քանի որ գոյություն ունեցող ձևակերպումներից ոչ մեկը սպառիչ չէ։ Սակայն գիտակցության ամենատարբեր խանգարումներն ունեն հատակ չափանիշներ, որոնք համընդհանուր են։ Այդ ընդհանուր նշանները նկարագրել է գերմանացի հոգեբույժ Յասպերսը։

Դրանք են.

1. Շրջապատի ընկալման անկարողություն կամ ոչ հստակ, կտրտված ընկալում։

2. Տեղի, ժամանակի, իրադրության մեջ և սեփական անձի նկատմամբ ապակողմնորոշվածություն:

3. Գիտակցության մթագնումն ընդգրկող ժամանակահատվածի նրկատմամբ լրիվ կամ մասնակի ամնեզիա:

4. Դատողություններ անելու անկարողությամբ կամ մտքերի կապակցվածության թուլությամբ արտահայտվող մտածողության խանգարում:

Հիվանդի մոտ գիտակցությունը խանգարված կարելի է համարել միայն այն դեպքում, երբ միաժամանակ առկա են վերոհիշյալ բոլոր նշանները: Այդ նշաններից մեկի կամ մի քանիսի առկայությունը դեռևս հիմք չի տալիս ախտորոշելու գիտակցության խանգարում, քանի որ դրանք առանձին-առանձին դիտվում են հոգեկան շատ հիվանդությունների ժամանակ:

Գիտակցության խանգարումների նկարագրությունը տե՛ս «Հոգեախտաբանական համախտանիշներ» գլխում:

Գլուխ 8

ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

Օրգանիզմի բոլոր ախտաբանական պրոցեսների, այդ թվում նաև հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշումն սկսվում է ախտանիշների բացահայտմամբ: Ախտանշանը հիվանդության մեկ հատկանիշն է: Հիվանդության դեպքում առկա ախտանշանները համակցվում են, առաջացնելով համախտանիշ (սինդրոմ): Այլ կերպ ասած, համախտանիշը հոգեկան գործունեության խանգարման առանձին ախտանիշների համակցությունն է, որոնք միմյանց հետ գտնվում են ներքին օրինաչափ կապերի մեջ:

Համախտանիշը ախտանշանի համեմատությամբ լինելով բարձր կարգի միավոր, վկայում է հոգեկան գործունեության խանգարման թե՛ որակի և թե՛ ծանրության մասին: Համախտանիշները ըստ ծանրության աստիճանի կարող են դասավորվել հետևյալ հերթականությամբ: 1. Աստենիկ համախտանիշ, որը հոգեկան գործունեության առավել թեթև խանգարում է և հոգեկան մի շարք խանգարումներ նրանով են բնութագրվում: 2. Աֆեկտիվ համախտանիշներ, որոնք հանդիպում են շատ հիվանդությունների ժամանակ, ընդ որում մանիակալ համախտանիշը դեպ-

բուսակի հնամեծախոտությամբ։ Վկայություն է հիվանդության առաջիկա ծանր լինելու մասին։ 3. Ներոտիկ համախտանիշներ (հիստերիկ, սեռական, անդրոգինոտիպիկ, հիպոխոնդրիկ) պիսորոֆոմանիկ)։ 4. Պարանոյալ համախտանիշ, ցնորագարություն (հալուցինոզ)։ 5. Ցնորազառանցքային խանգարումներ։ 6. Կատատոնիկ համախտանիշ։ 7. Գիտակցության մթագնման համախտանիշներ։ 8. Ցնցողական համախտանիշներ։ 9. Գոնոխորդանական համախտանիշ։

Հոգեկան հիվանդությունները անտարակույս, առանձին հոգեմասնիշների հիման վրա հնարավոր է ապացուցել, որ հիվանդությանը ընտրվում է ոչ միայն ախտանշանների նման համակցությամբ, այլ նաև ախտածնության, ընթացքի, ելքի ու ախտաբանական անատոմիայի ամբողջական համակցողությամբ («նոզոլոգիական հիմքեր»)։

Հոգեկան հիվանդությունների դասակարգման ժամանակակից մեծ նշանակություն է տրվում հիվանդության համախտանշական վերլուծությանը։ Համախտանիշների բացահայտումը, նրանց ձևավորման և ընթացքի օրինաչափությունների լուսաբանումը հնարավորություն է ստեղծում ընդհուպ մոտենալ նոզոլոգիական միավորի կամ հոգեկան հիվանդության ախտորոշմանը։

Համախտանիշները կարող են լինել հասարակ (փոքր) և բարդ (մեծ)։ Մեծ համախտանիշի ձևավորումը վկայում է հիվանդագին պրոցեսի խորացման, զարգացման և ախտաբանական խանգարումների տարածման մասին։ Այսպես, օրինակ, եթե դեպրեսիվ համախտանիշի կլասիկ երևույթներն իր մեջ ներամփոփում է թախիծ, մտածողական և շարժողական արգելակում, ապա հիվանդության ծանրացման դեպքում կարող են դիտվել արդեն զառանցական մտքեր, անեռուն վիճակներ և այլն, այսինքն՝ դեպրեսիվ համախտանիշը (հասարակ) փոխակերպվում է դեպրեսիվ-պարանոիդ, դեպրեսիվ-կպչունային (բարդ) համախտանիշների։

Համախտանիշի կլինիկական պատկերը կազմվում է երկու տեսակ խանգարումներով՝ պոզիտիվ (ախտաբանական՝ արդյունավոր, «պրոդուկտիվ») և նեգատիվ (պակասորդային, «դեֆիցիտային»)։ Նեգատիվ խանգարումների թվին են պատկանում հոգեկան գործունեության հյուծումը, անձի կերտվածքի փոփոխությունները (պսիխոպաթացում), էնդոգենային պոտենցիալի իջեցումը, հոգեկան գործունեության հետզարգացումը (ռեգրես), օջախային և ամբողջական թուլամտությունը։ Նեգատիվ խանգարումների յուրահատկությունն անդրադառնում են պո-

պիտով ախտանիշների դրսևորման վրա։ Օրինակ՝ անձի գերազանցքի փոփոխությունները, այսինքն՝ պսիխոպաթացումը (դա նեգատիվ փոփոխություն է) շիզոֆրենիայի և դեպրեսիայի սահմանային շրջանում պատբեր ձևով էանդրադարձնում սաթենիկ (պոզիտիվ) փոփոխությունների վրա։ Այդ նույն ձևով էլ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիան տարբերվում է շիզոֆրենիայի ժամանակ հոգեկանի էներգետիկ պոտենցիալի անկման ֆոնի վրա առաջացած դեպրեսիայից։

ԽՈՒՇՈՒՄՅԱՆ ԽՈՂՇՈՒՄ

Համախտանիշները դրենց պոզիտիվ արտահայտություններով միանման են, այսինքն՝ բաղկացած լինելով միևնույն տարրերից, կարող են դրսևորվել ամենատարբեր հիվանդությունների ժամանակ։ Սակայն նեգատիվ խանգարումների շնորհիվ համախտանիշը յուրաքանչյուր հիվանդության շրջանակներում նոզոլոգիական յուրահատկություն է ձեռք բերում։ Գոյություն չունի թուլամտություն ընդհանրապես, այլ կա կոնկրետ՝ ծերունական թուլամտություն, էպիլեպսային թուլամտություն, պարալիզային թուլամտություն։ Նույնը կարելի է նշել նաև մյուս համախտանիշների վերաբերյալ։

Ստորև շարադրվում են առավել կարևոր ու հաճախ հանդիպող հոգեախտաբանական համախտանիշները։

ԱՍԹԵՆԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Շատ հաճախ է հանդիպում։ Բնորոշվում է ինքնազգացման վատացմամբ, արագ հոգնածությամբ, աշխատունակության անկմամբ։ Հիվանդները դառնում են պասիվ, անտարբեր։ Նվազում է հոգեկան ֆունկցիաների, հատկապես հիշողության և ուշադրության թուլացում։ Ընդհանրապես հուզական անկայունությունը, դյուրագրգռությունը։ Հաճախակի են գլխացավերը, քնի խանգարումը, որն արտահայտվում է ցերեկային քնկոտությամբ կամ մգձավանջային երազներով ուղեկցվող գիշերային անհանգիստ քնով։

Հիվանդների գերակշռող մասը գերզգայուն է դառնում օրգանիզմում և ներքին օրգաններում տեղի ունեցող ամենաչնչին խանգարումների հանդեպ։ Ուժեղ ձայնը, պայծառ լույսը նրանք չեն կարողանում հանդուրժել («հիպերեստեզիա»)։ Այդ բոլորը կարող են ուղեկցվել վեգետատիվ մի շարք խանգարումներով (ծայրանդամների սառեցման զգացում, երակազարկի և զարկերակային ճնշման անկանոնություն, ջերմային ռեֆլեքսների բարձրացում, արտազատություն և այլն)։

Ասթենիկ համախտանիշը հանդիպում է մի շարք հոգեկան հիվանդությունների սկզբնական շրջանում, որոշ հիվանդությունների արտահայտության ձևերից է, իսկ էկզոգեն բնույթի շատ, հատկապես ծանր ընթացող հիվանդությունների առողջացման շրջանի ամենահաճախ հանդիպող վիճակներից է։

ՀԻՍՏԵՐԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Աչքի է զարնում ախտանշանների բարդությամբ ու խայտաբղետությամբ, դրսևորվում է բազմազան ձևերով, որոնք արտահայտվում են զգացողական, շարժողական, հոգեկան աշխարհի ֆունկցիոնալ բնույթի խանգարումներով, ինչպես նաև անձի ու բնավորության գծերի յուրահատուկ առանձնահատկություններով։

Շարժողական խանգարումները կարող են արտահայտվել ցնցումային նոպաների, վերջույթների պարեզների ու պարալիզների, հիպերկինեզների և այլ ձևերով։

Զգացողական խանգարումներից առավել հաճախ հանդիպում են հիստերիկ բնույթի համրությունը, խլությունը, կուրությունը, համի, հոտի զգացողության թուլացումը կամ կորուստը։

Տեղ կարող են գտնել նաև գիտակցության յուրատեսակ խանգարմամբ ընթացող մթնշաղային վիճակներ, հանզերյան համախտանիշ, երեխայամտություն (պուերիլիզմ), պսևդոդեմենցիա (մանրամասն նկարագրությունը տե՛ս գլուխ 20. «Ռեակտիվ պսիխոզներ»)։

Հիստերիկ համախտանիշին խիստ բնորոշ է նաև ներշնչումն ու ինքնաներշնչումը, զգացմունքային արտահայտված անզսպվածությունն ու անկայունությունը, ինչպես նաև իրենց աֆեկտիվ ապրումների թատերականությունն ու ցուցադրությունը։

Հիստերիկ համախտանիշը առավել հաճախ հոգեկան տրավմայի արդյունք է, երբ հիվանդը ներփակվում է հիվանդության մեջ, որը ֆունկցիոնալ բնույթ է կրում և համեմատաբար ավելի հեշտ է ենթարկվում բուժման։

ԿՊՉՈՒՆՈՒԹՅԱՆ (ՍԵՎԵՌՈՒՆՈՒԹՅԱՆ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Այնպիսի վիճակ է, որի ժամանակ հիվանդի մոտ առաջանում են անհեթեթ մտքեր, հիշողություններ, կասկածներ ու վախեր, անհաղթահարելի հակումներ, շարժումներ ու գործողություններ։ Դրանք հիվան-

դի համար խորթ են, կպչուն կամ սեռական բնույթ են կրում. նա քննադատորեն է մոտենում ու հասկանում դրանց անհեթեթությունը, ցանկանում է ազատվել դրանցից (որով և տարբերվում է զառանցական մտքերից), բայց չի կարողանում։

Կպչունությունը երբեմն այնքան արտահայտված է լինում, որ հիվանդներին դարձնում է լրիվ անաշխատունակ։ Նրանք իրենց համարում են անբուժելի հիվանդներ, տրամադրությունն ընկնում է, հանդես են գալիս հիպոխոնդրիկ զանազան գանգատներ։

Կպչունության դեպքում հաճախ ախտանշանները միմյանց վրա բարդվելու հատկություն ունեն, օրինակ, կպչուն վախը բարդանում է կպչուն գործողություններով կամ զանազան ծիսակարգերով (ռիտուալներ), որով հիվանդները ցանկանում են իրենցից վանել վախը։

Կպչունության համախտանիշը հանդիպում է կպչուն վիճակների նևրոզի, պսիխոպաթիայի որոշ ձևերի, շիզոֆրենիայի և հոգեկան այլ հիվանդությունների ժամանակ։

ՍԵՆԵՍՏՈՊԱԹԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Արտահայտվում է զանազան տհաճ ու անդուր զգացողությունների՝ այրոցների, սեղմոցների, ծակծկոցների, քորի և այլ ձևերով, որոնք տեղակայված են լինում մաշկի վրա, մարմնի տարբեր մասերում, ներքին օրգաններում և ամենուր, ավելի տանջալից դարձնելով հիվանդի տառապանքներն ու ապրումները։ Նման դեպքերում հիվանդն զգում է իր ներքին օրգանների աշխատանքը, արյան շրջանառությունը, հաճախ տագնապալից ձևով մտածելով իր հիվանդության անբուժելիության մասին։ Օբյեկտիվ քննության ժամանակ հիվանդի սոմատիկ վիճակի կողմից ախտաբանական փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում։ Շատ հաճախ սենեստոպաթիկ վիճակները պատճառ են դառնում ազդեցության, հիպոխոնդրիկ և այլ բնույթի զառանցական մտքերի առաջացման։

ՀԻՊՈԽՈՆԴՐԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Արտահայտվում է սեփական առողջության նկատմամբ չհիմնավորված զանազան գանգատներով։

Հիվանդներն ամբողջովին կլանվելով իրենց առողջական վիճակով (թեև իրականում ոչ մի հիվանդություն չունեն), գտնվում են տագնապալից մտահոգության մեջ, երկյուղ են կրում, որ իրենք լուրջ հիվան-

-ռոմբյամբ են տառապում դամ ծանր հիվանդություն է սպասվում (սե-
-վեռուն հիպոխոնդրիա)։ Մշտապես գանգատվում են մարմնի տարբեր
մասերի ցավերից, ծանրությունից, սեղմումներից, ներքին օրգանների ցա-
վերից։ Նման դեպքերում հիպոխոնդրիան կարող է նևրոտիկ բնույթ կրել։
Այլ դեպքերում հիպոխոնդրիան զառանցանքային բնույթ է կրում։
Նման հիվանդները մտածում են, որ տառապում են ծանր ու անհուսա-
լի հիվանդությամբ, երբեք չեն հանգստանում և ամեն կերպ աշխատում են
ապացուցել իրենց հիվանդությունը։ Ամենուրեք դիմում են մասնագետ
բժիշկներին, խնդրում հետազոտություններ, արտաքին բուժումներ։
Այդ թվում ուղեկցվում է տարատեսակությունների անկումային վիճակով, հու-
սահատական մտքերով։

Հիպոխոնդրիկ համախտանիշը կարող է հանդիպել նևրոզների, պսի-
խոզների, շիզոֆրենիայի, դեպրեսիվ վիճակների և հոգեկան այլ
խանգարումների դեպքում։

Հիպոխոնդրիկ համախտանիշի տարբերակներից են հաստատվում նի-
հիլիստական զառանցանքը (տե՛ս դեպրեսիվ համախտանիշը), ֆիզիկա-
կան պակասության վիճակը (դիսմորֆոֆոբիա, դիսմորֆոմանիա)։

ԴԻՍՄՈՐՖՈՖՈԲԻԱՅԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Դիսմորֆոֆոբիայի դեպքում հիվանդները մոտ առաջանում է իրենց
մարմնի կառուցվածքի, նրա տարբեր մասերի փոփոխվածության, ոչե-
ղությունների այլանդակման տագնապ։ Հիվանդներին թվում է, որ բ-
ոլորը մարմնի տարբեր մասերի փոխվել են, դեմքը ոչեղացել է, քիթը,
բերանը այլանդակվել, ծայրամասերը ծռվել են, և այդ բոլորը այն-
քան են նրանց այլանդակել ու հիշեցրել դարձրել, որ հայելու մեջ նա-
յելիս նրանք դառնություն են զգում, հոգնահատվում մշ մի ձևով նրանց
ճակատագրի համար։ Ինքնասպանություն չեն, աղաչանք նրանք դիմում են տար-
բեր մասնագետ բժիշկների, հատկապես վիրաբույժների, պահանջելով
իրենց ենթարկել կոսմետիկական վիրահատման։ Դիսմորֆոմանիայով-
դիսմորֆոֆոբիայով տառապող հիվանդները [illegible] հաստատում
են իրենցից վատ հոտեր գալու մասին։ Հիվանդներից մեկը համոզված
էր կանանց ստամոքսից գազերի խլրտության մեջ, հայտնելով, որ այդ
գազերի հոտը տարածվում է շրջապատում, և բոլորը զգում են դրա
հոտը։

ՄԱՆԻԱԿԱՅ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Արտահայտվում է կլինիկական ախտանշանների երևույթությամբ (ոգեմատությունների բարձրացում, մտածողության պրոցեսների արագացում և հոգեշարժական գրգռվածություն)։

Տրամադրության բարձրացումն արտահայտվում է խիստ ուրախ վիճակով։ Նման հիվանդները մշտապես ծպտալով ու ծիծաղելով կատակում են, որամտում, երգում, բանաստեղծություններ հորինում, արտասանում. իրենց համարում են երջանիկ ու անհոգ։

Մտածողության պրոցեսները (ասոցիացիաները) արագացած են. մտքերը հոսում են խիստ արագ, մի մտքը չի երջացած վրա է հասնում հաջորդը և այդպես շարունակ, առաջացնելով մի վիճակ, որ կոչվում է մտքերի թռիչք («ֆուգա իդեարում)։ Մտածողության արագացումն իր երբեմն արտահայտությունն է գտնում խոսքի կողմից։ Նման հիվանդները շատախոսում են, ոչ մի րոպե չեն լռում, մի թեմայից անցնում են մյուսին, շատ հաճախ արտահայտելով ժեստոլոգական («ժեստագրական»), անձի գերագնահատված մտքեր։

Շարժողական ոլորտի կողմից դիտվում է արտահայտված գրգռվածություն։ Անընդհատ գտնվում են ոտքի վրա, շարժման մեջ, մոտենում են բոլորին, ցանկանում են օգնել, որի արդյունքը լինում է այն, որ իրենց շուրջը միայն ժխոր ու քաոս են ստեղծում։ Բոլոր հակումները ուժեղացած են, իսկ ուշադրությունը սրացած ու մեկուսանալ չեղող։

ԴԵՊՔՈՒՎ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Այս դեպքում ևս առկա է ախտանշանների երևույթություն, մինչև հակադակ բնույթ (տրամադրության անկում, մտածողության դանդաղեցում և հոգեշարժական արգելակում)։

Տրամադրության անկման ժամանակ հիվանդները տառապում են ղանջալից թախիծով։ Նրանց դեմքն արտահայտում է վիշտ ու տառապանք։ Հոլջապատը նրանց կողմից ընկալվում է մռայլ գույներով։

Տրամադրության անկումը մշտապես ուղեկցվում է մտածողության (ասոցիացիաների) արգելակմամբ։ Մտածում և խոսում են դանդաղ, դժվարությամբ ու ցածրաձայն, հաճախակի հառաչելով ու հոգոցներ հանելով։ Արտահայտում են ինքնամեղադրման և ինքնանվաստացման մտքեր։ Այդ բոլորի հետևանքով առաջանում են ինքնասպանության մտքեր ու փորձեր։

Որոշ դեպքերում հիվանդների մոտ առաջանում է հոգական ան-

զգայնություն. նրանց մոտ իջնում, երբեմն էլ վերանում են զգացմունքները հարազատների նկատմամբ (anestesia psychica dolorosa)։ Զգացմունքների այդ կորուստը նրանք գիտակցում են, ծանր են վերապրում— ոչ հազվադեպ դիմելով ինքնասպանության։ Այդ դեպքում տրամադրության անկումն ուղեկցվում է սրտագրալի սեղման ու ճմլման տհաճ զգացողությամբ— սրտային թախիծ (anxietas praecordialis)։ Ծանր դեպքերում թախիծը կարող է ուղեկցվել անհանգստությամբ ու գրգռված մոլուցքային մելամաղձության վիճակով— թախծի պոռթկում (raptus melancholicus)։ Դա խիստ ծանր վիճակ է, և հիվանդները այդ վիճակից դուրս գալու միակ ելքը հաճախ գտնում են ինքնասպանության մեջ։

Դեպրեսիվ համախտանիշին բնորոշ երրորդության երրորդ ախտանշանը հոգեշարժական արգելակումն է։ Նման դեպքերում հիվանդները դառնում են դանդաղաշարժ, մեծ մասամբ նստած են կամ պառկած։ Ծանր դեպքերում հոգեշարժական արգելակումը կարող է հասնել մինչև ընդարմացման (դեպրեսիվ ստուպոր)։

Դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում նշվում է նաև հոգեկան բոլոր ֆունկցիաների, հատկապես հակումների թուլացում, որի ցայտուն արտահայտություն է համարվում սննդից հրաժարվելը, ինքնասպանության փորձերը։

ԿՈՏԱՐԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Այս դեպքում դեպրեսիվ ֆոնի վրա ընթացող հիպոխոնդրիկ— նիհիլիստական (ժխտողական) զառանցական մտքերը զուգակցվում են վիթխարիության հասնող պարաֆրենային բնույթի ֆանտաստիկական (աշխարհի կործանման, տանջալից անմահության) զառանցանքներով։ Հիվանդները հայտնում են, որ ոչ միայն իրենց ներքին օրգաններն են նեխած, որ իրենք սիրտ, թոքեր, ուղեղ չունեն, արդեն մահացած դիակ են, այլ իրենց գործած բազմաթիվ մեղքերի համար դատապարտված են հավիտենական տանջանքի։ Նրանք համոզված են, որ հազարավոր ու միլիոնավոր տարիներ պետք է չարչարվեն ու տանջվեն։ Գտնում են, որ եթե նույնիսկ նրանց մարմինը նեխի ու ոչնչանա, կամ այն այրեն կրակի բոցերի մեջ, միևնույն է, նրանք չեն ազատվի տառապանքից, քանի որ նրանց «հոգին դժոխքի պայմաններում սարսափելի տանջանքների է ենթարկվելու»։

Հուզական համախտանիշները հանդիպում են մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի, նախածերունական (ինվոլուցիոն) պսիխոզի, էկզոգեն

(ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն, պսիխոգեն) ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների, շիզոֆրենիայի, էպիլեպսիայի, գանգուղեղի օրգանական վնասվածքների դեպքում։

ՑՆՈՐԱԳԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (ՀԱԼՈՒՑԻՆՈԶ)

Բնորոշվում է գիտակցության պարզության ֆոնի վրա ընթացող, առավելապես լսողական ցնորքներով։ Բազմաքանակ այդ ձայները մեծ մասամբ արտահայտվում են մեկնախոսությունների, հարց ու պատասխանների ձևով։ Որոշ դեպքերում ձայները մեկնաբանող, իսկ երբեմն էլ հրամայողական բնույթ են կրում։ Այդ բոլորը ուղեկցվում են անհանգստությամբ, վախի ու տագնապի երևույթներով։ Ձայների ազդեցության տակ հիվանդները երբեմն կատարում են ոչ լրջախոհ ու վրտանգավոր արարքներ։

Հիվանդների մոտ քննադատությունը իրենց հիվանդագին վիճակի նկատմամբ մեծ մասամբ բացակայում է, բացառությամբ որոշ դեպքերի, երբ հիվանդները հասկանում են իրենց այդ լսողական ցնորքների հիվանդագին լինելը։

Մանր դեպքերում լսողական ցնորքները կարող են զուգորդվել զառանցական մտքերով, ընդունելով ցնորազառանցանքային համախտանիշի բնույթ։

Ցնորագարությունը կարող է տևել երկար (երբեմն ամիսներ և նույնիսկ՝ տարիներ)։

Հանդիպում է ալկոհոլամոլության, ուղեղի սիֆիլիսի, շիզոֆրենիայի և այլ հոգեկան խանգարումների դեպքում։

ՀՈԳԵԶԳԱՑԱԿԱՆ (ՊՍԻԽՈՍԵՆՍՈՐ) ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Այս համախտանիշն իր մեջ ընդգրկում է զգայական ճանաչման մի շարք խանգարումներ, որոնց թվին են պատկանում՝ ա) շրջապատի առարկաների, մարդկանց ձևի, չափի, մարմնամասերի ընկալման խանգարումը (մետամորֆոպսիա), որ կարող է արտահայտվել մակրոպսիայի (ամեն ինչ ընկալվում է մեծացած), միկրոպսիայի (ընկալում— փոքրացած չափերով), պորոպսիայի (հեռավորության ընկալման խանգարում) երևույթներով. բ) մարմնի սխեմայի խանգարումով (աուտոմետամորֆոպսիա), որն արտահայտվում է սեփական մարմնի, նրա տարբեր մասերի, ձևի, չափի, մեծության, քաշի, տեղադրության աղավաղված ընկալմամբ։

ԴԵՌԵԱԼԻԶԱՑԻԱՅԻ (ԻՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԿՈՐՍՏԱՆՈՒՄԻ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Իրականության զգայական ճանաչման այնպիսի խանգարում է, որի ժամանակ արտաքին աշխարհը, շրջապատող հիվանդների կողմից ընկալվում են փոփոխված, ոչ իսկական, ոչ իրական, գունաթափված, կարծես թե սառած ու քարացած։ Սակայն հիվանդների ճնճերը գանգատվում են, որ շրջապատի մարդիկ, բնությունը ձևափոխված են, աղոտ, շղարշապատված։ Նրանք մարդկանց դեմքերը փոխված են տեսնում, շենքերը ծռմռված, ծառերի կանաչ տերևները գունաթափված, երանգը կարծես թե կանգ առած։

Դեռեալիզացիան հաճախ զուգակցվում է դեպերսոնալիզացիայի հետ, ընդունելով դեպերսոնալիզացիա-դեռեալիզացիայի բարդ համախտանիշի բնույթ։

ԴԵՊԵՐՍՈՆԱԼԻԶԱՑԻԱՅԻ (ԱՆՁԻ ԲԱՑԱՍԱՆ ԱՊԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՄԱՆ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Անձի գիտակցության այնպիսի խանգարում է, որի դեպքում փոխվում է հիվանդի սեփական անձի ընկալումը, առաջանում է իր գեղեցիկ օտարացման, երկատման, ամբողջությանը կորցնելու զգացում։ Հիվանդին թվում է, որ իր անձը փոխվել է, նա զգալիորեն տարբերվում է նախկին գոյությունից։ Իր մեջ զգում է երկու «ես», որոնցից մեկը գործում է, մյուսը՝ դիտում։ Հաճախ խանգարվում է իր մարմնի սխեմայի ընկալումը։ Հիվանդին թվում է, որ իր մարմինը կամ նրա առանձին մասեր փոփոխվում են, մեծանում, փոքրանում, փոխում են իրենց տեղադրությունը, ընդունում արտասովոր ձևեր։

Ինչպես դեռեալիզացիան, այնպես էլ դեպերսոնալիզացիան (իսկ ավելի հաճախ դրանք միացյալ) համախտանիշները կարող են հանդիպել մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի, շիզոֆրենիայի և մի շարք այլ հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ։

ՊԱՐԱՆՈՅԱ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Բնորոշվում է գիտակցության պարզության ֆոնի վրա ընթացող սիստեմային զառանցական մոլորությամբ։ Այդ զառանցանքները հիմնականում մոնոթեմատիկ են, մեծ մասամբ կրում են խանդի, հետապնդման, գյուտարարության, ռեֆորմիստական, սիրային և այլ բնույթ։ Հիմքում

[illegible]

[illegible] ինքնաբուխ, [illegible] ակտիվ ձևով [illegible] ունեցող [illegible] իրենց [illegible] մտքերի [illegible] հոգեվիճակներ [illegible] ունենալով խանդ, [illegible]

Պարանոյալ համախտանիշի դեպքում ցնորքները բացակայում են կամ [illegible] ֆոնի [illegible] զարգացող փոփոխություններ [illegible] ինքնաբուխ [illegible] դրսևորվում [illegible] հոգեվիճակներ [illegible]

ՇԱՐԱԿԱՆՈՒԹ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

[illegible] դի, արտաքին ազդեցության (ֆիզիկական, հոգեկան); [illegible] զանազան [illegible] [illegible] [illegible]

Պարանոիդ, ինչպես նաև ցնորազառանցանքային համախտանիշները դիտվում են շիզոֆրենիայի, էկզոգեն ծագում ունեցող (ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն, պսիխոգեն) հոգեկան խանգարումների դեպքում:

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՎՏՈՄԱՏԻԶՄԻ (ԿԱՆԴԻՆՍԿԻ-ԿԼԵՐԱՄԲՈՅԻ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Նկարագրվել է ռուս հոգեբույժ Կանդինսկու և ֆրանսիացի հոգեբույժ Կլերամբոյի կողմից: Արտահայտվում է հիվանդի մտքերի, շարժումների, գործողությունների, հոգեկան ողջ գործունեության օտարացմամբ, խորթացմամբ, որոնք ղեկավարվում են դրսից, կողմնակի ուժերի ներգործությամբ:

Բավականին բնորոշ են համարվում հաճախակի հանդիպող կեղծ ցնորքներն ու ստիպողական մտածողությունը: Հիվանդներն իրենց գլխի միջից լսում են զանազան ձայներ, խոսակցություններ: Նրանք հայտնում են իրենց ուղեղում ուրիշի մտքեր ներդնելու, ստիպողական մտքերի առկայության մասին: Հայտնում են, որ իրենց չպատկանող այդ մտքերը, նրանց կամքից անկախ, ստիպողաբար են ընթանում (մենտիզմ), իրենց փոխարեն մեկ ուրիշն է մտածում, նրանց գլխի մեջ պատրաստի մտքեր են ներդրվում, իրենց մտքերը հնչուն են դառնում, և շրջապատի մարդիկ լսում են այն: Հիվանդների մոտ օտարանում են և արտաքին ուժերի կողմից ղեկավարվող են դառնում նաև նրանց շարժումներն ու գործողությունները:

Հոգեկան ավտոմատիզմի վերոհիշյալախտանշանները ուղեկցվում են հետապնդման, ազդեցության զառանցանքներով: Հիվանդները համոզված են, որ իրենք ամբողջովին գտնվում են իրենց հետապնդողների իշխանության տակ, դարձել են մի «ավտոմատ», որի վրա ազդում ու ղեկավարում են զանազան ճառագայթներով, հոսանքներով, գերբնական ուժերով և այլն:

Առանձնացվում են հոգեկան ավտոմատիզմի համախտանիշի հետևյալ տարբերակները.

Իդեատոր (ասոցիատիվ) ավտոմատիզմ: Բնորոշվում է հիվանդի կամքից անկախ, ստիպողական ձևով առաջացող մտքերով ու պատկերացումներով, մտքերի հնչունությամբ, որ իրենց մտքերը, ցանկությունները, հակումները բաց են ու դարձել են ուրիշների սեփականությունը:

Սենսոպատիկ ավտոմատիզմ: Արտահայտվում է հիվանդ-

ների մոտ իբրև թե արհեստականորեն առաջացրած զանազան զգացողություններով (ծակոցներ, այրոցներ, ցավեր և այլն), որոնք հիվանդների կողմից զառանցական մեկնաբանություններ են ստանում։

Կինեսթետիկ (շարժողական) ավտոմատիզմ։ Երբ, ըստ հիվանդների, նրանց շարժումներն ու գործողությունները կորցնում են իրենց պատկանելիությունը, դադարում են նրանց սեփականը լինելուց, դառնում են դրսից ղեկավարվող ու «սարքովի»։

Կինեսթետիկ ավտոմատիզմներից են նաև Սեգլայի կողմից նկարագրված խոսակցական (վերբալ) այն կեղծ ցնորքները, երբ հիվանդը համոզված է, որ արտաքին ուժերի ազդեցության տակ իր կամքից անկախ լեզուն և շրթունքները շարժվում ու խոսքեր են արտասանում։

Հոգեկան ավտոմատիզմի (Կանդինսկու-Կլերամբոյի) համախտանիշը հիմնականում դիտվում է շիզոֆրենիայի, իսկ ավելի հազվադեպ հոգեկան այլ հիվանդությունների դեպքում։

ՊԱՐԱՖՐԵՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Արտահայտվում է տրամադրության էյֆորիկ ֆոնի վրա ընթացող ֆանտաստիկական բնույթի անհեթեթ մեծամոլական, հետապնդման, ազդեցության զառանցական մտքերով։ Հիվանդները ինքնագոհ են, երջանիկ, իրենց համարում են «տիեզերքի տիրակալներ», «աշխարհը վերափոխողներ»։ Հայտնում են, որ իրենք օժտված են արտակարգ ուժով, ամենակարող են, տիրապետում են աշխարհի բոլոր լեզուներին։ Գտնում են, որ նրանք ստեղծված են մարդկության ճակատագիրը որոշելու։

Հաճախ հանդիպում են կեղծ և իսկական ցնորքներ։ Տիեզերքից եկող ձայներ են լսում, նրանց հետ կապի մեջ մտնում։ Այդ բոլորը կարող են ուղեկցվել ֆանտաստիկական բնույթ կրող կեղծ հիշողություններով։ Պատմում են այլ մոլորակների վրա ապրող էակների, մահացած մեծանուն մարդկանց հետ իրենց ունեցած հանդիպումների մասին։

Պարաֆրեն համախտանիշը կարող է հանդիպել շիզոֆրենիայի, օրգանական պսիխոզների (պրոգրեսիվ պարալիզ, ծերունական պսիխոզ և այլն) դեպքերում։

ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

Շարժողական խանգարման համախտանիշները հանդես են գալիս երկու իրար հակադիր ձևերի ձևով՝ զրգռվածություն և ընդարմություն (ստուպոր)։

Կատատոնիկ գրգռվածությունը արտահայտվում է անիմաստ խոսքերի ու աննպատակ շարժումների միօրինակ կրկնողությամբ, ժամանակ առ ժամանակ անսպասելի ու չգիտակցված իմպուլսիվ գործողություններով (հանկարծակի ցատկել, հարվածել, կոտրել, իրեն վնասել և այլն)։ Հիվանդները գտնվում են աննպատակ, քաոսային, հաճախ նույնատիպ (ստերեոտիպ) բնույթի գրգռված վիճակում։ Ամեր շարունակ անկապ ու անհասկանալի խոսելը, մտքերի ճեղքվածությունը, ինչպես դիմացինի, այնպես էլ իրեն արտասանած բառերի միօրինակ կրկնությունը (էխոլալիա, վերբիգերացիա) ամենահաճախ հանդիպող ախտանշաններից են։ Խիստ բնորոշ է համարվում նաև ծայրանդամների միօրինակ թափահարումը, մարմնի գալարումներն ու սեթևեթ շարժումները, դիմացինի դիմախաղերի ու շարժումների կրկնողությունը (էխոմիմիա, էխոպրաքսիա), աննպատակ ինքնավնասումները (մազերի միօրինակ պոկում, մաշկի ճանկռոտում և այլն)։

Հեբեֆրենիկ գրգռվածությունը բնորոշվում է անմիտ, հիմարավուն վարքով։ Շարժողական և խոսակցական գրգռվածությունն ուղեկցվում է անհեթեթ կեցվածքներով, ոստյուններով ու ծամածռություններով, ինչպես նաև մտածողության ճեղքվածությամբ, անբովանդակ, ինքնաստեղծ բառերի արտասանությամբ (նեոլոգիզմ) և այլն։ Աչքի են զարնում հակումների խանգարումները և անձի զարգացող քայքայումը։ Հանդիպում է շիզոֆրենիայի նույնանուն ձևի դեպքում։

Մանիակալ գրգռվածության նկարագրությունը տե՛ս գլուխ 3-ում. «Մանիակալ համախտանիշ»։

Դելիրիումային և ամենտիվ գրգռվածությունները նկարագրված են «Հոգեախտաբանական համախտանիշներ» գլխում. դելիրիում, ամենցիա։

Կատատոնային ստուպորը (ընդարմացումը) *այնպիսի վիճակ է, որի դեպքում շարժումները կաշկանդված են, դեմքը՝ անարտահայտիչ, դիմականման։ Այդ վիճակում հիվանդները չեն խոսում (մուտիզմ), մարկանային տոնուսը բարձրացած է, դիտվում է մոմանման ճկունության (կատալեպսիա) ախտանշանը, երբ հիվանդը երկար ժամանակ մնում է միևնույն դիրքում, Դյուպրեի «Օդային բարձի ախտանշանը», երբ մահճակալին պառկած հիվանդի գլուխը բարձրացնելիս կամ գլխի տակից բարձը հանելիս երկար ժամանակ այն մնում է օդում, նեգատիվիզմ, որը կարող է լինել պասիվ (հիվանդը հանձնարարությունները չի կատարում, դիմադրում է) և ակտիվ (հիվանդը անմիտ ձևով ամեն ինչ կատարում*

Նկ. 7. Մոմանման ճկունություն:

Նկ. 8. Գլխանոցի ախտանշան:

է՝ առաջադրվածին հակառակ)։ Դիտվում է նաև գլխանոցի ախտանշանը, երբ հիվանդը խալաթով (գլխանոցի նման) փաթաթված անշարժ նստում է, իսկ սաղմնային դիրքի ախտանշանի դեպքում հիվանդը լարված մկաններով երկար ժամանակ սաղմնային դիրք ընդունած նստած է կամ պառկած. կնճիթի ախտանշանի ժամանակ հիվանդի դեպի դուրս ձգված շրթունքները երկար ժամանակ մնում են նույն վիճակում, իսկ Ռավլովի ախտանշանի դեպքում չխոսող և ընդարմացած վիճակում գտնվող հիվանդը զիշերվա քացարձակ լռության պայմաններում ապարդելակվում է, սկսում է շարժվել, ցածր ձայնով տված հարցերին պատասխանել, նույնիսկ ուտել։

Կատատոնիկ համախտանիշի երկու տարբերակ կա.

Լյուցիդային (էֆեկտոր) կատատոնիա, երբ կատատոնիկ ստուպորը ընթանում է պարզ գիտակցության ֆոնի վրա, և հիվանդը այդ վիճակից դուրս գալուց հետո հիշում է այն ամենը, ինչ տեղի է ունեցել նրա շրջապատում (նման հանգամանքում, փաստորեն, արգելակված են լինում կեղևի շարժիչ անալիզատորները)։

Օնեյրոիդ (ռեցեպտոր) կատատոնիա, երբ առաջանում է գիտակցության խանգարում, երազանման ապրումներով, որոնք արտահայտվում են գլխավորապես տեսողական ցնորապատրանքային ֆանտաստիկական զգայախաբությունների։

Դեպրեսիվ ստուպորը դեպրեսիայի ժամանակ հանդիպող ծանր վիճակ է, որի դեպքում շարժողական արգելակումը հասնում է մինչև լրիվ կաշկանդվածության։ Նման դեպքերում հիվանդը դադարում է նաև խոսել, արտաքին գրգիռներին հակազդել։ Կատատոնիկ ստուպորից տարբերվում է դեմքի թախծալի արտահայտությամբ, նեգատիվիզմի, մոմանման ճկունության և շիզոֆրենիայի կատատոնիկ ձևին բնորոշ այլ ախտանիշների բացակայությամբ։ Դեպրեսիվ ստուպորը կարող է հանդիպել մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի և այլ բնույթ կրող դեպրեսիաների ժամանակ։

Պսիխոգեն ստուպորը առաջանում է կյանքին վտանգ սպառնացող աղետներից (երկրաշարժ, ջրհեղեղ, հրդեհ, ռմբակոծություն, տրանսպորտային ծանր վթար), հարազատի անսպասելի մահից և այլն։ Արտահայտվում է անակնկալ առաջացող արգելակմամբ ու խոսելու անկարողությամբ (մուտիզմ)։ Այդ վիճակում նույնիսկ մահացու վտանգի դեպքում մարդը չի կարողանում շարժվել ու փրկվել վտանգից։ Հոգեկան ստրեսի բնույթից կախված, հիվանդի դեմքը համապատասխանաբար կարող է արտահայտել սարսափ, թախիծ կամ հուսահատություն, իսկ երբեմն էլ՝ հուզական պարալիզ, երբ շրջապատում տեղի ունեցող երևույթներին անձը չի հակազդում՝ դրսևորելով լրիվ անտարբերություն։ Այդ բոլորն ուղեկցվում է վեգետատիվ երևույթներով (դեմքի գույնի փոփոխություն, երակազարկի արագացում, քրտնարտադրություն)։

Պսիխոգեն ստուպորը տևում է կարճ (մի քանի րոպեից մինչև ժամեր)։ Գիտակցության նեղացման հետևանքով առկա է մասնակի կամ լրիվ ամնեզիա։

Ստուպորային վիճակների դեպքում ախտորոշիչ կարևոր նշանակություն ունի ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակումը, որի ժամանակ ի հայտ են գալիս հիվանդությանը բնորոշ ախտանշաններ։

ԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

Գիտակցության խանգարման առավել տարածված համախտանիշներից մեկը շշմածությունն է։

Շշմածությունը բնորոշվում է ընկալման և իմաստավորման հստակության խանգարմամբ, կողմնորոշման դժվարությամբ։ Հիվանդները հարցերը հասկանում են դժվարությամբ, երբեմն հարցը մի քանի անգամ կրկնելուց հետո (արտաքին աշխարհից եկող գրգիռների ընկալման

շեմքի բարձրացման հետևանքով), պատասխանները ուշացած են, ցածրաձայն, հոմառոտ։ Հանձնարարությունները կատարում են մասնակիորեն, ուշացումով, դանդաղ։ Ամեն ինչի նկատմամբ անտարբեր են, ըզգացմունքները՝ թոշոմած, հայացքը՝ մտամոլոր ու անխմաստ։ Ուշադրությունը ցրված է, դժվար է հնարավոր լինում կենտրոնացնել։ Հիշողությունը թուլացած է, մտապահումն ու վերհիշելը՝ խիստ դժվարացած։ Հիվանդները որոշ չափով արգելակված են, ոչնչով չեն զբաղվում ու չեն հետաքրքրվում։

Շշմածության թեթև աստիճանը կոչվում է օբնուբիլացիա (հուն. nubes— ամպ)։ Այս դեպքում գիտակցությունը ժամանակ առ ժամանակ կարճատև մշուշապատվում ու նորից պարզվում է (նման այն բանին, երբ ամպերի մի կույտ կարճ ժամանակով՝ վայրկյաններ, բոպեներ արևը փակում է ու մշուշապատում)։

Շշմածության առավել ծանր աստիճանը սոպորն է, որի ժամանակ հիվանդները դառնում են անշարժ, ոչ մի հարց չեն հասկանում ու չեն պատասխանում, կողմնորոշումը լրիվ բացակայում է։ Նրանք ուժեղ գրգիռներին տալիս են թույլ ու կարճ ռեակցիաներ, իսկ սովորական գրգիռներին ոչ մի պատասխան չեն տալիս։

Ավելի ծանր դեպքերում կարող է դիտվել կոմա, որը համարվում է շշմածության ամենածայրահեղ աստիճանը։ Հիվանդը գտնվում է լրիվ անգիտակից վիճակում, բոլոր ռեֆլեքսները, սոպորին հակառակ, բացակայում են։ Այդ վիճակում առաջանում են սիրտ-անոթային և շնչառական զանազան խանգարումներ։ Կոմա կարող է առաջանալ գանգուղեղային վնասվածքների, թունավորումների, ուրեմիայի, հիպեր-հիպոգլիկեմիայի ժամանակ։

Շշմածության տևողությունը տարբեր է (վայրկյաններից մինչև բոպեներ, ժամեր և օրեր)։ Հանդիպում է ինտոքսիկացիաների, ինֆեկցիաների, սիմպատոմատիկ այլ պսիխոզների, ուղեղի օրգանական հիվանդությունների (վնասվածքներ, ուռուցքներ, անոթային խանգարումներ և այլն) դեպքում։

ԴԵԼԻՐԻՈՒՄ

Բնորոշվում է գիտակցության մթագնմամբ, կողմնորոշման (տեղի, ժամանակի, շրջապատի, իրադրության) խանգարմամբ։ «Ես»-ի կողմնորոշումը պահպանված է։ Հիվանդները հարցերը հասկանում են ոչ լրիվ, պատասխանները հաճախ կցկտուր են ու ոչ ստույգ։ Առաջին պլա-

նի վրա հանդես են գալիս առավելապես տեսողական վառ ու առատ ցնորապատրանքային զգայախաբեություններ։ Հիվանդները տեսնում են մանր ու մեծ, ամենատարբեր ձևի ու գույնի կենդանիներ, հրեշներ, գազաններ, մարդիկ, որոնք նրանց մոտ վախ ու սարսափ են առաջացնում։ Երբեմն հետաքրքրությամբ կամ սարսափած հայացքով նայում են, ոչ հազվադեպ լսում ձայներ, պատասխանում նրանց։ Դիտվում են նաև կտրտված բնույթի զառանցական մտքեր։ Հիվանդները դառնում են այդ բոլորի ակտիվ մասնակիցը։ Նրանք պաշտպանվում են, թաքնվում, հարձակվում, փախչում, այդ բոլորն ուղեկցելով բղավոցներով, հայհոյանքներով, սպառնալիքներով՝ ստեղծելով հոգեշարժական արտահայտված գրգռված վիճակ։ Երեկոյան ժամերին հիվանդների վիճակը ավելի է ծանրանում, բոլորովին չեն քնում։

Դելիրիումային վիճակը կարող է տևել ժամերից մինչև օրեր, երբեմն ուղեկցվելով գիտակցության կարճատև պարզեցումներով ու հանդարտեցմամբ, վերջանում է մասնակի ամնեզիայով։

Հանդիպում են դելիրիումի ատիպիկ երկու տարբերակները.

Փնթփնթան կամ մեղմ («մուսիտիրային») դելիրիում, երբ գրգռվածությունն արտահայտված չէ ու սահմանափակվում է անկողնու սահմաններում։ Հիվանդը պառկած կամ նստած, ձեռքերով ու ոտքերով ինչ-որ չկոորդինացված շարժումներ է կատարում, քաշում, ճմրթում, այդ բոլորն ուղեկցելով ցածրաձայն ինչ-որ փնթփնթոցներով, սնհասկանալի ու անկապ խոսքեր ու բառեր արտասանելով։

Մասնագիտական («պրոֆեսիոնալ») դելիրիում, երբ ցնորքների բնույթը և հիվանդի վարքը արտահայտում է նրա աշխատանքային ու մասնագիտական գործողությունը։ Օրինակ, ավտովարորդը փորձում է մեքենա է վարում, դերձակը կար է անում և այլն։

Դելիրիումային համախտանիշը հանդիպում է ինտոքսիկացիաների, ինֆեկցիաների, սիմպտոմատիկ այլ պսիխոզների դեպքում։

ԱՄԵՆՑԻԱ

Արտահայտվում է գիտակցության ավելի խոր խանգարմամբ (շըփոթ վիճակ)։ Հիվանդները հարցերը չեն հասկանում և չեն պատասխանում։ Կողմնորոշումը ինչպես տեղի, ժամանակի, շրջապատի և իրադրության, այնպես էլ իրենց «ես»-ի նկատմամբ լրիվ խանգարված է։ Նրանք կարողանում են ընկալել միայն շրջապատի առանձին երևույթ-

ները, այն էլ՝ խիստ կցկտուր ու թերի, սակայն դրանք համադրել ու հասկանալ չեն կարողանում։

Հիվանդության կլինիկական պատկերում առաջին պլանի վրա հանդես է գալիս մտածողության (ասոցիացիաների) անկապությունը։ Նման վիճակում հիվանդները անընդհատ խոսում են, սակայն գիտակցության խանգարումն այնքան խորն է, որ չկապակցված առանձին բառերից բացի, քերականորեն կապակցված ոչ մի միտք չեն կարողանում արտահայտել։ Անվերջ ու առանց ընդհատումների արտասանվող այդ բառերը երբեմն այնքան բազմազան են լինում ու անկապ, որ առաջացնում են մի վիճակ, որ կոչվում է «բառային խառնաբղդոշ»։ Միաժամանակ դեմքի մոլորված ու անօգնական հայացքով շուրջն են նայում, չըհասկանալով, թե ինչ է կատարվում շրջապատում և իրենց հետ։

Բավականին հատկանշական է հուզական ոլորտի անկայունությունը, որն արտահայտվում է տրամադրության հանկարծակի փոփոխություններով։ Բարձր և ուրախ քրքիջները, դրանցից բխող բառերի անկապ շարանը հանկարծ ընդհատվում է ու փոխվում լացի ու արցունքների։

Նման դեպքերում ամենտիվ համախտանիշը ընթանում է շարժողական գրգռվածությամբ, որը սահմանափակ բնույթ է կրում։ Նման վիճակում գտնվող հիվանդները անկողնու սահմաններում ձեռքերով ու ոտքերով միատեսակ անվերջ շարժումներ են կատարում, վեր ու վար են նետվում, ձգվում, ծռմռվում, ծախսելով հակայական էներգիա, որ երբեմն աղետալի վախճանի է հասցնում։

Չնայած ցնորքներն ու զառանցական մտքերը բնորոշ չեն այս համախտանիշին, բայց երբեմն կարող են հատուկենտ ձևով դիտվել, ունենալով կորտված բնույթ։

Ամենցիան երբեմն (հատկապես երեկոյան ժամերին) կարող է ընթանալ դելիրիումի դրվագներով (տեսողական ցնորքների ու պատրանքների առկայությամբ)։ Այս համախտանիշի տևողությունը երկար է՝ շաբաթներ ու ամիսներ։ Այն վերջանում է լրիվ ամնեզիայով (հիվանդները ոչինչ չեն հիշում անցկացրած հիվանդագին վիճակի մասին), հետագա ծանր ու երկարատև ասթենիայով։

Ամենտիվ համախտանիշը հանդիպում է սոմատիկ, ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում, հետծննդյան սեպսիսի ժամանակ։

Գիտակցության երազանման, մթագնած վիճակ է, որ հիմնականում ուղեկցվում է ցնորազառանցանքային ֆանտաստիկական զգայախաբուությունների։

Այդ վիճակում գտնվող հիվանդը իրականությունից կտրված, երազային վիճակ ապրող մարդու է նմանվում, որին հարց տալիս կարծես թե սթափվում է, պատասխանում ու անմիջապես նորից խորասուզվում իր ֆանտաստիկական անրջային աշխարհի մեջ։ Հիվանդի սթափման այդ վիճակը նույնպես ձևական բնույթ է կրում, քանի որ նա իրեն պահում է խիստ պասիվ, հարցերին պատասխանում է կարծես թե քնի մեջ։

Բնորոշ է համարվում այն, որ հիվանդներն իրենց ապրումներով դառնում են այդ պատրանքացնորային իրադարձությունների անմիջական մասնակիցը (մինչդեռ արտաքնապես նրանք մնում են անշարժ կամ երբեմն դրսևորում են թեթև գրգռվածություն), նրանք հայտնում են, որ «ճախրում են տիեզերքում, միջմոլորակային թռիչքներ են գործում, մասնակցում են պատերազմների, ծովային ճանապարհորդություններ են կատարում, կռվում ծովահենների դեմ» և այլն։ Մեր հիվանդներից մեկը շարունակ լուսնին էր նայում ու երանավետ ժպտում, ասելով, որ այնտեղ տեսնում է անտառներ, աղբյուրներ, մարգագետիններում արածող սպիտակ ոչխարների հոտեր։ Մի այլ հիվանդ պատի վրա կախված նկարը ընկալում էր որպես մի համայնապատկեր, որտեղ հակառակորդ բանակները ճակատամարտի էին պատրաստվում։ Հիվանդների աչքերի առջև հաջորդաբար փոխվում են այդ պատկերները, որտեղ իրականը, պատրանքայինն ու ցնորայինը խառնվում են, դառնալով միահյուսված մի ամբողջություն։ Հիվանդի մոտ առկա է լինում նաև երկակի կողմնորոշում։ Ցնորապատրանքային ֆանտաստիկական ապրումներով հանդերձ նա գիտակցում է, որ գտնվում է հիվանդանոցում, խոսում է բժշկի հետ, ճանաչում է իրեն շրջապատող հիվանդներին, ռեալ իրականությունը կարողանում է ճիշտ գնահատել։ Նման վիճակները երբեմն դիտվում են առողջ մարդկանց մոտ երազների ժամանակ, այդ պատճառով էլ այս վիճակը պատկերավոր անվանում են «երազ արթուն վիճակում»։

Օնեյրոիդ խանգարման ժամանակ դիտվում են նաև զառանցական մտքեր։ Նման դեպքում հիվանդների կողմից շրջապատի իրադարձությունները մեկնաբանվում են զառանցանքային ձևով։ Շրջապատի մարդկանց արարքները, շարժումները, հայացքները հիվանդների կողմից հա-

ճախ ընկալվում են արտասովոր, խրթին ձևով, ստանալով հատուկ նշանակություն ու նպատակ։ Հիվանդները շրջապատի մարդկանց խոսակցությունների մեջ որսում են միայն իրենց համար հասկանալի ինչ-որ իմաստ։ Ոչ հազվադեպ մարդկանց փոխված են տեսնում, ծանոթներին ընդունելով որպես անծանոթ, իսկ անծանոթներին որպես ծանոթ (դրական և բացասական նմանակի ախտանիշ)։ Նրանք գտնում են, որ երբեմն նույն մարդը հանդես է գալիս տարբեր դիմակներով (Ֆրեգոլի ախտանշան), կամ անընդհատ փոփոխվում է շրջապատող իրականությունը (ինտերմետամորֆոզի զառանցանք)։ Վերոհիշյալ ախտանշանների համակցումը արտահայտում է Կապգրայի համախտանիշի կլինիկական պատկերը։

Օնեյրոիդ խանգարման դեպքում ամնեզիա չի լինում կամ այն կրճատում է մասնակի բնույթ։

Այս համախտանիշը հանդիպում է շիզոֆրենիայի, էպիլեպսիայի, ինտոքսիկացիաների, գլխուղեղի օրգանական հիվանդությունների ժամանակ։

ԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՄԹՆՇԱՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿ

Գիտակցության մթագնման յուրատեսակ ձև է, որ բնորոշվում է գիտակցության հանկարծակի նեղացմամբ, կողմնորոշման խանգարմամբ, շրջապատի ընկալման դժվարությամբ։ Այդ վիճակում գտնվող հիվանդը համեմատվում է այն մարդու հետ, որն արտաքին աշխարհը կարծես թե ընկալում է նեղ ու երկար միջանցքի կամ խողովակի միջից, տեսնելով միայն որոշակի հատված, սակայն բոլորովին չնկատելով շրջապատի իրադրությունը։

Մթնշաղային վիճակն արտահայտվում է գիտակցության կողմից չվերահսկվող պարզ կամ բարդ զանազան գործողություններով, այլ դեպքերում՝ վախով, թախիծով, չարությամբ ու ագրեսիվ հակումներով ղեկավարված ցնորքներով, զառանցական մտքերով և հոգեշարժական գրգռվածությամբ։

Մթնշաղային վիճակը սկսվում և վերջանում է հանկարծակի՝ տևելով ոչ երկար (րոպեներից մինչև ժամեր, երբեմն՝ նաև օրեր), հետագա լրիվ ամնեզիայով։

Առանձնացվում են գիտակցության մթնշաղային վիճակի հետևյալ տարբերակները, որոնք ընթանում են առանց ցնորքների և զառանցանքների։

Ամբուլատոր ավտոմատիզմ. արտահայտվում է մեխանիկորեն կատարվող շարժումների ու գործողությունների ձևով, որի ժամանակ հիվանդը բոլորովին հաշիվ չի տալիս իրեն։

Ֆուգան կարճատև ամբուլատոր ավտոմատիզմ է, որի ժամանակ հիվանդը անսպասելի սկսում է վազել կամ մի քանի անգամ պտտվել իր առանցքի շուրջը, վերջանալուց հետո ոչինչ չհիշելով կատարվածի մասին։

Տրանսի դեպքում հիվանդը կատարում է ավելի բարդ գործողություններ, տնից դուրս է գալիս ու թափառում քաղաքում, ճանապարհորդում է, մի քաղաքից մյուսն է գնում, արտաքուստ ցուցաբերելով կանոնավոր վարք։ Գիտակցությունը պարզվելուց հետո ոչինչ չի հիշում կատարվածի մասին։

Գիշերաշրջություն (լուսնոտություն). հիվանդը գիշերը վեր է կենում, ման գալիս, կատարում որոշ գործողություններ ու նորից վերադառնում իր անկողինը կամ էլ հենց քնում է որտեղ պատահի, ոչինչ չհիշելով կատարվածի մասին։

Գիտակցության մթնշաղային վիճակները դիտվում են էպիլեպսիայի, ինֆեկցիաների, գանգուղեղի օրգանական հիվանդությունների, մասնավորապես գանգուղեղային վնասվածքների, ուռուցքների, պսիխոգեն (հիստերիկ) ռեակցիաների ժամանակ։

ՑՆՑՈՒՄԱՑԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

Տե՛ս գլուխ 14 և 20 (Էպիլեպսիա և հիստերիկ նևրոզ)։

ԿՈՐՍԱԿՈՎՑԱՆ (ԱՄՆԵՍՏԻԿ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Բնորոշվում է հիշողության խանգարմամբ, որ հիմնականում արտահայտվում է հոգեախտաբանական ախտանշանների երրորդությամբ (ֆիքսացիոն ամնեզիա, պսևդոռեմինիսցենցիա, կոնֆաբուլյացիա, ռետրոգրադ ամնեզիայի երևույթներ)։

Ֆիքսացիոն ամնեզիան արտահայտվում է հատկապես ընթացիկ դեպքերի մտապահման խանգարմամբ։ Հիվանդները հանձնարարված նույնիսկ 2—3 թվանշանները շուտ մոռանում են, չեն կարողանում գրտնել իրենց պալատը, մահճակալը, չեն հիշում բուժանձնակազմին, չգիտեն ինչ են կերել, միևնույն մարդուն բարևում են օրը մի քանի անգամ։ Ապակողմնորոշումը տարածվում է նաև ժամանակի ու տեղի վրա.

չգիտեն տարվա ամիսը, ամսաթիվը, իրենց գտնվելու վայրը։ Այդ բոլորով հանդերձ հիվանդները որոշ չափով հիշում են մինչ հիվանդությունը տեղի ունեցած դեպքերը, տարեթվերը, ձեռք բերած գիտելիքներն ու կյանքի փորձը։

Մտապահման վերոհիշյալ խանգարումները զուգակցվում են կեղծ հիշողություններով, երբ հիվանդները հիշողության բացը ինքնաբերաբար լրացնում են իրենց կյանքում տեղի ունեցած դեպքերի նկարագրություններով (պսևդոռեմինիսցենցիա) կամ մտածածին ու հնարովի պատասխաններով (կոնֆաբուլյացիա)։

Կորսակովյան (ամնեստիկ) համախտանիշը հանդիպում է ալկոհոլային պսիխոզի (կորսակովյան պոլինևրիտային պսիխոզ), գանգուղեղի օրգանական ախտահարումների (ուռուցքներ, ծերունական պսիխոզ, ծանր ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն պսիխոզներ) դեպքում։

ԲԱՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ (ԻՆՏԵԼԵԿՏԻ) ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

Բանականության խանգարման համախտանիշները արտահայտվում են երկու ձևով՝ բնածին (սակավամտություն) և ձեռքբերովի (թուլամտություն)։

Թուլամտություն (դեմենցիա) առաջանում է ուղեղի դիֆուզ բնույթի օրգանական այս կամ այն հիվանդության դեպքում, երբ գիտելիքներ ու կյանքի փորձ ձեռք բերած մարդու մոտ բանականությունը աստիճանաբար սկսում է փլվել, հասնելով երբեմն մինչև խոր և անվերադարձ թուլամտության։

Թուլամտություն առաջացնող բազմաթիվ պատճառների թվում կարելի է հիշատակել գանգուղեղի ծանր վնասվածքները (վնասվածքային թուլամտություն), գանգուղեղի ապաճային ծագում ունեցող Պիկի և Ալցհեյմերի հիվանդությունները (օրգանական թուլամտություն), ուղեղային աթերոսկլերոզը (աթերոսկլերոզային թուլամտություն), հասակային հետզարգացման պսիխոզները (ծերունական թուլամտություն), էպիլեպսիան (էպիլեպսային թուլամտություն), շիզոֆրենիան (շիզոֆրենային թուլամտություն), պրոգրեսիվ պարալիզը (պարալիզային թուլամտություն) և այլն (տե՛ս համապատասխան հիվանդությունները)։

Թուլամտությունը կարող է լինել ընդհանուր կամ ամբողջական («տոտալ») և մասնակի կամ օջախային («պարցիալ»)։

Ընդհանուր կամ ամբողջական («տոտալ») թուլամտության դեպքում հիվանդների ձեռք բերած թե՛ գիտելիքները և թե՛ կյանքի փորձը առաջընթաց ձևով նվազում է։ Նրանց հիշողությունը թուլանում է, մտավոր գործունեությունը խանգարվում, դատողություններ և մտահանգումներ անելը խիստ դժվարանում է։ Աստիճանաբար հիվանդների մոտ նախկինում ձեռք բերված գիտելիքներից շատ քիչ բան է մընում կամ բոլորովին ոչինչ չի մնում։ Կորցնում են քննադատական վերաբերմունքը թե՛ իրենց հիվանդագին վիճակի և թե՛ շրջապատի նկատմամբ։ Նրանց վարքը նույնպես փոխվում է։ Նրանք դառնում են անաշխատունակ, անօգնական և խնամքի ու հսկողության կարոտ։

Մասնակի կամ օջախային («պարցիալ» կամ «լակունար») թուլամտությունը զարգանում է ի հաշիվ հոգեկան առանձին ֆունկցիաների խանգարման (հիմնականում հիշողություն և ուշադրություն)։ Դրա ցայտուն օրինակ կարող է ծառայել ատերոսկլերոզային թուլամտությունը, երբ հիվանդների մոտ ընթացիկ դեպքերի մտապահման ունակությունը խիստ փչնում է (ֆիքսացիոն ամնեզիա)։ Հիշողության այդ թուլությունը հանգեցնում է այն բանին, որ հիվանդների աշխատունակությունը տուժում է, նրանք դժվար են կենտրոնանում, մտածում ու գործում։ Շատ հաճախ հիվանդներն զգում են իրենց անկարողությունը, այն քննադատորեն են ընդհատում և օգնություն են հայցում։

Մասնակի կամ օջախային թուլամտությունը հանդիպում է ատերոսկլերոզի կրիզներով և արյունազեղումներով ընթացող հիպերտոնիկ ծանր հիվանդությունների, գանգուղեղի ուռուցքների և վնասվածքների, սիֆիլիսի դեպքում։

Սակավամտություն. կլինիկական նկարագրությունը տե՛ս գլուխ 2-ում. (Բանականության խանգարումներ) և գլուխ 24-ում։

ԱՊԱԹԻԿՈ-ԱԲՈՒԼԻԿ (ԱՆՏԱՐԲԵՐԱԿԱՄԱԶՐԿԱՑԻՆ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Արտահայտվում է անտարբերությամբ (ապաթիա) և թորշմածությամբ։ Հիվանդները դառնում են մեկուսացած, ոչ մի հետաքրքրություն չեն ցուցաբերում շրջապատի իրադարձությունների, իրենց արտաքինի, իրենց ապագայի, ինչպես նաև հարազատների ու մոտիկների նկատմամբ։ Նշվում է զգայական ակտիվության իջեցում, որ կարող է հասնել մինչև զգայական լրիվ դատարկության։

Անտարբերությանը զուգահեռ զարգանում է նաև կամազրկություն

(աբուլիա)։ Այս դեպքում դիտվում է կամային գործողություններ կատարելու ձգտման, ոչ հազվագեպ նաև բնազդային հակումների (սննդային, ինքնապաշտպանության, սեռական և այլն) բացակայություն։ Բնորոշ է ակտիվության բացակայությունը, ալարկոտությունը, անշարժությունը և սակավախոսությունը։ Հիվանդները չեն ցանկանում աշխատել, իսկ ստիպողաբար աշխատեցնելու դեպքում աշխատում են մեքենայաբար, առանց որևէ հետաքրքրության։ Ապաթիկո-աբուլիկ համախտանիշի օրինակ կարող է համարվել այն, երբ հիվանդը լրիվ անտարբերությամբ է ընդունում իր հարազատներին հասած դժբախտության լուրը։ Ապաթիկո-աբուլիկ համախտանիշը հանդիպում է շիզոֆրենիայի, գանգուղեղային վնասվածքների, ուռուցքների դեպքում։ Այն բնորոշ է դեֆեկտային վիճակներին։

ՊՍԻԽՈՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ (ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈՍԻՆԴՐՈՄ, ԷՆՑԵՖԱԼՈՊԱԹԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ)

Բնորոշվում է գլխուղեղի օրգանական ծանր փոփոխություններով, որոնք հիվանդին դարձնում են ժամանակավոր կամ մշտական անաշխատունակ ու անօգնական։ Այս համախտանիշը հիմնականում արտահայտվում է Վալտեր-Բյուելի կողմից նկարագրված ախտանշանների երրորդությամբ (հիշողության թուլացում, դատողության փչեցում և աֆեկտիվ անկայունություն)։

Պսիխոօրգանական համախտանիշի դեպքում առանձնացվում են հետևյալ տարբերակները։

Ասթենիկ տարբերակն արտահայտվում է ֆիզիկական և հոգեկան թուլությամբ, թոշոմածությամբ, աշխատունակության իջեցմամբ։ Նման հիվանդների մոտ դիտվում է նաև հուզական անկայունություն, հիշողության թուլացում, ուշադրության հյուծվածություն և անկայունություն։

Դյուրաբորբոքային («էքսպլոզիվ») տարբերակի դեպքում աչքի է զարնում դյուրագրգռությունը, աֆեկտիվ անկայունությունը, շրջապատի ընդհանուր նորմերի հետ անհաշտվողականությունը, զայրացկոտությունն ու չարությունը, իսկ զայրույթի պահերին ագրեսիվ վարքի հակվածությունը։

Էյֆորիկ տարբերակը բնորոշվում է տրամադրության բարձրացմամբ, որի ժամանակ հիվանդները անհիմն ուրախ են, երջանիկ ու անհոգ։ Հոգեշարժական աշխուժությունը երբեմն կարող է հասնել մինչև

զրգռվածության։ Քննադատությունը իրենց վիճակի նկատմամբ բացակայում է։

Ապաթիկ տարբերակի դեպքում առկա է հիվանդի կողմից թե՛ իր սեփական անձի և թե՛ նրա շրջապատի նկատմամբ առաջացած անտարբերություն, ալարկոտություն, հետաքրքրության շրջանի նեղացում, աշխատանքի ձգտման բացակայություն։

Պսիխոօրգանական համախտանիշի դեպքում հոգեկան վերոհիշյալախտանշանները ոչ հազվադեպ զուգակցվում են նյարդաբանական օջախային խանգարումներով (աֆազիա, ագնոզիա, գանգուղեղային 12 զույգ նյարդերի կողմից զանազան խանգարումներ և այլն)։

Պսիխոօրգանական համախտանիշը դիտվում է տարբեր ծագում ունեցող էկզոգեն-օրգանական հիվանդությունների դեպքում (ինֆեկցիաներ, գանգուղեղային վնասվածքներ, ուղեղի անոթային խանգարումներ, ուռուցքներ և այլն)։

Գլուխ 4

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հոգեկան հիվանդների հետազոտումը կատարվում է համալիր ձևով (հարցազրույց հիվանդի հետ, անամնեզ, օբյեկտիվ քննություն և հարկլինիկական քննություններ)։

Հիվանդի հետ հարցազրույցը նպատակահարմար է անցկացնել առանձին, քանի որ կողմնակի մարդկանց ներկայությունը շեղում է հիվանդի ուշադրությունը, խանգարում լրիվ արտահայտելու հիվանդագին մտքերն ու հույզերը։

Հարցազրույցի ժամանակ սկզբից ևեթ հիվանդի հետ պետք է ստեղծել անկեղծ հարաբերություններ մթնոլորտ. հարցնել նրա առողջության, ինքնազգացման մասին և հանգիստ ու մեղմ զրույցների միջոցով շահել նրա վստահությունը, որպեսզի նա համոզված լինի բժշկի կողմից իր նկատմամբ ցուցաբերվող ուշադիր ու բարյացակամ վերաբերմունքի մեջ։ Հարցազրույցի ընթացքում, հիվանդի համար աննկատելի ձևով, պետք է ձեռք բերել բժշկի համար կարևորություն ներկայացնող՝ կյանքի վերաբերյալ տվյալներ։

Միաժամանակ ուշադիր պետք է հետևել հիվանդի վարքագծին և լսել նրա գանգատները, որոնք, հիվանդության բնույթից կախված, կա-

լրող են արտահայտվել ամենատարբեր ձևերով։ Որոշ հիվանդներ կարող են ոչ մի գանգատ չարտահայտել կամ ընդհակառակը՝ բազմաթիվ գանգատներ հայտնել, որոնք կապ չունեն իրենց հիվանդության հետ։

Կյանքի անամնեզը, որ հավաքվում է հիվանդից, միշտ չէ, որ լիարժեք և ստույգ է լինում, կամ նույնիսկ միշտ չէ, որ հիվանդը կարողանում է իր մասին անամնեստիկ տեղեկություններ հաղորդել։ Երբեմն նա կոնտակտի համար բոլորովին անմատչելի է լինում։ Այդ պատճառով էլ հոգեբուժության մեջ գոյություն ունի անամնեզի երկրորդ տարբերակը (հավաքված հիվանդի հարազատներից, պաշտոնակիցներից և նրան լավ ճանաչող մարդկանցից), որ կոչվում է օբյեկտիվ անամնեզ։ Օբյեկտիվ անամնեզը երբեք հիվանդի ներկայությամբ չի կարելի հավաքել։

Կյանքի անամնեզը սկսվում է հիվանդի ժառանգականության մասին հավաքված տեղեկություններով։ Հարազատների կամ ազգականների մոտ հոգեկան հիվանդությունների առկայության դեպքում անպայման պետք է պարզել, թե երբ և ինչպիսի հիվանդություն է եղել։

Անամնեզում անհրաժեշտ է մանրամասն տեղեկություններ ստանալ հիվանդի մոր հղիության և ծննդաբերության, ինչպես նաև հիվանդի մանկական հասակի մասին (ֆիզիկական և հոգեկան զարգացում, կրած հիվանդություններ)։ Պետք է պարզել նախադպրոցական և դպրոցական տարիների յուրահատկությունը, ուսման առաջադիմությունը, կյանքի հետագա տարիների ընթացքը։ Հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել սեռական հասունության շրջանի վրա, քանի որ հորմոնային վերակառուցման այդ շրջանում հոգեկան խանգարման նշանները հաճախ են դրսևորվում։

Տեղեկություններ պետք է հավաքել նաև հիվանդի՝ բանակի ծառայության, աշխատանքային գործունեության (աշխատանքային կարգապահություն, կոլեկտիվի հետ ունեցած փոխհարաբերություն, տույժեր, խրախուսանքներ) վերաբերյալ։

Ընտանեկան կյանքի հարցում պետք է պարզել ամուսնության ժամանակը, սեռական կյանքը և ամուսնական փոխհարաբերությունները, հղիությունների և ծննդաբերությունների քանակը, ընտանիքի անդամների թիվը, նրանց փոխհարաբերությունները։

Ուշադրություն պետք է դարձնել կրած հիվանդությունների, ինչպես նաև մնասակար սովորությունների (ծխել, խմել և այլն) վրա։

Վերջապես պետք է պարզել հիվանդի անձի նախահիվանդային վիճակը, բնավորության գծերը (մարդամոտություն, ինքնամփոփություն,

անհաշտվողականություն, գյուրագրգռություն և կռվարարություն, կասկածամտություն, թուլակամություն կամ կամազրկություն, տրամադրության չպատճառաբանված տատանումներ, հեշտ վհատվողականություն կամ դժվարությունները հաղթահարելու կամք և այլն)։

Հիվանդության անամնեզ. հարցազրույցի ժամանակ պետք է պարզել, թե հիվանդության առաջացմանը ինչ դրդապատճառներ են նախորդել, մանրամասն պետք է նկարագրել նևրո-հոգեկան խանգարման առաջին նշանները, վերլուծել ամեն մի ախտանիշ, ժամանակահաջորդական ձևով ցույց տալ հիվանդության ընթացքը՝ հասցնելով այն մինչև հիվանդի հիվանդանոց ընդունվելը։

Եթե մինչև հիվանդանոց ընդունվելը ինչ-որ բուժական միջոցառումներ են կիրառվել, կամ եթե հիվանդը նախկինում բուժվել է հոգեբուժական հիվանդանոցում, անհրաժեշտ է ծանոթանալ նախորդ հիվանդության պատմության կամ նրա քաղվածքի հետ, ցույց տալ, թե ինչ հիվանդանոցում, ե՞րբ և որքա՞ն ժամանակ է բուժվել, և ի՞նչ բուժում է ստացել, ի՞նչ վիճակում է դուրս գրվել, պահպանողական ինչպիսի՞ բուժում է նշանակվել։ Պետք է ցույց տալ նաև, թե հիվանդության սրացումների միջև ընկած ժամանակահատվածում հիվանդը ինչպիսի՞ վիճակում է գտնվել (վարք, աշխատանք, հաշմանդամություն և այլն)։

Կլինիկական օբյեկտիվ քննության տվյալներ։ Սոմատիկ վիճակ. այս դեպքում մինչ օբյեկտիվ զննում կատարելը անհրաժեշտ է նշել հիվանդի գանգատները, ինքնազգացումը։ Այնուհետև պետք է ուշադրություն դարձնել մարմնի կազմվածքի, սնուցման, մաշկային ծածկույթի, տեսանելի լորձաթաղանթների վրա։ Մանրազնին պետք է ստուգել մարմնի վրա սպիների, քերծվածքների, կապտությունների, դաջվածքների առկայությունը։ Պետք է ուշադրություն դարձնել երակազարկի, մարմնի ջերմաստիճանի, զարկերակային ճնշման վրա։

Ներքին օրգանների քննությունը կատարվում է այնպես, ինչպես թերապևտիկ կլինիկաներում՝ սիրտ (սահմանները, տոները, ռիթմը), թոքեր (սահմանները, շնչառության բնույթը), աղեստամոքսային ուղի, լյարդ, փայծաղ և այլն։ Կանանց մոտ՝ դաշտանի մասին տեղեկություններ։

Նյարդաբանական վիճակ. ուսումնասիրվում են բբերի ձևը, մեծությունը, համաչափությունը, բբերի կողմից լույսի հակազդման բնույթը, ակոմոդացիան և կոնվերգենցիան, ակնագնդերի շարժումը, նիստագմ, գանգուղեղային մյուս նյարդերի վիճակը, ջլային ռեֆլեքսները վերին և ստորին ծայրանդամներում (հավասար, անհավասար, բարձ-

բացած, փշած, բացակա)։ Ըմպանային և աչքի շաղկապենային ռեֆլեքսների վիճակը։ Ախտաբանական ռեֆլեքսներ։ Դերմոգրաֆիզմ (կարմիր, վարդագույն, սպիտակ) կայունությունը։ Ռոմբերգի դիրքում մարմնի հավասարակշռության պահպանումը (ձեռքերի մատների դող, կոորդինացիա և այլն)։

Հոգեկան վիճակ. Հոգեկան վիճակը նկարագրելու համար հիվանդին մի քանի օր պետք է մանրազնին հետազոտել ու դիտել, հետևել նրա վարքագծին, շարժուձևին, գործողություններին, խոսակցությանը։ Հոգեկան վիճակը պետք է ընդգրկի հիվանդի հոգեկան գործունեության բոլոր ոլորտները ու կրի նկարագրական բնույթ։

Զրույցի ժամանակ պետք է ուշադրություն դարձնել հիվանդի արտաքին տեսքին, դեմքի արտահայտությանը (անտարբերություն, լարվածություն, սառածություն), աչքերի արտահայտությանը (աշխույժ, խամրած, տագնապալից, թախծոտ, շար), շարժումներին (արագ, ազատ, կտրուկ, վստահ, անկանոն, անբնական, միօրինակ կամ դանդաղ, կաշկանդված և այլն)։ Պետք է ուշադրություն դարձնել նաև խոսելու տոնին և արտասանության ձևին (բարձր, ցածր, դանդաղ, արագ, լացակումած, ալաճուճավոր, սակավախոս, չվանկավորված, ընդհատումներով), շարժողական, զգայական, հուզական երևույթներին, բառապաշարի աղքատացման, ճոռոմության, հանգամայնության, պերսևերացիայի և այլ հարցերի վրա։

Հոգեկան վիճակի նկարագրությունն սկսվում է հիվանդի հետ կոնտակտ հաստատելու մատչելիության հարցից (անմատչելի, դժվար մատչելի)։ Այնուհետև պետք է որոշել հիվանդի գիտակցության պարզությունը։ Այդ նպատակով պետք է ստուգել, թե հիվանդն ինչպես է հասկանում իրեն տրված հարցերը և ինչպիսի՞ պատասխաններ է տալիս (ըստ էության, ստույգ, շեղակի, կցկտուր, անմիտ և այլն)։ Գիտակցության պարզության որոշման չափանիշ է համարվում նաև կողմնորոշումը տեղի, ժամանակի, շրջապատի, իրադրության նկատմամբ՝ որ կոչվում է ալոպսիխիկ կողմնորոշում, և կողմնորոշումը իր անձի նկատմամբ (ազգանուն, անուն, հայրանուն, տարիք, մասնագիտություն)՝ աուտոպսիխիկ կողմնորոշում։

Գիտակցության պարզության տարբեր խանգարումների դեպքում կողմնորոշումը տարբեր ձևով է փոխվում։ Այսպես, օրինակ, գիտակցության շշմածության դեպքում կողմնորոշումը լինում է դժվարացած։ Հիվանդները, որպես օրենք, անգործության են մատնված, անօգնական են ու սակավաշարժ։ Հարցերին պատասխանում են ուշացումով, կարճ,

կոնտակտին՝ դժվարամատչելի։ Դելիրիումային բնույթի խանգարման դեպքում չնայած ալոպսիխիկ կողմնորոշումը խանգարվում է, սակայն աուտոպսիխիկ կողմնորոշումը պահպանված է։ Հիվանդները գտնվում են տագնապալից, շարժողական անհանգստության մեջ, ընդ որում նրբանց վարքը պայմանավորված է պատրանքացնորային զգայախաբուբյուններով։ Ամենտիվ բնույթի խանգարման դեպքում թե՛ ալոպսիխիկ և թե՛ աուտոպսիխիկ կողմնորոշումը խանգարվում է։ Այդ վիճակում հիվանդները ի վիճակի չեն ըմբռնելու շրջապատի իրադրությունը։ Նրանք գտնվում են շփոթ ու շվարած վիճակում։ Խոսքը անկապ է, շարժումները անտրամաբանական ու քաոսային։ Ավելի բարդ է օնեյրոիդ համախտանիշի ախտորոշումը, քանի որ հիվանդներն այդ վիճակում սովորաբար լրիվ անշարժ են ու անխոս, հաճախ գտնվելով երազանման վիճակում։ Նման դեպքերում պետք է ուշադիր հետևել հիվանդների դիմախազին և վարքին (զարմանք, զմայլանք և այլն), որը պայմանավորված է նրանց պատրանքացնորային ֆանտաստիկական զգայախաբուբյուններով։ Գիտակցության մթնշաղային վիճակի դեպքում գիտակցության նեղացման և կողմնորոշման խանգարման ֆոնի վրա դիտվում է արտահայտված լարվածություն՝ ուղեկցված վախի, շարության, ցասման աֆեկտիվ, ագրեսիվ և ավերիչ գործողություններով։ Մթնշաղային վիճակին բնորոշ է հանկարծակի սկիզբը, կարճատևությունը (ժամեր, օրեր) և կատարվածի վերաբերյալ անհիշությունը։

Ընկալման ֆունկցիայի նկարագրության դեպքում պետք է նշել, թե հիվանդի մոտ չկա՞ն, արդյոք, պատրանքացնորային զգայախաբուբյուններ։ Պատրանքների և ցնորքների մասին պետք է հարցնել հիվանդին։ Սակայն միշտ չէ, որ նա հայտնում է իր ունեցած զգայախաբուբյունների մասին։ Այստեղ բժշկին օգնության է հասնում հիվանդի վարքի օբյեկտիվ դիտողությունը։ Այսպես, օրինակ, լսողական ցնորքների դեպքում հիվանդը բամբակով կամ ձեռքով փակում է ականջները, ականջ դնում ինչ-որ ձայների, պատասխանում է դրանց, վիճաբանում, երբեմն դրանց ուղղված հայհոյանքներ տալիս և այլն։ Լսողական ցնորքների բնույթը որոշելու համար հիվանդին պետք է հարցնել, թե որտեղից է լսում ձայները՝ դրսի՞ց, թե գլխի միջից, այդ ձայները ծանո՞թ են, թե՞ անծանոթ, տղամարդո՞ւ են, թե կանացի, ինչի՞ մասին են խոսում։

Տեսողական ցնորքների դեպքում, ցնորքների բնույթից կախված, հիվանդը սևեռուն հայացքով մի կողմ է նայում, որտեղ ոչինչ չկա, որ գրավի նրա ուշադրությունը։ Այդ դեպքում հիվանդը աչքերը չռած, սար-

սափահար նայում կամ փակում է աչքերը, թաքնվում կամ պայքարի մեջ է մտնում տեսիլքների հետ և այդ բոլորն ուղեկցվում է հոգեշարժական գրգռվածությամբ։ Կարևոր է հիվանդին հարցնել ու պարզել, թե նա ինչ է տեսնում, ինչպիսին են այդ տեսիլքների ձևերը, նրանց տեղակայումը, գունավորումը, ցայտունությունը և յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում հիվանդի ցուցաբերած ռեակցիան։

Համի, հոտի ցնորքների դեպքում հիվանդները տհաճ հոտեր են զգում, անընդհատ հոտ են քաշում, քթանցքներն են փակում, սննդից են հրաժարվում, աշխատում են օդանցքները բացել։ Համի ցնորքների դեպքում ամեն ինչից վատ համեր են զգում, հաճախ բերանն են ողողում։

Ցնորքների դեպքում պետք է նշել դրանց իսկական կամ կեղծ, դրրվագային կամ մշտական լինելը։ Պետք է նշել նաև հիվանդի վերաբերմունքը իր ունեցած զգայախաբությունների նկատմամբ (հույզային, անտարբեր, քննադատական)։

Պետք է ստուգել նաև հոգեզգայական (պսիխոսենսոր) խանգարումների առկայությունը (սենեստոպաթիա, այլաձևություն (մետամորֆոպսիա), մարմնի սխեմայի խանգարում)։

Հիշողության ֆունկցիայի ստուգումը սկսվում է անամնեզի հավաքման հետ միաժամանակ, երբ հիվանդը պատասխանում է իր ծննդյան տարեթվի, տարիքի, հասցեի, աշխատանքի վայրի և այլ հարցերին։ Միաժամանակ ուշադրություն է դարձվում, թե ինչպիսի ժամանակագրական հաջորդականությամբ է հիվանդը հայտնում իր անամնեզը և թե որքանով է այն համընկնում օբյեկտիվ անամնեզին։ Այդ ճանապարհով ստուգվում է տևական հիշողությունը։ Կարճատև հիշողությունը ստուգելու համար պետք է որոշել, թե հիվանդն ինչպես է ընկալում ինֆորմացիան, ինչպես է այն մտապահում (ֆիքսում) և վերարտադրում։ Այդ նպատակով հիվանդին առաջադրվում է մոտավորապես չորս-հինգ թվերի կրկնում (առանց ուշադրությունը շեղելու և ուշադրությունը շեղելուց հետո) կամ կարդացած գրքի, տեսած կինոնկարի բովանդակության վերարտադրում։ Կարելի է հարցնել, թե ինչ է կերել նախաճաշին, ինչպես է բուժող բժշկի ազգանունը և այլն։ Հոգեկան վիճակի շարադրանքում ցույց պետք է տալ, թե չկա՞, արդյոք, հիշողության թուլացում, ֆիքսացիոն ամնեզիա, անտերոգրադ, ռետրոգրադ և ամբողջական ամնեզիա, ինչպես նաև հիշողության այնպիսի աղավաղումներ, ինչպիսիք են կրիպտոմնեզիան, պսևդոռեմինիսցենցիան, կոնֆաբուլացիան, կորսակովյան համախտանիշը և այլն։

Երկարատև զրույցի ընթացքում հնարավոր է լինում որոշել հիվանդի բանականության (ինտելեկտի) մակարդակը, որ բխում է այս կամ այն հարցին տված նրա պատասխաններից, բառապաշարից, մտածողական պրոցեսների և իմացական գործունեության մակարդակից։ Պետք է որոշել, թե հիվանդի բանականությունը որքանով է համապատասխանում նրա սոցիալ-կրթական մակարդակին, կյանքի փորձին և տարիքին։ Զրույցի ընթացքում հիվանդին պետք է տալ նաև լրացուցիչ հարցեր, ստուգել նրա վերացական (աբստրակտ) մտածողության, ինչպես նաև դատողության ու եզրահանգման ունակությունը։ Այդ նպատակով հիվանդից կարելի է տեղեկություններ քաղել նրա կրթական մակարդակի վերաբերյալ, հարցնել, թե որտեղ է սովորել, ի՞նչ գիտելիքներ է ձեռք բերել, համապատասխան հարցեր տալ գրականությունից, պատմությունից, աշխարհագրությունից, սովորած այլ առարկաներից։ Հանձնարարել կատարելու թվաբանական զանազան տրամաբանական խնդիրներ (նպատակահարմար է բարդ գործողություններից անցնել հասարակին), հարցնել առարկաների և ասացվածքների փոխաբերական իմաստը (օրինակ, ի՞նչ է նշանակում «ոսկի ձեռքեր», «տասը չափի, մեկ կտրի», «երկաթը տաք-տաք կծեծեն» և այլն) կամ կատարել համեմատություններ. օրինակ, ի՞նչ տարբերություն կա սալոնակի և թռչունի, կղզու և թերակղզու միջև և այլն։ Պետք է որոշել պատկերացումների շրջանակը բնության երևույթների, կուլտուրական, քաղաքական կյանքի, բարոյահրավական գործունեության, ուշիմության, խելամտության, հարուստ կամ աղքատ երևակայության մասին։ Վերջապես, հիվանդից կարելի է հարցնել նաև նրա ձգտումների և ապագայի ծրագրերի մասին, որի պատասխանը կօգնի կողմնորոշվելու ոչ միայն բանականության մակարդակի, այլև հոգեկան վիճակի մասին ընդհանրապես։

Մտածողության ֆունկցիան ստուգելիս հիվանդին ազատ խոսելու, իր հիվանդագին ապրումներն արտահայտելու հնարավորություն պետք է տալ։ Ընդ որում, պետք է ուշադրություն դարձնել մտածողության պրոցեսի ընթացքի վրա (արագացում, դանդաղեցում, կանգ, մտքերի հոսք, ախտաբանական հանգամայնություն, ճեղքվածություն, անկապություն, իր «մտքերի խորթացում», «օտար մտքերի» առկայություն և այլն)։

Զառանցական և կպչուն մտքերի առկայությունը հայտնաբերելու համար հիվանդին պետք է հարցեր տալ, անպայման հաշվի առնելով նրա անհատական առանձնահատկությունները, հոգեկան առողջության

վիճակը, կրթությունը, բանականության մակարդակը և այլն։

Հիվանդին նրբանկատորեն պետք է հարցնել, թե ինչի մասին է նա մտածում, չկա՞ն, արդյոք, նրան խանգարող մտքեր։ Հիվանդի զառանցական ապրումները հայտնաբերելու նպատակով կարելի է օգտվել նրա նամակներից, օրագրերից, նկարներից։ Զառանցանքների առկայությունը բացահայտելուց հետո պետք է նկարագրել դրանց բովանդակությունը (մեծամոլական, հետապնդման, վերաբերման, թունավորման, ֆիզիկական ազդեցության, խանդի, ինքնամեղադրման, ինքնանվաստացման, հիպոխոնդրիկ, նիհիլիստական), կապը հույզերի և ընկալման խանգարումների հետ, պարզել՝ չկա՞ն, արդյոք, կպչուն և գերարժեքային մտքեր։

Կանդինսկու-Կլերամբոյի համախտանիշի առկայության դեպքում մանրամասն պետք է նկարագրել այն, ցույց տալով նրա տարբերակները (իդեատոր (ասոցիատիվ), սենեսթոպաթիկ, շարժողական (կինեսթետիկ) ավտոմատիզմ։

Հոգեկան բոլոր հիվանդությունների դեպքում հույզերը այս կամ այն չափով ու ձևով փոփոխության են ենթարկվում, որ անհրաժեշտ է մանրամասն նկարագրել։

Զրույցի ընթացքում պետք է հետևել հիվանդի դեմքի արտահայտությանը, դիմախաղին, կեցվածքին, շարժուձևին, խոսակցության տեմպին, անգամ հագնվածքին և այլն, ու այդ բոլորը նկարագրել։

Այսպես, օրինակ, տրամադրության անկմանը բնորոշ է թախծոտ հայացքը, շարժումների դանդաղեցումը, դժվարությամբ ու ցածրաձայն խոսելը։ Տրամադրության անկման դեպքում դիտվում են քթարմատի մաշկի վրա առկա երկայնակի խորշոմներ, վերին կոպերի՝ քթին մոտ գտնվող մաշկային ծալքի կորացում (Վերգուտի ախտանշան), բերանի անկյունների իջեցում։ Դեպրեսիվ հիվանդներին մեծ նրբանկատությամբ պետք է հարցնել, թե չեն զգում, արդյո՞ք, սրտագրալի շրջանում սեղման ու ճնշման տհաճ զգացում (սրտային թախիծ), զգացմունքների կորուստ, ինքնամեղադրման մտքեր, հուսահատություն, ներառյալ նաև ինքնասպանության մտքեր (իսկ մինչև հիվանդանոց ընդունվելը նաև փորձեր)։

Տրամադրության բարձրացումը արտահայտվում է հիվանդի դեմքի աշխույժ, ուրախ, ժպտերես արտահայտությամբ, խանդավառությամբ ու երջանկությամբ, խիստ մարդամոտությամբ, ինչպես նաև աչքերի փայլով, արագ ու հանգավոր բարձրաձայն խոսելով, հոգեշարժական

գրգռվածությամբ և գործունեության ձգտմամբ։ Առկա է լինում նաև անձի գերագնահատման, մեծամոլական մտքեր, ուշադրության սրվածություն և արագ շեղվելու հակում։

Տրամադրության բարձրացումից և իջեցումից բացի, հիվանդների մոտ պետք է փնտրել, թե չկա՞ն, արդյոք, հուզական անկայունության պոռթկումներ, թուլահոգություն։ Պետք է փնտրել նաև հուզական աղավաղումներ (մռայլ տրամադրություն զուգակցված դյուրագրգռելիության, բարկության ու չարության հետ, ցասման բռնկումներ, որ հատկապես երևան է գալիս զրույցի ժամանակ, կամ պալատի հարևան հիվանդների նկատմամբ, ամբիվալենտություն և այլն)։

Հուզական բթության դեպքում հիվանդի մոտ դիտվում է անտարբերություն շրջապատի, նույնիսկ՝ իր հարազատների նկատմամբ, հետաքրքրության բացակայություն։ Կարող է դիտվել նաև անհամազոր ու անհամապատասխան հուզական անարդիթ ատելություն և ագրեսիվություն՝ մոտիկների նկատմամբ, ամոթի զգացման բացակայություն (նույնիսկ, խիստ անձնական հարցերի մասին խոսելիս)։ Նման հիվանդների մոտ անտարբերությունը, որպես օրենք, զուգորդված է անգործունեության հետ։

Կամային ոլորտի հետազոտման գործում կարևոր նշանակություն ունեն ինչպես անամնեստիկ, այնպես էլ օբյեկտիվ քննության տվյալները, հատկապես հիվանդի վարքի, նրա ակտիվության, իրադրության և իր ապրումների նկատմամբ ցուցաբերած համապատասխան ռեակցիաների դիտումը։

Կամային ոլորտի խանգարման հարցը հետազոտելիս անպայման պետք է հետևել հիվանդի ուշադրությանը, որը կարող է լինել ակտիվ, պասիվ, սրված կամ ցրված, ինչպես նաև արտաքին ու ներքին գրգիռներից հեշտությամբ շեղվող, դժվար կենտրոնացող, շուտ հյուծվող։

Անհրաժեշտ է նկարագրել հիվանդի հուզական այն ֆոնը, որի վրա զարգանում է գործողությունների խանգարումը. հարցնել նրա կատարած արարքների և ռեակցիաների պատճառների մասին, ապագայի պլանների ու ձգտումների մասին, նշել, թե ունի՞ աշխատելու կամ ինչ-որ մի բանով զբաղվելու ձգտում, բաժանմունքում ինչո՞վ է զբաղված, մասնակցո՞ւմ է, արդյոք, խաղերին, հեռուստադիտումներին։ Վերոհիշյալ հարցերի նկարագրությունը հնարավորություն կտա որոշել, թե հիվանդի մոտ կամային ոլորտի ի՞նչ բնույթի խանգարումներ կան (հիպերբուլիա, հիպոբուլիա, աբուլիա)։ Պետք է նկարագրել նաև, թե չկան, արդյո՞ք, հակումների աղավաղումներ (գո-

ղամոլություն (կլեպտոմանիա), հրկիզամոլություն (պիրոմանիա), հայ-հոյամոլություն (կոպրոլալիա), շրջմոլիկություն (դրոմոմանիա), ախոր-ժակի բացակայություն (անոռեքսիա), շատակերություն (պոլիֆագիա), կեղտակերություն (կոպրոֆագիա), եղունգակրծում (օնիխոֆագիա), պար-բերական հարբեցամոլություն (դիպսոմանիա), ինքնասպանամոլություն (սուիցիդոմանիա), ինքնախեղամոլություն (աուտոմուտիլացիա), ինչ-պես նաև սեռական զանազան աղավաղումներ։

Շարժողական խանգարումները առավելապես դիտվում են բուժ-անձնակազմի կողմից։ Դրանք հիմնականում արտահայտվում են հո-գեշարժական գրգռվածության և արգելակման (ստուպորի) ձևով։

Հոգեշարժական գրգռվածության (մանիակալ, հեբեֆրենիկ, կա-տատոնիկ, պսիխոգեն, հիստերիկ, էպիլեպսային, դելիրիումային, ա-մենտիվ) դեպքում հիվանդների մոտ պետք է նկարագրել գրգռվածու-թյան և գործողությունների բնույթը, դրանց ուղեկցող հոգեկան այլ խանգարումներ (հույզերի, գիտակցության և հոգեկան այլ ֆունկցիա-ների կողմից)։

Հոգեշարժական արգելակման դեպքում, երբ հիվանդը չի խոսում (մուտիզմ), պետք է փորձել նրա հետ գրավոր կամ մնջախաղային կապ հաստատել։ Արգելակված հիվանդների մոտ պետք է նկարագրել բնո-ռոշ այնպիսի ախտանշաններ, ինչպես մոմանման ճկունության, Դյուպ-ռեի օդային բարձի, կնճիթի, գլխանոցի, սաղմնային դիրքի, նեգատի-վիզմի, ծամածռման, սեթևեթության (մանէրականության) և այլ ախ-տանիշները։

Որոշ դեպքերում ախտորոշիչ նշանակություն ունի արգելակված հիվանդին ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման ենթարկելը, որի ժա-մանակ հնարավոր է լինում որոշել արգելակման կլինիկական բնույթը (կատատոնիկ, դեպրեսիվ, պսիխոգեն, հիստերիկ և այլն)։

Հոգեկան վիճակի նկարագրության վերջում պետք է նշել նաև հի-վանդի վարքի առանձնահատկությունները բաժանմունքում, որը դիտ-ման է ենթարկվում բուժանձնակազմի կողմից (մարդամոտություն, ինքնամփոփություն, անհանգստություն, ցնորային և զառանցանքային ապրումներ, զանազան ծիսակարգեր (ռիտուալներ), սևեռուն գործո-ղություններ, ինչպես նաև փախուստ կատարելու հակվածություն, ինք-նավնասման և ինքնասպանության միտումներ ու փորձեր, սննդից հրա-ժարվել, չքնել և այլն։ Եթե հիվանդի մոտ նշվում են ցնցումային նոպաներ, ապա դրանք պետք է դիտել ու բնութագրել։

Հարկինիկական քննություններ։ Հոգեկան հիվանդությունների ախ-

տորոշման հարցում որոշակի նշանակություն ունեն հարկլինիկական քննությունները։ Դրանցից են՝ արյան և մեզի կենսաքիմիական քննությունները, Վասերմանի ռեակցիան արյան մեջ, գոտկային պունկցիան, ողնուղեղային հեղուկի քննությունը (ճնշում, գույն, թափանցիկություն, սպիտների, շաքարի, լիմֆոցիտների (ցիտոզ) քանակ), Պանդիի, Նոնե-Ապելտի գլոբուլինային նստվածքային ռեակցիաները, Վասերմանի և Լանգեի ռեակցիաները, աչքի հատակի քննությունը, էլեկտրասրտագրությունը։

Կատարվում են նաև փորձարարահոգեբանական և գործիքային մի շարք քննություններ։

Փորձարարահոգեբանական ուսումնասիրություններ։ Ներկայումս հոգեբուժության բնագավառում լայնորեն կիրառվում է փորձարարահոգեբանական ուսումնասիրությունը։ Ուսումնասիրման մեթոդները նպատակաուղղված են հոգեկան աշխարհի այս կամ այն առանձնահատկությանը, նրա հիվանդագին տեղաշարժերի հայտնաբերմանը և վերլուծությանը, իսկ ստացված տվյալները դառնում են հիվանդների ընդհանուր կլինիկական հետազոտման լրացումն ու շարունակությունը։ Օրինակ, եթե այս կամ այն հոգեկան հիվանդության վաղ շրջանում բուկլբնական նախանշանները թույլ են արտահայտված և կլինիկական հետազոտության ժամանակ չեն հայտնաբերվում, ապա փորձարարահոգեբանական ուսումնասիրությամբ կարելի է հայտնաբերել ուշադրության, մտածողության, հիշողության և այլ խանգարումների օբյեկտիվ նշաններ։

Հոգեբանափորձարարական ուսումնասիրության նշանակությունը միարժեք չէ տարբեր հոգեկան հիվանդությունների հետազոտման ժամանակ։ Օրինակ, դժվար ախտորոշվող դեպքերում, կարճատև դիսպանսերային կամ փորձագիտական հետազոտման ժամանակ այս մեթոդի անհրաժեշտությունը խիստ մեծ է։ Նման դեպքերում փորձարարական ուսումնասիրման ճիշտ ընտրված մեթոդներով ախտորոշումը դառնում է մատչելի։

Հոգեբանական փորձարարության նպատակը հիվանդի մտավոր ունակությունների ուսումնասիրումն է, նրա վերաբերմունքն առաջարկված գործի հանդեպ, դրա կատարման հաջողությունների և անհաջողությունների գնահատականը։ Այդ նպատակով հիվանդին առաջարկվում է այս կամ այն հանձնարարությունը (լուծել խնդիրներ, բացատրել նկարի բովանդակությունը, կատարել հաշվումներ, մտապահել թվեր, պատմվածքներ, վերարտադրել դրանք և այլն)։ Այնուհետև պետք է նշել, թե ինչ-

պիսին է հիվանդի վերաբերմունքն առաջարկված աշխատանքի և փորձարարի դիտողությունների հանդեպ, առաջադրանքի կատարման ինքնուրույնությունը, ճշտությունը և այլն։ Հիվանդի թույլ տված սխալների վերլուծությունը (որտեղ հաշվի է առնվում նաև փորձի ընթացքում նրան ցույց տրված օգնությունը) մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում հիվանդի հոգեկան գործունեության խանգարումների գնահատման գործում։

Հոգեբանական դիտարկումների ընդհանուր բնութագիրը հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ։ Փորձարարահոգեբանական մեթոդները բավականաչափ պարզ և մատչելի են։ Դրանք կարող են կիրառվել կլինիկահոգեախտաբանական ուսումնասիրության շարունակման և խորացման նպատակով։

Կորեկտուրային փորձ. հիվանդին առաջարկվում է ստանդարտ տեքստից ջնջել որևէ երկու տառ։ Առաջադրանքի կատարման դանդաղ տեմպը բնորոշ է դեպրեսիային, ինչ-որ չափով՝ նաև ուղեղի օրգանական անոթային ախտահարումներին, արագ տեմպը՝ մանիակալ համախտանիշին։ Կարևոր է նշել փորձարկվող առաջադրանքի կատարման ժամանակ հիվանդի վերաբերմունքը այդ առաջադրանքի հանդեպ։

Թվերի որոնման մեթոդ (Նուլտեի աղյուսակ). աղյուսակում խառը գրված են թվեր՝ 1-ից մինչև 5։ Հիվանդին առաջարկվում է ցուցափայտով ցույց տալ այդ թվերը և բարձրաձայն անվանել դրանք ըստ հերթականության։ Դանդաղ տեմպ նկատվում է էպիլեպսիայի, գլխուղեղի անոթային ախտահարումների ժամանակ։

Հաշվարկ ըստ Կրեպելինի. միևնույն թվի հանումը հաջորդաբար փոքրացող գումարից, օրինակ՝ մեջում 100-ից հանել 13, 7, 9 և այլն, արտասանելով դրանց պատասխանը՝ 87... 14... 61 և այլն, այսպես հետազոտում են հաշվելու ունակությունները, ուշադրության կայունությունը։

Հիշողության խանգարումները հայտնաբերելու համար օգտվում են հետևյալ մեթոդներից՝ բառերի և թվերի մտապահում և վերարտադրում, ոչ բարդ սյուժեով պատմվածքների վերարտադրում և այլն։

Հիվանդների մտածողության առանձնահատկությունները հայտնաբերելու համար կիրառվում են հետևյալ մեթոդները՝ առարկաների և հասկացությունների համեմատում նմանատիպ և տարբերակիչ նշանների միջոցով (օրինակ, «աղը և շաքարը»), ասացվածքների և այլաբանությունների փոխաբերական իմաստի բացահայտում, «պիկտոգրամմայի» մեթոդ։ Այս մեթոդները նպատակաուղղված են հայտնաբերելու ընկալման, հիշողության, խոսքի, բանականության խանգարումները։

Փորձարարահոգեբանական հետազոտման և անձի հատկանիշների հայտնաբերման (բնութագրական, հուզակամային և այլն) հնարավորությունները բավականին սահմանափակ են։ Դրանք ամենից առաջ ուսումնասիրման պրոյեկտիվ մեթոդներն են, որոնցից հատկապես ճանաչում են գտել Ռորշախի մեթոդը, ԹԱՏ (թեմատիկ ապերցեպտիվ տեստ) մեթոդը, ինչպես նաև տարբեր տեսակի հարցաշարեր (օրինակ, մինեսոտի բազմապրոֆիլային անձի հարցարան), որոնք հնարավորություն են տալիս վերլուծել հետազոտվողների անհատական հոգեբանական բնութագիրը, իրականացնել անձի հոգեբանա-

կան ախտորոշումը։ Այդ մեթոդները հնարավորություն են տալիս հայտնաբերել անձի համար նշանակալից հարաբերությունները, ուսումնասիրել «հիվանդության ներքին պատկերը», պարզել «կոնֆլիկտային ապրումների ոլորտը» և հոգեբանական կոմպենսացիայի մեխանիզմները։

Փորձարարահոգեբանական մեթոդները՝ հանդես գալով որպես հիվանդի վիճակի հոգեախտաբանական վերլուծության շարունակություն, կիրառվում են հոգեկան հիվանդությունների թույլ արտահայտված, դրժվար տարբերակվող դեպքերում։

Հոգեախտաբանական ուսումնասիրությունը կիրառվում է տարբեր հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ՝ հոգեկան գործունեության փոփոխությունների բնութագրման նպատակով։ Այդպիսի ուսումնասիրությունները պահանջում են հատուկ կազմակերպված լաբորատոր պայմաններ, հոգեբանական մասնագիտական որակավորում և փորձարարական աշխատանքի որոշակի փորձ։

Կարևոր է նաև փորձարարական տվյալների վերլուծությունը։ Փորձարարի եզրակացությունը հիմնված է ոչ միայն և ոչ այնքան հիվանդի գործունեության վերջնական արդյունքների գնահատման, որքան առաջադրանքի կատարման առանձնահատկությունների վրա։ Այս դեպքում պետք է ուշադրություն դարձնել ոչ թե այս կամ այն «ֆունկցիայի» քանակական բնութագրին, այլ՝ հոգեկան պրոցեսների կառուցվածքի տարբերությանը նորմայի համեմատ։

Հիվանդի փորձարարական հետազոտման մեթոդների ընտրությունը պետք է լինի անհատական՝ համապատասխանելով առաջադրված խնդրին, հիվանդի վիճակին և կրթական մակարդակին։ Ստացվող տվյալները պետք է դիտվեն որպես տարբերակիչ ախտորոշման լրացուցիչ չափանիշներ։ Այսպես, շիզոֆրենիայի ժամանակ նկատվում է ամփոփման պրոցեսի աղավաղում, մինչդեռ գլխուղեղի օրգանական ախտահարումների ժամանակ առաջին հերթին ի հայտ է գալիս այդ պրոցեսի մակարդակի իջեցում։

Եթե կլինիկական ուսումնասիրությունները ի հայտ են բերում հոգեկան պրոցեսների խանգարումների օրինաչափությունները, ապա փորձարարահոգեբանական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, թե ինչպես է խանգարված հոգեկան պրոցեսների ընթացքը և կառուցվածքը։

Պայմանականորեն կարելի է առանձնացնել հոգեախտաբանական ուսումնասիրության գործնական խնդիրների չորս խումբ՝

1. Հոգեկան հիվանդությունների հայտնաբերում, ախտորոշում և տարբերակիչ ախտորոշում։

2. Փորձաքննական հարցեր։

3. Վերականգնողական և հոգեկանոնավորիչ (կորեկցիոն) աշխատանքներ։

4. Հոգեկան գործունեության խանգարումների ընթացքի և բուժման արդյունավետության՝ գնահատման հետ կապված հարցեր։

Հոգեբանական փորձարարության հետազոտությունը մեծածավալ է։ Այդ պատճառով անհրաժեշտություն չկա ամեն մի հիվանդի ենթարկել այդպիսի քննության։ Պետք է առանձնացնել այն հիվանդներին, որոնց վերաբերյալ բժշկի մոտ ծագում են այնպիսի հարցեր, որոնք նպատակահարմար են լուծել հոգեբանական փորձարարության միջոցով՝ նախապես ձևակերպելով կոնկրետ հարցերը։

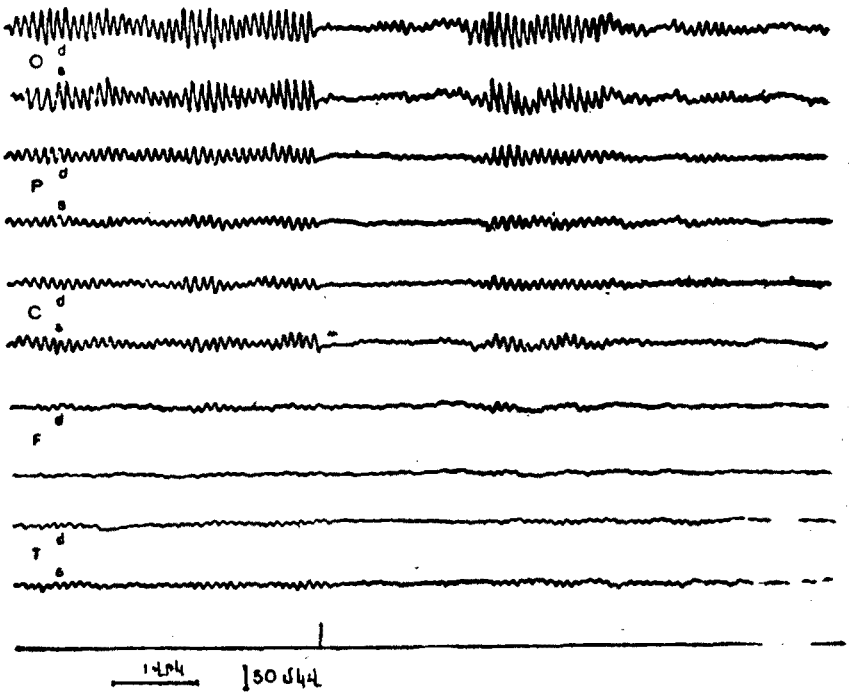
Գլխուղեղի ուսումնասիրության գործիքային մեթոդներ։ Գլխուղեղի ֆունկցիոնալ վիճակի ուսումնասիրման և օրգանական ախտահարումների հայտնաբերման նպատակով օգտագործվում են էլեկտրոնային բարդ սարքավորումներ*։

Էլեկտրաուղեղագիր կամ **էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա** (ԷՈՒԳ կամ ԷԷԳ)։ Գլխուղեղի վիճակի գնահատման առավել տարածված մեթոդներից է, որը հնարավորություն է տալիս գրանցել նրա էլեկտրաակտիվությունը գանգի չվնասված ծածկաշերտի վրայով։ Առաջինը իրականացրել է գերմանացի գիտնական Բերգերը (1923 թ.)։ Կենսապոտենցիալները գրանցում են միլիոնավոր անգամ հզորացնող էլեկտրոնային ուժեղացուցիչների և օսցիլոսկոպների գրանցող հարմարանք ունեցող էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆով։ Հետազոտման արդյունքները հնարավորություն են տալիս դատել ինչպես գլխուղեղի կեղևի և ենթակեղևային գոյացությունների կենսաէլեկտրական ակտիվության խախտման մասին, այնպես էլ ի հայտ բերել հիվանդագին պրոցեսի տեղակայումը։

Չնայած ԷՈՒԳ-ի ավանդական վիզուալ (աչքով տեսանելի) քննությունը զուրկ չէ սուբյեկտիվությունից, սակայն մինչև օրս էլ այն լայնորեն կիրառվում է գործնական նպատակով։ 1950-ական թթ. սկզբին ԷՈՒԳ-ի վերլուծության համար սկսեցին կիրառվել մաթեմատիկական մեթոդներ հատուկ ավտոմատիկ անալիզատորների օգնությամբ։

Գլխուղեղի էլեկտրաակտիվությունը հետազոտվում է ինչպես հանգստի վիճակում, այնպես էլ տարբեր գրգռիչների ազդեցության և ֆունկցիոնալ փորձանմուշների դիտարկման պայմաններում։ Կիրառ-

վում են տարբեր հաճախականության և ինտենսիվության լույսի բռնկումներ, տարբեր բարձրության և ուժի ձայն, հիպերվենտիլյացիոն փորձանմուշ և այլն։ Ներկայումս հոգեբուժության մեջ ԷՈՒԳ-ը կարևոր արժեք ունի, հատկապես էպիլեպսիայի, գլխուղեղային վնասվածքների, օրգանական այլ ախտահարումների ախտորոշման գործում։



Նկ. 9. Արթուն վիճակում գտնվող մարդու էլեկտրաուղեղագիրը։ Ծոծրակային բլթերում կանոնավոր արտահայտված ռիթմ։ Ակտիվացման ռեակցիա լուսային գրգռիչի դեպքում։ Ստորին գծի վրա նշված է լուսային գրգռիչի նշանը։

Առողջ անձանց ԷՈՒԳ-ն ձևափոխվում է լայն սահմաններում։ Նրա հիմնական բաղադրամասերը ստորաբաժանվում են երկու խմբի՝ ռիթմիկ և ոչ ռիթմիկ տատանումներ։

Ռիթմիկ տատանումներն են՝

α (ալֆա) ռիթմ— 8—12 տատանում/վրկ, հանգստի ռիթմ է և սովորաբար նորմայի դեպքում գրանցվում է գլխուղեղի ծոծրակային շրջանում։

β (բետա) ռիթմ— 13—25 տատանում/վրկ, արագ ռիթմ է, գրանցվում է մտավոր աշխատանքով զբաղվելու ժամանակ։

γ (գամմա) ռիթմ— 25—30 տատանում/վրկ և ավելի, գրանցվում է գրգռված, մասնավորապես, հույզային վիճակներում։

Δ (դելտա) ռիթմ— 1—3 տատանում/վրկ, գրանցվում է քնած ժամանակ։

θ (տետա) ռիթմ— 4—7 տատանում/վրկ, գրանցվում է գլխուղեղի օրգանական ախտահարումների ժամանակ, հուզային դիսկոմֆորտի վիճակում։

Ոչ ռիթմիկ տատանումները հանդիպում են միայնակ ալիքների կամ նրանց խմբերի ձևով։ Դրանց շարքին են պատկանում ա) սուր ալիքները, բ) պիկ տատանումները սուր փոքր ալիքների նման, սակայն նրվազ տևական, գ) արագ ասինխրոն տատանումները, դ) պարոքսիզմային ակտիվությունը, այսինքն, ԷՈՒԳ-ի վրա հանկարծակի առաջացող ալիքներ կամ նրանց խմբեր, որոնք հաճախականությամբ և ամպլիտուդով խիստ տարբերվում են վերը նկարագրված ալիքներից։ Պարոքսիզմային ակտիվությունը կարող է արտահայտվել սուր կամ դանդաղ ալիքներով կամ սուր և դանդաղ ալիքների կոմպլեքսներով։ ԷՈՒԳ-ի ուսումնասիրման ժամանակ ուշադրության կենտրոնում պետք է պահել այնպիսի պարամետրեր, ինչպիսիք են կենսապոտենցիալների տատանումների կոնֆիգուրացիան, ամպլիտուդը, հաճախականությունը, տատանումների ռիթմը և տարածվածությունը։

α ռիթմը, հատկապես արտահայտված է գլխուղեղի ծոծրակային մասում. արագ և դանդաղ ռիթմերը գերակշռում են ճակատային մասերում։

Արթուն վիճակում ԷՈՒԳ-ի վրա գերակշռում է 100 մկվ-ից ոչ մեծ ամպլիտուդով α ռիթմը։ Ճակատային շրջանում գրանցվում է β ռիթմ մինչև 15 մկվ ամպլիտուդով։ Հոգեկան ակտիվության բարձրացման դեպքում (բարդ մտավոր աշխատանք) հաճախանում է α ռիթմը, և փոքրանում է նրա ամպլիտուդը։ Հանգստի վիճակում դիտվում են α ռիթմի հակառակ փոփոխություններ։ Կարճատև հանկարծակի արտաքին գրգռի ազդեցությամբ α ռիթմը 2—3 վրկ-ով անհետանում է, որը համապատասխանում է կողմնորոշիչ ռեակցիային։

Հոգեբուժության մեջ ԷՈՒԳ-ի սպոնտան (ինքնաբեր) գրանցման հետ հաճախ անց է կացվում առաջացրած պոտենցիալների վերլուծություն, որոնք գլխուղեղի կենսաէլեկտրական ռեակցիաներն են՝ առաջացած նրա տարբեր բաժիններում որպես հաղորդիչ ուղիների զգացող

նյարդերի ընկալիչների գրգռման պատասխան։ Առաջացած պոտենցիալներն ըստ ժամանակի խիստ համապատասխանում են գրգռման պահին (լուսային, ձայնային և այլն) և ունեն 6—8 տատանում ժամանակի և ամպլիտուդային որոշակի ցուցանիշներով։ Սրանց մեծությունը խիստ փոքր է, սակայն էլեկտրոնային տեխնիկայի շնորհիվ հնարավոր դարձավ որսալ այդ թույլ տատանումները և ուսումնասիրել տարբեր պսիխոֆիզիոլոգիական պրոցեսներ։

2. Ռեոէնցեֆալոգրաֆիա (ռեոուղեղագիր)՝ ՌԷԳ. ուղեղի հյուսվածքով էլեկտրական հոսանքն անցնելու ժամանակ առաջանում է որոշակի դիմադրություն, որը կախված է հյուսվածքի կազմությունից և արյունալեցումից։ Արյունալեցման փոփոխություններից կախված դիմադրությունը նույնպես փոխվում է։ Այդ փոփոխությունների գրանցումն ընկած է ՌԷԳ-ի հիմքում, որը թույլ է տալիս որոշել անոթների լարվածությունը և դրանցում արյան շրջանառության վիճակը։

Ապացուցված է, որ դիմադրության փոփոխությունների 80—90%-ը պայմանավորված է ներդանդային, և միայն 10—20%-ը՝ գլխի մաշկային ծածկույթների արյան շրջանառության դինամիկայով։

ՌԷԳ-ն կիրառվում է ուղեղի ֆունկցիոնալ վիճակի, ինչպես նաև ուղեղի անոթների վիճակի գնահատման նպատակով, այն բոլոր հիվանդությունների դեպքում, երբ տեղի է ունենում արյան շրջանառության, անոթային տոնուսի և էլաստիկության խանգարում (աթերոսկլերոզ, հիպերտոնիա, ուղեղային արյան շրջանառության խանգարումներ, ուռուցքներ, թարախակույտեր)։

ՌԷԳ-ն ունի կորի տեսք՝ ներդաշնակ անոթազարկի հետ։ Ռեոէնցեֆալոգրաֆային ալիքի ամպլիտուդի մեծությամբ կարելի է դատել անոթների անոթազարկային արյունալեցման մեծության մասին. որքան մեծ է արյունալեցումը, այնքան մեծ է ալիքի ամպլիտուդը։ Ալիքի ամպլիտուդի մեծությունը կախված է սրտի կծկումների հաճախությունից, արյան հարվածային ծավալից, զարկերակային ճնշման մեծությունից, անոթի պատի լարվածությունից։

3. Էխոէնցեֆալոգրաֆիա (ԷԽՈԷԳ). ուղեղի ուլտրաձայնային ուսումնասիրման մեթոդ է, հիմնված էխոլոկացիայի (արձագանքի արտացոլման) սկզբունքի վրա, որի ժամանակ գրանցվում են արտացոլված ուլտրաձայնային ազդանշանները ուղեղի մեդիալ (միջնային) կառուցվածքներից՝ թափանցիկ միջնապատից, երրորդ փորոքից և էպիֆիզից։ Ուլտրաձայնային ազդանշանները հաղորդվում են ձախից և աջից միաժամանակ։ Ծավալուն պրոցեսների ժամանակ (ուռուցքներ,

հեմատոմաներ, թարախակույտեր) ուղեղի միջնային կառուցվածքները տեղաշարժվում են դեպի առողջ կիսագունդը, իսկ ուղեղանյութի ապաճման ժամանակ՝ դեպի ախտահարված կիսագունդը։ Առաջին դեպքում ուլտրաձայնի անցած ուղին ավելի մեծ է ախտահարված կիսագնդի կողմում և համապատասխանաբար մեծանում է օսցիլոսկոպով արտացոլված ազդանշանի գրանցման ժամանակը, երկրորդ դեպքում ուլտրաձայնի անցած ուղին ավելի փոքր է, քան չախտահարված կողմում։ Այսպիսով, արտացոլված իմպուլսի (ազդանշան) մուտքի ժամանակային տարբերությունը հնարավորություն է տալիս որոշել մինչև միջնային կառուցվածքները եղած տարածությունը և ցույց է տալիս նրանց կողմնային (լատերալ) տեղաշարժը։ Այդ տեղաշարժը նորմայում չի գերազանցում 1—2 մմ։ ԷխոէՑ կիրառվում է ուղեղի լոկալիզացված օրգանական հիվանդության ախտահարման ժամանակ։

4. Ուղեղի ռենտգենաբանական հետազոտությունն ընդգրկում է կրանիոգրաֆիան, պնեմոէնցեֆալոգրաֆիան, անգիոգրաֆիան և կոմպյուտերային համակարգային տոմոգրաֆիան։

Կրանիոգրաֆիան գանգի և նրա պարունակության ռենտգենաբանական ուսումնասիրությունն է առանց կոնտրաստ նյութերի ներմուծման։ Մեթոդը կարևոր տեղեկություններ է տալիս ուղեղի օրգանական ախտահարումների ժամանակ։ Ներգանգային ճնշման բարձրացման հետևանքով (ուռուցք, թարախակույտ, հեմատոմա և այլն) գանգոսկրերի վրա ի հայտ են գալիս մատնապուճեր, ուժեղանում է անոթանկարը, նկատվում է թրքական թամբի փոփոխություններ։ Մեթոդը հայտնաբերում է գանգի ոսկորների հաստացումն ու դեֆեկտները, օտար մարմինների առկայությունը և մի շարք այլ ախտաբանական փոփոխություններ։

Պնեմոէնցեֆալոգրաֆիան ռենտգենաբանական ուսումնասիրման մեթոդ է ուղեղի հեղուկային տարածություն օդի կամ թթվածնի ներմուծմամբ։ Այս մեթոդով հնարավոր է հայտնաբերել ուղեղի փորոքների և ենթաստայնային (սուբարախնոիդալ) տարածության պաթոլոգիական փոփոխությունները վնասվածքների, ուռուցքների, բորբոքային պրոցեսների, ուղեղի զարգացման անոմալիաների ժամանակ։

Անգիոգրաֆիան ուղեղի ռենտգենաբանական ուսումնասիրության մեթոդ է անոթային համակարգ կոնտրաստ նյութի ներմուծումից հետո։ Այս մեթոդով ի հայտ է բերվում ուղեղի անոթային համակարգի վիճակը, ախտորոշվում անոթային հիվանդությունները, ինչպես նաև

նորագոյացությունները, որոնք հասցնում են արյան մատակարարման խանգարման և անոթանկարի փոփոխման։

Կոմպյուտերային տոմոգրաֆիան ուղեղի շերտավոր ուսումնասիրության ռենտգենաբանական և ռենտգենադիտումնային մեթոդ է՝ էլեկտրոնային հաշվիչ մեքենայով (ԷՀՄ) ստացված տվյալների միաժամանակյա մշակումով։ Կիրառվում է ուռուցքների և այլ ծավալուն ուղեղային պրոցեսների, գլխուղեղի վնասվածքների, նրա ապաճման ախտորոշման ժամանակ։

Հոգեկան հիվանդությունների ժառանգաբանական ուսումնասիրությունը։ Հոգեկան հիվանդությունների ժառանգաբանական ուսումնասիրման մեթոդները մեծապես նպաստեցին պսիխոզների հետազոտման առաջընթացին և լայն հեռանկարներ բացեցին հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման համար՝ ընդգծելով դրանց զարգացման մեջ ժառանգական գործոնի գնահատման հարցը։

Սերնդաբանական (գենեոլոգիական) մեթոդի հիմքում ընկած է հիվանդի կլինիկաժառանգաբանական վերլուծությունը, ինչպես նաև այս կամ այն հոգեկան հիվանդությամբ կամ հոգեկան զարգացման անոմալիայով բարդացած ժառանգականության հայտնաբերումը։ Պարզելով հիվանդի հարազատների մոտ բացահայտված հիվանդագին շեղումները կամ ախտահարումների բնույթը, կարելի է կանխորոշել հենց նրա իսկ հիվանդության ընթացքը և ելքը։ Սերնդաբանական մեթոդով հոգեկան հիվանդություններով տառապողների ընտանեկան վերլուծությամբ ի հայտ է բերվում այդ ընտանիքներում հոգեկան խանգարումների և անձի անոմալիաների կուտակում։ Դա վերաբերում է հատկապես շիզոֆրենիայով, էպիլեպսիայով, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզով հիվանդների ընտանիքներին։

Երկվորյակային մեթոդը հիմնված է մոնոզիգոտ (միաձվածին) և դիզիգոտ (երկձվածին) երկվորյակային զույգերի միջև վերլուծվող հատկանիշի կոնկորդանտության համեմատության վրա։ Միազիգոտ և երկզիգոտ զույգերի տարբերությունների հակադրումը հնարավորություն է տալիս դատել ժառանգական և արտաքին գործոնների հարաբերության մասին, որոնցով պայմանավորված է հիվանդության զարգացումը։ Երկվորյակների և նրանց մերձավոր հարազատների հիվանդությունների կլինիկական առանձնահատկությունների ուսումնասիրությունը թույլ է տալիս պարզել սերնդաբանական գործոնների դերը հիվանդության ախտանշանների ձևավորման գործում (հիվանդության զարգացման սկիզբը, ելքը և այլն)։ Այս մեթոդը բավականին համոզիչ ձևով հաստատում է ժա-

ռանգական գործոնների դերը շիզոֆրենիայի, էպիլեպսիայի, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի զարգացման հարցում։

Բջջաժառանգաբանական (ցիտոգենետիկ) մեթոդը հնարավորություն է տալիս պարզել քրոմոսոմների որակական և քանակական կազմը (քրոմոսոմների նուրբ կառուցվածքային վերլուծություն, սեռական քրոմատինի հայտնաբերում և այլն)։ Բջջաժառանգաբանական մեթոդով այս կամ այն քրոմոսոմային անոմալիայի (անկանոնության) հայտնաբերումը էնդոգեն պսիխոզներով տառապողների մոտ պահանջում է հիվանդի առավել մանրամասն հետազոտություն։

Կենսաքիմիական ժառանգաբանական մեթոդներով ի հայտ են բերվում մուտանտային գեների ազդեցության առաջնային պրոդուկտները, մետաբոլիկ (նյութափոխանակային) ժառանգական դեֆեկտները (էլեկտրաֆորեզ, գունագրություն, քրոմատոգրաֆիա), որոշվում են ֆերմենտների քանակն ու նրանց ակտիվությունը և այլն։ Կենսաքիմիական մեթոդի օգնությամբ առավել հաջողությամբ ուսումնասիրվում և ախտորոշվում են սակավամտության տարբեր ձևերը։

Գլուխ 5

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԷԹԻՈՊԱԹՈԳԵՆԵԶՆ ՈՒ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Հոգեկան հիվանդությունների ուսումնասիրության հարցի քննարկմանը անհրաժեշտ է մոտենալ արտածին (էկզոգեն) և ներծին (էնդոգեն) գործոնների փոխներգործության տեսանկյունից։ Պատճառագիտական գործոնը միշտ չէ, որ կարող է հիվանդություն առաջացնել։ Նրա ազդեցությունը դրսևորվում է մի շարք պայմանների ամբողջության մեջ։ Էնդ որում, այդ դրույթը բոլոր հիվանդություններին է վերաբերում։ Որոշ դեպքերում պատճառագիտական գործոնը հանդես է գալիս որպես հիվանդության առաջացման դրդապատճառ։ Հետագայում ախտաբանական պրոցեսն ընթանում է որոշակի օրինաչափություններով, այլևս սերտ կապ չունենալով հիվանդություն առաջացնող պատճառի հետ։ Դրա ցայտուն օրինակ կարող է համարվել «էկզոգեն տիպի ռեակցիան». այլ դեպքերում արտածին գործոնը պրովոկացիայի կարող է ենթարկել ներծին հիվանդությունը։

Հոգեկան հիվանդությունների ախտածնության ուսումնասիրությու-

նը թույլ է տալիս նշել, որ ախտաբանական գործոնը ոչ հազվադեպ հիվանդություն կարող է առաջացնել լրացուցիչ պայմանների առկայության դեպքում, որոնք հեշտացնում կամ օժանդակում են այդ հիվանդության զարգացմանը։ Այսպես, օրինակ, կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական վնասվածքի առկայությունը, մարմնային հիվանդությունները, ալկոհոլամոլությունը, հոգեկան տրավմաները՝ թուլացնելով օրգանիզմը, բարենպաստ հող են համարվում ու հեշտացնում են հիվանդության առաջացումը։

Այսպիսով, հիվանդության առաջացման համար հիմնական ախտածին պատճառից բացի անհրաժեշտ է նաև օրգանիզմի որոշակի ֆիզիոլոգիական վիճակ, որը նպաստում է հիվանդության առաջացմանը։ Հայտնի է, որ ուղեղային աթերոսկլերոզով տառապողներից միայն անանշան քանակով անձանց մոտ է զարգանում աթերոսկլերոզային թուլամտությունը։ Հետևաբար ներծին այնպիսի գործոններ, ինչպես ժառանգականությունը, մարմնակազմությունը (կոնստիտուցիան), սեռը, տարիքը, իմունո-կենսաբանական ռեակտիվությունը կարևոր դեր են խաղում հիվանդության առաջացման, ընթացքի օրինաչափությունների և կլինիկական պատկերի ձևավորման գործում։

Հոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառների և ախտածնության ուսումնքի մեջ չի կարելի թույլ տալ պարզունակություն և միակողմանիություն։ Դա հատկապես ցայտուն ձևով է արտահայտվում՝ կապված նեյրոֆիզիոլոգիայի, կենսաքիմիայի և հոգեբեղաբանության նշանակալից հաջողությունների շնորհիվ ստացված նորագույն տվյալների հետ։

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի ներգործության նեյրոֆիզիոլոգիական վերլուծությունը թույլ է տալիս սահմանել ընդհանուր օրինաչափությունների խանգարման դերը հիվանդությունների ախտածագումային հիմք համարվող՝ ուղեղային ֆունկցիոնալ-դինամիկ համակարգերի փոխադարձ կապի մեջ։

Ախտածնության ուսումնասիրության գործում մեծ նշանակություն ունի կենսաբանական հեղուկների իմունոլոգիական հատկությունների հետազոտությունը։

Հետաքրքիր տվյալներ են ստացվել նյութափոխանակության տարբեր օղակների քննության դեպքում, որի խանգարումը այնպիսի հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ, ինչպիսին են շիզոֆրենիան, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզը, օրգանիզմում առաջացնում են թունավոր արգասիքներ (աուտոինտոքսիկացիա)։

Վերջապես մի շարք հոգեկան հիվանդությունների առաջացման ու զարգացման գործում նախատրամադրվածություն առաջացնող կարևոր գործոն է համարվում ժառանգականությունը, որի ուսումնասիրությունը իրականացվում է կլինիկասերնդաբանական, կենսաբանական, բջջաբանական և այլ մեթոդներով։

Այսպիսով, կարելի է նշել, որ հոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառները խիստ բազմազան են (սուր և քրոնիկական ինֆեկցիաներ, քրոնիկական թունավորումներ, մարմնային սուր և քրոնիկական հիվանդություններ, հոգեկան տրավմաներ, գլխուղեղի վնասվածքներ, էնդոկրին համակարգի հիվանդություններ, պտղի ներարգանդային վնասվածքներ)։

Սակայն մինչև օրս էլ շատ հիվանդությունների ախտապատճառների և ախտածնության հարցեր դեռևս մնում են չլուսաբանված։

Այդպիսին է այսօր ընդհանուր առմամբ հոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառների ախտածին մեխանիզմների պատկերացումը։ Դրանից ելնելով էլ հենց ստեղծվել են հոգեկան հիվանդությունների դասակարգումներ, սակայն համընդհանուր ճանաչում գտած միասնական դասակարգում ներկայումս դեռևս չկա։ Եղած դասակարգումները որոշ չափով պայմանական են ու ոչ կատարյալ, որը պայմանավորված է հոգեկան շատ խանգարումների առաջացման պատճառների ու մեխանիզմների մասին եղած գիտելիքների ոչ լիարժեքությամբ։

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից մշակված հիվանդությունների միջազգային դասակարգումը (ՀՄԴ) շատ երկրներում փոփոխվում և հարմարեցվում է տվյալ երկրում գոյություն ունեցող ազգային դասակարգմանը։

Դասագրքում հոգեկան հիվանդությունների առաջարկվող դասակարգումը համարվում է հիվանդությունների միջազգային դասակարգման որոշ բաժնի ձևափոխում, որն ավելի մատչելի ու հարմար է ուսումնական պրոցեսի համար։ Այն ստեղծված է հիվանդությունների նոզոլոգիական սկզբունքի տեսանկյունով։

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Արտածին (էկզոգեն) հոգեկան խանգարումներ

1. Սիմպտոմատիկ պսիխոզներ

ա. ինֆեկցիոն պսիխոզներ

բ. սոմատոգեն բնույթի հոգեկան խանգարումներ

գ. սիֆիլիսային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումներ
2. Ինտոքսիկացիաներ
ա. ալկոհոլամոլություն և ալկոհոլային պսիխոզներ
բ. թմրամոլություն
գ. թունամոլություն

Արտածին (էկզոգեն) օրգանական հիվանդություններ

1. Գանգուղեղային վնասվածքներ
ա. վնասվածքային սուր հոգեկան խանգարումներ
բ. գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքներ
2. Ուղեղի անոթային հիվանդություններ
ա. ցերեբրալ (ուղեղային) աթերոսկլերոզ
բ. հիպերտոնիայի ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ
գ. հիպոտոնիայի ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ
3. Էնդոկրին հիվանդությունների ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ

Ներծին (էնդոգեն) հոգեկան հիվանդություններ

1. Շիզոֆրենիա
2. Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզ

Ներծին (էնդոգեն) օրգանական հոգեկան խանգարումներ

1. Էպիլեպսիա
2. Ուշ տարիքի հոգեկան խանգարումներ
ա. նախածերունական պսիխոզներ
բ. ծերունական պսիխոզներ

Պսիխոգեն հիվանդություններ

1. Նևրոզներ
2. Ռեակտիվ պսիխոզներ

Հոգեկան զարգացման խախտաբանություն

1. Պսիխոպաթիա
2. Օլիգոֆրենիա

Գլուխ 6

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

ՀՈԳԵԴԵՂԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հոգեդեղաբանական բուժման հասկացողությունն ստեղծվել է 20-րդ դարի 50-ական թվականներին Դելեյի և Դենիկերի կողմից, երբ սինթեզվեց ու հոգեկան հիվանդների բուժման համար առաջարկվեց օգտագործել քլորպրոմազին (լարգակտիլ), որը մեր երկրում հայտնի է ամինազին անվամբ։ Ներկայումս թողարկվում են մեծ թվով հոգեդեղաբանական նյութեր, որոնց կիրառումը հնարավորություն է ստեղծում հիվանդի հոգեկան վիճակի ու վարքի նպատակաուղղված կանոնավորման։

Պսիխոտրոպ դեղանյութերով բուժման բարձր արդյունավետությունը նպաստեց հիվանդների «ազատ» բուժման սկզբունքի զարգացմանը։

Գրգռված վիճակների վրա ներգործման հնարավորությունը նախադրյալներ ստեղծեց հոգեբուժական բուժհիմնարկներում մեղմ խնայողական ռեժիմի ներդրմանը, պսիխոթերապիայի և աշխատանքային բուժման լայն կիրառմանը։

Միաժամանակ հնարավորություն ստեղծվեց կրճատել ստացիոնար բուժման ժամկետը, կազմակերպվեցին «բաց դռներով» հիվանդանոցներ ու բաժանմունքներ։ Այդ ամենը հեշտացրեց հոգեկան հիվանդների սոցիալական ադապտացիայի հնարավորությունները։ Փոխվեց հոգեբուժական հիվանդանոցների ողջ կառուցվածքն ու դրվածքը, որտեղ սկսեցին բուժվել նաև սահմանային հիվանդությունների հիվանդները։

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի դասակարգումը.

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի բազմաթիվ դասակարգումների հիմքում ընկած է այդ դեղանյութերի խմբավորման սկզբունքը ըստ նրանց կլինիկական ազդեցության։

1969 թվին առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գիտական խմբի կողմից առաջարկված դասակարգման մեջ պսիխոտրոպ դեղանյութերը համակարգված են յոթ խմբի։

1. Նեյրոլեպտիկներ (հակապսիխոզային միջոցներ, «մեծ» տրանկվիլիզատորներ). այս դեղամիջոցները պսիխոզների ակտիվ բուժման հիմնական միջոցներն են։ Նրանք ընկճում են հոգեշարժական ակտիվությունը, հանգստացնում գրգռված հիվանդին, դրսևորում հակապսիխոզային ակտիվություն, ընտրողաբար ազդելով ցնորքների, զառանցանքի, կատատոնիկ և այլ հիվանդագին խանգարումների վրա։

Նեյրոլեպտիկներն ունեն նաև նեյրոտրոպ (նյարդահակ) ազդեցություն, որը դրսևորվում է արտաբրգային (էքստրապիրամիդալ) երևույթների և նյարդավեգետատիվ խանգարումների ձևով: Նեյրոլեպտիկների խմբին են պատկանում՝

ա) ֆենոթիազինի ածանցյալները (ամինազին, տիզերցին, էտապերազին, ֆրենոլոն, տրիֆտազին, նեուլեպտիլ, մաժեպտիլ).

բ) բուտերոֆենոնի ածանցյալները (հալոպերիդոլ, տրիսեդիլ, դրոպերիդոլ).

գ) թիոքսանտենի ածանցյալները (քլորպրոտիքսեն, թիոտիքսեն).

դ) այլ նեյրոլեպտիկներ (պիմոզիդ, ֆլուշպիրիլեն, լեպոնեքս, սուլպիրիդ).

2. Տրանկվիլիզատորներ (անքսիոլիտիկներ, «փոքր» տրանկվիլիզատորներ). օժտված են թույլ հակապսիխոզային ազդեցությամբ, վերացնում են էմոցիոնալ լարվածությունը, վախը, տագնապը, թողնում նաև միոռելաքսացիոն և հակացնցումային ազդեցություն: Այս խմբին պատկանում են՝

ա) բենզոդիազեպինի ածանցյալները (էլենիում, սեդուքսեն, նիտրազեպամ, օքսազեպամ).

բ) դիֆենիլմետանի ածանցյալները (ամիզիլ, մետամիզիլ, հիդրոքսիզին).

գ) անքսիոլիտիկ ազդեցությամբ օժտված այլ դեղանյութերը (նոքսիրոն, միդոկալմ, տերալեն).

3. Հակադեպրեսանտներ կամ թիմոլեպտիկներ. օժտված են դեպրեսիվ վիճակները վերացնելու ունակությամբ, միաժամանակ թողնելով խթանող և հանգստացնող (սեդատիվ) ազդեցություն:

Հակադեպրեսանտների շարքն են դասվում

ա) եռցիկլ հակադեպրեսանտներ (մելիպրամին, անաֆրանիլ, նովերիլ, ամիտրիպտիլին, նորտրիպտիլին, ազաֆեն, լուդիոմիլ).

բ) մոնոամինոօքսիդազի ինհիբիտորներ (ԻՄԱՈ), արգելակիչներ (իպրազիդ, նուրեդալ, տրանսամին, ինդոպան).

գ) այլ հակադեպրեսանտներ (պիրազիդոլ, օրիգեն).

4. Նորմոթիմիկներ (լիթիումի աղեր) կամ թիմոստաբիլիզացնող դեղանյութեր, որոնք կանոնավորում են աֆեկտիվ դրսևորումները և ունեն կանխարգելիչ ազդեցություն փուլային ընթացք ունեցող աֆեկտիվ պսիխոզների ժամանակ:

5. Նոոտրոպներ. օժտված են նյարդային բջիջների մետաբոլիզմը խթանելու, ԿՆՀ-ում հյուսվածքային փոխանակությունը կանոնա-

վորկու ունակությամբ։ Ցուցված են գլխուղեղի վնասվածքների, ինֆեկցիաների և ինտոքսիկացիաների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են գիտակցության խանգարումներով և արտահայտված ասթենիայով, ինչպես նաև աթերոսկլերոզի և հետկաթվածային վիճակների դեպքում (ամինալոն, էնցեֆաբոլ, նոոտրոպիլ, պանտոգամ)։

6. Հոգեխթանիչներ (պսիխոստիմուլյատորներ). բարձրացնում են ակտիվության մակարդակը, վերացնում հոգնածության զգացումը (ֆենամին, պերվիտին, ցենտեդրին)։

7. Պսիխոդիսլեպտիկներ (պսիխոտոմիմետրիկներ, հալյուցինոգեններ). առաջացնում են փորձարարական պսիխոզներ՝ գունավոր պատրանքներ և ցնորքներ, էյֆորիա, դեպերսոնալիզացիա, մտածողության խանգարումներ։

ա) ինդոլի ածանցյալներ LSD—25, բուֆոտենին.

բ) այլ նյութեր (մեսկալին, հաշիշ)։

Գ. Ավրոցկու և Ա. Նեդուվայի դասակարգման համաձայն հոգեկան դեղանյութերը բաժանվում են հետևյալ խմբերի՝

I. Հոգեհակ (պսիխոտրոպ) դեղանյութեր՝ առավելապես սեդատիվ և արգելակող ազդեցությամբ.

1. Նեյրոլեպտիկներ (պսիխոլեպտիկներ).

2. տրանկվիլիզատորներ.

3. նորմոթիմիկներ (թիմոստաբիլիզատորներ)։

II. Հակադեպրեսիվ, ակտիվացնող և դրդող ազդեցությամբ դեղանյութեր.

4. հակադեպրեսանտներ.

5. նեյրոանալեպտիկներ (պսիխոանալեպտիկներ, հոգեխթանիչներ).

6. նոոտրոպներ։

III. Պսիխոդիսլեպտիկներ (հալյուցինոգեններ, պսիխոտոմիմետիկներ՝ մեսկալին, լիզերգինաթթվի ածանցյալներ). կիրառվում են գիտական նպատակներով պսիխոզային վիճակների տարբեր մոդելների ստեղծման համար, հիվանդների բուժման նպատակով չեն օգտագործվում։

Պսիխոտրոպ (հոգեհակ) դեղանյութերը բաժանվում են հետևյալ խմբերի.

1. Նեյրոլեպտիկներ՝

ա) նեյրոլեպտիկներ արգելակող ազդեցությամբ.

Ամինազին. գործնական հոգեբուժության բնագավառում լայն կիրառում ունի. հոգեշարժական գրգռվածության ժամանակ ցուցաբերում է արագ զարգացող հանգստացնող ազդեցություն։ Հակապսիխոզային ներգործության շնորհիվ դրական մեծ ազդեցություն է ցուցաբերում հատկապես ցնորազառանցանքային, մանիակալ, հեբեֆրենիկ համախտանիշների բուժման ժամանակ։ Կուրսային բուժումը սկսվում է 25—50 մգ, աստիճանաբար բարձրացնելով օրվա դեղաչափը մինչև 400—600 մգ։ Օգտագործվում է նաև 2,5 % լուծույթ միջմկանային և ներերակային ներարկումների ձևով։

Տիզերցին (նոզինան) օժտված է առավել արտահայտված հանգստացնող և քնաբեր ազդեցությամբ, քան ամինազինը։ Ունի նաև հակադեպրեսիվ հատկություն։ Հատկապես ցուցված է տագնապային-դեպրեսիվ, մանիակալ, սուր ցնորազառանցանքային և օնեյրոիդ-կատատոնիկ համախտանիշների դեպքում։ Տրվում է ամինազինի նման դեղաչափերով։

Տերալեն (մեթիլպրոմազին). օժտված է թույլ հանգստացնող, անկսիոլիտիկ և աննշան հակապսիխոզային ազդեցությամբ։ Ցուցված է սենեստոպաթիաների, ֆոբիաների, կպչուն վիճակների ժամանակ, ինչպես նաև ԿՆՀ-ի օրգանական ախտահարումների հողի վրա առաջացած թեթև արտահայտված հոգեկան խանգարումների դեպքում։ Նշանակվում է օրվա ընթացքում 10—25 մգ մինչև 200—400 մգ ներքին ընդունման և միջմկանային ներարկման ձևով։

Սոնապաքս (մելերիլ, թիորիդազին). օժտված է արտահայտված հանգստացնող և թույլ հակապսիխոզային ազդեցությամբ, ունի նաև թեթևակի հակադեպրեսիվ ազդեցություն, մեղմացնում է վախի, տագնապի, անհանգստության զգացողությունը, վերացնում հիվանդների հուզային անհավասարակշռությունը և հիպոխոնդրիկ ապրումները։ Կողմնակի ազդեցությունը թույլ է արտահայտված, այդ պատճառով էլ նշանակվում է այն հիվանդներին, ովքեր վատ են տանում ուժեղ նեյրոլեպտիկները։ Նշանակվում է ներքին ընդունման ձևով, օրվա ընթացքում 25—50 մգ, աստիճանաբար հասցնելով 600—800 մգ-ի։

Քլորպրոտիքսեն (տրուկսալ, տառակտամ). դրական ազդեցություն ունի տագնապային -դեպրեսիվ վիճակների, ցնորազառանցանքային համախտանիշի ժամանակ։ Պսիխոտրոպ հատկություններով նմանվում է տիզերցինին, նվազ տոքսիկ է, քան՝ ամինազինը, այդ պատճառով էլ գերադասելի է նշանակել հատկապես տարեց հասակի և սոմա-

տիկ հիվանդությունների հետևանքով թուլացած հիվանդներին։ Օրվա դեղաչափը՝ 25—50 մգ մինչև 200—400 մգ։

Լեպոնեքս (կլոզեպին, ազալեպտին). պսիխոտրոպ ազդեցությամբ նման է ամինազինին, տիզերցինին, քլորպրոտիքսենին, դրական նեյրոտրոֆ ազդեցություն ունի, երբ նշված դեղամիջոցների երկարատև կիրառման դեպքում թուլանում է վերջիններիի ազդեցությունը։ Չի առաջացնում կողմնակի արտաբրգային խանգարումներ, համեմատաբար թույլ արդյունավետ է, քան ամինազինը՝ սուր ցնորազառանցանքային համախտանիշի դեպքում, սակայն ունի հանգստացնող ազդեցություն գրգռվածությամբ ուղեկցվող աֆեկտիվ խանգարումների ժամանակ։ Տևական օգտագործման դեպքում զարգանում է ագրանուլոցիտոզ, այդ պատճառով էլ անհրաժեշտ է հիվանդի արյան մշտական հետազոտություն։ Կիրառվում է նույն դեղաչափերով, ինչ որ ամինազինը։

բ) Նեյրոլեպտիկներ առավելապես հակապսիխոզային ազդեցությամբ։

Մաժեպտիլ (թիոպրոպերազին). արդյունավետ բուժիչ ազդեցություն ունի ցնորազառանցանքային խանգարումների, հատկապես շիզոֆրենիայի ծանր, չարորակ (կատատոնիկ և հեբեֆրենիկ) ձևերի ժամանակ։ Հաճախակի առաջացնում է արտաբրգային բարդություններ։ Բուժումն սկսվում է 5—10 մգ դեղաչափով, հասցնելով օրական մինչև 80—120 մգ-ի։

Տրիֆթազինը (ստելազին, տրիֆլուպերազին) արդյունավետ ազդեցություն ունի շիզոֆրենիայի ժամանակ։ Փոքր դեղաչափերի (30—40 մգ) դեպքում ունի ակտիվացնող, իսկ մեծ դեղաչափերի դեպքում (40—80 մգ)՝ արգելակող ազդեցություն։ Բուժումն սկսվում է 5—10 մգ դեղաչափով։

Ֆրենալոնը օժտված է չափավոր հակապսիխոզային և առավել արտահայտված ակտիվացնող ազդեցությամբ։ Նշանակվում է կատատոնիկ, հեբեֆրենիկ և ապաթոաբուլիկ համախտանիշների դեպքում 5—10 մինչև 100—120 մգ-ի սահմաններում։

Հալոպերիդոլը և տրիսեդիլը (տրիպերիդոլ, տրիֆլուոպերիդոլ) օժտված են առավել արտահայտված ընտրողական ազդեցությամբ ցրնորքների և զառանցանքների ժամանակ։ Սրանք հզոր հակապսիխոզային դեղանյութեր են, որոնք ազդում են առավել դեղակայուն հոգեկան խանգարումների դեպքում։ Առաջացնում են արտաբրգային խանգարումներ։ Հալոպերիդոլի օրական դեղաչափն է 1,5—3 մգ մինչև 20—40 մգ, տրիսեդիլի օրական դեղաչափը՝ 0,5 մգ մինչև 10—15 մգ։

գ) Երկարատև ազդեցությամբ օժտված պսիխոտրոպ դեղանյութերը հիվանդներին ազատում են դեղորայքի բազմակի ներմուծումներից և հնարավորություն տալիս ռացիոնալ ձևով կազմակերպել ամբուլատոր բուժումը։

Մոդիտեն-դեպո (ֆտորֆենազին դեպո, մոդեկատ). արդյունավետ ազդեցություն ունի շիզոֆրենիայի քրոնիկական ձևերի ժամանակ, երբ անհրաժեշտ է պսիխոտրոպ դեղանյութերի տևական օգտագործում (մասնավորապես ցնորազառանցանքային համախտանիշի դեպքում)։ Թողարկվում է 2,5 տոկոս յուղային լուծույթի ձևով։ Նշանակվում է 1—2 մլ միջմկանային ներարկման ձևով և աստիճանաբար դեղաչափը հասցրվում 75—100 մգ՝ 10—15 օրը մեկ անգամ, իսկ հետագայում՝ ամիսը մեկ անգամ, կամ ավելի մեծ ընդմիջումներով, ընտրելով համապատասխան դեղաչափ։

Ֆլուշպիրիլեն օժտված է արտահայտված հակապսիխոզային, ակտիվացնող ազդեցությամբ։ Նշանակվում է շիզոֆրենիայի ժամանակ՝ շաբաթը մեկ անգամ, 5—10 մգ դեղաչափով, միջմկանային ներարկումների ձևով։

Սեմապ (պենֆլուրիդոլ) և պիմոզիդ (օրապ). օժտված են նախորդներին բնորոշ հատկություններով, օգտագործվում են հաբերի ձևով (սեմապը՝ 7 օրը մեկ անգամ՝ 20—100 մգ, օրապը՝ օրը մեկ անգամ՝ 2—10 մգ դեղաչափերով)։

2. Տրանկվիլիզատորներ (հանգստացուցիչներ). դրանցից մի մասը օժտված են առավելապես հանգստացնող ազդեցությամբ՝ մեպրոտան (մեպրոբամատ, անդաքսին), էլենիում (լիբրիում, նապոտոն), օքսազեպամ (տազեպամ), նիտրազեպամ (ռադեդորմ, էունոկտին), ֆենազեպամ, մերիկար և այլն։

Ակտիվացնող ազդեցությամբ օժտված տրանկվիլիզատորներից են՝ տրիօքսազինը, ռուդոթելը (մեդազեպամ, նոբրիում), սեդուքսենը (դիազեպամ, վալիում), լորազեպամը (տեմեստա)։ Այս դեղանյութերը նշանակվում են՝ ելնելով հիվանդի անհատական առանձնահատկություններից։ Նրանք օրգանիզմի վրա թողնում են հանգստացնող ազդեցություն, բարձրացնում տրամադրությունը, արտաբրգային և նյարդավեգետատիվ խանգարումներ չեն առաջացնում։

3. Նորմոթիմիկներ կամ թիմոկայունացնող դեղանյութեր։ Սրանց շարքն են դասվում լիթիումի աղերը, որոնք օգտագործվում են մանիակալ վիճակները կասեցնելու, ինչպես նաև մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի փուլերի կանխարգելման նպատակով։ Լի-

թիոամի աղերը թողնում են ոչ թե արգելակող ազդեցություն, ինչպես նեյրոլեպտիկները, այլ կարգավորում են տրամադրությունը, որը հանգեցնում է մտածողության պրոցեսի և վարքի կանոնավորմանը։ Բուժման կուրսը տևում է մի քանի ամիս, դեղաչափը 300—400 մգ-ից աստիճանաբար հասցվում է օրական 1500—2500 մգ-ի։ Նշանակվում է հաբերի և ներարկումների (միջմկանային, ներերակային) ձևով։ Կանխարգելիչ նպատակով նշանակվում է երկու անգամ, փոքր դեղաչափով։ Արյան պլազմայում թույլատրելի խտությունը պետք է լինի 0,6—1,2 մմոլ, այդ պատճառով անհրաժեշտ է արյան մեջ լիթիումի խտության մշտական հսկողություն (առաջին ամսում՝ շաբաթը մեկ անգամ)։ Հակացուցված են հղիության, ներքին օրգանների ֆունկցիաների խանգարման, կատարակտի ժամանակ։ Ներմուծման առաջին օրերին կարող են դիտվել ընդհանուր թուլություն, քնկոտություն, ընկճվածություն, դիսպեպտիկ երևույթներ (այս դեպքում պետք է փոքրացնել դեղաչափը, ապա աստիճանաբար մեծացնել)։ Ալերգիկ երևույթների, հիպերկինեզների, էքստրապիրամիդային, էնդոկրին և վեգետատիվ համակարգերի ֆունկցիայի խանգարումների առաջացման դեպքում անհրաժեշտ է դեղաչափը փոքրացնել կամ փոխարինել մեկ ուրիշով։

4. Հակադեպրեսիվ, ակտիվացնող և գրգռող դեղամիջոցներ, որոնք վերացնում են դեպրեսիան, միաժամանակ թողնելով խթանող կամ հանգստացնող ազդեցություն։

Խթանող ազդեցությամբ հակադեպրեսանտներից են՝ մելիպրամինը (իմիպրամին, տոֆրանիլ, իմիդին), որը նշանակվում է ներքին ընդունման և միջմկանային ներարկումների ձևով օրական 25—250 մգ դեղաչափով։ Ցուցված են «մաքուր» դեպրեսիաների, մասնավորապես մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի բուժման ժամանակ։ Այն դեպքերում, երբ դեպրեսիայի ժամանակ նկատվում են նաև ցնորազառանցանքային ապրումներ, տագնապալից վիճակներ, մելիպրամինը պետք է համակցել հակապսիխոզային և հանգստացնող ազդեցությամբ օժտված նեյրոլեպտիկների հետ։ Սույն դեղամիջոցի տևական օգտագործումից դեղակայունություն առաջանալու դեպքում նպատակահարմար է մեծացնել դեղաչափը կամ այն փոխարինել այլ դեղամիջոցով։

Հանգստացնող ազդեցության հակադեպրեսանտներից են՝ ամիտրիպտիլինը, ազաֆենը, պիրազիդոլը, որոնք հակադեպրեսիվ ազդեցությունից բացի ունեն նաև հանգստացնող ազդեցություն։ Նշանակվում են դեպրեսիվ-տագնապային վիճակների դեպքում, որոնք ուղեկցվում են ցնորքներով և զառանցանքով։ Նման դեպքերում հանգստացնող ազ-

դեցությամբ հակադեպրեսանտները պետք է զուգակցել նեյրոլեպտիկների հետ։ Օրվա դեղաչափը՝ 25—50 մգ-ից մինչև 250—300 մգ (դեղաչափի աստիճանաբար ավելացմամբ)։

Մոնոամինօքսիդազի (ՄԱՕ) արգելակիչները առավելապես խթանող ազդեցություն ունեցող հակադեպրեսանտներ են. դրանցից են՝ իպրազիդը (իպրոնիզիդ), նուրեդալը (նիամիդ)՝ օրական 150—200 մգ, տրանսամինը (պարնատ), ինդոպանը՝ օրական մինչև 40—60 մգ դեղաչափով։ Այս պրեպարատները անհամակցելի են եռցիկլ խմբի հակադեպրեսանտների և որոշ սննդամթերքների հետ (գինի, գարեջուր, սուրճ, պանիր, շոկոլադ, ապուխտ), քանի որ լյարդի վրա ունեն թունավոր ազդեցություն, այդ պատճառով էլ գործնական հոգեբուժության բնագավառում ավելի հազվադեպ են կիրառվում։

5. Նեյրոանալեպտիկներ (խթանիչներ)՝ սիդնոկարբը և սիդնոֆենը (օրական 5—10-ից մինչև 60—80 մգ դեղաչափով)։ Դրանք նշանակվում են նևրոզային և նևրոզանման համախտանիշների ու սահմանային վիճակների դեպքում, երբ առկա է նաև աշխատունակության անկում, ընկճվածություն, թորշոմածություն, ապաթիա։ Սիդնոֆենը չի կարելի համակցել հակադեպրեսանտների հետ։

6. Նոոտրոպներ՝ մետաբոլիկ ազդեցության պրեպարատներ։ Այս խմբին են պատկանում ամինալոնը (գամալոն), պիրացետամը (նոոտրոպիլ), էնցեֆաբոլը (պիրիդիտոլ), պանտոգամը։ Այս դեղանյութերը կանոնավորում և խթանում են կենտրոնական նյարդային համակարգում հյուսվածքային մետաբոլիզմի պրոցեսները. ավելի արդյունավետ են վնասվածքային էնցեֆալոպաթիայի, թերթ մտավոր հետամնացության, գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների սկզբնական փուլերի, ասթենիկ վիճակներով ուղեկցվող ինֆեկցիաների և ինտոքսիկացիաների ժամանակ։ Գիտակցության խանգարումներով ուղեկցվող սուր ինտոքսիկացիաների դեպքում ավելի արդյունավետ է պիրացետամի ներմուծումը (3000—6000 մգ) ներերակային կաթիլային կամ միջմկանային ներարկումների ձևով։

Նոոտրոպները, մասնավորապես պերացետամը, լայնորեն կիրառվում է ալկոհոլիզմի բուժման, ալկոհոլային դելիրիումի և աբստինենցիայի կասեցման նպատակով։

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի կիրառման ժամանակ առաջացած կողմնակի երևույթները (բարդությունները)։ Հոգեդեղաբանական բուժման ընթացքում հաճախ ի հայտ են գալիս կողմնակի երևույթներ, ո-

ցոնք պայմանավորված են ոչ միայն դեղամիջոցի հատկություններով, այլ դրա հանդեպ օրգանիզմի անհատական զգայունությամբ, նյարդային համակարգի օրգանական ախտահարմամբ և այլն։ Դեղանյութի գերդեղաչափավորումից առաջացած կողմնակի երևույթները կարող են նպաստել մի շարք բարդությունների առաջացման (արտաբրգային խանգարումներ, ագրանուլոցիտոզ և այլն)։

Կողմնակի երևույթները և բարդությունները լինում են մարմնական, հոգեկան և նյարդային։ Դրանցից են բերանի չորությունը, ուղեկեցվածքային (օրթոստատիկ) կոլապսը, ալերգիկ ռեակցիաները, էնդոկրին խանգարումները (դաշտանային ցիկլի խանգարում, կնաստինքություն), բրերի նեղացումը (միոզ), բբերի լայնացումը (միդրիազ), ակոմոդացիայի խանգարումները և այլն։ Նշված բոլոր երևույթները դեղաչափը փոքրացնելիս կամ դեղանյութի ընդունումը դադարեցնելիս վերանում են։

Արտահայտված կողմնակի հոգեկան երևույթներից են նեյրոլեպտիկ դեպրեսիան, որը զարգանում է պսիխոտրոպ դեղանյութերի մեծ դեղաչափերի տևական օգտագործումից, դեղորայքային դելիրիումը։ Նման դեպքերում դեղաչափը պետք է փոքրացնել կամ լրիվ ընդհատել, նշանակելով համապատասխան հակադեպրեսիվ, խթանող կամ հանգստացնող դեղանյութեր, միաժամանակ կատարելով թունազերծող բուժում։ Սակայն գործնական հոգեբուժության բնագավառում առավել հաճախ հանդիպում է նեյրոլեպտիկ համախտանիշ, որի դեպքում դիտվում են նյարդաբանական երևույթներ արտաբրգային խանգարումների ձևով (հիպերկինետիկ, հիպոկինետիկ, դիսկինետիկ խանգարումներ)։

Հիպոկինետիկ խանգարումները արտահայտվում են մկանների կարկամումով, շարժումների աղքատությամբ և դանդաղությամբ, առաջանում է դիմականման դեմք, աչքերը լայն բացված, հազվադեպ են թարթվում, վերջույթների տրեմոր (դող), ակաթիզիա, երբ չեն կարողանում երկար ժամանակ պահպանել որևէ դիրք, տախիկինեզիա, երբ ձգտում են անընդհատ գտնվել շարժման մեջ, քայլում են փոքր քայլերով (տիկնիկի քայլվածք)։ Առաջանում են օրալ դիսկինեզիայի երևույթներ, երբ խանգարվում է ազատ և անկաշկանդ խոսքը. կարող է զարգանալ Կուլեն-կամպֆի համախտանիշ (ծամիչ և կլման մկանների ջղաձգություններ, շուրթերի կնճիթանման շարժումներ, աչքերի տանջալից կկոցում, լեզուն հանելու անհաղթահարելի ցանկություն և այլն)։

Պարկինսոնիզմի երևույթները կարող են զարգանալ ինչպես նեյ-

բոլեպտիկների, այնպես էլ հակադեպրեսանտների մեծ դեղաչափերի կլիրաման դեպքում։

Նշված կողմնակի երևույթները կանխելու նպատակով դեղամիջոցային բուժմանը զուգահեռ նշանակվում են ուղղիչներ (կանոնավորիչներ)՝ ցիկլոդոլ, պարկոպան, արտան, ռոմպարկին, դինեզին և այլն, օրական 4—12 մգ դեղաչափով։

Կուլեն-կամպֆի համախտանիշը և պարոքսիզմալ (հանկարծակի) զարգացող, դիսկինետիկ այլ խանգարումները կարելի է կասեցնել 1—2 մլ 20 % կոֆեինի լուծույթի ենթամաշկային ներարկման կամ 1—2 մլ 2,5 % ամինազինի, սեդուքսենի, ռելանիումի, միջմկանային ինչպես նաև կալցիումի քլորիդի, գլյուկոզայի, վիտամին B1-ի ներերակային ներարկման միջոցով։

Լայն կիրառում ունի երկարաձգված արդյունք առաջացնող ուղղիչ տրեմբլեքսը՝ 2.0 միջմկանային ներարկման ձևով։

Արտաբրգային քրոնիկական խանգարումների ժամանակ նշանակվում են նոոտրոպներ՝ մեծ դեղաչափերով, վիտամինների և գլյուկոզայի հետ համակցված։

Բարդություններից ամենածանրը ագրանուլոցիտոզն է, որը կարող է մահացու ելք ունենալ (լեյկոֆորմուլայում լեյկոցիտների թիվը հասնում է մինչև 3000)։ Նման դեպքերում անհրաժեշտ է ընդհատել նեյրոլեպտիկների ներմուծումը և նշանակել ստերոիդ հորմոններ, անտիբիոտիկներ, արյան փոխներարկում և այլն։

ԻՆՍՈՒԼԻՆԱՅԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱ

Հոգեկան հիվանդությունները ինսուլինային հիպոգլիկեմիկ շոկերի միջոցով բուժման մեթոդը առաջարկել է 1935 թ. ավստրիացի հոգեբույժ Մ. Զակելը։

Այդ մեթոդով բուժման ցուցմունքներ են համարվում հոգեկան մի շարք հիվանդություններ, նևրոտիկ վիճակներ և թմրամոլությունը։ Հակացուցմունքներից են՝ սիրտ-անոթային արտահայտված խանգարումները, հիպերտոնիկ հիվանդությունը, երիկամների և լյարդի արտահայտված հիվանդությունները, հղիությունը, շաքարախտը, գանգուղեղային վնասվածքը, էպիլեպսիան և այլն։

Ինսուլինային բուժումն սկսելուց առաջ հիվանդը պետք է բազմակողմանի մանրազնին հետազոտման ենթարկվի։ Պետք է կատարել մեզի և արյան լաբորատոր քննություն, որոշել շաքարի քանակը արյան

մեջ, կոնսուլտացիայի ենթարկել թերապևտի, իսկ կարիքի դեպքում նաև այլ մասնագետների կողմից։

Ինսուլինային բուժումն սկսվում է առավոտյան քաղցած վիճակում 4 միավոր (0,1 մլ) ինսուլինի ենթամաշկային կամ միջմկանային ներարկումով։ Ամեն օր ինսուլինի քանակը 4 միավորով ավելացվում է՝ հասցնելով այն մինչև նպատակադրված հիպոգլիկեմիկ վիճակի առաջացման։ Հիպոգլիկեմիկ վիճակը առաջանում է ինսուլինի ներարկումից 15—30 րոպե անց։ Հիվանդի դեմքը կարմրում է, առաջանում է ուժեղ քրտնարտադրություն, սրտի աշխատանքը արագանում կամ դանդաղում է, զարկերակային ճնշումը տատանվում (բարձրանում կամ իջնում է)։ Բերը լայնանում են, առաջանում է ձեռքերի մատների դող։ Գիտակցությունը խանգարվում է (թեթև շշմածությունից մինչև սոպորային՝ նախակոմային, վիճակ)։ Շշմածության վիճակում հիվանդն արգելակվում է, անշարժ պառկում, հարցերը հասկանում է դժվարությամբ, անմիջապես չի պատասխանում։ Կողմնորոշումը խանգարվում է։ Արգելակումից բացի հաճախ տեղ է գտնում նաև անհանգիստ վիճակը։ Հիվանդը բղավում է, գալարվում անկողնում, ուտել և խմել է պահանջում։ Երբեմն կարող են դիտվել նևրոլոգիական ախտանշաններ՝ աֆազիա, դիզարթրիա, տոնիկ և կլոնիկ ցնցումներ, հազվադեպ՝ նույնիսկ էպիլեպսանման նոպաներ։

Ինսուլինային հիպոգլիկեմիկ վիճակում հիվանդը թողնվում է 1—3 ժամ, որից հետո հանվում է այդ վիճակից 40% 20—40 մլ գլյուկոզայի ներերակային ներարկմամբ կամ քաղցր թեյ խմեցնելու միջոցով։ Հիպոգլիկեմիկ վիճակից հանելուց հետո խիստ քաղցած հիվանդին տրվում է ածխաջրատներով հարուստ նախաճաշ։

Ինսուլինային բուժման դեպքում ինսուլինի քանակը ինչպես սկզբում աստիճանաբար բարձրացվում է, այնպես էլ բուժման կուրսի վերջում աստիճանաբար իջեցվում է։

Երբեմն որպես բարդություն հանդիպում է ուշացած կրկնակի հիպոգլիկեմիկ վիճակի առաջացում։

Որպես օրենք, ինսուլինային թերապիան անց է կացվում բժշկի անմիջական հսկողության տակ, իսկ միջին բուժանձնակազմը բուժման սկզբից մինչև վերջ գտնվում է հիվանդի անկողնու մոտ, ձեռքի տակ ունենալով շտապ օգնության համար պահանջվող համապատասխան դեղամիջոցներ (1% ադրենալին, 1% լոբելին և այլն)։

Ինսուլինային բուժման մեխանիզմը վերջնականապես պարզված չէ։ Գտնում են, որ նա թունազերծող ազդեցություն ունի, կանոնավորում է

օրգանիզմի նյութափոխանակությունը (մետաբոլիկ պրոցեսները), մոբիլիզացնում է վեգետատիվ նյարդային համակարգը։ Ֆիզիկապես հյուծված հիվանդի մոտ բարձրացնում է սնուցումը։ Փոքր դոզաներով բուժումը (թեթև հիպոգիկեմիկ վիճակ) թեթևացնում է գրգռվածությունը և հանգստացնում գրգռված հիվանդին։

Ներկայումս բուժման այս մեթոդը համեմատաբար ավելի հազվադեպ է կիրառվում։

ՊԻՐՈԹԵՐԱՊԻԱ (ՋԵՐՄԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ)

Բուժման այս մեթոդը կատարվում է հիվանդի մոտ արհեստական ձևով բարձր ջերմություն առաջացնելու միջոցով։

Հոգեկան հիվանդների բուժման համար ջերմությունը բարձրացնելու նպատակով առաջացվել են ինֆեկցիոն հիվանդություններ հատկապես հետադարձ տիֆ (Վ. Ֆ. Սաբլեր, Ա. Ս. Ռոզենբլյում), իսկ ավստրիացի հոգեբույժ Վագներ-Յաուրեգը 1917 թ. առաջարկել է եռօրյա մալարիան, որը կիրառվել է հատկապես պրոգրեսիվ պարալիզի բուժման ժամանակ։

Ներկայումս բարձր ջերմություն առաջացնելու համար հաճախ կիրառվում է սուլֆոզին (ՍՈՒԼՖՈԶԻՆՈԹԵՐԱՊԻԱ)։ Այդ նպատակով օգտագործվում է 0,5—1% դեղձի կամ ձիթապտղի յուղի մեջ խառնած, քիմիապես մաքուր ծծմբի կախույթահեղուկը (սուլֆոզին)։

Սուլֆոզինը գործածելուց առաջ 37°—38° ջրի մեջ տաքացվում և լավ թափահարվում է, որից հետո ներարկվում է միջմկանային 1—6 մլ (դեղաչափը աստիճանաբար բարձրացնելու ձևով)։ Ներարկումից 2—5 ժամ անց հիվանդի մարմնի ջերմությունը բարձրանում է մինչև 38°—39°։ Եթե ջերմային այդ ռեակցիան թույլ է արտահայտված լինում, ապա հաջորդ անգամներին սուլֆոզինի դեղաչափը բարձրացվում է մինչև ջերմային համապատասխան վիճակ առաջացնելը։ Ներարկումը կատարվում է 3 օրը մեկ, առաջացնելով 5—10, երբեմն նույնիսկ 15 բարձր ջերմային նոպաներ։ Բուժման այս ձևի դեպքում բարձր ջերմությունը ակտիվացնում է օրգանիզմի ընդհանուր ռեակտիվականությունը և իմունիտետը, միաժամանակ ներգործություն ունենալով հիվանդության հարուցիչի վրա։ Ծծումբը ունենում է նաև թունազերծող ազդեցություն։

Սուլֆոզինի կիրառման ցուցմունքներ են համարվում պրոգրեսիվ պարալիզը (այս դեպքում նա փոխարինում է Վագներ-Յաուրեգի կողմից առաջարկված եռօրյա մալարիային), ինչպես նաև պսիխոտրոպ դեղա-

նյութերի նկատմամբ դեղակայունություն ձեռքբերած շիզոֆրենիայով հիվանդության դեպքերը, որով այդ դեղակայունությունը հաղթահարելու որոշ հնարավորություններ են ստեղծվում։

Հակացուցմունք են համարվում՝ սիրտ-անոթային համակարգի արտահայտված հիվանդությունները, ակտիվ տուբերկուլոզը, լյարդի և երիկամների ծանր հիվանդությունները, հղիությունը, ֆիզիկական խիստ հյուծվածությունը, ծեր տարիքը և այլն։ Ներկայումս բուժման սույն մեթոդը կիրառվում է սահմանափակ։

ԷԼԵԿՏՐԱՑՆՑՈՒՄԱՅԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱ

Հոգեկան հիվանդությունների էլեկտրացնցումային բուժման մեթոդը առաջարկել են 1938 թվին իտալացիներ Ցերլետին և Բինին։ Այն կատարվում է այդ նպատակով ստեղծված էլեկտրացնցումային հատուկ ապարատի միջոցով, որն ունի էլեկտրոդներ, վոլտաչափ և վայրկենաչափ։

Բուժման այս ձևի հակացուցմունքները շատ են։ Բավական է նշել թեկուզ և այն, որ այս մեթոդով բուժումն անց է կացվում միայն սոմատիկ հիվանդությունների բացակայության դեպքում։

Էլեկտրացնցումային բուժման սեանսը անցկացնելուց առաջ հիվանդի միզափամփուշտը պետք է դատարկ լինի (սեանսի ժամանակ ակամա միզարձակությունից խուսափելու համար)։ Հիվանդը պառկում է մահճակալին, էլեկտրոդները դրվում են քունքային հատվածների վրա, որից հետո միացվում է ապարատի մեջ մտնող փոփոխական էլեկտրական հոսանքը (60—120 վոլտ)՝ 0,1—0,9 վայրկյանի սահմաններում։ Միացումից անմիջապես հետո առաջանում է էպիլեպսանման ցնցումային նոպա։ Եթե նախընտրած ցուցանիշների դեպքում ցնցումային նոպա չի առաջանում (կարող է առաջանալ միայն ոչ զարգացած, աբորտիվ նոպա գիտակցության կարճատև շշմածությամբ կամ գիտակցության կորուստ առանց ցնցումների), ապա հետևյալ սեանսների համար էլեկտրականության վոլտաժի և վայրկյանների չափը աստիճանաբար ավելացվում է, մինչև էպիլեպսանման ցնցումային նոպայի առաջացումը։ Նոպայից հետո հիվանդը ոչինչ չի հիշում կատարվածի մասին (անտերոգրադ ամնեզիա)։ Երբեմն ոչ զարգացած կամ աբորտիվ նոպայի դեպքում հիվանդի հիշողությունը չի տուժում, որն էլ դիմադրության պատճառ է դառնում հաջորդ սեանսի համար։

Բուժման կուրսի համար պահանջվում է 6—10 ցնցումային նոպա,

2—3-օրյա ընդմիջումներով։ Բուժական արդյունավետությունը նշվում է միջին հաշվով 3—7 նոպա առաջանալուց հետո։

Կապված պսիխոտրոպ դեղամիջոցների լայն կիրառման հետ, բուժման այս մեթոդը համեմատաբար մեծ ցուցմունքներ չունի։ Ցուցմունքներ են համարվում պսիխոտրոպ դեղամիջոցներին չենթարկվող (դեղակայուն) դեպրեսիվ վիճակները, հատկապես շիզոֆրենիայի և մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի շրջանակներում, ինվոլուցիոն մելամաղձությունը, ինչպես նաև շիզոֆրենիայի կատատոնիկ ձևը։

Էլեկտրացնցումային բուժման մեխանիզմի վերաբերյալ որոշակի միացյալ կարծիք չկա։ Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ ցնցումային նոպաները ներգործում են գանգուղեղի ենթակեղևային կառուցվածքների, ինչպես նաև կեղև-ենթակեղևային կապերի վրա։ Գտնում են նաև, որ այն հումորալ և նյութափոխանակային տեղաշարժեր է առաջացնում, որն ակտիվ ձևով է ազդում կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա։

ՊՍԻԽՈԹԵՐԱՊԻԱ

Պսիխոթերապիան բուժական մի մեթոդ է, երբ բժիշկը խոսքի միջոցով ներազդում է հիվանդի հոգեկան աշխարհի վրա։ Դրա նպատակը հիվանդության ախտանիշները վերացնելն է, հիվանդի վերաբերմունքը իր անձի, հիվանդատային վիճակի և շրջապատի մարդկանց նկատմամբ փոխելը։

Պսիխոթերապիան բաժանվում է ընդհանուր և մասնավոր կամ հատուկ բաժինների։

Ընդհանուր պսիխոթերապիան միջոցառումների այն ընդհանրությունն է, որն ստեղծում է հիվանդի համար բարենպաստ մթնոլորտ՝ բաժանմունքի հաճելի, ճաշակով ձևավորում, անձնակազմի զգայուն, բարեհամբույր, ուշադիր վերաբերմունք, այսինքն՝ բժշկական դեոնտոլոգիայի, «հոգեկան ասեպտիկայի» կանոնների պահպանում, պահպանողական, վերականգնողական ռեժիմի կազմակերպում։

Մասնավոր կամ հատուկ պսիխոթերապիան ընդգրկում է պսիխոթերապևտիկ մի շարք հատուկ մեթոդներ. ռացիոնալ պսիխոթերապիա, ներշնչում արթուն վիճակում, ինքնաներշնչում, ինքնահոգեմարզում (աուտոգրենինգ), հոգեկան ինքնակարգավորում, կոլեկտիվ և խմբակային պսիխոթերապիա, հիպնոս, նարկոհիպնոս և այլն։

Այս կամ այն մեթոդի ընտրությունը կատարելիս հաշվի է առնվում հիվանդի անձը, հիվանդության կլինիկական պատկերը, ընթացքը։ Բուժումը զուգորդվում է այլ բուժական միջամտություններ հետ։

Պսիխոթերապիայի բուժական արդյունքը կախված է ոչ միայն ան-

հատի բնավորության առանձնահատկություններից, հիվանդության ձևից ու ընթացքից, այլև բժշկի փորձառությունից ու հմտությունից, բուժական հիմնարկում բարոյաէթիկական, հիգիենիկ, դեոնտոլոգիական սկզբունքների կիրառումից։

Ներշնչում (suggestio). խոսքի միջոցով հիվանդի հոգեկան աշխարհի վրա նպատակաուղղված ազդեցությունն է, որն ընդունվում է հիվանդի կողմից առանց քննադատական վերամշակման։ Ներշնչում կարելի է անցկացնել ինչպես արթուն, այնպես էլ հիպնոսի և նարկոհիպնոսի վիճակում։ Բժշկի կողմից բուժական նպատակով իրականացվող ներշնչումը անվանվում է բուժական ներշնչում, որը կարող է լինել ուղղակի և անուղղակի՝ միջնորդված։ Ուղղակի խոսքային ներշնչումն իր մեջ բովանդակում է անմիջական ցուցում այն մասին, որ հիվանդագին նշանները, ապրումները պետք է անցնեն անմիջապես կամ ներշնչումից որոշ ժամանակ անց։ Անուղղակի ներշնչումն իրականացվում է բուժական այլ միջամտությունների (դեղորայք, ֆիզիո- կամ ջրաբուժություն, բնակլիմայական գործոններ, արվեստ և այլն) զուգակցությամբ, որոնց բուժական նշանակության մասին ներշնչվում է հատուկ կարևորություն։

Կլինիկական պսիխոթերապիայի այս կամ այն ձևի կիրառման ժամանակ անհրաժեշտ է մանրակրկիտ ուսումնասիրել հիվանդի անձը, կյանքի, հիվանդության պատմությունը (անամնեզը), հիվանդագին նշանների զարգացումը, հիվանդի վերաբերմունքը իր զառանցանքի և բուժման նկատմամբ (Ռ. Ա. Լուրիա), հիվանդության ներքին պատկերը։ Նման մոտեցումը օգնում է բժշկին որոշելու պսիխոթերապիայի տակտիկան, նրա զուգակցումը բուժական այլ միջոցների հետ։

Ռացիոնալ պսիխոթերապիա. այս մեթոդի էությունն այն է, որ առանց հիվանդին քնեցնելու, բժիշկը զրույցի ընթացքում բացատրում է հիվանդության իմաստը, ծագման պատճառները, հիվանդագին նշանների զարգացման օրինաչափությունները, ներշնչելով նրան ինքնավստահություն՝ հաղթահարելու կույր, անհիմն վախը հիվանդության նկատմամբ, բացահայտում է նրա մոլորությունը սուբյեկտիվ տհաճ զգացողությունների, դատողությունների նկատմամբ։ Այս ձևով բժիշկը դիմելով հիվանդի բանականությանը՝ փաստորեն փոխում է նրա մտածելակերպը, օգնում է այլ աչքերով նայել իր վիճակին, հոգեպես չընկճվել, չհուսահատվել։ Իզուր չէ ռուս հայտնի բժիշկ Վ. Մ. Բեխտերևը ասել, որ «եթե բժշկի հետ զրուցելուց հետո հիվանդի վիճակը չի թեթևանում, ապա նա վատ բժիշկ է»։ Հիվանդի վերաբերմունքի վերա-

ախումը, իր հիվանդության մասին նրա ճիշտ պատկերացումն օգնում է օրգանիզմի ուժերի համախմբմանը, զգացմունքային ոլորտի լարվածության կարգավորմանը, դրանով իսկ նպաստելով բուժման հաջող ընթացքին: Արժե հիշել Նապոլեոնի բանակի բժիշկ Լարեի խոսքերը. «Հաղթողների վերքերը արագ են ապաքինվում»: Նա նկատել էր, որ նույնատիպ վերքերը Նապոլեոնի հաղթանակող բանակի վիրավոր զինվորների մոտ ավելի արագ էին լավանում, քան նրա հակառակորդների մոտ: Ում տրամադրությունը բարձր է, և ով լավատես է, նա արագ է ապաքինվում:

Վերջին տարիներին հատուկ հանրայնություն է նվաճել պսիխոթերապիայի аутогенն *մարզման մեթոդը: Այն առաջարկել է 1923 թ. գերմանացի բժիշկ Ի. Գ. Շուլցը: Ինքնամարզումով զբաղվողներից ոմանք ժամանակի ընթացքում երբեմն օրգանիզմի գործունեության կարգավորման այնպիսի արդյունքի են հասնում, որ հրաշքի նշավակություն է թողնում: Այնուամենայնիվ գերբնական ոչինչ չկա. կա ինքնաներշնչման մեխանիզմ, որի ժամանակ օրգանիզմի կենսագործունեությունը հասցվում և պահպանվում է այնպիսի մակարդակի վրա, որն ապահովում է օրգանիզմի կարևորագույն ֆունկցիաները: Հայտնի է, որ փոթորկալի զգացմունքային վիճակը զուգորդվում է մկանային լարվածությամբ: Հիշենք, թե զայրույթի պահին ինչպես են պրկվում բռունցքները, լարվում ամբողջ մարմնի մկանները: Գիտնականների դիտումները պարզել են, որ այս կամ այն հույզերի ժամանակ առաջանում է որոշակի մկանախմբերի լարվածություն: Այսպես՝ վախը զուգորդվում է խոսակցական ֆունկցիան ապահովող մկանների կարկամածությամբ (այստեղից՝ «վախից համրացավ» արտահայտությունը), տրամադրության ընկճվածությունը զուգորդվում է շնչարգելությամբ (այստեղից՝ կրծքավանդակի շրջանի ծանրության զգացումը, պարբերաբար հոգոցի անհրաժեշտությունը): Ամբողջ մարմնի մկաններից դեպի ուղեղ են հաղորդվում մեծաքանակ իմպուլսներ: Ինքնամարզումը՝ թուլացնելով մկանային կարկամածությունը, նվազեցնելով ու վերացնելով հուզական լարվածությունը, ապահովում է ուղեղի հանգիստը: Այսպիսով, ինքնամարզումը՝ ակտիվացնելով հոգեկարգավորիչ մեխանիզմները, թուլացնում, ապա վերացնում է վախը, տագնապը, անքնությունը, դյուրագրգռությունը, հոգնածությունը: Այն լայնորեն կիրառվում է ոչ միայն նևրոզների, այլև ներքին օրգանների տարբեր հիվանդությունների, ուղեկցող նյարդային խանգարումների բուժման ժամանակ, ինչպես, օրինակ, սրտամկանի ինֆարկտից հետո տագնապարի տրամադրությու-*

նը, հիվանդության կրկնության հնարավորության նկատմամբ վախի զգացումը։ Ներկայումս ինքնամարզումը լայնորեն կիրառվում է սրտաբանական հիվանդանոցներում՝ հիվանդների մոտ հոգեծին նյարդային ախտանիշների վերացման նպատակով։ Ինքնամարզման մեթոդից լայնորեն օգտվում են նաև մարզամրցորդները. այն նպաստում է ինքնատիրապետման ունակությունների կատարելագործմանը, օգնում է սեփական ուժերի արագ և ժամանակին համակենտրոնացմանը, մեկնելքին նախորդող լարվածության արագ վերացմանը։

Հիպնոս (hypnosis). հունարեն բառ է, նշանակում է քուն։ Այդ անվանումը առաջարկել է 1843 թ. անգլիացի վիրաբույժ Ջ. Բրեդը։ Բուժմանը նախորդում են հիվանդին նախապատրաստելու նպատակով բացատրական զրույցները, որոնց ժամանակ պարզաբանվում է հիպնոսի մեթոդի բուժական կարևորությունը, ճշտվում են հիվանդի պատկերացումները հիպնոսի մասին։ Բժիշկը մատչելի լեզվով բացատրում է հիվանդին, որ հիպնոսի միջոցով համակենտրոնացվում են օրգանիզմի թաքնված ուժերը, դրանով պայմաններ ստեղծում արագ ապաքինման համար։ Հիվանդը պետք է գիտենա, որ հիպնոթերապիան գիտականորեն հիմնավորված, արդյունավետ բուժական մեթոդ է, որը բարձրացնում է նրա ընկալունակությունը բժշկի կողմից կիրառվող բուժական ներշնչման նկատմամբ։ Հիվանդին անհրաժեշտ է բացատրել խոսքի բուժական ազդեցության մասին։ Խոսքը կարող է հուսահատեցնել կամ վստահություն ներշնչել, առաջացնել տարբեր զգացմունքներ՝ բուժել, ապաքինել, ամրացնել կամքը, հուսադրել։ Գիտականորեն ապացուցված է, որ հիպնոսի վիճակում հիվանդ մարդը լավ է ընկալում բժշկի խոսքը, որի ազդեցությունը պահպանվում է նաև հիպնոսից հետո։ Բուժական ներշնչումը ազդում է ոչ միայն հիվանդի հոգեկան աշխարհի, այլև մարմնական մյուս համակարգերի գործունեության վրա։

Ռապորտը (rapport) *հիպնոթերապևտի հոգեկան, մտավոր կապն է հիպնոսի մեջ գտնվող հիվանդի հետ, որն իրականացվում է խոսքի միջոցով։ Ռապորտը կարող է լինել սահմանափակ, որի ընթացքում հիվանդն ընկալում, լսում է միայն բժշկի խոսքը, և՝ ընդլայնված, երբ հիպնոսի մեջ գտնվող հիվանդի հետ կարող են հաղորդակցվել նաև այլ անձինք։ Պետք է նշել, որ ռապորտի սահմանափակ կամ ընդլայնված լինելը կախված է հիպնոթերապևտից։ Առանձնացվում են հիպնոսի 3 շրջաններ։*

Առաջին շրջան՝ սոմնոլենցիա (քնկոտ վիճակ) կամ փոքր հիպնոս.

հիպնոսային քնի սկզբնական շրջանն է, որը նման է բնական քնին նախորդող ինքնազգացմանը՝ հոգնածության, մկանային թուլության, քնկոտության զգացում։ Հիպնոսվողը կարող է փոխել մարմնի դիրքը, բարձրացնել ձեռքը, բացել ծանրացած կոպերը, հարցեր տալ, բայց հանգստության ձգտումն աստիճանաբար պարուրում է հիվանդին։ Յավային գրգռին (ծակոց) հիվանդը հակազդում է։ Այս վիճակից հիվանդը հեշտությամբ կարող է դուրս գալ։

Երկրորդ շրջան՝ հիպոտաքսիա (hypotaxis), անշարժություն կամ միջին հիպնոս. այս դեպքում կենտրոնական նյարդային համակարգի արգելակումը տարածուն է, խորը, ընդգրկում է գլխուղեղի կեղևի շարժական կենտրոնները։ Արտահայտվում է վերջույթների մոմանման ճկունությամբ (կատալեպսիա), ցավի և ընդհանրապես զգացողության բացակայությամբ։ Հիվանդը չի կարող բացել աչքերը, բարձրացնել ձեռքը, փոխել իրանի դիրքը։ Ռապորտը սահմանափակ է, այն պահպանվում է միայն բժշկի հետ։ Այս դրությունից դուրս գալուց հետո հիվանդները հիշում են իրենց հետ կատարվածը, սակայն բացատրել չեն կարողանում։

Երրորդ շրջան՝ սոմնամբուլիզմ (somnambulismus). լատիներեն բառ է «քնած քայլել» իմաստով (գիշերաշրջություն)։ Խոր հիպնոսի շրջանն է։ Հիվանդը նման է խոր քնի մեջ ընկղմված մարդու։ Մկանային համակարգը ամբողջովին թուլացած է։ Բժշկի կողմից բարձրացրած հիվանդի ձեռքը ծանրության ուժից թուլացած վայր է ընկնում ի նշան խոր արգելակման։ Ռապորտը խիստ ընտրողական է։ Այս վիճակում կարելի է ներշնչել որոշ շարժումների կատարում, դրական կամ բացասական ցնորք, վաղուց մոռացված հուշերի վերարտադրում և այլն։ Սոմնամբուլիզմից դուրս գալուց հետո հիվանդը չի հիշում իր հետ կատարվածը։ Երկարատև ու հաճախակի խոր հիպնոսի սեանսներից հետո աստիճանաբար թուլանում է սոմնամբուլային վիճակի մեջ ընկղմվելու հիվանդի ունակությունը։ Մի առանձնահատկություն ևս. երբ հիվանդը բուժվում է մի բժշկի մոտ՝ հասնելով սոմնամբուլիզմի աստիճանի, ապա մի այլ բժշկի դժվարությամբ է հաջողվում նրան ընկղմել հիպնոսի նույնիսկ առաջին՝ սոմնոլենցիայի, կամ, առավել ևս, երկրորդ՝ հիպոտաքսիայի վիճակի մեջ։

Բժիշկներից շատերի և առավել ևս հիվանդների կարծիքով հիպնոսի բուժական արդյունավետությունը պայմանավորված է նրա խորությամբ։ Փորձը ցույց է տալիս, որ այդպիսի մոտեցումը չի համապատասխանում իրականությանը։ Այստեղից հետևում է, որ հիպնոսի խորությամբ չի բացատրվում նրա բուժական արդյունքը։ Գլխուղեղի նույ-

նիսկ ամենաթեթև արգելակվածության ֆոնի վրա կարելի է հասնել բուժական արդյունքի։ Բուժական ներշնչման բովանդակությունը բժշկի կողմից պետք է լինի կանխամտածված, բաղկացած լինի կարճ, հասկանալի և հիվանդի համար մատչելի բառերից, նախադասություններից ու պետք է համապատասխանի նրա անձին, բանականությանը և այն իրադրությանը, որի մեջ գտնվում է հիվանդը։ Ներշնչման այն բովանդակությունը, որը հակասում է հիվանդի բարոյական նորմերին, որպես օրենք, չի իրականացվում։ Սովորաբար հիպնոսի մեկ սեանսը տևում է 30—50 րոպե։

Խմբային պսիխոթերապիա։ Այս մեթոդի էությունն այն է, որ բժիշկը կազմակերպում է հիվանդների որոշակի խմբում բուժվողների փոխազդեցությունը միմյանց նկատմամբ։ Խմբային պսիխոթերապիան կարող է կրել ակտիվացնող, բացատրական, հիվանդագին զգացողություններից ուշադրությունը շեղող բնույթ։ Բուժման արդյունավետությունը բարձր է, եթե խմբում տիրում է փոխադարձ վստահության, անկեղծության, բուժման նկատմամբ միատեսակ շահագրգռվածության մթնոլորտ։ Դա ապահովելու նպատակով խմբում ընդգրկվում են ներշնչվող, արդեն առողջացող, ակտիվ և լավ վիճակում գտնվող հիվանդներ, որոնք մյուսների վրա հուսադրող ազդեցություն են ունենում։ Կոլեկտիվ պսիխոթերապիայի տարատեսակն է ընտանեկան պսիխոթերապիան։ Այն կարելի է կատարել ինչպես հարազատների և հիվանդների հետ համատեղ, այնպես էլ՝ միայն հարազատների հետ։ Այս ձևը նպատակ ունի վերակառուցել, վերափոխել ընտանեկան փոխհարաբերությունները, բուժումն անցկացնել հարազատ, մտերմիկ մթնոլորտում, դրանով իսկ կանխարգելել հիվանդության սրացումները։

Վերլուծական պսիխոթերապիա. հիմնվում է Զ. Ֆրեյդի առաջ քաշած այն գաղափարի վրա, որի համաձայն նևրոհոգեկան հիվանդությունների առաջացումը պայմանավորված է ենթագիտակցական (հատկապես սեռական հակման) ոլորտում առաջացած կոնֆլիկտներով։ Ըստ այդ բացատրության սեռական ձգտումները, ցանկությունները, հակումները հասարակության և անձի բարոյագիտական կացության պայմաններում գիտակցությունից արտամղվում են ենթագիտակցական ոլորտ և մնում չիրականացված, պատճառ դառնալով նյարդահոգեկան տարբեր հիվանդությունների առաջացման։ Հոգեվերլուծությունը նպատակ ունի բացահայտել, բացատրել հիվանդի երազներում, հույզերում տեղ գտած իմաստանշանները (սիմվոլները), ենթագիտակցությունից դուրս բերել և գիտակցությանը հասցնել ներփակված ձգտումները, ցանկություններ-

ը, այդ ճանապարհով հիվանդին ազատել հիվանդագին զգացողություններից։ Զ. Ֆրեյդի հետևորդները (նեոֆրեյդիստները) նյարդահոգեկան հիվանդագին վիճակները բացատրում են ոչ թե սեռական հակումների ընկճումով, այլ ներանձնային հարաբերությունների խանգարումներով։ Այնուամենայնիվ, գաղափարախոսության էությունը չի փոխվում. սադոմազոխիզմի վարքի պայմանավորվածությունը ենթագիտակցությամբ, վարքի խանգարումների բացատրությունը ենթագիտակցական հակասություններով և նրանց իմաստավորումը ապաքինման հարցում մնում են ընկած այդ գաղափարախոսության հիմքում։

ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ-ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Աշխատանքային— վերականգնողական բուժումն իրականացվում է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում։ Հիվանդներն ընդգրկվում են աշխատանքային բուժման մեջ հոգեախտանիշների անցնելուց հետո միայն։ Աշխատանքի բնույթն ընտրելիս հաշվի են առնվում հիվանդի մասնագիտությունը, նրա առողջական վիճակը, ֆիզիկական և հոգեկան հնարավորությունները։ Աշխատանքային բուժման ընթացքում հիվանդի լավացմանը զուգընթաց բարդացվում է աշխատանքը և ծանրաբեռնվածությունը, որն սկսվում է ստացիոնարում առօրյա աշխատանքներում հիվանդին ընդգրկելուց հասցնելով մինչև նրա աշխատանքային, արտադրողական ունակությունների վերականգնումը դիսպանսերում, աշխատանքային արհեստանոցներում։

Երկարատև հոգեկան հիվանդությամբ տառապող մարդկանց աշխատունակության վերականգնումը և պահպանումը հոգեբուժության կարևորագույն խնդիրն է։ Այդ խնդրի լուծման համար հոգեբուժական դիսպանսերները պետք է ունենան սարքավորված աշխատանքային արհեստանոցներ, որտեղ հիվանդները հաճույքով և հեշտությամբ աշխատեն և նույնիսկ ձեռք բերեն նոր, իրենց համար մատչելի մասնագիտություն։ Պսիխոտրոպ դեղամիջոցների լայն կիրառումը և աշխատանքային բուժման ճիշտ դրվածքը հնարավորություն է ընձեռում հոգեկան հիվանդների բուժումը կազմակերպել տան պայմաններում, առանց հարազատ միջավայրից հիվանդին կտրելու, որը և նախապայմանն է վերականգնելու (ռեաբիլիտացիա), վերահարմարվելու (ռեադապտացիա) շրջապատին, հասարակությանը։

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունում ընդունված է հետևյալ բնորոշումը. վերականգնումը (ռեաբիլիտացիա) բը-

ժշկական, հասարակական, կրթական, աշխատանքային միջոցառումների մի համալիր է, որի նպատակն է հոգեկան հիվանդների աշխատանքային ունակությունների հնարավոր պահպանումը, կորցրածի վերականգնումը և վերահարմարեցումը։ Այդ ճանապարհով բժշկական վերականգնումը նպատակ ունի կանխարգելել հոգեկան հիվանդության պատճառով առաջացող դեֆեկտը կամ մասնակիորեն կարգավորել այն։ Վերջին տարիներին հոգեկան հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային վերականգնումը կազմակերպվում է ոչ միայն հոգեբուժական հիվանդանոցներին, դիսպանսերներին, ցերեկային ստացիոնարներին կից բուժարտադրական արհեստանոցներում, այլև խոշոր արդյունաբերական ձեռնարկություններում, հատուկ արտադրամասերում, որոնք կազմակերպվում են բուժարտադրական արհեստանոցների հիմքի վրա։

Ներկա ժամանակներում ընդարձակվում է հոգեբուժական հիվանդանոցներում պսիխոթերապիայի մշակութային ձևերի կիրառումը, նպատակ ունենալով նպաստել հոգեկան հիվանդների էմոցիոնալ զգացմունքների վերականգնմանը և դաստիարակմանը։

ՊՍԻԽՈՀԻԳԻԵՆԱ, ՊՍԻԽՈԳՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱ

Հոգեկան հիվանդությունների կանխարգելումը սերտ կապի մեջ է այն աշխատանքների կազմակերպման հետ, որը մարդու հոգեկան գործունեության համար ստեղծում է նպաստավոր, բարերար պայմաններ, պահպանում է մարդկանց հոգեկան առողջությունը։ Այդ միջոցառումները պետք է կիրառվեն մանկական տարիներից։ Քնի, սննդի ճիշտ ռեժիմը, երեխային ավելորդ ահաբեկումներից ու սպառնալիքներից զերծ պահելը, նրա հույզերին ճիշտ ուղղություն տալը, ընտանեկան առողջ փոխհարաբերությունների մթնոլորտը և այլն ձևավորում են ապագա հասուն մարդու հոգեկան աշխարհը։ Ծանր ապրումները, սխալ դաստիարակությունը, ընտանեկան լարված մթնոլորտը հաճախ դառնում են անձի հիվանդագին զարգացման, տարբեր նյարդահոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառ (լոգոնևրոզ, ցնցումներ, ախորժակի բացակայություն, գիշերամիզություն և այլն)։

Եթե ժամանակին չզբաղվեն երեխայի ֆիզիկական, հոգեկան աշխարհի դաստիարակությամբ և մարզմամբ՝ նման երևույթները կարող են մնալ, ամրանալ և անհանգստացնել հիվանդին ողջ կյանքի ընթացքում։

Պսիխոհիգիենայի կարևորագույն բաժինն է ամուսնության, սեռա-

կան կյանքի հիգիենան։ Երեխաները, պատանիները պետք է նրբանկատ, մատչելի ձևով տեղեկանան սեռական հարաբերությունների նրբերանգներին։ Վաղ սկսած սեռական կյանքը, նրա չարաշահումը և զանազան այլասեռությունները հաճախ բացասաբար են անդրադառնում հոգեկան առողջության վրա։

Մարդու հոգեկան ճիշտ զարգացման համար կարևոր նշանակություն ունի մտավոր աշխատանքի չափավորությունը հատկապես ուսումնական հաստատություններում։ Մտավոր ծանրաբեռնվածությունը, ռեժիմի ոչ ճիշտ կազմակերպումը առաջացնում է գերհոգնածություն, հյուծվածություն, օրգանիզմի դիմադրողականության անկում։ Այս միջոցառումների շարքում հոգեկան առողջության համար կարևորագույն տեղ ունեն կենցաղը, բնակարանային պայմանները, տընտեսական պայմանները և, դրանց հետ մեկտեղ, քնի, սննդի ճիշտ ռեժիմի կազմակերպումը։ Հատուկ նշանակություն ունի որոշ հիվանդների (աթերոսկլերոզ, հիպերտոնիա, գլխուղեղի վնասվածքներ, օրգանական ախտահարում) աշխատանքի, հանգստի կազմակերպումը. աշխատանքը պետք է լինի ավելի դյուրին, քիչ պատասխանատու։ Այս ամենը՝ հոգեկան աշխարհի հիգիենան, հոգեկան հիվանդությունների կանխարգելման նախապայմանն են։

Կանխարգելիչ միջոցառումները, որոնք պետք է կրեն ընդհանուր պետական բնույթ, պահանջում են բժիշկների և շատ այլ մասնագետների համագործակցված աշխատանքի կազմակերպում։ Մեծ դեր ունի արտադրության արտանետումների, կենցաղային թունավորումների, ոգելից խմիչքի չարաշահման, թմրամոլության դեմ տարվող պայքարը։ Հայտնի է, որ մտավոր, ֆիզիկական թերզարգացումը պայմանավորվում է ոչ միայն արտածին և ներծին (էկզոգեն և էնդոգեն), այլև ներարգանդային շրջանի հիվանդություններով (տարափոխիկ հիվանդություններ, տոքսոպլազմոզ, կարմրախտ, վնասվածքներ և այլն)։ Այդ հիվանդությունների դեմ տարվող պայքարը հոգեկան հիվանդությունների կանխարգելման կարևոր նախապայմանն է։

Գլուխ 7

ՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Հոգեբուժական օգնության կազմակերպումը հիմնականում իրականացվում է արտահիվանդանոցային և ստացիոնար ծառայության միջոցով։

Արտահիվանդանոցային ծառայության ոլորտի մեջ են մտնում պսիխոնևրոլոգիական հանրապետական, քաղաքային և շրջանային դիսպանսերները, շրջանային և քաղաքային պոլիկլինիկաների մասնագիտացված կաբինետները։

Ստացիոնար ծառայությունը հոգեկան սուր հիվանդների համար գործող հիվանդանոցներից ու ցերեկային ստացիոնարներից բացի ընդգրկում է նաև հիվանդանոցներ՝ քրոնիկական հիվանդների համար։

Հոգեբուժական ծառայության համակարգի մեջ են մտնում նաև մանկական հոգեբուժական դիսպանսերները, պոլիկլինիկաների բաժանմունքներն ու հիվանդանոցները՝ հոգեկան հիվանդ երեխաների համար, սոմատիկ հիվանդանոցների սոմատոպսիխիկ բաժանմունքները, սոցիալական ապահովագրության ծառայության մեջ մտնող հաշմանդամների տները՝ խնամքի կարիք զգացող հոգեկան հիվանդների և սակավամիտ երեխաների համար, լուսավորության համակարգում գործող օժանդակ գիշերօթիկ դպրոցները՝ մտավոր թերզարգացած երեխաների ուսուցման համար, լոգոպեդիկ կաբինետները՝ կակազող երեխաների բուժման համար, նևրոհոգեկան առողջարանները և այլն։

Արտահիվանդանոցային օգնության կենտրոնը համարվում է հանրապետական նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը։

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերն իր աշխատանքը կազմակերպում է տեղամասային սկզբունքով։ Տեղամասային կաբինետներից բացի, դիսպանսերի կառուցվածքի մեջ են մտնում նաև պսիխոթերապիայի, նյարդաբանական, փորձարարահոգեբանական, լոգոպեդիկ կաբինետները, կլինիկաախտորոշիչ, էլեկտրաուղեղագրային լաբորատորիաները, մանկական և դեռահասների կաբինետները, ֆիզիոթերապիայի և պրոցեդուրային կաբինետները, սոցիալական օգնության կաբինետը, դատահոգեբուժական փորձաքննության կաբինետը, բուժաշխատանքային արհեստանոցները, գրանցման բաժինը, կազմ-մեթոդական և վիճակագրական կաբինետը և այլն։

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը զբաղվում է նյարդահոգեկան խանգարումներով տառապող հիվանդների ակտիվ հայտնաբերմամբ։ Այդ նպատակով դիսպանսերի տեղամասային հոգեբույժը ամենօրյա աերտ կապի մեջ է գտնվում իր սպասարկման տարածքի համապատասխան պոլիկլինիկայի տեղամասային թժշկի, նյարդաբանական, էնդոկրինաբանական, մաշկավեներաբանական և այլ կաբինետների ու դիսպանսերների հետ, որոնց միջոցով հայտնաբերում ու հաշվառման է վերցնում հոգեկան խանգարում ունեցող հիվանդներին, զբաղվում նը-

ոանց բուժկանխարգելիչ հարցերով, իսկ կարիքի դեպքում ուղարկում է հոգեբուժական համապատասխան հիվանդանոց՝ ստացիոնար բուժման։

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի և պոլիկլինիկայի տարբերության կարևոր հարցերից է նաև այն, որ դիսպանսերի բժիշկը չի սպասում հիվանդի այցին, միջամտում է, կարիքի դեպքում բուժումից բացի զբաղվում նաև նրա սոցիալ-կենցաղային և աշխատանքային հարցերով։ Դիսպանսերում դեղորայքային, ֆիզիոթերապևտիկ և պսիխոթերապևտիկ միջոցառումներից բացի, լայն կիրառում ունի աշխատանքային թերապիան, որն իրականացվում է բուժաշխատանքային արհեստանոցներում։

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի աշխատանքում կարևոր տեղ են զբաղեցնում հիվանդների սոցիալ-կենցաղային և իրավական օգնության հարցերը։ Սոցիալական օգնության կաբինետը զբաղվում է հիվանդների աշխատանքի տեղավորման, աշխատանքի բնույթի փոխման, արտադրության հետ կապված զանազան կոնֆլիկտային հարցերի լուծման, ինչպես նաև կենդանային պայմանների ուսումնասիրության, բնակարանային, ընտանեկան և այլ զանազան հարցերով։

Համաձայն գոյություն ունեցող օրենքի, հոգեկան հիվանդը իրավունք ունի արտահերթ բնակարան և լրացուցիչ բնակելի տարածություն ստանալու։

Իրավական օգնության կաբինետը զբաղվում է հիվանդների իրավական հարցերով։ Անիրավունակ հոգեկան հիվանդների շահերը պաշտպանելու նպատակով այդ կաբինետի աշխատողները հանդես են գալիս դատարանում, բնակարանային շահագործման վարչություններում, նոտարական գրասենյակներում, պետապահովագրության մարմիններում։ Նրանք զբաղվում են հոգեկան հիվանդների իրավունակության, գործունակության և խնամակալության հարցերով։ Այդ նպատակով բաղաքացիական գործով դատահոգեբուժական փորձաքննության և համապատասխան ժողդատարանի կողմից անիրավունակ ճանաչված հոգեկան հիվանդների նկատմամբ նշանակվում է խնամակալ։ Խնամակալություն նշանակվում է դիսպանսերներում գործող խնամակալական հանձնաժողովի կողմից, որտեղ մասնակցում են ուխտավոր բժիշկը՝ որպես հանձնաժողովի նախագահ, տեղամասային հոգեբույժը, համապատասխան շրջանի առողջապահության և ներքին գործերի մարմինների ներկայացուցիչները։ Խնամակալական հանձնաժողովը հիվանդի հարազատներից ու մոտիկներից որևէ մեկին նշանակում է հիվանդի խնամակալ՝ հանձնարարելով նրան տնօրինելու հիվանդի ունեցվածքը, հետևել նրա առող-

ջության, բուժման, սննդի և կենցաղային այլ հարցերին, տնօրինել նրա կենսաթոշակը, այն նպատակադրված ձևով օգտագործել՝ հիվանդի կարիքների համար։ Խնամակալների գործունեությունը գտնվում է դիսպանսերի սոցիալական-իրավական օգնության կաբինետի աշխատողների մշտական հսկողության տակ։

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի գործունեության հետևյալ բաղադրամասը ազգաբնակչության շրջանում հոգեառողջագիտական (պսիխոհիգիենիկ) և սան-լուսավորական աշխատանքների կազմակերպումն է։ Դիսպանսերի կազմ-մեթոդական կաբինետը նյարդահոգեկան հիվանդների հաշվառման ու վիճակագրական հարցերից բացի, զբաղվում է ազգաբնակչության նյարդահոգեբուժական օգնության կազմակերպման, նրա հեռանկարային զարգացման հարցերով, տեղամասային հոգեբույժների հետ համատեղ կազմակերպում է հոգեառողջագիտական ցուցահանդեսներ, դասախոսություններ ինչպես տարբեր հիմնարկ-ձեռնարկություններում, այնպես էլ հիվանդների հարազատների հետ։ Զրույցները ու հանդիպումները պետք է կազմակերպվեն ազգաբնակչությանը հետաքրքրող զանազան թեմաներով (նևրոզներ, պսիխոպաթիաներ, ալկոհոլամոլություն, թմրա- և թունամոլություն և այլն)։

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը զբաղվում է նաև նյարդահոգեկան հիվանդացության հաշվառմամբ ու վիճակագրությամբ։

Այն բնակավայրերում, որտեղ հոգեբուժական արտահիվանդանոցային ծառայությունը լավ է կազմակերպված, հիվանդների գերակշռող մեծամասնությունը գտնվում է հաշվառման մեջ։

Գյուղական վայրերում հոգեկան հիվանդների դիսպանսերային հսկողության և պահպանողական բուժման հարցերն իրականացվում են գյուղական բժշկական տեղամասի կողմից։ Նրանք պարբերաբար մեթոդական ցուցմունքներ ու կոնսուլտացիաներ են ստանում շրջանային հոգեբուժական կաբինետից կամ հանրապետական նյարդահոգեբուժական դիսպանսերից։ Վերջինս պլանային ձևով կազմակերպում է բժիշկների գործուղումներ, որոնք շրջաններին ցույց են տալիս կոնսուլտատիվ-մեթոդական օգնություն։

Հոգեբուժական հիվանդանոցներ։ Հոգեբուժական ստացիոնար օգնությունը իրականացվում է հոգեբուժական հիվանդանոցներում, ընդհանուր սոմատիկ հիվանդանոցների հոգեբուժական կամ սոմատոպսիխիկ բաժանմունքներում։

Հոգեբուժական հիվանդանոցներում բաժանմունքները կազմակերպ-

վում են ըստ սեռի (կանանց, տղամարդկանց), ըստ տարիքի (մանկական և դեռահասների, ծերունաբանական), ինչպես նաև թմրաբանական, զինվորական, դատահոգեբուժական, սահմանային հիվանդությունների (նևրոզների), սանատոր-վերականգնողական։

Ի տարբերություն նախկինի, երբ առանձնացվում էին բաժանմունքներ գրգռված և հանգիստ հիվանդների համար, ներկայումս պսիխոֆարմակոլոգիայի շնորհիվ կատարվող հաջող բուժումը հնարավորություն է ընձեռել ստեղծելու խառը բաժանմունքներ, միայն ներբաժանմունքային դիֆերենցված պալատներով հոգեկան խանգարման տարբեր վիճակներում գտնվող հիվանդների համար (ծանր հիվանդներ, խիստ հսկողության կարիք զգացող հիվանդներ)։ Բաժանմունքում կա նաև ինտենսիվ բուժման պալատ, աշխատանքային թերապիայի սենյակ ու վերջապես բաժանմունքի ճաշարան, հանգստյան սենյակ և այլն։ Մեծ նշանակություն ունի բաժանմունքի կահավորումը (հեռուստացույց, հատակին գորգեր, ծաղիկներ, սեղանի խաղեր և այլն)։

Ժամանակակից հոգեբուժական հիվանդանոցները հագեցված են նաև լրացուցիչ մի շարք լաբորատորիաներով ու կաբինետներով (կլինիկա-ախտորոշիչ, կենսաքիմիական, իմունաբանական, փորձարարահոգեբանական, էլեկտրաուղեղագրական, ռենտգենաբանական և այլն)։ Հիվանդանոցն ունենում է ակումբ՝ դահլիճով, գրադարան, կինո, սպորտ-հրապարակ, զբոսայգի։

Ի տարբերություն սոմատիկ հիվանդանոցների, հոգեբուժական հիվանդանոցներն ունեն նաև որոշակի բնորոշ առանձնահատկություններ. դրանցից են՝

1. հիվանդանոցի որոշ բաժանմունքներ համարվում են հարաբերական իմաստով փակ, որտեղ հիվանդը չի կարող ուզած ժամանակ ելք ու մուտք ունենալ.

2. հիվանդանոցում հիվանդները միջին հաշվով գտնվում են ավելի երկար ժամանակ.

3. հոգեբուժական հիվանդանոցում ավելի, քան որևէ այլ տեղ, խիստ կարևոր նշանակություն ունի բուժիչ-պաշտպանողական ռեժիմի ստեղծումն ու կիրառումը.

4. հիվանդները մշտապես գտնվում են բուժանձնակազմի հսկողության տակ, իսկ իրենց կամ շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդները՝ խիստ հսկողության տակ։ Նման հիվանդների մոտ չեն թողնվում այնպիսի իրեր ու առարկաներ (դանակ, պատառա-

քաղ, մկրատ, ասեղ և այլն), որոնք նրանց կողմից կարող են ի չարն օգտագործվել.

5. Հիվանդները բուժվելուց հետո դուրս են գրվում և ուղարկվում համապատասխան դիսպանսեր կամ կաբինետ՝ հետագա պահպանողական բուժումը տնային պայմաններում շարունակելու։ Եվ դա կատարվում է այնպես, որ հիվանդը թե՛ ստացիոնարում և թե՛ տանը մշտապես գտնվի բուժող բժշկի տեսադաշտում։

Ստացիոնար բուժման ամենակարևոր օղակներից է աշխատանքային թերապիան։ Այն լինում է ներբաժանմունքային և արտաբաժանմունքային, որն անց է կացվում այդ նպատակի համար կազմակերպված հատուկ արհեստանոցներում։

Հիվանդների հոգեբուժական ստացիոնար ընդունվելու ցուցմունքներ են համարվում՝ սուր հոգեկան խանգարումները, որոնք նրանց դարձնում են վտանգավոր թե՛ իրենց և թե՛ շրջապատի համար, ախտորոշման անհրաժեշտությունը, անօգնական վիճակը, երբ հնարավոր չէ նրանց նկատմամբ տնային պայմաններում հսկողություն ու խնամք կազմակերպել, հարազատների խնդրանքը, ինչպես նաև համապատասխան մարմինների որոշումներով նշանակված աշխատանքային, զինվորական և դատահոգեբուժական հետազոտությունները (փորձաքննությունները)։

Հիվանդները ստացիոնար բուժման են ընդունվում նյարդահոգեբուժական դիսպանսերների կամ կաբինետների ուղեգրերով, շտապ բուժօգնության մասնագիտացված բրիգադի միջոցով։

Հիվանդները հոգեբուժական ստացիոնար են ընդունվում իրենց և հարազատների կամքով։ Եթե հիվանդը անհետաձգելի հոսպիտալացման կարիք ունի, բայց համաձայն չէ ու չի ցանկանում հիվանդանոց ընդունվել, ընդունարանում 3 բժիշկների մասնակցությամբ որոշվում է նրա հոսպիտալացման ենթարկելու հարցը, և միայն նրանց գրավոր եզրակացությունից հետո հիվանդն ստացիոնար է ընդունվում։ Թյուրիմացաբար հոգեբուժական հիվանդանոց ընդունված հիվանդի հարցը 24 ժամվա ընթացքում պետք է պարզվի ու համապատասխան որոշում կայացվի։

Հիվանդը հոգեբուժական ստացիոնար ընդունվելիս, որպես օրենք, զննման է ենթարկվում հերթապահ բժշկի կողմից, որը հոգեկան վիճակի ուսումնասիրությունից բացի, քննում է նաև նրա մարմնային վիճակը։ Նա ստուգում է, թե մաշկի վրա չկա՞ն, արդյոք, վնասվածքներ, քերծվածքներ, վերքեր, կապտություններ։ Չի թույլատրվում, որ հիվանդն

իր հետ վերցնի որևէ կտրող կամ ծակող առարկա, բաժակ, դանակ, պատառաքաղ, ածելի, ասեղ և այլն։

Բուժման կուրսն ավարտելուց հետո, մինչ հիվանդանոցից դուրս գրվելը, հիվանդին հատուկ ցուցմունքների դեպքում կարելի է տալ 7-օրյա բուժական արձակուրդ՝ տանն անցկացնելու համար։ Նման դեպքերում հիվանդի հարազատների դիմումով և 3 հոգուց բաղկացած բժշկական հանձնաժողովի եզրակացությունից հետո միայն նրան թույլատրվում է տուն գնալ։ Դուրս գրվելիս նրան խորհուրդներ և 7 օրվա դեղորայք է տրվում։

Հիվանդի բուժման կուրսն ավարտելուց հետո ստացիոնարից դուրս գրումը կատարվում է բուժող բժշկի կողմից, բաժանմունքի վարիչի գիտությամբ։

Հիվանդին դուրս գրելուց հետո նրա հիվանդության պատմության քաղվածքը (էպիկրիզ) ուղարկվում է համապատասխան դիսպանսեր, որտեղ հիվանդը շարունակում է ընդունել նշանակված պահպանողական բուժումը տեղամասային հոգեբույժի հսկողության տակ։ Վերջինս զբաղվում է նաև հիվանդի սոցիալական հարցերով։

Գոյություն ունեցող օրենքի համաձայն էպիլեպսիայով, շիզոֆրենիայով, ինչպես նաև առաջին և երկրորդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող հիվանդները ամբուլատոր ձևի բուժօգնություն են ստանում, իսկ երրորդ խմբի հաշմանդամ հիվանդները՝ 50% զեղչով։

Հոգեբուժական օգնության գործում որոշակի նշանակություն ունի ցերեկային ստացիոնարը։ Դա բուժականխարգելիչ բաժանմունք է հիվանդների ցերեկային բուժման համար։ Սովորաբար ցերեկային ստացիոնար են տեղափոխվում բուժման հիմնական կուրսն ավարտած և հիվանդանոցից դուրս գրված այն հիվանդները, որոնք կարիք ունեն ստացված բուժական արդյունքների ամրապնդման, կամ դիսպանսերից ուղարկվող այն հիվանդները, որոնք հոսպիտալացման կարիք չեն զգում։

ԹՄՐԱԲԱՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Թմրաբանական օգնությունը իրականացվում է արտահիվանդանոցային և ստացիոնար ծառայության միջոցով։

Արտահիվանդանոցային ծառայությունը իր մեջ ընդգրկում է թմրաբանական մասնագիտացված դիսպանսերների, շրջանային բուժմիավորումների, բուժամասերի թմրաբանական կաբինետների, արդյու-

նաբերական խոշոր ձեռնարկությունների ու տնտեսությունների թմրաբանական կայանների ու բուժական կետերի մի ամբողջ ցանց։ Այդ ցանցը հիմնականում սպասարկում են հոգեբույժ-թմրաբանները, ինչպես նաև մասնագիտացված թմրաբան բուժակներն ու բուժքույրերը։

Արտահիվանդանոցային թմրաբանական ծառայությունը հիմնականում զբաղվում է բուժականխարգելիչ և սոցիալ-իրավաբանական օգնության կազմակերպման բազմազան հարցերով։ Իր աշխատանքի բնույթով նա սերտ կապի մեջ է գտնվում հոգեբուժական բուժհիմնարկների և ներքին գործերի մարմինների հետ։

Ազգաբնակչության թմրաբանական օգնության կազմակերպման հիմնական կենտրոնը համարվում է հանրապետական թմրաբանական դիսպանսերը։ Նրա կառուցվածքի մեջ են մտնում տեղամասային թմրաբանական կաբինետները, հոգեբուժական և սոմատիկ բուժհիմնարկների ցանցում գործող թմրաբանական կաբինետները, արդյունաբերական ձեռնարկություններում և խոշոր տնտեսություններում գործող թմրաբանական բուժական կետերը, ինչպես նաև թմրաբանական ստացիոնարը, ցերեկային ստացիոնարը, գիշերային պրոֆիլակտորիումը, բուժարտադրական արհեստանոցները և լրացուցիչ մի շարք ենթաբաժիններ (կազմամեթոդական կաբինետ, ֆունկցիոնալ ախտորոշման լաբորատորիա, կլինիկաենսաքիմիական լաբորատորիա, ռենտգենաբանական և ֆիզիոթերապիայի, հոգեբանական, հիպնոսային բուժման և այլ կաբինետներ ու լաբորատորիաներ)։

Թմրաբանական դիսպանսերն զբաղվում է ալկոհոլամոլությամբ, թմրամոլությամբ և թունամոլությամբ տառապող հիվանդների հայտնաբերման, հաշվառման, կոնսուլտատիվ և բուժականխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպման, սոցիալ-աշխատանքային և այլ հարցերով։

Դիսպանսերում շուրջօրյա աշխատանք է կատարում հարբածության որոշման փորձաքննության կաբինետը։ Կաբինետի բժիշկը փորձաքննության է ենթարկում այդտեղ ուղարկված անձանց՝ որոշելու նրանց հարբածության աստիճանը, տալով համապատասխան գրավոր եզրակացություն։ Փորձաքննության ժամանակ բժիշկը մանրամասն զննում է փորձարկվողի մարմնային, նյարդային և հոգեկան վիճակը, անհրաժեշտության դեպքում օգտագործում է նաև լաբորատոր որոշ մեթոդներ, որոնցից բավականին լայն կիրառում ունի Մոխովի և Շինկարենկոյի ինդիկատորային խողովակի օգնությամբ կատարվող փորձը։

Փորձից առաջ խողովակի երկու ծայրերը սղոցելով կտրում և բացում են ու փորձարկվողին առաջարկում խողովակի մի ծայրից 20—30 վրկ-ի ընթացքում փչել։ Փչելու ժա-

մանակ արտաշնչած (փչած) օդի մեջ ալկոհոլի գոլորշիների բացակայության դեպքում խողովակի մեջ գտնվող բամբակից պատրաստված նյութը (ռեագենտը) իր գույնը չի փոխում։ Իսկ դրական ռեակցիայի դեպքում առաջանում է կանաչավուն օղակ։ Եռած ալկոհոլի քանակից կախված օղակի գույնը ավելի վառ է դառնում։

Ալկոհոլամոլությամբ, թմրամոլությամբ և թունամոլությամբ հիվանդների բուժումը կարելի է անցկացնել կամավոր, անանուն և հարկադիր ձևով։ Վերջինս կիրառվում է շարամիտ այն ալկոհոլամոլների նկատմամբ, որոնք համառորեն հրաժարվում են բուժման ենթարկվել։ Նման դեպքերում հիվանդը հարազատների, հասարակական կամ վարչական կազմակերպությունների միջնորդությամբ քննության է ենթարկվում բժշկական հանձնաժողովի կողմից և նրա տված եզրակացության ու ժողովարանի որոշման համաձայն ուղարկվում է ներքին գործերի նախարարության տնօրինության տակ գտնվող բուժաշխատանքային պրոֆիլակտորիում՝ հարկադիր բուժման։ Հարկադիր բուժման ընթացքում հիվանդը աշխատում է պրոֆիլակտորիումի տերիտորիայում գտնվող աշխատանքային որևէ արհեստանոցում, միաժամանակ ընդունելով համապատասխան բուժում։

Ալկոհոլամոլության ստացիոնար բուժումը կատարվում է ինչպես թմրաբանական հիվանդանոցում, այնպես էլ հոգեբուժական հիվանդանոցի թմրաբանական մասնագիտացված բաժանմունքում։ Ստացիոնար բուժման նվազագույն ժամկետը ալկոհոլամոլության դեպքում 45 օր է, իսկ թմրամոլության դեպքում՝ 60 օր։

Թմրաբանական ծառայության կարևոր օղակներից է սան-լուսավորական աշխատանքը։ Այդ աշխատանքի մեջ բժիշկ-թմրաբաններից ու հոգեբույժներից բացի, ներգրավվում են բժշկության այլ բնագավառներում աշխատող բժիշկներ։ Բնակչության լայն խավերի մեջ բացատրական աշխատանքներ են տարվում ոչ միայն թմրամոլության կործանարար հետևանքների, այլ նաև թմրամոլություն առաջացնող պայմանների ու գործոնների բացահայտման ու վերացման հարցերի մասին։

Թմրաբանական ծառայությունն ամեն կերպ պետք է աշխատի թմրամոլության դեմ տարվող պայքարի գործում ներգրավել բնակչության տարբեր խավերին, հասարակական, վարչական և այլ կազմակերպություններին, որոնց ամենաակտիվ օգնությամբ է միայն հնարավոր լայն պայքար ծավալել այդ չարիքի դեմ։

Գլուխ 8

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԱՆՀԵՏԱՁԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՋՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Գործնական հոգեբուժության բնագավառում ոչ հազվադեպ անհրաժեշտություն է առաջանում հիվանդներին անհետաձգելի օգնություն ցույց տալ, կապված վտանգավոր որոշ վիճակների հետ։ Այդ վիճակներից են՝ հոգեշարժական գրգռվածությունը, էպիլեպսային վիճակը, սրընթաց հրաժարվելը (հոգեկան անորեքսիա), հոգեշարժական արգելակումը (ստուպոր), ինքնասպանության փորձերը, պսիխոտրոպ դեղամիջոցներից առաջացած թունավորումները և այլն։

Հոգեշարժական գրգռված վիճակ կարող է հանդիպել մանիակալ, կատատոնիկ, հեբեֆրենիկ, դելիրիումային, ամենտիվ և այլ բնույթի սուր հոգեկան խանգարումների ժամանակ։ Նման դեպքերում, եթե հիվանդը տանն է գտնվում, նրա նկատմամբ խիստ հսկողություն պետք է սահմանել ու վնասազերծել, որպեսզի նա թե՛ իրեն և թե՛ շրջապատին վտանգ չսպառնա։ Նրա մոտից պետք է հեռացնել այն բոլոր իրերն ու առարկաները, որոնք նա կարող է օգտագործել շրջապատին կամ հենց իրեն վնաս պատճառելու համար։ Շտապ բուժօգնության հատուկ բրիգադի կամ մի քանի հոգու օգնությամբ հիվանդին պետք է տեղափոխել հոգեբուժական ստացիոնար։ Հանգստացուցիչ որևէ դեղամիջոցի առկայության ու հնարավորության դեպքում լավ է հիվանդանոց տեղափոխելուց առաջ սրսկել ու հանգստացնել հիվանդին։

Ստացիոնարի պայմաններում հոգեշարժական գրգռվածության բնույթից կախված, բուժման համալիրում մեծ տեղ է տրվում նեյրոլեպտիկ դեղանյութերին (ամինազին՝ 2,5% 2—4 մլ, հալոպերիդոլ՝ 0,5% 1—2 մլ, տիզերցին՝ 2,5% 1—1,5 մլ, քլորոպրոտիքսեն՝ 2,5 % 1—2 մլ, հատկապես միջմկանային ներարկումներ)։

Ոչ հազվադեպ այդ դեղանյութերի ազդեցությունն ուժեղացնելու նպատակով դրանք կարելի է զուգորդել փոքր տրանկվիլիզատորների, հատկապես՝ դիազեպամի (ռելանիում, սեդուքսեն, ապաուրին, տիբազոն) 0,5% 2—4 մլ. միջմկանային կամ ներերակային ներարկումներով։ Նեյրոլեպտիկների բացակայության դեպքում հիվանդին կարելի է հանգստացնել բարբամիլի 5 կամ 10% 5—10 մլ լուծույթի միջմկանային կամ ներերակային ներարկման միջոցով։

Էպիլեպսային վիճակ. *անհետաձգելի օգնության մասնրամասն նկարագրությունը տե՛ս «Էպիլեպսիա» գլխում։*

Հոգեկան անորեխսիայի *ժամանակ հիվանդները սննդից հրաժարվում են տարբեր պատճառներով (թունավորման, ինքնամեղադրման զառանցանքներ, ինքնասպանության մտքերով ուղեկցվող դեպրեսիվ վիճակ, համի, հոտի, հրամայողական ցնորքներ, հոգեշարժական արգելված վիճակ, որը կատատոնիայի դեպքում հաճախ ուղեկցվում է նաև ակտիվ նեգատիվիզմով։*

Նման դեպքերում հիվանդին պետք է համոզել, համբերատար ձևով, թեկուզ և քիչ-քիչ՝ կերակրել, հակառակ պարագայում դիմել արհեստական կերակրման՝ ռետինե զոնդի կամ ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման միջոցով։

Զոնդի միջոցով կերակրման դեպքում այն հիվանդի քթանցքով (իսկ քթանցքի նեղ լինելու դեպքում՝ բերանով) մտցվում է մինչև ստամոքս։ Զոնդը մտցնելուց հետո պետք է համոզվել, որ այն ստամոքսում է և ոչ թե շնչափողում (վերջին դեպքում առաջանում է շնչարգելություն, ռեֆլեկտոր հազ, դեմքի կապտում), որից հետո զոնդի ծայրին ամրացված ձագարով ստամոքս է ներլցվում նախօրոք պատրաստված սննդարար ջրիկ խառնուրդ (կաթ, արգանակ, յուղ, շաքար, ձու և անհրաժեշտ դեղորայք)։

Հոգեշարժական արգելակման *վիճակում գտնվող հիվանդի արհեստական սնուցումը առավել նպատակահարմար է կատարել ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման միջոցով։ Ապարգելակումը կատարվում է 20% 1—2 մլ կոֆեինի լուծույթի և՝ 4—5 րոպե անց, թարմ պատրաստված 5 կամ 10% ամիտալ-նատրիումի (բարբամիլի) ներերակային դանդաղ ներարկման միջոցով (դեղաչափի քանակը կախված է հիվանդի ապարգելակումից)։ Ապարգելակված հիվանդն արդեն կերակրվում է ինքնուրույն, բուժանձնակազմի օգնությամբ։*

Անհրաժեշտ է հետևել արգելակված հիվանդի անօուրինար ֆունկցիաների նորմալ գործունեությանը։

Հիվանդի համար մեծ վտանգ են ներկայացնում **ինքնասպանության մտքերը,** *որոնք համապատասխան հսկողության ու խնամքի բացակայության դեպքում կարող են իրագործվել։*

Ինքնասպանության մտքերի ու միտումների պատճառները բազմազան են։ Դրանցից են՝ դեպրեսիվ վիճակները, ինքնամեղադրման զառանցանքները, հատկապես թախծի պոռթկումներով ուղեկցվող ինվոլուցիոն մելամաղձությունը, ծանր հիպոխոնդրիկ զառանցանքները, աշ-

խարհի կործանման, սպասվող մոտալուտ արհավիրքների զառանցական մտքերը, թունավորման, հետապնդման, խանդի զառանցանքները և այլն։

Եթե ինքնասպանության մտքեր կամ միտումներ ունեցող հիվանդը տանն է գտնվում, ապա նրա նկատմամբ խիստ հսկողություն պետք է սահմանել ու միջոցներ ձեռք առնել շտապ հոսպիտալացման համար։

Ելքեք չպետք է մոռանալ, թե ինչ ճանապարհով կարող է իրագործել հիվանդը իր ինքնասպանության մտքերը։ Դրանցից են, օրինակ, այն բոլոր իրերն ու առարկաները (դանակ, պատառաքաղ, մկրատ, ասեղ, ապակեղեն և այլն), որոնք նա կարող է օգտագործել իր նպատակների իրագործման համար։ Նա կարող է անգամ շենքի փակված լուսամուտի ապակիները ջարդել ու ցած նետվել։ Հիվանդը ինքնասպանություն կարող է գործել կախվելու միջոցով, այդ նպատակի համար օգտագործելով թոկեր, գոտիներ, պատռած սավանից կամ նույնիսկ իր ներքնահագուստից ծածուկ հյուսած թոկեր և այլն։ Ոչ հազվադեպ ինքնասպանություն է կատարվում ինքնաթունավորման ճանապարհով։ Այդ նպատակով հիվանդը կարող է օգտագործել ձեռքն ընկած ամեն տեսակի թունավոր նյութեր (լվացքի հեղուկ, մկնդեղ, գյուղատնտեսության մեջ օգտագործվող քիմիկատներ, տանը գտնվող դեղորայք և այլն)։ Դեպքեր են հանդիպում, երբ հիվանդը իրեն տրված դեղը չի խմում, հավաքում է այն ու թունավորման նպատակով միանգամից խմում։

Տան պայմաններում դեղորայքը պետք է պահվի հսկողության տակ, իսկ դեղ տալիս դրանից խուսափելու համար միշտ պետք է ստուգել, որ հիվանդն այն խմի։

Հոգեբուժական ստացիոնարում ինքնասպանության մտքերով տառապող հիվանդները մշտապես պետք է գտնվեն հատուկ հսկողության տակ։

ՊՍԻԽՈՏՐՈՊ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻՑ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ԹՈՒՆԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ԱՆՀԵՏԱՁԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի չարաշահելու կամ ինքնաթունավորման նպատակով մեծ դեղաչափերով ընդունելու դեպքում թունավորումներ են առաջանում՝ ոչ հազվադեպ վտանգ սպառնալով կյանքին։

Այդ թունավորումները շատ են, որոնցից մի քանիսի համառոտ նկարագրությունը տրվում է ստորև։

Նեյրոլեպտիկներից (ամինազին, տրիֆտազին, տիզերցին, հալոպերիդոլ, տրիսեդիլ և այլն) առաջացած թունավորումների դեպ-

քում մի շարք սոմատոնյարդաբանական և հոգեախտաբանական խանգարումներ են առաջանում։

Թունավորման առաջին նշաններից է մարմնի ջերմաստիճանի արագ անկումը։ Ծրակազարկը դառնում է թելանման, արագ։ Առաջանում է շնչառության խանգարում։ Նյարդային համակարգի կողմից դիտվում են խոսքի խանգարումներ, ծնոտակարկամություն (տրիզմ), արտաբրգային զանազան խանգարումներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ։

Հոգեկան վիճակի կողմից թունավորման ոչ ծանր դեպքերում առաջանում են դելիրիումային կամ գիտակցության մթնշաղային վիճակներով ընթացող գիտակցության խանգարումներ, դեպրեսիվ, դիսֆորիկ վիճակներ, հոգեշարժական գրգռվածություն, իսկ ծանր դեպքերում՝ արագ զարգացող կոմատոզ վիճակ։

Անհետաձգելի բուժօգնությունը առաջին հերթին պետք է սկսել ըստամոքսի լվացումով, որից հետո ստամոքս ներմուծել կաթի շիճուկ, բուսական յուղ։ Աղիները պետք է դատարկել ու մաքրել հոգնաների միջոցով, կատարել 1—2 մլ նովուրիտի կամ լազիքսի միջմկանային ներարկում, արյուն բաց թողնել (400—500 մլ սահմաններում)։ Շնչառության խանգարման դեպքում՝ թթվածնային ինհալացիա, 0,5% 10 մլ բեմեհրիդի ներերակային կամ 1% 1 մլ լոբելինի և կամ 0,15% 1 մլ ցիտիտոնի միջմկանային ներարկումներ։

Սրտային սուր անբավարարության դեպքում պետք է նշանակել գլիկոզիդներ, փորոքային էքստրասիստոլայի դեպքում՝ 10% 3—10 մլ նովոկաինամիդի ներերակային դանդաղ ներարկում (զարկերակային ճնշման հսկողության ներքո)։

Էպիլեպսանման ցնցումների դեպքում՝ 1—2% 50—100 մլ քլորալ հիդրատի հոգնա կամ 0,5% 2—5 մլ դիազեպամի (ռելանիում, ապաուրին, սեդուքսեն) ներերակային ներարկում։

Արտաբրգային արտահայտված երևույթների դեպքում՝ ուղղիչներ (ցիկլոդոլ 0,002, պարկոպան 0,005, նորակին 0,002), ինչպես նաև տրամալեքսի 2 մլ միջմկանային ներարկում։

Հակադեպրեսանտներից (մելիպրամին, անաֆրանիլ, իմիպրամին, ամիտրիպտիլին և այլն) առաջացած թունավորումների դեպքում սկզբնական շրջանի ընդհանուր ընկճվածությունից 4—5 ժամ անց մարմնի ջերմաստիճանի անկման ֆոնի վրա կոմատոզ վիճակ է զարգանում, որն ընթանում է գիտակցության ալիքաձև բնույթի կարճատև պարզեցումներով։

Անհետաձգելի բուժօգնությունը հիմնականում նման է նեյրոլեպտիկ դեղանյութերի թունավորման ժամանակ կիրառվող բուժմանը։ Շողացող առիթմիայի դեպքում խորհուրդ է տրվում 40% 20 մլ գլյուկոզայի և 0,025% 1 մլ ստրոֆանտին K, 0,1% 2—3 մլ անապրիլինի ներերակային ներարկումներ (զարկերակային ճնշման հսկողության ներքո)։

Հաճախառիթմիկության դեպքում ցուցված է 0,1% 1—5 մլ անապրիլինի (պրոպրանոլոլի) ներերակային, 0,1% 1 մլ էզերինի (ֆիզոստիգմին) ենթամաշկային ներարկումներ։

Տրանկվիլիզատորների չարաշահումից առաջացած թունավորումների սկզբնական շրջանի խանգարումներից է քնկոտությունը, ատաքսիան, որին հետևում է կոմատոզ վիճակի զարգացումը։ Տեղ են գտնում սիրտ-անոթային և շնչառական մի շարք խանգարումներ (տախի- կամ բրադիկարդիա, թոքերի ատելեկտազ, շնչառության անբավարարություն, հևոցներ, աղիների ատոնիա և այլն)։

Անհետաձգելի բուժօգնությունը նույնն է, ինչ նեյրոլեպտիկներից առաջացած թունավորումների ժամանակ տեղ գտած շնչառության և արյան շրջանառության խանգարումների դեպքում։

Անհրաժեշտ է առաջին հերթին կատարել ստամոքսի լվացում։ Դեհիդրատացիայի նպատակով նշանակվում է 1% ֆուրասեմիդի (լասիքսի) 8—10 մլ, 20% մանիտոլի 20 մլ ներերակային ներարկումներ։ Կոմայի խորությունը նվազեցնելու և շնչառությունը կանոնավորելու նպատակով նշանակվում է 0,5% բեմեհրիդի 10 մլ ներերակային ներարկումներ՝ 10 րոպե ընդմիջումներով (մինչև ռեֆլեքսների և հայտ գալը ու շնչառության կանոնավորումը)։

Տրանկվիլիզատորների և հատկապես դիազեպամի (սեդուքսեն, ռելանիում, սիբազոն, վալիում) ու քլորդիազեպօքսիդի (էլենիում, խլոզեպիդ, լիբրիում) թունավորումների ժամանակ առաջացած միոռելակսացիայի դեպքում պետք է նշանակել 0,1% ստրիխնինի 1—2 մլ ենթամաշկային ներարկում օրական 4—5 անգամ, ունիթիոլի 5% 5 մլ ներերակային ներարկում։ Թունավորման ծանր դեպքերում պետք է կիրառել հեմոդիալիզ (արյունատարրալուծում), հեմոսորբցիա (արյունակլանում)։

II ՄԱՍ

ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Գլուխ 9

ՍԻՄՊՏՈՄԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Սոմատիկ զանազան հիվանդություններով, ինֆեկցիաներով, ինտոքսիկացիաներով (թունավորումներով) և նմանատիպ այլ գործոններով պայմանավորված հոգեկան խանգարումների խումբը ընդունված է անվանել սիմպտոմատիկ պսիխոզներ։

Արտաքին (էքզոգեն) բնույթի բոլոր այդ հիվանդությունները, լինեն դրանք սուր կամ քրոնիկական, վարակիչ կամ ոչ վարակիչ, որոշակի ազդեցություն են թողնում հոգեկան գործունեության վրա, առաջացնելով տարբեր աստիճանի արտահայտվածություն ունեցող հոգեկան խանգարումներ (թեթև ասթենո-դեպրեսիվ վիճակից մինչև ծանր պսիխոտիկ խանգարումներ և նույնիսկ թուլամտություն)։

Սակայն սոմատիկ հիվանդությունների հետևանքով առաջացած ոչ բոլոր հոգեկան խանգարումները կարելի է սիմպտոմատիկ համարել, քանի որ էքզոգեն գործոնները կարող են պրովոկացիայի ենթարկել էնդոգեն պսիխոզները, այն դեպքում, երբ սիմպտոմատիկ պսիխոզները դասվում են էքզոգեն պսիխոզների շարքում։

Մինչև 19-րդ դարի սկիզբը հոգեբուժության բնագավառում տիրում էր այն կարծիքը, որ յուրաքանչյուր սոմատիկ հիվանդության բնորոշ է յուրահատուկ հոգեկան խանգարում, այսինքն՝ պսիխոզի կլինիկական պատկերը կախված է այն առաջացնող էքզոգեն պատճառից։

Սակայն գերմանացի հոգեբույժ Բոնհեֆերի (Bonhoepher, 1908) աշխատանքներով նմանատիպ պատկերացումները փոխվեցին։

Բոնհեֆերը ինֆեկցիաների, ինտոքսիկացիաների և սոմատիկ այլ հիվանդությունների ժամանակ դիտելով հոգեկան ռեակցիաների նմանություն (շշմածություն, դելիրիում, ամենցիա, էպիլեպսանման գրգռվածությամբ ընթացող մթնշաղային վիճակ և սուր ցնորաբարություն), առաջ քաշեց իր «էքզոգեն տիպի ռեակցիայի» կոնցեպցիան։ Այդ կոնցեպցիայի համաձայն, տարբեր ծագում ունեցող հոգեախտաբանական միանման համախտանիշների առկայությունը պայմանավորված է ոչ թե էքզոգեն պատճառի յուրահատկությամբ, այլ օրգանիզմի (ուղեղի) ընդհանուր ռեակցիայով («էքզոգեն տիպի ռեակցիա»)։ Նման դեպքերում Բոնհեֆերը գտնում էր, որ վնասաբեր զանազան գործոնների հետևանքով օրգանիզմում տեղի ունեցող բազմազան փոփոխությունները առաջացնում են թունավոր արգասիքներ («միջանկյալ օղակ»), որին էլ ուղեղը մշտապես պատասխանում է միաձև՝ «էքզոգեն տիպի ռեակցիայի» ձևով։

Բոնհեֆերի ուսմունքն ունի թե՛ դրական և թե՛ բացասական դրույթներ։ Նախ և առաջ Բոնհեֆերը իրոք որ ճիշտ էր մոտենում հարցին, հայտնելով, որ տարբեր բնույթի սուր ինֆեկցիոն և ինտոքսիկացիոն պսիխոզները գերակշռող մեծամասնությամբ ընթանում են որոշակիորեն սահմանագծված «էքզոգեն տիպի ռեակցիայի» ձևով, արտահայտվելով գիտակցության այս կամ այն աստիճանի դիֆուզ խանգարումներով ու դրան համապատասխան կլինիկական պատկերներով։ Սակայն պարզաբանելով պատճառագիտական գործոնի դերը, նա պատասխան ռեակցիայի ձևավորման մեջ հիմնական դերը վերագրում էր օրգանիզմին («միջանկյալ օղակին», որի շնորհիվ ուղեղը միաձև ռեակցիա է տալիս), և դրանով իսկ ժխտում էր ինչպես արտաքին վնասաբեր գործոնի ուժգնության ու մեծության, այնպես էլ՝ անձի անհատական տիպային կենսաբանական աքանձնահատկությունների նշանակությունը։ Բոնհեֆերի կողմից տարբեր էքզոգեն վնասաբեր գործոնների հանդեպ օրգանիզմի կողմից միաձև հոգեկան ռեակցիա տալու առաջ քաշված տեսությունը ինքնբստինքյան անտեսում էր նաև առանձին էքզոգեն գործոնների առանձնահատկության, որակի հարցերը։ Հայտնի է, օրինակ, որ որոշ ինֆեկցիաներ (տետանուս, անգինա, դիֆթերիա) համարյա թե հոգեկան սուր խանգարումներ չեն առաջացնում, այն դեպքում, երբ տիֆը, կատաղությունը ուղեղաբորբը և այլն շատ հաճախ բերում են հոգեկան խանգարումների։

Այսպիսով, էքզոգեն պսիխոզների առաջացման հիմքում նշանակություն է ստանում ոչ միայն Բոնհեֆերի նկարագրած արտաքին վնասաբեր գործոնի ազդեցության ուժգնությունն ու մեծությունը, այլ նաև այն, թե ինչպիսի օրգանիզմի վրա է ներգործում այդ ազդակը։ Այլ կերպ ասած, սիմպտոմատիկ պսիխոզների կլինիկական պատկերը բնորոշվում է մի՞շարք գործոնների՝ հատկապես միկրո և մակրոօրգանիզմների փոխազդեցությամբ, որոնցից յուրաքանչյուրն իր առանձնահատկություններով յուր ուրույն տեղն է գրավում հոգեկան խանգարման առաջացման ու ձևավորման գործում։ Անշուշտ, այստեղ որոշակի նշանակություն են ստանում նաև լրացուցիչ վնասաբեր գործոնները (գանգուղեղի վնասվածք, ալկոհոլամոլություն, նախկինում կրած ինֆեկցիաներ և այլն), որոնք իջեցնում են օրգանիզմի և՝ հատկապես նյարդային համակարգի դիմադրողականությունը և հող են նախապատրաստում հոգեկան խանգարման առաջացման համար։

Եթե սիմպտոմատիկ սուր պսիխոզները մեծ մասամբ ընթանում են Բոնհեֆերի կողմից նկարագրված «էքզոգեն տիպի ռեակցիայի» ձևով,

ապա քրոնիկական բնույթի սոմատիկ և ինֆեկցիոն հիվանդություններից առաջացած հոգեկան խանգարումները առավելապես ընթանում են էնդոգենանման (շիզոֆրենանման, մանիակալ, դեպրեսիվ) ձգձգվող կլինիկական պատկերներով։

Այս խմբին են պատկանում նաև հոգեկան որոշ խանգարումներ (պրոգրեսիվ պարալիզ, ուղեղաբորբ), որոնք ունեն քրոնիկական, պրոգրեսիվ ընթացք և բնորոշվում են բանականության օրգանական բնույթի փոփոխություններով ու զարգացող թուլամտությամբ, հիմքում ունենալով ուղեղի ծանր, ձևաբանական (մորֆոլոգիական) անվերադարձ ախտահարումներ։

Հոգեկան խանգարումներ առաջացնող էքզոգեն հիվանդությունների թիվը չափազանց մեծ է։ Ավելի ճիշտ կլինի ասել, որ համարյա թե չկա որևէ սոմատիկ, ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն և նմանատիպ այլ հիվանդություն, որն այսպես թե այնպես չազդի հիվանդի նյարդահոգեկան ոլորտի վրա։ Բանն այն է, որ այդ խանգարումները հաճախ ընթանում են ոչ արտահայտված ախտանշաններով, և նման հիվանդները մեծ մասամբ հոգեբուժական ստացիոնար չեն ընդունվում։ Նրանք մնում են այն թերապևտի կամ ինֆեկցիոնիստի հսկողության տակ, որտեղ բուժում են հիմնական հիվանդությունը։ Այստեղից էլ պարզ է դառնում, թե ինչպիսի կարևոր նշանակություն ունի սոմատիկ և նմանատիպ հիվանդությունների հետևանքով առաջացած, թեկուզ և ոչ արտահայտված, նյարդահոգեկան խանգարումների կլինիկական ճիշտ գնահատական տալն ու ժամանակին կազմակերպված պատճառածագծանային ու սիմպտոմատիկ բուժման զուգահեռ կազմակերպումը համապատասխան մասնագետների կողմից։

Սոմատիկ և ինֆեկցիոն ծանր հիվանդությունների ժամանակ առավել հաճախ կարող են հանդիպել հետևյալ հոգեախտաբանական համախտանիշները, որոնց խիստ համառոտ նկարագրությունը տրվում է ստորև։

Դելիրիումային համախտանիշը մեծ մասամբ առաջանում է սուր ինֆեկցիոն և սոմատիկ ծանր հիվանդությունների ժամանակ, հաճախ բարձր ջերմաստիճանի ֆոնի վրա («տենդային զառանցանք»)։ Այս վիճակը հիմնականում բնորոշվում է գիտակցության մթագնման ֆոնի վրա առաջացած վառ, արագ հաջորդափոխվող զգայախաբություններով ու դրանից բխող հոգեշարժական գրգռվածությամբ։ Տևում է մի քանի ժամից մինչև շաբաթ, վերջանալով հիվանդի լրիվ առողջացմամբ։ Կախված ինֆեկցիայի արտահայտվածության, պսիխոզի զարգացման,

անհատի նախահիվանդագին վիճակից և լրացուցիչ վնասաբեր գործոնների առկայությունից, դելիրիումը կարող է ընթանալ կլինիկական զանազան տարբերակներով։ Դելիրիումի վիճակից հիվանդները ոչ հազվադեպ դուրս են գալիս անձի հետագա ասթենիզացիայով։

Ամենտիվ համախտանիշը նույնպես սոմատիկ հիվանդությունների և ինֆեկցիաների ժամանակ հանդիպող հաճախակի հոգեկան խանգարումներից է, որին բնորոշ է գիտակցության պարզության ավելի խոր խանգարումը («սուր շփոթություն»)։ Այս դեպքում հիվանդները, ինչպես իրենց անձի, այնպես էլ տեղի, ժամանակի իրադրության մեջ բոլորովին չեն կողմնորոշվում։ Մտածողության պրոցեսը խանգարվում է, հասնելով խոսակցական անկապության։ Հիվանդներն անընդհատ խոսում են, արտասանում անկապակցված, պատահական բառեր. խոսքը կրում է քառասային բնույթ ու հասնում մինչև բառերի անհասկանալի մի հավաքածուի («բառային խառնաբրդոց»)։ Հոգեշարժական գրգռվածությունը հաճախակի սահմանափակվում է անկողնու սահմաններում։ Քունը լրիվ խանգարվում է, հիվանդները չեն սնվում, այդ պատճառով էլ խիստ հյուծվում են։ Ամենտիվ վիճակը տևում է օրերից մինչև շաբաթներ և նույնիսկ ամիսներ։ Վերջանում է անձի արտահայտված ասթենիզացիայով և հիվանդության շրջանի առավել խոր արտահայտված անհիշությամբ։

Սոմատիկ և ինֆեկցիոն պսիխոզների ժամանակ դելիրիումային և ամենտիվ համախտանիշները հաճախակի սկսում են խառնվել, մեկը մյուսով փոխարինվել, ստեղծելով կլինիկական բավականին խայտաբղետ պատկեր։ Որոշ հեղինակներ նման վիճակներն անվանում են «դելիրիումաամենտիվային համախտանիշ»։

Մթնշաղային վիճակը էպիլեպսաման գրգռվածությամբ սկսվում է հանկարծակի։ Բնորոշվում է գիտակցության և կողմնորոշման խոր խանգարմամբ։ Հիվանդները տեսողական և լսողական սարսափեցուցիչ ցընորքների և զառանցանքների ազդեցության տակ դառնում են խիստ գրգռված, ագրեսիվ. բղավում են, փախչում, հարձակվում, հաճախ դառնալով չափազանց վտանգավոր շրջապատի համար։

Սուր լսողական (վերբալ) ցնորազարությունը բնորոշվում է հիվանդների մոտ հանկարծակի սկսվող լսողական ցնորքներով, որոնք հիմնականում կրում են մեկնաբանողական բնույթ։ Հիվանդները լսում են բազմաթիվ ձայներ, հիմնականում երկխոսության ձևով։ Երբեմն ձայները միմյանց հետ խոսում են, հիվանդի մասին (երրորդ դեմքով) ակնարկներ անում։ Ոչ հազվադեպ այդ ձայները հրամայողական

քնույթ են ընդունում։ Ձայների ազդեցության տակ (որոնք երեկոյան ժամերին ավելի են ուժեղանում) հիվանդները դառնում են լարված, վախ ու տագնապ են ապրում։ Ցնորքների հետ կապված կարող են առաջանալ նաև զառանցական մտքեր։

Շշմածությունը նույնպես սոմատիկ և ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ հանդիպող հաճախակի հոգեկան խանգարումներից է։ Ավելի ճիշտ կլինի ասել, որ շշմածությունը այն «ընդհանուր ֆոնն» է, որի վրա սուր շրջանում զարգանում է ինֆեկցիաներին ու ինտոքսիկացիաներին բնորոշ հոգեախտաբանական այս կամ այն ախտանշանը։

Շշմածությունը բնորոշվում է կողմնորոշման դժվարացմամբ, գրգռման շեմքի բարձրացմամբ, պատասխան ռեակցիաների ուշացմամբ և ասոցիացիաների դանդաղեցմամբ։ Հիվանդները դժվարությամբ են ընկալում շրջապատի երևույթները։ Հարցերը հասկանում են ուշացումով, երբեմն կրկնելուց հետո, որոնց տալիս են թերի, ոչ բիարժեք պատասխաններ, իսկ թույլ գրգռիչներին բոլորովին ռեակցիա չեն տալիս։ Կարևոր ախտանշաններից է ուշադրության ցրվածությունը, անտարբերությունը, թորշոմածությունն ու քնկոտությունը, ինչպես նաև հոգեկան պրոցեսների աղքատացումը։ Նման հիվանդների մոտ աչքի է զարնում արագ զարգացող ասթենիզացիան, որի դեպքում նրանք կարծես թե ավելի քնկոտ են դառնում։

Շշմածությունը տարբեր աստիճաններով կարող է արտահայտվել։ Նրա թեթև արտահայտությունը քնկոտ վիճակ է հիշեցնում, իսկ ծանր աստիճանը հասնում է սոպորի և նույնիսկ կոմայի։

Շշմածության ժամանակ կարող են հանդիպել նաև աֆեկտիվ թեթև խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են սուբդեպրեսիայի կամ էյֆորիայի երանգի ձևով։

Ինչպես սոմատիկ հիվանդությունների և ինֆեկցիաների, այնպես էլ ինտոքսիկացիաների դեպքում սուր էքզոգեն պսիխոզներից բացի կարող են դիտվել ձգձգվող նևրոզանման վիճակներ և հոգեկան այնպիսի խանգարումներ, որոնք իրենց կլինիկական պատկերով հիշեցնում են էնդոգեն պսիխոզներին։

Ձգձգվող վիճակներից հատկապես հիշատակության է արժանի ասթենիկ համախտանիշը։ Այն հիմնականում բնորոշվում է ընդհանուր թուլությամբ, թորշոմածությամբ և աշխատունակության անկմամբ։ Հիվանդները մեծ մասամբ պառկած են, ուշադրությունը ցրված. չեն կարողանում կենտրոնանալ։ Ըմբռնում են դժվարությամբ։ Գանգատվում են գլխացավերից, արագ հոգնածությունից։ Միաժամանակ բավակա-

նին դյուրահույզ են, գերզգայուն, դյուրագրգիռ ու հեշտ բռնկվող։ Ախորժակը և քունը խանգարվում է։ Դիտվում է հոգեկան բոլոր պրոցեսների որոշակի արգելակում և թորշոմածություն։ Ֆիզիկական և հոգեկան ամենափոքր լարվածությունը, զրույցներն անգամ, խիստ հոգնեցնում և արագորեն հյուծում են հիվանդներին, խորացնելով ասթենիային բնորոշ ախտանշանները։ Ոչ հազվադեպ ասթենիկ համախտանիշը կարող է զուգակցվել դեպրեսիվ վիճակով կամ հիպոխոնդրիկ ապրումներով, փաստորեն կրելով ասթենո-դեպրեսիվ կամ ասթենո-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի բնույթ։

Ասթենիկ համախտանիշը տևում է մի քանի շաբաթից մինչև մի քանի ամիս և վերջանում է աստիճանական առողջացմամբ։

Զգձգված սիմպտոմատիկ պսիխոզների հաճախ հանդիպող ձևերից են մանիակալ, դեպրեսիվ, ինչպես նաև շիզոֆրենիայի պատկերները։ Նման բոլոր դեպքերում, գիտակցության պարզության տարբեր աստիճանի խանգարումներով հանդերձ, պարզորոշ ձևով արտահայտվում է նաև սիմպտոմատիկ պսիխոզներին բնորոշ հուզական խիստ անկայունությունը, դյուրագրգռությունը, հոգեկան արագ հյուծվածությունը, ինչպես նաև սոմատո-վեգետատիվ խանգարումներն ու լաբորատոր քննության տվյալները, որոնք բավականին դյուրացնում են տարբերակիչ ախտորոշման հարցը։ Հոգեկան այդ խանգարումները վերջանում են տևական ասթենիայով կամ պսիխոօրգանական համախտանիշի զարգացմամբ, առաջացնելով անձի պսիխոպաթիայի փոփոխություններ։

Ստորև տրվում է ձգձգվող սիմպտոմատիկ պսիխոզների ժամանակ հանդիպող մի քանի համախտանիշների համառոտ նկարագրությունը։

Մանիակալ համախտանիշի դեպքում աֆեկտիվ ոլորտի խանգարումները գտնվում են առաջին պլանի վրա։ Հիվանդների տրամադրությունը լինում է բարձր, մտքերի ընթացքն՝ արագացած, ուշադրությունը՝ սրված։ Հոգեշարժական գրգռվածությամբ ուղեկցված՝ անձի գերագնահատման մտքերը հիշեցնում են մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզը։ Սակայն հակառակ նրան, սիմպտոմատիկ պսիխոզների դեպքում վերոհիշյալ հոգեախտաբանական ախտանշանները ընթանում են հոգեկան ասթենիայի ու սոմատո-վեգետատիվ խանգարման նշաններով։ Էքզոգեն ծագում ունեցող մանիակալ համախտանիշը ոչ հազվադեպ կարող է ուղեկցվել նաև ցնորազառանցանքային (գլխավորապես մեծամոլական բնույթի) ապրումներով։ Տևողությունը միջին հաշվով 1—2 ամիս է, սակայն որոշ դեպքերում, լրացուցիչ վնասաբեր ազդակների շնորհիվ, այն ավելի ձգձգվող ընթացք կարող է ունենալ։

Դեպրեսիվ համախտանիշը սիմպտոմատիկ պսիխոզների դեպքում համեմատաբար ավելի քիչ է հանդիպում։ Այն բնորոշվում է տրամադրության անկմամբ, թորշոմածությամբ, ասոցիացիաների դանդաղեցմամբ և ընդհանուր հոգեշարժական արգելակմամբ։ Հիվանդները տրխուր նստած կամ պառկած հաճախ լաց են լինում, արտահայտում ինքնամեղադրման կցկտուր մտքեր, իսկ տագնապի դեպքում՝ նաև հետապնդման մտքեր։ Սիմպտոմատիկ պսիխոզների ժամանակ դեպրեսիվ համախտանիշը ավելի հաճախ արտահայտվում է դեպրեսիվ-տագնապային, դեպրեսիվ-զառանցանքային, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ և այլ կլինիկական ձևերով, որոնք վկայում են հիվանդության պրոցեսի խորացման մասին։ Տևողությունը միջին հաշվով մեկ-երկու ամիս է։

Ինչպես մանիակալ, այնպես էլ դեպրեսիվ համախտանիշների դեպքում հիվանդությունը վերջանում է անձի ասթենիզացիայով։

Շիզոֆրենանման պսիխոզները դրսևորվում են ցնորազառանցանքային և կատատոնանման համախտանիշների ձևով։

Ցնորազառանցանքային համախտանիշի կլինիկական պատկերը բնորոշվում է բավականին հարուստ ու բազմաձև ախտանշաններով։ Կարևոր տեղ են գրավում ցնորապատրանքային ապրումները՝ զուգակցված հետապնդման, վերաբերման, ազդեցության և այլ զառանցական մտքերով։ Ցնորազառանցանքային ախտանշաններն աչքի են զարնում իրենց գունեղությամբ, պատկերավորությամբ և անկայունությամբ, հաճախ ընթանալով հուզական բացասական ֆոնի վրա։ Հիվանդների մոտ կարևոր տեղ են բռնում ասթենիկ գծերն ու հուզական պահպանվածությունը, ընդ որում երբեմն դիտվող հուզական որոշ խանգարումներ (թախիծ, վախ, տագնապ և այլն), շիզոֆրենիայի նույնանման ախտանշաններին հակառակ, չափազանց արտահայտված են։ Բացակայում են նաև շիզոֆրենիային հատուկ մտածողության բնորոշ խանգարումները։ Հիվանդությունը տևում է մի քանի շաբաթից մինչև մի քանի ամիս և, որպես օրենք, առողջացումը տեղի է ունենում անձի ասթենիզացիայով։

Կատատոնանման համախտանիշ. Եթե սիմպտոմատիկ պսիխոզների ժամանակ կատատոնիայի կարճատև ու ոչ արտահայտված բաղադրամասերը հանդիպում են բավականին հաճախ, ապա կատատոնանման համախտանիշը, որպես այդպիսին, ոչ այնքան հաճախ է հանդիպում։ Սովորաբար հոգեկան այս խանգարումը երբեմն սկսվում է դանդաղ, կատատոնիկ ախտանշանների զարգացմամբ, երբեմն էլ հաջորդում է գի-

տակցության խանգարմամբ ընթացող կարճատև սուր հոգեկան դրվագին։ Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է հոգեախտաբանական բազմաձև նշաններով, որոնց բնորոշ է անկայունությունն ու փոփոխականությունը։ Նման դեպքերում ստուպորային վիճակը ուղեկցվում է անկայուն համրությամբ (մուտիզմ) և պասիվ նեգատիվիզմով։ Բավականին բնորոշ է համարվում աֆեկտիվ անկայունությունը, որն արտահայտվում է ինչպես արգելակման, այնպես էլ գրգռման շրջաններում։ Աֆեկտիվ-կամային խանգարումներին հատուկ են նաև նրանց հաճախակի ալիքաձև փոփոխումները։ Տևում է բավականին երկար (ամիս և ավելի)։ Առողջացումը անպայմանորեն ընթանում է հետպսիխոզային ասթենիայով։

Կարող են հանդիպել նաև կորսակովյան, ինչպես նաև պսիխոօրգանական համախտանիշներ (տե՛ս «Համախտանիշներ» գլխում)։

«Էքզոգեն» և «էնդոգենանման» ընթացք ունեցող հոգեկան խանգարումներից բացի, որոշ սոմատիկ և ինֆեկցիոն հիվանդություններ կարող են նպաստել այնպիսի էնդոգեն պսիխոզների զարգացմանը, ինչպիսիք են շիզոֆրենիան և մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզը։ Նման դեպքերում էնդոգեն պսիխոզին անմիջապես կամ երբեմն մեկից մինչև մի քանի ամիս առաջ նախորդում է սիմպտոմատիկ պսիխոզը, որը փաստորեն դառնում է այդ էնդոգեն հիվանդության առաջացմանը օժանդակող կամ պրովոկացիայի ենթարկվող գործոն։

Այս հարցում որոշակի նշանակություն ունի նաև անձի էնդոգեն կանխատրամադրվածությունը։

ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ՈՐՈՇ ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Գրիպ։ Գրիպի ժամանակ հոգեկան խանգարումները այնքան էլ հաճախ չեն հանդիպում։ Այն համեմատաբար հաճախ է դիտվում հատկապես գրիպային համաճարակների դեպքում, երբ այդ ինֆեկցիայով հիվանդացումը բավականին մեծ չափերի է հասնում։

Գրիպի ժամանակ հաճախ հանդիպում է ասթենիկ վիճակ, որն արտահայտվում է թորշոմածությամբ, հուզական անկայունությամբ, դյուրագրգռությամբ, անքնությամբ։ Որոշ դեպքերում ասթենիան կարող է ընթանալ ասթենո-դեպրեսիվ կամ ասթենո-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի ձևով։

Վերոհիշյալ վիճակների ընթացքը ծանր չէ և սահմանափակվում

է մեծ մասամբ թերապևտի միջամտությամբ, հաճախ չհասնելով մինչև հոգեբույժին։

Գրիպային ինֆեկցիային բավականին հատկանշական է էնցեֆալիտը (պարաինֆեկցիոն էնցեֆալիտ), որն արտահայտվում է գլխացավով, գլխապտույտով, սրտխառնոցով և հատկապես կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական վնասվածքի օջախային կոպիտ ախտանշաններով։ Նման դեպքերում գրիպային էնցեֆալիտը կարող է ընթանալ գիտակցության խոր շշմածությամբ կամ նույնիսկ արտահայտված դելիրիումային խանգարմամբ։

Որոշ դեպքերում գերակշռում է դեպրեսիվ համախտանիշը, որն ուղեկցվում է թախծի, վախի ու տագնապի երևույթներով, ինչպես նաև հիպոխոնդրիկ մտքերով (դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտանիշ)։ Վերոհիշյալ նյարդահոգեկան խանգարումները միջին հաշվով տևում են 1—2 շաբաթ և վերջանում են լրիվ առողջացմամբ, բացառությամբ գրիպային էնցեֆալիտի, որի դեպքում նյարդաբանական կայուն օջախային նշաններ կարող են մնալ։

Քութեշ, կարմրուկ։ Մանկական հասակի ինֆեկցիոն հիվանդություններից քութեշը և կարմրուկը համեմատաբար ավելի հաճախակի և համարյա թե միանման հոգեկան խանգարումներ են առաջացնում։

Հիվանդության առաջին շրջանում, բարձր ջերմաստիճանի ժամանակ, հաճախ դիտվում է դելիրիումային վիճակ (տենդային դելիրիում)։ Այս դելիրիումը յուրահատուկ է նրանով, որ երեկոյան ժամերին, կապված ջերմաստիճանի բարձրացման հետ, հիվանդի վիճակը վատանում է, իսկ առավոտյան ջերմաստիճանի նվազումը հանգեցնում է հոգեկան վիճակի մեղմացման։ Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է գիտակցության մթագնման ֆոնի վրա ընթացող՝ սարսափեցուցիչ լսողական ու տեսողական ցնորքներով, շարժողական արտահայտված գրգռվածությամբ, որն ընթանում է ալիքաձև ու վերջանում է անձի ասթենիզացիայով։

Կարմրուկը կարող է բարդանալ նաև ուղեղաբորբով։ Այս դեպքում տեղ է գտնում քնկոտությունը, շշմածությունը, իսկ երբեմն՝ նույնիսկ գիտակցության դելիրիումանման խանգարումները, որոնք անպայման ուղեկցվում են ուղեղաթաղանթային (մենինգիալ) ախտանշաններով, զանգուղեղային նյարդերի ախտահարմամբ։ Սուր վիճակները կարող են առաջացնել օրգանական ախտահարման մնացորդային երևույթներ, որոնք նպաստում են հետագայում անձի պսիխոպաթանման զարգացմանը։

Ռևմատիզմ: *Այս հիվանդության ժամանակ հոդերից ու սրտից բացի պակաս ախտահարման չի ենթարկվում նաև կենտրոնական նյարդային համակարգը։*

Ռևմատիզմի ժամանակ հոգեկան խանգարումները կարող են լինել սուր և ձգձգվող։

Սուր ռևմատիզմային պսիխոզներն առաջանում են ինֆեկցիայի բուռն շրջանում, բազմահոդաբորբի ֆոնի վրա և ընթանում են հատկապես լսողական ցնորքներով ուղեկցվող՝ գիտակցության մթագնման տարբեր ձևերով։ Գիտակցության այդ խանգարումները կարող են արտահայտվել դելիրիումային, օնեյրոիդ, մթնշաղային վիճակներով. դրանք անկայուն են ու հաճախ փոփոխվում են մեկը մյուսով։

Ձգձգվող ռևմատիզմային պսիխոզները մեծ մասամբ ունեն ալիքաձև ընթացք, որը կապված է ինֆեկցիայի արացումների հետ։ Պսիխոզի ժամանակ զարգացող ասթենիայի ֆոնի վրա հանդես կարող են գալ դեպրեսիվ, ցնորազառանցանքային, պսիխոսենսոր խանգարումներ, իսկ ժամանակ առ ժամանակ՝ նաև գիտակցության կարճատև խանգարման դրվագներ։

Ռևմատիզմը ոչ հազվադեպ կարող է առաջացնել մենինգո-էնցեֆալիտներ, որոնք ընթանում են հոգեախտաբանական և նյարդաբանական օջախային ախտանշաններով։

Ռևմատիզմը մանկական և պատանեկան հասակում հաճախ առաջացնում է խորեային հիպերկինեզներ (ձեռքերի թափահարում, մատների արտասովոր ու անկանոն զանազան կլոնիկ շարժումներ, իսկ դեմքի, պարանոցի շարժումները երբեմն հասցնում են ծամածռման, աչքերի հաճախակի թարթման)։ Ծանր դեպքերում հիպերկինեզները այնքան են ուժեղանում, որ հիվանդները դժվարանում են հագնվել, ուտելու համար՝ գդալը բռնել, հանգիստ նստել, խոսել, գրել, փաստորեն դառնալով անօգնական ու խնամքի կարոտ։ Խանգարվում է նաև նրանց հոգեկան վիճակը։ Դառնում են կամակոր, դյուրագրգիռ, ցրված։ Ծանր դեպքերում նշվում է արտահայտված աֆեկտիվ անկայունություն, ագրեսիվություն։

Բրուցելոզ: *Բրուցելոզի ժամանակ հոգեկան խանգարումները համեմատաբար ավելի հազվադեպ են հանդիպում, ընդ որում, եթե ինֆեկցիայի սուր շրջանում առավելապես գերակշռում են գիտակցության խանգարման համախտանիշները (շշմածություն, դելիրիում և այլն), ապա քրոնիկական ընթացքին առավել բնորոշ են ասթենիկ, հիպոխոնդ-*

ղիկ, նևրոզանման, ինչպես նաև էնդոգենանման (դեպրեսիվ, կատատոնանման, ցնորազառանցանքային) համախտանիշները։

Բրուցելոզի սուր և քրոնիկական ընթացքի դեպքում առաջացած հոգեկան խանգարումները միմյանցից տարբերվում են նաև նրանով, որ եթե սուր պսիխոզները համեմատաբար կարճատև ընթացք են ունենում (1—2 շաբաթ), ապա քրոնիկականը ձգձգվող բնույթ է ընդունում և, ինֆեկցիայի ընթացքին համապատասխան, մեծ մասամբ ընթանում է ալիքաձև, պարբերաբար տալով սրացումներ, իսկ միջտենդային շրջաններում՝ ասթենիայի երևույթներ։ Բրուցելոզային պսիխոզների դեպքում բավականին բազմազան և հարուստ հոգեախտաբանական համախտանիշները հաճախակի փոփոխվում կամ զուգակցվում են։ Այսպես, օրինակ, դեպրեսիվ համախտանիշը, հակառակ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի, ուղեկցվում է բազմաթիվ հիպոխոնդրիկ մտքերով, փաստորեն փոխվելով դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի։ Ցնորազառանցանքային ձևի դեպքում նորից միանում են ընդերային, շշուփական (տակտիլ) ցնորքները, որոնց հիմքում ընկած են բրուցելոզային ինֆեկցիային բնորոշ ցավային զգացումը և սոմատիկ այլ խանգարումներ։ Ախտորոշման գործում, անամնեստիկ տեղեկություններից բացի, մեծ դեր են խաղում կլինիկալաբորատոր քննության տվյալները, հիվանդության ընթացքը և պատճառախտածնային բուժման հետ կապված բարորակ ելքը։

Մալարիա։ *Մարդկությանը դեռևս հնագույն դարերից հայտնի ընդմիջվող տենդը կամ մալարիան երկրագնդի վրա ամենատարածված այն ինֆեկցիաներից է, որը ոչ հազվադեպ պատճառ է դառնում նյարդահոգեկան խանգարումների առաջացման։*

Պսիխոզի ընթացքը և ելքը մեծ չափով կախված է մալարիայի ձևից (եռօրյա, քառօրյա, տրոպիկական, խառը)։ Որպես օրենք, տրոպիկական և խառը ձևերն ավելի ծանր հոգեկան խանգարումներ են առաջացնում։

Մալարիային պսիխոզներն ունեն բազմաձև ու հարուստ կլինիկական պատկեր։ Բավականին բնորոշ են համարվում կլինիկական համախտանիշների անկայունությունն ու փոփոխականությունը, հոգեախտաբանական պատկերների պարբերաբար կրկնողությունը, որը կրում է նոպայաձև բնույթ, ինչպես նաև բավականին հաճախ հանդիպող գիտակցության խանգարումները։

Մալարիային պսիխոզների ժամանակ հանդիպում են կլինիկական ամենաբազմազան համախտանիշներ, որոնք իրենց դինամիկայի մեջ

ցուցաբերում են միատեսակ կլինիկական պատկեր՝ հիվանդության ըսկզբում ու վերջում, և բազմաձև պատկեր՝ հիվանդության միջին շրջանում։ Այսպես, օրինակ, ինչպես ասթենիկ, այնպես էլ ցնորազառանցանքային, մանիակալ, դեպրեսիվ, կատատոնանման համախտանիշների ժամանակ հիմնականում հիվանդության առաջին շրջանն ընթանում է գիտակցության խանգարումներով, իսկ ելքը՝ անձի ասթենիզացիայով։

Մալարիային պսիխոզների կլինիկական ձևերը կարելի է դասակարգել հետևյալ կերպ.

Մալարիային պսիխոզի պարբերական ձև, որը բնորոշվում է պարբերաբար կրկնվող հոգեկան խանգարումներով, որոնք համընկնում են ջերմային նոպաների հետ, ուղեկցվելով բարձր ջերմաստիճանով և արյան մեջ մալարիայի պլազմոդիումների առկայությամբ։ Այս ձևի դեպքում առավել հաճախ դելիրիումային վիճակներ են հանդիպում։

Մալարիային պսիխոզի դրվագային ձևը բնորոշվում է սուր ընթացող հոգեկան խանգարմամբ, ուղեկցված ջերմային նոպաներով և արյան մեջ մալարիայի պլազմոդիումների առկայությամբ։ Այս ձևը տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս։

Մալարիային պսիխոզի ձգձգվող ձևի ժամանակ հոգեկան խանգարումն սկսվելով ջերմային նոպայի ժամանակ, շարունակվում է նաև ջերմադադարի (ապիրեքսիայի) ու անգամ անջերմ (միջռեցիդիվային) շրջանում, տևելով բավականին երկար, երբեմն՝ նույնիսկ մեկ տարուց ավելի։ Հիվանդները ֆիզիկապես հյուծվում են, հանդես են գալիս կախեքսիայի և սակավարյունության երևույթներ։

Մալարիային ծագում ունեն՝ էպիլեպսանման ցնցումային նոպաները, որոնք դիտվում են ինչպես տենդի ժամանակ կամ անմիջապես հետո, այնպես էլ մալարիային կոմայի դեպքում, և մալարիային ուղեղաբորբը՝ ուղեկցված հոգեկան խանգարումներով։

Մալարիային պսիխոզների ախտորոշման գործում կարևոր տեղ են բռնում այնպիսի բնորոշ ախտանշաններ, ինչպիսիք են գիտակցության պարզության խանգարումներն ու կլինիկական բազմաձև խայտաբղետ պատկերը, ասթենիկ որոշ գծերն ու հուզական պահպանվածությունը, ջերմային նոպաները, արյան մեջ մալարիային պլազմոդիումների առկայությունը։

Բծավոր տիֆ։ Բծավոր տիֆը այն սուր ինֆեկցիաներից է, որը համարյա թե առանց քիչ թե շատ արտահայտված հոգեկան խանգարումների չի ընթանում։

Բծավոր տիֆը մեծ մասամբ սկսվում է հանկարծակի, ջերմության

արագ բարձրացմամբ։ Սակայն երբեմն այն կարող է սկսվել նաև 1—2 օր տևող նախանշանային շրջանով, որի ժամանակ կարող է դիտվել կա՛մ տրամադրության բարձրացում՝ ուղեկցված յուրահատուկ գրգռվածությամբ, կա՛մ տրամադրության անկում՝ ուղեկցված հոգնածության զգացումով։ Շուտով հիվանդի ջերմաստիճանը բարձրանում է, ուղեկցվելով խիստ գլխացավերով ու անքնությամբ։ Հենց այդ շրջանից էլ հանդես են գալիս հոգեախտաբանական ախտանշանները։ Հիվանդների մոտ սկսվում է խոր քնկոտ վիճակ կամ գիտակցության պարզության խանգարումներ, որոնք մեծ մասամբ դելիրիումային համախտանիշի բնույթ են կրում։ Բավականին բնորոշ են բարդ ցնորային ապրումները, որտեղ հատկապես աչքի են զարնում տեսողական ցնորքները, որոնք կրում են ֆանտաստիկական, խիստ շարժուն բնույթ։ Հիվանդները վերապրում են ինչ-որ աղետային իրադարձություններ, վախի և տագնապի վիճակում ձգտում են փախչել, փրկվել երևակայական թշնամիներից։ Գտնվում են հոգեշարժական խիստ գրգռված վիճակում, որը գիշերային ժամերին ավելի է ուժեղանում։ Կարող են հանդիպել նաև անդաստակային (վեստիբուլյար) խանգարումներ։ Զառանցական մտքերից հատկապես աչքի են զարնում հիպոխոնդրիկ մտքերը, որոնք կապված են օրգանիզմում առկա մի շարք հիվանդագին սենսեթոպաթիկ զգացողությունների հետ։ Պակաս բնորոշ չէ նաև կրկնորդի զառանցանքը, երբ հիվանդին թվում է, թե ինքն ունի նմանակ և հիվանդ է ոչ թե ինքը, այլ նմանակը։ Հայտնում է, որ իր մարմնի որոշ մասեր կրկնապատկվել կամ կիսվել են՝ երկու մասի են բաժանվել։ Զառանցական մտքերը անկայուն են։

Բծավոր տիֆի ժամանակ կարող են հանդիպել նաև գիտակցության ամենտիվ և մթնշաղային բնույթի խանգարումներ՝ ուղեկցված արտահայտված խոսակցական գրգռվածությամբ։

Ջերմության իջեցմանը զուգահեռ հոգեկան խանգարման սուր երևույթներն անհետանում են՝ փոխարինվելով հետինֆեկցիոն ասթենիայով, որի ժամանակ հիվանդները դեռևս շարունակում են խոսել իրենց ցնորազառանցանքային ապրումների մասին («մնացորդային զառանցանք»)։

Վերջապես, որոշ դեպքերում, հոգեկան խանգարումները կարող են ընթանալ բծավոր տիֆային մենինգիտի և մենինգոէնցեֆալիտի երևույթներով, ուղեկցված ուղեղաթաղանթային և օջախային արտահայտված ախտանշաններով, երբեմն հասցնելով մինչև պսիխոորգանական համախտանիշի և թուլամտության զարգացման։

Որովայնային տիֆ: Որովայնային տիֆի դեպքում հոգեկան խանգարումները նույնպես բավականին հաճախ են հանդիպում։ Ինֆեկցիայի սկզբնական շրջանի հոգեկան խանգարումները հիմնականում բնորոշվում են ընդհանուր արգելակմամբ և ընկճվածությամբ ուղեկցվող ասթենիկ վիճակով։ Ինֆեկցիայի բուռն շրջանում, հատկապես բարձր ջերմաստիճանի պայմաններում, հանդիպում է բավականին արտահայտված դելիրիումային համախտանիշ, որը ինչպես վաղ սկսվում, այնպես էլ շուտ վերջանում է։

Որովայնային տիֆի դեպքում դելիրիումի համեմատությամբ առավել հաճախ հանդիպում է ամենտիվ համախտանիշը, որը զարգանում է հիվանդության հատկապես վերջին շրջանում (մոտավորապես 4—5-րդ շաբաթվա ընթացքում)՝ ֆիզիկական արտահայտված հյուծվածության ֆոնի վրա։ Եթե դելիրիումային համախտանիշը բավականին կարճատև է, ապա դրան հակառակ՝ ամենտիվ համախտանիշը միջին հաշվով կարող է տևել 3—6 շաբաթ։ Առողջացման շրջանին բավականին բնորոշ է հետինֆեկցիոն արտահայտված հոգեկան թուլությունը (ասթենիկ համախտանիշ), որը վերջանում է հիվանդի լրիվ առողջացմամբ։

Կատաղություն: Նյարդային համակարգի ինֆեկցիոն հիվանդությունների շարքում կատաղությունը հատուկ տեղ է գրավում։ Նրա հարուցիչը պատկանում է ֆիլտրվող վիրուսների նեյրոտրոպ խմբին։ Մարդիկ վարակվում են կատաղած շներից, կատուներից, գայլերից և այլ կենդանիներից։

Կատաղության գաղտնի շրջանը միջին հաշվով տևում է 2-ից մինչև 10 շաբաթ, իսկ երբեմն՝ նույնիսկ մեկ տարուց ավելի։ Նախանշանային շրջանը բնորոշվում է վերքի տեղում առաջացած ցավերով ու տհաճ զգացողություններով, գլխացավով ու գլխապտույտներով, վախի ու տագնապի երևույթներով, որոնք ընթանում են տրամադրության դեպրեսիվ ֆոնի վրա։ Հիվանդի ջերմաստիճանն աստիճանաբար սկսում է բարձրանալ, երակազարկն արագանում է, հանդես են գալիս կատաղությանը բնորոշ այնպիսի ախտանշաններ, ինչպիսիք են՝ թքարտադրության ու քրտնարտադրության ուժեղացումը, ինչպես նաև ջրվախությունն («հիդրոֆոբիա») ու օդավախությունը («աէրոֆոբիա»)։ Սկզբում շնչառական մկանների սպազմը, իսկ հետագայում կոկորդի, ըմպանի և կերակրափողի կծկումները ուժեղանում են հատկապես կլման ակտի ժամանակ։ Եվ քանի որ հեղուկների, շնչարգելության, ցիանոզի երևույթներն ուղեկցվում են քերանի չորությամբ ու ծարավի խիստ ըզդացումով, իսկ ջուր խմելու փորձն անգամ կլման մկանների սպազմ-

ների ու կծկումների տանջալից նոպաներ է առաջացնում, ուստի կատաղության բնորոշ այս ախտանշանը անվանվում է ջրվախություն։ Հիշտ նույնանման նոպաներ են առաջանում շնչառական մկանների կողմից օդի հոսանքից (օդավախություն)։ Շուտով հանդես է գալիս դելիրիումային ախտանշանի ձևով ընթացող արտահայտված հոգեկան խանգարում։ Գիտակցությունը մթագնում է, հանդես են գալիս վառ ցնորքներ ու զառանցական մտքեր՝ ուղեկցված վախի ու կատաղության մոլեգին զրգռվածությամբ։ Հիվանդները բղավում, այս ու այն կողմ են նետվում, ձեռքն ընկած ամեն ինչ ջարդում ու փշրում են, վնասում իրենց, պատառոտում հագուստը, հարձակվում շրջապատի մարդկանց վրա, կծում, ճանկռոտում։ Գրգռվածությունը ժամանակ առ ժամանակ կարող է անհետանալ, որի դեպքում գիտակցությունը պարզվում է, կարճատև հանգիստ վիճակ է առաջանում, սակայն ջրվախության և օդավախության բնորոշ ախտանշանները շարունակում են տանջել հիվանդին։

Գնալով հիվանդությունն ավելի է խորանում, թևակոխելով պարալիզային շրջանը։ Այս շրջանում ինչպես հոգեկան խանգարումները, այնպես էլ սպազմներն ու ցնցումները լրիվ անհետանում են, փոխարինվելով հատկապես ստորին ծայրանդամների պարալիզով, ուղեկցված խոսքի խանգարումներով, գլխապտույտով ու սրտխառնություններով, ինչպես նաև գանգուղեղային նյարդերի կողմից զանազան ախտանշաններով։ Վերոհիշյալ շարագուշակ հանգամացումը մոտալուտ մահվան նախանշան է, որը սկսվում է հիվանդության 3—4-րդ օրը, և հիվանդը մահանում է սրտային արագ զարգացող անբավարարությունից և շնչառական կենտրոնի պարալիզից։

Դիահերձումը գլխուղեղում հայտնաբերում է բորբոքային փոփոխություններ՝ ուղեղանյութի և նրա թաղանթների արտահայտված արյունալեցում և արյունազեղումներ։ Բավականին բնորոշ փոփոխություն է համարվում ուղեղի բնային մասի կենսամեռուկային պրոցեսը, ինչպես նաև հատկապես ամոնյան եղջյուրների նյարդային բջիջներում հայտնաբերվող նեգրիի մարմնիկները։

Կատաղության դեպքում յուրահատուկ պատճառային բուժում չկա։ Սիմպտոմատիկ բուժումը հիմնականում ուղղվում է ցնցումային նոպաներ առաջացնող պատճառների վերացման վրա։ Անհրաժեշտ է հիվանդի համար ապահովել բացարձակ հանգիստ՝ առանձին մթնեցված պալատում։ Այդ պալատը պետք է զերծ պահել հիվանդի մոտ ռեֆլեկտոր ցնցումներ առաջացնող օդի հոսանքներից, վառ լույսից, փայլուն առար-

կաներից։ Պետք է պահպանել բացարձակ լռություն։ Խնամող անձնակազմը պետք է խուսափի, որ հիվանդը իրեն չկծի կամ նրա թուքը մաշկի կամ լորձաթաղանթների վրա չընկնի։ Հիվանդի վիճակը կարելի է թեթևացնել գլյուկոզայի, ֆիզիոլոգիական լուծույթի ենթամաշկային և հակաբիոտիկների ողնուղեղային ներարկումներով։ Պետք է կատարել սնուցող հոգնաներ։ Տանջալից ցնցումների, ինչպես նաև գրգռվածության դեպքում կատարվում են քլորալ հիդրատի հոգնաներ, մորֆինի ենթամաշկային ներարկումներ։ Հանգստացնող կարևոր միջոց է համարվում նեյրոլեպտիկների կիրառումը։

Եթե կատաղության ժամանակ բուժումը համարյա թե անհույս է, ապա կանխարգելիչ միջոցառումները հսկայական նշանակություն ունեն։

Կանխարգելման գործում առաջին հերթին պետք է պայքարել թափառող ու անտեր շների և այլ կենդանիների դեմ։ Կենդանու կծելու դեպքում, եթե կատաղության կասկած կա, անպայման պետք է կատարել հակառաբիկ պատվաստումներ, մինչև կասկածելի կենդանու ուղեղի քննության արդյունքների պարզելը (նեգրիի մարմնիկների հայտնաբերում)։

Լ. Պաստերի կողմից 1885 թվին հակառաբիկ վակցինայի հայտնաբերումն ու կիրառումը, որպես կատաղության կանխարգելման հուսալի միջոց, իրեն լիովին արդարացրել է։ Ներկայումս նման պատվաստումներն անց են կացվում սանիտարահամաճարակաբանական կայաններում։ Վակցինայի ներարկումները կատարվում են որովայնի շրջանում, ենթամաշկային, 15—30 օր։ Առավել ծանր ու պարանոցից վեր գտնվող վերքերի դեպքում պատվաստման առաջին կուրսից 20—25 օր անց պետք է կատարել երկրորդ կուրսը։

Վերջապես կանխարգելիչ միջոցառումների շարքում որոշակի նշանակություն պետք է տալ սանիտարալուսավորական լայն աշխատանքներին։

Էնցեֆալիտ (ուղեղաբորբ)։ Ուղեղային հյուսվածքն անմիջականորեն վնասող ինֆեկցիաների շարքում հատուկ տեղ է գրավում էնցեֆալիտը։

Էնցեֆալիտը կարող է լինել առաջնային (երբ գլխուղեղը անմիջականորեն է ախտահարվում) և երկրորդային (երբ ուղեղանյութը վնասվում է որպես այս կամ այն ինֆեկցիայի հետ կապված բարդություն)։

Գլխուղեղը անմիջականորեն ախտահարող էնցեֆալիտներից է էպի-

դեմիկ էնցեֆալիտը, տզային, մոծակային և մի շարք այլ վիրուսային էնցեֆալիտներ։

Էպիդեմիկ էնցեֆալիտը առաջին անգամ նկարագրել է ավստրիացի գիտնական Էկոնոմոն 1917 թ., այդ հիվանդության համաճարակի շրջանում (1915--1920 թվականներ), որից էլ առաջացել է նրա անունը էպիդեմիկ էնցեֆալիտ կամ Էկոնոմոյի հիվանդություն։

Հիվանդության սուր շրջանում ջերմաստիճանը բարձրանում է, հանդես են գալիս ուղեղային ծանր ախտանշաններ։ Սուր շրջանի ամենաբնորոշ ախտանշաններից է քնի խանգարումը։ Դա հիմնականում արտահայտվում է ծայրահեղ քնկոտությամբ, կրելով լեթարգիական քնի բնույթ (այստեղից էլ առաջացել է այս հիվանդության մյուս անունը՝ լեթարգիական էնցեֆալիտ)։ Հիվանդները համարյա թե ամբողջ օրը քնած են լինում, նրանց խիստ դժվար է լինում արթնացնել՝ ուտեցնելու համար դեղ խմեցնելու համար։ Հետագայում անքնության կամ քնի ռիթմի խանգարում կարող է սկսվել, որն արտահայտվում է գիշերային անքնությամբ և ցերեկային քնկոտությամբ։

Էնցեֆալիտի սուր շրջանի նյարդաբանական ախտանշաններն արտահայտվում են ուղեղաթաղանթային (մենինգիալ) երևույթներով, սրտխառնություններով ու փսխումներով ուղեկցվող գլխացավերով։ Շուտով հանդես են գալիս նաև գանգուղեղային որոշ նյարդերի խանգարումներ, ավելի հաճախ ակնաշարժիչ և զատող նյարդերի պարեզ (որն արտահայտվում է վերին կոպի մեկ կամ երկկողմանի իջեցմամբ, երկտեսությամբ (դիպլոպիա), ինչպես նաև դիմանյարդի պարեզ, ակնախաղ (նիստագմ), շարժումների կոորդինացիայի խանգարում և այլն։

Սուր շրջանում դիտվում են նաև հոգեկան խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են առավել հաճախ դելիրիումային, իսկ ոչ հաճախ դեպրեսիվ, կատատոնիկ, ցնորազառանցանքային և այլ համախտանիշների ձևով։

Դելիրիումային համախտանիշը իր կլինիկական պատկերով հիշեցնում է ալկոհոլային դելիրիումին, որտեղ գերակշռում են վառ տեսողական ցնորքները, պատրանքները, ակոզմները, ուղեկցված անհանգստությամբ, վախի և տագնապի երևույթներով։ Ծանր դեպքերում կարող է հանդիպել փնթփնթան կամ մեղմ («մուսիտիրային») դելիրիում, որն ընթանում է առանց շարժողական գրգռվածության։

Էպիդեմիկ էնցեֆալիտի սուր շրջանից հետո, երբ հիվանդը չի առողջանում, ապա երկարատև ամիսների և նույնիսկ տարիների ընթացքում աստիճանաբար զարգանում է քրոնիկական շրջանը, որն ընթա-

նում է նյարդաբանական և հոգեկան յուրահատուկ ախտանշաններով։ Այդ ախտանշանները բազմաթիվ են ու բազմազան։ Նյարդաբանական ախտանշանները հիմնականում արտահայտվում են բբերի լույսի հակազդման ռեակցիայի թուլացմամբ, ակնախաղով, կոնվերգենցիայի պարեզով, երկտեսությամբ, աչքերի դեպի վեր ու կողմ կատարվող բռնազբոսիկ շարժումներով, երբեմն՝ տեսողական նյարդի ապաճմամբ, դիմանյարդի պարեզով, ինչպես նաև վեգետատիվ արտահայտված խանգարումներով (ուժեղ լորձահոսություն, գերքրտնություն, հատկապես դեմքի մաշկի ճարպոտություն)։ Երբեմն հանդիպում է ճարպակալում և ճարպասեռային (ադիպոզոգենիտալային) սնուցախանգարում։

Մանկական հասակում կրած էնցեֆալիտից հետո կարող է առաջանալ ընդհանուր տհասություն (ինֆանտիլիզմ) և հասակի այնպիսի թերաճ, որպիսին դիտվում է բազմագեղձային (պլուրիգլանդուլյարային) խանգարումների դեպքում։

Քրոնիկական շրջանի ամենաբնորոշ նշաններից են արտաբրգային խանգարումները, որոնք արտահայտվում են պարկինսոնյան համախտանիշի ձևով։ Այդ համախտանիշին բնորոշ նշաններից են շարժումների և հոգեկան պրոցեսների դանդաղեցումն ու աղքատացումը (բրադիֆրենիա, բրադիկինեզիա)։ Հիվանդները շատ քիչ ու դանդաղ են շարժվում, երկար ժամանակ մնում, իսկ երբեմն էլ սառչում են միևնույն դիրքում։ Ընդհանուր կաշկանդվածության ֆոնի վրա դեմքը ամիմիկ է (անդիմաշարժ), արտահայտությունից զուրկ։ Դրական կամ բացասական հույզերը իրենց արտահայտությունը չեն գտնում հիվանդի դեմքի վրա, որը մշտապես մնում է անիմաստ, դիմականման։ Աչքերը հազվադեպ են թարթվում։ Չափազանց բնորոշ է պարկինսոնիզմով տառապող հիվանդի քայլվածքը։ Նա քայլում է փոքրիկ քայլերով, ծնկները հազիվ ծալելով. քայլելիս ձեռքերը չեն շարժվում, ինչպես վերին, այնպես էլ ստորին ծայրանդամները բոլոր հոդերում թեթևակի ծալված են լինում, իրանը՝ որոշ չափով թեքված դեպի առաջ, իսկ գլուխը՝ ցած։ Այդ բոլորը քայլող մանեկենի կամ քայլող տիկնիկի տպավորություն է թողնում («տիկնիկի քայլվածք»)։ Հաճախակի տեղ է գտնում մկանային տոնուսի տարածուն բարձրացումը («ռիգիդություն»)։ Շոշափական քննության դեպքում հաճախ դիտվում են նաև մկանային լարվածության տատանումներ, որոնք արտահայտվում են մկանների թռիչքային կրծկումներով ու թուլացումներով («ատամնավոր անիվի ֆենոմեն»)։

Պարկինսոնիզմի համար խիստ բնորոշ ախտանշան են համարվում ծայրանդամների, գլխի և նույնիսկ իրանի մանր դողոցները, որոնք

առավելապես ընդգրկում են ձեռքերի մատները։ Այդ դողոցները հատկապես արտահայտված են լինում հիվանդի՝ հանգիստ վիճակում գտնվելու ժամանակ, որոնք առավել ուժեղանում են հուզմունքների և լարվածության դեպքում, իսկ քնած ժամանակ դադարում են։

Վերոհիշյալ բոլոր ախտանշանները, ի դեմս ընդհանուր կաշկանդվածության, շարժումների դանդաղության, ամիմիայի, մարմնի առաջ թեքված դիրքի, դողոցի, ինչպես նաև ուժեղացած լորձահոսության, գերքրտնության և այլն, այնքան բնորոշ են, որ թույլ են տալիս պարկինսոնիզմը հեշտությամբ ախտորոշել։

Էպիդեմիկ էնցեֆալիտի քրոնիկական շրջանում դիտվում են նաև լուրջ հոգեկան խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են հոգեկան ֆունկցիաների ակտիվության իջեցմամբ, ուղեկցված շարժողական ակտերի դանդաղեցմամբ։ Նման դեպքերում հիվանդները դառնում են անտարբեր, անհամարձակ, ինքնուրույնությունից զուրկ։ Դանդաղաշարժությամբ հանդերձ, խիստ կպչուն են։ Լավ հասկանալով իրենց հիվանդագին վիճակը, նրանք ամբողջովին ենթարկված են իրենց բուժման մտքերով, բժիշկներին անվերջ դիմելով, խնդրում ու պահանջում են նորանոր դեղորայք, ստացիոնար բուժում և այլն։ Կարող են հանդիպել նաև դեպրեսիվ վիճակներ ինքնասպանության հակումներով։

Մանկական հասակում և դեռահասների մոտ կարող են տեղ գտնել բնավորության յուրահատուկ փոփոխություններ՝ ուղեկցված արտակարգ շարժունությամբ, սանձարձակությամբ։ Նման հիվանդներին բնորոշ է անկարգությունն ու վարքի անկազմակերպվածությունը, որն ընթանում է տրամադրության չպատճառաբանված բարձր ֆոնի վրա և հաճախ առիթ է տալիս հիմար արարքների ու գործողությունների։ Նրանց մոտ կորչում է ամոթի զգացումը, բոլորին ձանձրացնում են, ընդհանուր նորմերին չեն կարողանում հարմարվել, կռվում և հաճախ թույլ են տալիս ագրեսիվ գործողություններ։ Հուզական խիստ անկայունությամբ և աֆեկտիվ բռնկումներով հանդերձ, նման դեպքերում տեղ է գտնում հատկապես հակումների աղավաղումը։ Վերջինս հաճախակի արտահայտվում է շատակերության և գերսեռազգայնության երևույթներով, իսկ երբեմն էլ ընդհակառակը՝ այդ հակումների վերացմամբ կամ այլատիպ աղավաղումներով (կլեպտոմանիա, դրոմոմանիա և այլն), որոնք շատ հաճախ առիթ են տալիս դատահոգեբուժական փորձաքննության անցկացման։

Որոշ դեպքերում բնավորության փոփոխությունները զարգանում

են ԹԱԽՏԻ զգացման ձևով, որը հաճախ ընթանում է պարկինսոնիզմի ֆոնի վրա։ Հիվանդները դառնում են խիստ անտրամադիր, ամեն ինչից դժգոհ ու թծախնդիր, օրերով լաց են լինում, անվերջ ձանձրացնում իրենց գանգատներով ու խնդրանքներով։ Արտահայտված կպչունությամբ հանդերձ, շատ նեղացկոտ են, շուտ վիրավորվող։

Քրոնիկական էնցեֆալիտով տառապողների մոտ կարող են հանդիպել նաև պսիխոսենսոր խանգարումներ, մետամորֆոպսիայի, մարմնի սխեմայի խանգարման, դեպերսոնալիզացիայի և դեռալիզացիայի երևույթներով, որոնք հանդես են գալիս նոպայաձև, առավելապես քնելիս կամ արթնանալիս։

Ոչ հազվադեպ հանդիպում են նաև ակնաոլորքային նոպաներ (ակնագնդերի ստիպողական բարձրացում դեպի վեր, ավելի հազվադեպ դեպի կողմ և այդ վիճակում մի քանի վայրկյան, բոպե և նույնիսկ ժամ տևող սևեռակում), որոնք ուղեկցվում են տագնապի ու վախի երևույթներով, իսկ հաճախ՝ գիտակցության •նեյրոդիդ բնույթի խանգարմամբ։

Ավելի հազվադեպ կարող են դիտվել ցնորազառանցանքային բնույթի հոգեկան խանգարումներ։

Ախտաբանական անատոմիան սուր շրջանում ի հայտ է բերում բորբոքային պրոցեսի հետևանքով առաջացած ախտահարում առավելապես ուղեղաբնում (գորշ նյութ, ստորտեսաթմբային կորիզներ)։ Քրոնիկական շրջանում, բորբոքային փոփոխություններով հանդերձ, հայտնաբերվում են ապաճական փոփոխություններ (բջիջների ոչնչացում, սպիների հետևանքով առաջացած փոփոխություններ), որոնք առավելապես տեղակայված են գորշ նյութում։

Տզային (զարնանաամառային) էնցեֆալիտը սուր ինֆեկցիոն-վիրուսային հիվանդություն է, որը սովորաբար գլուխ է բարձրացնում գարնան վերջերից, այդ պատճառով էլ անվանվում է սեզոնային կամ գարնանաամառային էնցեֆալիտ։

Հիվանդության հարուցիչը ֆիլտրվող վիրուսն է, որը տարածվում է յուրատեսակ տզերի միջոցով։ Այդ վիրուսն ունի նեյրոտրոպ հատկություն, որն առաջին հերթին վնասում է կենտրոնական նյարդային համակարգը։ Ուղեղային հյուսվածքը ենթարկվում է բորբոքային և սնուցախանգարումային (դիստրոֆիկ) դիֆուզ փոփոխության։ Հատկապես վնասվում է ողնուղեղի պարանոցային հաստուկը, երկարավուն ուղեղը, միջին ուղեղը և ուղեղի թաղանթները։

Հիվանդության սուր ընթացքի դեպքում, նյարդաբանական ախտանշաններից (ծայրամասային և կենտրոնական պարալիզներ ու պարեզներ,

միոկլոնիկ-կայուն հիպերկինեզներ և այլն) բացի, տեղ են գտնում գիտակցության մթագնմամբ ընթացող հոգեկան խանգարումներ (շշմածություն, դելիրիումային և ամենտիվ համախտանիշներ, ուղեկցված հոգեշարժական գրգռվածությամբ)։

Հիվանդության ենթասուր շրջանում հոգեկան խանգարումները գերակշռող մեծամասնության մոտ ընթանում են ասթենիկ կայուն համախտանիշի ձևով։ Երբեմն կարող են հանդիպել նաև կորսակովյան համախտանիշ, ցնորազառանցանքային խանգարումներ, ինչպես նաև անձի պսիխոպաթնման փոփոխություններ։

Մոծակային (ամառաաշնանային) ճապոնական էնցեֆալիտը առաջին անգամ տարածվել է Ճապոնիայում, որից էլ առաջացել է նրա անվանումը։ Հիվանդության հարուցիչը նեյրոտրոպ վիրուսն է, որը փոխանցվում է մարդկանց մոծակների միջոցով, օգոստոս-սեպտեմբեր ամիսներին, դրա համար էլ այն այլ կերպ անվանվում է մոծակային կամ ամառաաշնանային էնցեֆալիտ։

Այս դեպքում ուղեղում տեղի են ունենում բորբոքային փոփոխություններ, առաջանում են մեռուկային օջախներ և կեղևի ու ենթակեղևի տարբեր շրջանների կազմափոխական-թունավոր (դեգեներատիվ-տոքսիկ) փոփոխություններ։

Հիվանդությունն սկսվում է սուր, և առաջին իսկ ժամերից գիտակցությունը խանգարվում է՝ շշմածությունից սկսած, մինչև սոպոր և կոմա։

Հենց այդ սկզբնական շրջանում էլ կարող են առաջանալ հոգեկան սուր խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են հոգեշարժական գրգռվածությամբ ուղեկցվող դելիրիումային կամ ամենտիվ համախտանիշների ձևով։ Պսիխոզից դուրս գալուց հետո հիվանդի մոտ տեղ են գտնում հիշողության խանգարումներ՝ կորսակովյան համախտանիշի ձևով, իսկ ծանր դեպքերում՝ ստուպորային վիճակներ։

Էնցեֆալիտի բուժման գործում առաջին հերթին կատարվում են ռեկոնվալեսցենտների (հիվանդացած-առողջացածների) արյան շիճուկի ներգոտկային կամ միջմկանային ներարկումներ, թունազերծող միջոցառումներ, հակաբիոտիկներ, հորմոնային պատրաստուկներ, իսկ պարկինսոնիզմի դեպքում՝ հակապարկինսոնյան դեղամիջոցներ։ Հոգեկան սուր խանգարումների դեպքում նեյրոլեպտիկներ պետք է նշանակել զգուշությամբ, փոքր դեղաչափերով։ Միաժամանակ պետք է կատարել նաև սիմպտոմատիկ բուժում, երբեք չմոռանալով սրտային դեղամիջոցների մասին։

ՍՊԻԴ-ի ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ։ Զեոքբերովի իմունոդեֆիցիտային համախտանիշի («սպիդ»)* ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումները քիչ են ուսումնասիրված և այդ մասին գրականության մեջ քիչ տեղեկություններ են հաղորդվում։

Հիվանդության սկզբնական շրջանում դիտվում է նևրոզանման պատկեր, որն արտահայտվում է ուշադրության ցրվածությամբ, տրամադրության անկայունությամբ, որտեղ աչքի է զարնում առավել հաճախ հանդիպող դեպրեսիվ վիճակը։ Հետագայում հիշողության ֆունկցիան սկսում է թուլանալ, քննադատությունն իջնում է, հիվանդները դառնում են անզուսպ, հեշտ բռնկվող։ Գնալով հոգեկան խանգարման երևույթներն ավելի են խորանում, ընդհուպ մինչև պսիխոորգանական համախտանիշի ձևավորումը։

ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ՍՈՄԱՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Սոմատոգեն բնույթի հոգեկան խանգարումներ առավել հաճախ առաջանում են սրտի, թոքերի, երիկամների, լյարդի հիվանդությունների, խոցային հիվանդության, շարորակ նորագոյացությունների, ալիմենտար սնուցախանգարման, ավիտամինոզների ժամանակ, ինչպես նաև հետվիրահատական, հետծննդյան շրջաններում։

Սրտամկանի ինֆարկտ։ Այս հիվանդության սուր շրջանում հաճախ նկատվում է վախ, տագնապ, անհանգստություն, շարժողական գրգռվածություն։

Ենթասուր շրջանում կարող են դիտվել շշմածության կամ դելիրիումի ձևով ընթացող գիտակցության խանգարումներ, երբեմն էյֆորիկ վիճակ, որն ուղեկցվում է շատախոսությամբ, գործելու ձգտմամբ, իր վիճակի հանդեպ քննադատության վերացմամբ։

Լավացման շրջանում պահպանվում է հիվանդագին զգացողությունը, ընկճվածությունը, հիպոխոնդրիան կամ ընդհակառակը՝ հիվանդության հանդեպ անհամապատասխան, ոչ ադեկվատ վերաբերմունքը, երկարատև ասթենիան։

Սրտային հեղձուկի նոպաների ժամանակ նկատվում է մահվան վախ, տագնապ, հիպոխոնդրիա, որոնք ընթանում են տրամադրության անկման ֆոնի վրա։

---

* Հապավումը վերաբերում է ռուսական անվանմանը։

Հոգեկան խանգարումներ կարող են հանդիպել սրտի վիրահատումից հետո։ Դրանք մեծ մասամբ զարգանում են վիրահատումից երկուսից երեք օր անց և արտահայտվում են մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր տևող դելիրիումային, ամենտիվ բնույթի գիտակցության խանգարումներով։ Նկարագրվում են նաև համեմատաբար ավելի երկար տևողությամբ ընթացող դեպրեսիվ-զառանցանքային և սուբստուպորային վիճակներ։

Լյարդի հիվանդություններ։ Լյարդի հիվանդությունների ժամանակ հոգեկան խանգարումները բավականին հաճախ են հանդիպում։ Դրանցից առաջին հերթին հիշատակության է արժանի լյարդի ցիռոզի ժամանակ ֆիզիկական թուլությամբ, ուժասպառությամբ, թորշոմածությամբ ընթացող ասթենիկ վիճակը, որն ուղեկցվում է վախերով ու տագնապով, ինչպես նաև երակազարկի արագացմամբ, գերքրտնության, զարկերակային ճնշման տատանումներով և վեգետատիվ այլ խանգարումներով։ Սոմատիկ վիճակի ծանրացմանը զուգահեռ կարող է զարգանալ շշմածություն, ծանր դեպքերում հասնելով մինչև սոպորի ու կոմայի։

Լյարդի թունավոր սնուցախանգարման (տոքսիկ դիստրոֆիա) դեպքում կարող են առաջանալ դելիրիումամենտիվային բնույթի սուր խանգարումներ, ցնորազառանցանքային, կատատոնանման համախտանիշներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ։

Թոքերի տուբերկուլոզ։ Թոքերի տուբերկուլոզի ժամանակ հաճախ դիտվում են նևրոզանման վիճակներ, բնավորության գծերի հիվանդագին սրացումներ, անձի պսիխոպաթանման զարգացում, իսկ ծանր դեպքերում՝ հոգեկան սուր խանգարումներ։

Թոքերի տուբերկուլոզի սկզբնական շրջանում մի կողմից տուբերկուլոզային ինտոքսիկացիայի, իսկ մյուս կողմից հոգեկան ապրումների հետևանքով առաջանում է դյուրագրգռելիությամբ, հուզական անկայունությամբ (առավել հաճախ անկումային տրամադրությամբ), արագ հոգնածությամբ, աշխատունակության անկմամբ, գլխացավով, քնի խանգարմամբ և այլ ախտանշաններով արտահայտվող ասթենիկ վիճակ։

Այլ դեպքերում հիվանդի բարձրագույն նյարդային համակարգի անհատական առանձնահատկություններից և ինտոքսիկացիայի արտահայտվածության աստիճանից կախված, կարող են ի հայտ գալ բնավորության հիվանդագին սրացումներ, ինչպես նաև անձի պսիխոպաթանման զարգացում։ Նման դեպքերում հիվանդը դառնում է դյուրագրգիռ, անզուսպ, շրջապատի նորմերի հետ դյուրությամբ չհաշտվող,

ընչին առիթներից աֆեկտիվ բռնկումներ տվող։ Նման անձնավորությունները ոչ հազվադեպ հակվում են դեպի թմրանյութերի չարաշահմանը, ժամանակի ընթացքում դառնալով թմրամոլներ, և փաստորեն թոքերի տուբերկուլոզը բարդացնելով ինտոքսիկացիոն բնույթի երկրորդ հիվանդությամբ (թմրամոլությամբ)։

Հիվանդության ծանր դեպքերում երբեմն կարող են հանդիպել գիտակցության ամենտիվ և դելիրիումային խանգարումներ, ցնորազառանցանքային և կատատոնանման վիճակներ, ինչպես նաև էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ։

Տուբերկուլոզը կարող է նաև գանգուղեղի անմիջական ախտահարում առաջացնել, մեծ մասամբ արտահայտվելով մենինգիտների կամ մենինգոէնցեֆալիտների ձևով։ Նման դեպքերը կարող են ուղեկցվել գիտակցության դելիրիումային և ամենտիվ խանգարումներով։

Թոքերի տուբերկուլոզի վերջին՝ ծանր շրջանում, կարող է դիտվել էյֆորիկ վիճակ, որի դեպքում տրամադրության յուրատեսակ բարձրացումը չի համապատասխանում հիվանդության ծանրությանը։ Նման դեպքերում աչքերի յուրահատուկ փայլով և գունատության ֆոնի վրա առկա՝ այտերի թեթև կարմրությամբ, սոմատիկ վիճակի խիստ ծանրության առկայությամբ հանդերձ, հիվանդը դառնում է անհոգ, ուրախ, չի գիտակցում իր ծանր, նույնիսկ անհուսալի վիճակը և ձգտում է ոտքի վրա լինել, ինչ-որ աշխատանք կատարել. խոսում է ապագայի, իր առողջանալու, աշխատելու և այլ հարցերի մասին։

Զարորակ ուռուցքներ։ Այս հիվանդությունների ժամանակ հոգեկան խանգարման ամենասկզբնական արտահայտությունը ասթենիան է, որն ընթանում է հուզական արտահայտված անկայունությամբ, ոչ հազվադեպ նաև աֆեկտիվ բռնկումներով։ Բնորոշ է համարվում այն, որ հիվանդության ախտորոշումն իմանալուց հետո հիվանդի մոտ ասթենիկ վիճակին ավելանում է նաև հոգեկան ապրումներով պայմանավորված պսիխոգեն ռեակցիան, հաճախ արտահայտվելով ասթենո-դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ և այլ համախտանիշներով։ Նման դեպքերում ոչ հազվադեպ տեղ են գտնում սուիցիդալ մտքերն ու հակումները։ Ծանր դեպքերում կարող են դիտվել նաև գիտակցության զանազան (առավել հաճախ դելիրիումային և ամենտիվ բնույթի) խանգարումներ։

Երիկամների հիվանդություններ։ Երիկամների հիվանդությունների ժամանակ հոգեկան խանգարումների արտահայտվածության աստիճանը մեծ մասամբ զարգանում է սոմատիկ վիճակի ծանրությանը զուգահեռ։

Ամենահաճախ ու ամենավաղ հանդիպող խանգարումներից է ասթենիկ համախտանիշը։ Ասթենիայի դեպքում առաջին պլանի վրա ընթանում է գերզգայնությունը, գրգռական թուլությունը և կայուն անքնություն։ Մյուս դեպքերում, երբ հիվանդի սոմատիկ վիճակը դեկոմպենսացիայի է ենթարկվում, զարգանում է շշմածություն և հոգեկան բոլոր պրոցեսների արգելակում։ Այս շրջանում կարող են դիտվել էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ։ Կարող են առաջանալ նաև հոգեկան սուր խանգարումներ՝ գիտակցության դելիրիումային, ամենտիվ և օնեյրոիդ համախտանիշների կամ դրանց ատիպիկ տարբերակների արտահայտությամբ։ Հիվանդների՝ կոմատոզ վիճակից դուրս գալուց հետո կարող է դիտվել ասթենիկ համախտանիշի ասթենովեգետատիվ տարբերակ, որն արտահայտվում է բազմաթիվ վեգետատիվ ախտանշաններով, մարմնի սխեմայի ժամանակ առ ժամանակ առաջացող խանգարումներով, ինչպես նաև սենեստոպաթիկ զանազան ախտանշաններով։

Զարորակ («Պերնիցիոզ») սակավարյունություն։ Այս հիվանդության ժամանակ ամենահաճախ հանդիպող հոգեկան խանգարումը ասթենիան է, որն արտահայտվում է տրամադրության թեթև անկումային (սուբդեպրեսիվ) ֆոնի վրա ընթացող ֆիզիկական և հոգեկան թուլությամբ, արագ հոգնածությամբ, հուզական անկայունությամբ, ցրվածությամբ, հիպոխոնդրիկ զանազան գանգատներով։

Հիվանդության սրացման, ինչպես նաև ձգձգվող ընթացքի դեպքում կարող են դիտվել վախի և տագնապի երևույթներով ընթացող դեպրեսիվ վիճակներ, ինչպես նաև գիտակցության զանազան խանգարումներ (դելիրիումային, ամենտիվ, ներառյալ մինչև սոպոր և կոմա)։

Հետծննդյան պսիխոզներ։ Հետծննդյան պսիխոզները առաջանում են ծննդաբերությունից տարբեր ժամանակահատված անց։ Այդ ժամանակահատվածը կարող է տատանվել 1—2 օրից մինչև 1—2 շաբաթ և նույնիսկ 1—2 ամիս։ Այն հիմնականում կապված է հետծննդյան բարդությունների, առավել հաճախ սեպսիսի զարգացման, ինչպես նաև գինեկոլոգիական, ինֆեկցիոն բնույթի զանազան բարդությունների հետ։ Պսիխոզի առաջացմանը նպաստող պայմաններ են համարվում հիվանդների սոմատիկ վիճակը, բարձրագույն նյարդային համակարգի վիճակը, միկրոսոցիալ (ընտանեկան) անբարենպաստ պայմանները և այլն։

Հետծննդյան պսիխոզները կարող են արտահայտվել գիտակցության տարբեր բնույթի (դելիրիումային, ամենտիվ, օնեյրոիդ) խանգարումներով, դեպրեսիվ համախտանիշի ձևով, իսկ առավել հաճախ՝ դելիրիումաամենտիվային, ամենտիվաօնեյրոիդային, դեպրեսիվ-զառան-

ցանքային բարդ համախտանիշների, ինչպես նաև կատատոնանման, ցնորագարության և այլ համախտանիշների ձևով։

Որոշ դեպքերում, ծննդաբերությունից հետո, ասթենիզացիայի ենթարկված անձանց մոտ պսիխոգեն ազդակները կարող են առաջացնել դեպրեսիվ վիճակ, ուղեկցված տրամադրության արտահայտված անկմամբ ու թախիծով, ինքնամեղադրման մտքերով։ Այդ դեպրեսիվ վիճակները երբեմն այնքան արտահայտված են լինում, որ հիվանդի մոտ առաջանում է անտարբերություն և անզգայունություն անգամ նորածին մանկան նկատմամբ, ինչպես նաև ինքնասպանության մտքեր։

Քիչ դեպքեր չեն հանդիպում, երբ պսիխոգեն ռեակցիաներ են առաջանում արատավոր երեխա ծնվելիս, նորածնի մահից և նման բնույթի հոգեկան այլ ապրումներից։ Հոգեկան ապրումներով պայմանավորված դեպրեսիվ նման վիճակների բուժման գործում հատկապես լավ արդյունքներ են ստացվում անտիդեպրեսանտների կիրառումից։

Հետծննդյան բարդությունների պայմաններում առաջացած հոգեկան խանգարումների էքզոգեն ծագումը բավականին կասկածելի է, և նման դեպքերում հարկ է լինում մտածել պսիխոզի էնդոգեն բնույթի մասին։ Որոշ դեպքերում, ինչպես հղիությունը, այնպես էլ ծննդաբերությունը շիզոֆրենիայով կամ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզով տառապող հիվանդների մոտ կարող են սրացնել ու ակտիվացնել հիվանդությունը։ Դիտվում են նաև այնպիսի դեպքեր, երբ հետծննդյան պսիխոզը սկսվում է Բոնհեֆերի կողմից նկարագրված «էքզոգեն տիպի ռեակցիայի» ձևով և որոշ ժամանակ անց, գիտակցության խանգարումներով ընթացող էքզոգեն ախտանշանները հետ են զարգանում, իրենց տեղը զիջելով էնդոգեն պսիխոզին (շիզոֆրենիա, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզ), փաստորեն էնդոգեն պսիխոզների նկատմամբ կանխատրամադրված անձանց մոտ պրովոկացիայի ենթարկելով այդ հիվանդությունները։

ՍԻՄՊՏՈՄԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Սիմպտոմատիկ պսիխոզների բուժումն անց է կացվում համալիր ձևով, որտեղ առաջնակարգ տեղ է տրվում հոգեկան խանգարում առաջացնող պատճառի (սոմատիկ կամ ինֆեկցիոն հիմնական հիվանդության) վերացմանը։ Այդ տեսակետից հիվանդը մշտապես պետք է գտնվի թերապևտի, սրտաբանի, էնդոկրինոբանի, ինֆեկցիոնիստի, հոգեբույժի կամ համապատասխան այլ մասնագետ-բժշկի հսկողության

տակ։ Քանի որ պսիխոզի սուր շրջանում գտնվող հիվանդը վտանգավոր կարող է լինել ինչպես իր, այնպես էլ շրջապատի համար, ուստի նրան պետք է մեկուսացնել և ապահովել շուրջօրյա հսկողությամբ։ Պսիխոզի ձգձգվող ընթացքի դեպքում հիվանդի բուժումն ավելի լավ է կազմակերպել ընդհանուր հիվանդանոցի սոմատոպսիխիկ բաժանմունքում։

Բուժման գործում սոմատիկ հիմնական հիվանդության դեմ տարվող բուժական միջոցառումներից բացի պետք է կատարել նաև թունազերծող և օրգանիզմն ամրապնդող բուժում։ Այդ նպատակով կիրառվում են 40% գլյուկոզայի, 25 % ծծմբաթթվային մագնեզիումի, 40 % ուրոտրոպինի, C, B_1, B_6, B_{12}, B_{15} (PP) վիտամինների ներարկումներ, որոնք հաճախ կարելի է զուգակցել հեմոդեզի հետ (կաթիլային ներարկումների ձևով)։ Թունազերծող ներգործություն ունեն նաև գլուտամինային թթուն, փոքր (հիպոգլիկեմիկ) դոզաներով կատարվող ինսուլինային բուժումը և այլն։ Այդ բոլորով հանդերձ պետք է կիրառել նաև սիրտ-անոթային գործունեությունը պահպանող (կոֆեին, կորդիամին և այլն) ու հանգստացնող դեղամիջոցներ։

Պսիխոզի բուժումը տարվում է համախտանշաբանական («սինդրոմոլոգիական») սկզբունքով։ Երբեք չպետք է մոռանալ, որ հոգեկան խանգարված գործունեության կանոնավորումը իր հերթին նպաստում է սոմատիկ հիմնական հիվանդության հաջող բուժմանը։

Համախտանշանաբանական բուժման դեպքում հոգեշարժական գրգռվածությունը կանխվում է հատկապես ամինազինի 2,5 %, տիզերցինի 2,5 %, դիազեպամի (ռելանիում, վալիում, սեդուքսեն, տիբազոն) 0,5 % լուծույթի ներարկումներով։

Ցնորազառանցանքային համախտանիշի դեպքում առավել լավ արդյունք է ստացվում հալոպերիդոլի 0,0015 գ հաբերի կամ 0,1 % լուծույթի, տրիֆտազինի (ստելազինի) 0,005 հաբերի կամ 0,2 % լուծույթի, մաժեպտիլի 0,001 գ հաբերի կամ 1 % լուծույթի և այլն օգտագործումից։

Դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում նշանակվում են հակադեպրեսանտներ՝ մելիպրամին (տոֆրանիլ, իմիպրամին 0,025 գ կամ 1,25 % լուծույթ, ամիտրիպտիլին (տրիպտիզոլ) 0,025 գ կամ 1 % լուծույթ, պիրազիդոլ 0,025 գ, ազաֆեն 0,025 գ և այլն)։

Ասթենո-դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում հակադեպրեսիվ դեղամիջոցները զուգակցվում են տեոալենի 0,005 գ հաբերի կամ 0,5 % լուծույթի, ֆրենոլոնի 0,005 գ հաբերի կամ 0,5 % լուծույթի, սիդնո-

կարբի 0,005 գ հաբերի, սապարալի 0,05 գ հաբերի, ացեֆենի 0,1 գ հաբերի և այլն կիրառմամբ։

Նևրոզային և նևրոզանման խանգարումների, հոգեկան լարվածության դեպքում լավ արդյունք է ստացվում բենզոդիազեպինի ածանցյալների (դիազեպամ՝ 0,005 գ, սեդուքսեն՝ 0,005 գ, ռելանիում՝ 0,005 գ, վալիում՝ 0,005 գ) և այլ տրանկվիլիզատորների կիրառումից։

Ելնելով այն փաստից, որ սոմատիկ հիվանդությունների դեպքում հիվանդների մոտ հաճախ բարձր զգայունություն է դիտվում նեյրոլեպտիկ դեղամիջոցների հանդեպ, առաջանում են բազմազան բարդություններ, ուստի այդ դեղանյութերը պետք է կիրառել ոչ մեծ դեղաչափերով և խիստ զգույշ, յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում ունենալով անհատական մոտեցում։ Սոմատոգեն պսիխոզների բուժման գործում մեծ տեղ է տրվում պսիխոթերապիային, ինչպես նաև հիվանդի հոգեկան ուժերի վրա դրականորեն ներգործող բոլոր պայմանների (բուժիչ-պաշտպանողական ռեժիմ, դեոնտոլոգիա, միկրոսոցիալական միջավայրի առողջացում և այլն) առավելագույն ստեղծմանն ու բարելավմանը։

Գլուխ 10

ՍԻՖԻԼԻՍԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Կենտրոնական նյարդային համակարգի սիֆիլիսային ախտահարման դեպքում կարող են դիտվել առաջընթաց բնույթի ծանր հոգեկան խանգարումներ, որոնք ինֆեկցիայի ժամկետից, զանգուղեղում ախտահարման պրոցեսի տեղակայումից և պսիխոզի կլինիկական պատկերից կախված կարող են արտահայտվել ուղեղի սիֆիլիսի և պրոգրեսիվ պարալիզի ձևով։

ՈՒՂԵՂԻ ՍԻՖԻԼԻՍ

Այս հիվանդությունը պայմանավորված է մեզոդերմի (ուղեղի թաղանթներ և անոթներ) ախտահարմամբ։ Հանդիպում են կլինիկական հետևյալ ձևերը.

Սիֆիլիսային նևրասթենիան (նևրոզանման ձևը) նեյրոսիֆիլիսի ամենավաղ դրսևորումն է, որի առաջացման հիմքում մի կողմից ընկած է սիֆիլիսային ինտոքսիկացիան, իսկ մյուս կողմից՝ պսիխոգեն

գործոնը, որն առաջ է գալիս սիֆիլիսով վարակվելու հետ կապված հոգեկան ապրումներից։ Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ընդհանուր թուլությամբ, գլխացավով, քնի խանգարմամբ, հուզական անկայունությամբ, դյուրագրգռությամբ, կենտրոնանալու և հիշելու անկարողությամբ։

Տարբերակիչ ախտորոշման հարցում մեծ նշանակություն ունի նյարդաբանական օջախային ախտանշանների առկայությունը (բբերի լույսի հակազդման ռեակցիայի թուլացում, ժամանակ առ ժամանակ ի հայտ եկող տարաբբության (անիզոկորիա), ուղեղաթաղանթային թեթև արտահայտված նշաններ, ինչպես նաև շճաբանական դրական ռեակցիաները (Վասերման, Պանդի, Նոնե-Ապելտ)։ Վերջապես ախտածնական հակասիֆիլիսային բուժումից ստացված դրական արդյունքը լիովին հավաստիացնում է նևրոզանման այդ համախտանիշի սիֆիլիսային ծագման բնույթը։

Կաթվածանման (անոթային) ձևը բնորոշվում է ուղեղի մանր ու մեծ անոթների վնասվածքով, որը կարող է հասցնել կաթվածների, որոնք ընթանում են պարալիզների, պարեզների, ապրաքսիայի, աֆազիայի և այլ օջախային երևույթներով։ Հաճախակի կրկնվող կաթվածների դեպքում, եթե հիվանդը չի մահանում, ապա զարգանում է անձի օրգանական իջեցում, հասնելով մինչև թուլամտության։

Էպիլեպսանման ձևի դեպքում տեղ են գտնում ինչպես էպիլեպսանման ցնցումային նոպաները, այնպես էլ գիտակցության մթնշաղային վիճակներ։ Ոչ հազվադեպ հիվանդները մահանում են էպիլեպսային վիճակի մեջ ընկնելուց։ Այս ձևի դեպքում ևս ինտելեկտը կարող է իջնել, հասնելով մինչև արտահայտված թուլամտության։

Գումային ձևը իր կլինիկական պատկերով հիշեցնում է ուղեղի ուռուցքին։ Ուղեղում առաջացած գումաների մեծությունից ու տեղակայումից կախված նյարդաբանական զանազան խանգարումներ կարող են դիտվել (ներգանգային ճնշման բարձրացում, ուժեղ գլխացավեր, շշմածություն, թորշոմածություն, անտարբերություն, երբեմն նույնիսկ էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ)։ Աչքի հատակի քննության դեպքում հայտնաբերվում են տեսողական նյարդերի կանգային պտկիկներ։ Այս հիվանդների անամնեզում նշվող սիֆիլիսը, շճաբանական դրական ռեակցիայի առկայությունը, ինչպես նաև ախտածնային հակասիֆիլիսային բուժումից առաջացած դրական արդյունքը խոսում են գումայի սիֆիլիսային ծագման մասին։

Ցնորազառանցանմային ձևը համեմատաբար դանդաղ է զարգա-

նում։ Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է լսողական ցնորքներով ու պարանոիդ բնույթի զառանցական մտքերով։ Ցնորքները և զառանցական մտքերը միօրինակ են, դրանց բովանդակությունը կոնկրետ բնույթ ունի ու կապված է շրջապատի որոշակի անձնավորությունների հետ, որը և հիվանդներին նրանց նկատմամբ վտանգավոր է դարձնում։ Նման բնույթի ոչ համակարգված ու ոչ տարածուն զառանցանքները, հիվանդի մոտ ինքնամփոփության բացակայությունն ու մատչելիությունը, բանականության օրգանական բնույթի փոփոխությունները, վերջապես նյարդաբանական ախտանշանների առկայությունը, շճաբանական դրական ռեակցիաները և ախտածնային հակասիֆիլիսային բուժման դրական արդյունքները անառարկելի են դարձնում վերոհիշյալ ցնորազառանցանքային համախտանիշի սիֆիլիսային ծագումը։

Բնածին սիֆիլիս։ Բնածին սիֆիլիսը համարվում է մոր օրգանիզմում ընկերքի միջոցով պտղի ներարգանդային վարակի արդյունք։

Բնածին սիֆիլիսը բնորոշվում է մարմնական մի շարք ախտանշաններով՝ հուտչինսոնյան երրորդություն (կիսալուսնաձև ատամներ, պարենխիմային եղջերաբորբ և ականջաբորբ)։ Դիտվում են նաև թամբաձև քիթ, մազերի օջախային թափում, շրթունքների հաքճվածություն, գորշահողագույն մաշկ, ինչպես նաև լյարդի ու փայծաղի մեծացում, մշտական հարբուխ և այլն։

Կլինիկական պատկերում յուրահատուկ տեղ են գրավում մենինգոէնցեֆալիտները, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաները, մտավոր թերզարգացումը։

Ախտորոշման գործում կարևոր նշանակություն ունեն շճաբանական քննության տվյալները։

Ուղեղի սիֆիլիսի բուժումը։ Առաջին հերթին անց է կացվում ախտածնային բուժում, ուղղված հիմնական հիվանդության՝ սիֆիլիսի դեմ։ Այդ նպատակով համալիր ձևով կիրառվում են վիսմուտի, մկնդեղի, սնդիկի, յոդի պատրաստուկներ և հակաբիոտիկներ։

Հաջողությամբ են կիրառվում բիցիլինային երկարատև ներգործություն ունեցող ներարկումները։

Խորհուրդ է տրվում նաև բիյոխինոլի միջմկանային ներարկումներ 3,0 երեք օրը մեկ, ընդամենը 40,0—50,0 մեկ կուրսի համար։

Ախտածնային վերոհիշյալ բուժական միջոցառումներից բացի անհրաժեշտ է ընդհանուր ամրացնող, հատկապես B խմբի վիտամինային, ինչպես նաև սիմպտոմատիկ բուժում։

ՊՐՈԳՐԵՍԻՎ ՊԱՐԱԼԻԶ

Քրոնիկական ծանր հոգեկան հիվանդություն է։ Որպես ինքնուրույն հիվանդություն առաջին անգամ նկարագրել է 1822 թ. ֆրանսիացի հոգեբույժ Բեյլը, իսկ դրա սիֆիլիսային ծագումը 1913 թ. ապացուցել է ճապոնացի գիտնական Նոգուչին, որն այդ հիվանդների ուղեղում հայտնաբերել է սիֆիլիսի հարուցիչ՝ դժգույն սպիրոխետ։

Պրոգրեսիվ պարալիզով հիվանդանում է սիֆիլիսով վարակվածների 2—5 %։ Հիվանդության առաջացմանը նպաստող գործոններ են համարվում սիֆիլիսի թերի բուժումը, ալկոհոլի չարաշահումը, գանգուղեղի վնասվածքները և ինֆեկցիաների նկատմամբ օրգանիզմի կայունությունը թուլացնող այլևայլ պատճառներ։ Ավելի հաճախ հիվանդանում են տղամարդիկ՝ 30—50 տարեկանում։ Գաղտնի շրջանը 10—15 տարի է։

Հիվանդության ընթացքը բաժանվում է երեք շրջանի՝ սկզբնական, հիվանդության ծաղկման և վախճանային։

Սկզբնական (նևրասթենիկ) *շրջանը բնորոշվում է օրգանական երանգավորում ստացած նևրոզանման ախտանշաններով՝ գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, արագ հոգնածություն, ակտիվության իջեցում, աշխատունակության անկում, քնի խանգարում և այլն։ Սակայն, ի տարբերություն նևրասթենիայի, ի հայտ են գալիս նաև հոգեկան խանգարումներ՝ ինքնավերահսկողության իջեցում կամ կորուստ, որի հետևանքով հիվանդները հաճախակի սխալներ են թույլ տալիս, դառնում են կապիտ, անտակտ ու ցինիկ, կորցնում են ամոթի զգացումը, թույլ տալով բարոյականության սահմաններից դուրս եկող զանազան արարքներ։*

Բավականին բնորոշ են համարվում նյարդաբանական ախտանշանները, հատկապես՝ Արգայլ-Ռոբերտսոնի համախտանիշը (բբերի լույսի հակազդման ռեակցիայի բացակայություն, կոնվերգենցիայի և ակոմոդացիայի պահպանության առկայությամբ), ինչպես նաև բբերի անհավասարաչափությունն ու ձևափոխությունը, ենթալեզվային ու դիմային նյարդերի պարեզը, ծնկային ռեֆլեքսների անհավասարությունը, իսկ հաճախ նաև բացակայությունը։ Կարևոր ախտանշան է լեզվի «սայթաքման» հետևանքով առաջացած խոսքի վանկավորման խանգարումը, որի հետևանքով խոսակցությունը դառնում է անհասկանալի, ոչ պարզ և անհստակ (դիզարթրիա)։

Հիվանդության ծաղկման շրջանը բնորոշվում է առաջին-

թաց թուլամտությամբ։ Հիշողության խանգարումներն ավելի են ուժեղանում, դատողությունն իջնում է, դադարում են հասկանալ իրենց հիվանդագին վիճակը։ Վարքը դառնում է անհեթեթ, հանդես են գալիս զգացմունքների ու հակումների զանազան խանգարումներ։ Թույլ են տալիս չվերահսկվող արարքներ. հակումները աղավաղվում են, անմիտ ձևով դրսում են շռայլում, արտասովոր առատաձեռն են դառնում, ծանոթ և անծանոթ մարդկանց նվերներ են բաժանում, հեշտությամբ սեռական կապեր են ստեղծում պատահական մարդկանց հետ։ Բարոյական նորմերը այն աստիճան են կորցնում, որ կիսամերկ կարող են գնալ հասարակական վայրեր, լկտի ձևով հայհոյել և այլն։ Հիշողության և հասկացողության ծանր խանգարումներով ուղեկցվող օրգանական այս թուլամտության ֆոնի վրա առաջանում են հոգեախտաբանական զանազան լրացուցիչ խանգարումներ՝ զառանցանքներ (հաճախակի անմիտ մեծամոլական բնույթի), էյֆորիա, դեպրեսիա, գրգռվածություն և այլն։

Այս շրջանում նյարդաբանական արտահայտված ախտանշաններին զուգընթաց հանդես են գալիս նաև մարմնական առավել նկատելի խանգարումներ. գիրանում են կամ հյուծվում, խանգարվում է նյութափոխանակությունը։ Ոսկրերը դառնում են դյուրաբեկ, մազերը թափվում են, մաշկի սնուցողական խանգարումները հասցնում են պառկելախոցերի առաջացման։

Վ ա խ ճ ա ն ա յ ի ն (մ ա ր ա զ մ ի) շ ր ջ ա ն ը բնորոշվում է հիվանդի ֆիզիկական և հոգեկան լրիվ քայքայմամբ (պարալիզային մարազմ)։ Հիվանդները կորցնում են շրջապատի հետ բանականորեն հաղորդակցվելու ընդունակությունը, դադարում են ճանաչել անգամ հարազատներին, ուտում են ամեն ինչ՝ չտարբերելով ուտելին ոչ ուտելիից, չեն կարողանում ինքնուրույն հոգալ բնական կարիքները։ Կորցնում են անգամ խոսելու ունակությունը։ Խիստ հյուծվում են, որն ուղեկցվում է ոսկրերի կոտրվածքներով, գլխուղեղի արյունազեղումներով, ցնցումային նոպաներով։ Մահն առաջանում է հերթական կաթվածից, էպիլեպսային վիճակից կամ լրացուցիչ որևէ ինֆեկցիայից, ծայրաստիճան կախեկտիկ վիճակում (ֆիզիկական մարազմ)։

Հիվանդության տևողությունը 2—5 տարի է։ Տարբերակիչ ախտորոշման գործում վերը նշված նյարդահոգեկան արտահայտված ախտանշաններից բացի մեծ նշանակություն ունեն արյան և ողնուղեղային հեղուկի լաբորատոր քննության տվյալները (Վասերմանի, ինչպես նաև Նոնե-Ապելտի, Պանդիի գլոբուլինային դրական ռեակցիաները)։ Խիստ բնորոշ է Լանգեի կոլոիդային ռեակցիան, ինչպես նաև ողնուղեղային

հեղուկի մեջ հատկապես լիմֆոցիտային բջիջների շատացումը (պլեոցիտոզ)։

Պաթոլոգանատոմիական քննության ժամանակ հայտնաբերվում է գլխուղեղի տարածուն ախտահարում։ Ուղեղի մակրոսկոպիկ քննությունը ցույց է տալիս ուղեղի և հատկապես ճակատային բլթերի ապաճում, գլիոզ հյուսվածքի ուռճացում (հատկապես միկրոգլիայի աճ), փորոքների լայնացում և ջրգողություն։ Անոթների շուրջն առաջանում է բորբոքային պրոցես, սիֆիլիսային էնդարթերիտի երևույթներով։ Մանրադիտակային քննության ժամանակ հայտնաբերվում է քրոնիկական տարածուն լեպտոմենինգոէնցեֆալիտ։

Պրոգրեսիվ պարալիզի տարբեր ձևերը գոյություն ունեն, որոնցից ամենահիմնականը կլասիկ կամ էքսպանսիվ (մանիակալ) ձևն է։ Այս դեպքում տրամադրության էյֆորիկ ֆոնի վրա հանդես են գալիս անմիտ բնույթի մեծամոլական զառանցական մտքեր, անձի անհեթեթ գերագնահատմամբ։ Հանդիպում են նաև դեպրեսիվ, թուլամտային, գերգրված և այլ ձևեր։

Որոշակի հետաքրքրություն է ներկայացնում յուվենիլ (պատանեկան) պրոգրեսիվ պարալիզը։

Այս ձևն առաջանում է բնածին սիֆիլիսով տառապողների մոտ (հիվանդ մորից սիֆիլիսային վարակը պտղին անցնելու միջոցով)։ Հիվանդությունն ի հայտ է գալիս մեծ մասամբ 15—20 տարեկան հասակում։ Պատանեկան պրոգրեսիվ պարալիզի դեպքում բնածին սիֆիլիսին բնորոշ հուտչինսոնյան երրորդությունից բացի (կիսալուսնաձև ատամներ, պարենխիմային եղջրաբորբ և ականջաբորբ) առկա են պրոգրեսիվ պարալիզին բնորոշ այլ ախտանշաններ, որտեղ հիմնական տեղ է գրավում բանականության զարգացման կանգը։ Որքան վաղ է սկսվում հիվանդագին պրոցեսը, այնքան թուլամտությունն ավելի շատ է նմանվում սակավամտությանը, որը պայմանավորված է երեխայի հոգեկան աշխարհի դեռևս ոչ լրիվ կազմավորմամբ։ Այս ձևի դեպքում ևս, մի քանի տարուց հետո, հիվանդները մահանում են։

Բուժումը: Կատարվում է համալիր ձևով՝ պիրոթերապիայի (ջերմաբուժության) և հակասիֆիլիսային դեղամիջոցների զուգորդմամբ։ Պիրոթերապիայի նպատակն է բարձրացնել օրգանիզմի իմունաբանական ռեակտիվությունը։ Պիրոթերապիան անց է կացվում արհեստական բարձր ջերմություն առաջացնելու միջոցով, որն առաջարկել է 1917 թ. ավստրիացի գիտնական Վագներ Յաուրեգը։ Հիվանդին վարակում են եռօրյա մալարիայով տառապող արյունով։ Մալարիայի 10—12 տեն-

դային նոպաներից հետո մալարիան խինինով բուժելուց հետո, սկսում են հակասիֆիլիսային մեծ դեղաչափերով բուժումը։ Քանի որ ներկայումս մեզ մոտ մալարիան որպես մասսայական հիվանդություն վերացված է, ուստի այն կարելի է փոխարինել գերջերմություն առաջացնող սուլֆազինի 0,5—2 % կախույթահեղուկի կամ պիրոդենալի միջմկանային 10—12 ներարկումներով, հետագա հակասիֆիլիսային սպեցիֆիկ բուժմամբ, որին զուգընթաց անց է կացվում նաև սիմպտոմատիկ բուժում, ուղղված գրգռվածության, անքնության դեմ, ինչպես նաև վիտամինաթերապիա։

Դատահոգեբուժական գնահատականը։ Ուղեղի սիֆիլիսի դեպքում, հիվանդության կլինիկական արտահայտությունից կախված, իրավախախտում կատարած հիվանդները մի դեպքում կարող են համարվել մեղսունակ, մի այլ դեպքում՝ անմեղսունակ։ Օրինակ, երկարատև ու կանոնավոր բուժում ստացած հիվանդները, եթե նույնիսկ հոգեկան անանշան խանգարումներ ունեն, սակայն լրիվ քննադատորեն են մոտենում իրենց հիվանդագին վիճակին, համարվում են մեղսունակ, իսկ զառանցական մտքերով ընթացող հոգեկան խանգարումների դեպքում, որն ուղեկցվում է քննադատության բացակայությամբ, բանականության իջեցմամբ և այլ հոգեախտանշաններով, համարվում են անմեղսունակ։

Պրոգրեսիվ պարալիզի դեպքում, երբ հանցագործությունը կատարվում է լրիվ չբուժված հիվանդների կողմից, հոգեկան խանգարման առկայության պայմաններում նրանք ճանաչվում են անմեղսունակ, իսկ եթե հանցագործությունը կատարվում է բուժումից հետո, ապա մեղսունակության կամ անմեղսունակության հարցը որոշվում է՝ կախված բուժական ռեմիսիայից։

Գլուխ 11

ԱԼԿՈՀՈԼԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԱԼԿՈՀՈԼԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Ալկոհոլը (էթիլային սպիրտ) այն նյութերի շարքին է պատկանում, որի միանվագ գործածությունը կարող է առաջացնել սուր թունավորում, իսկ տևական գործածությունը ախտահարում է ուղեղը, սիրտը, լյարդը, երիկամները և մյուս օրգանները։

Ալկոհոլի փոքր քանակը թվում է, թե անվնաս է մարդու առողջության համար, սակայն փորձերը ցույց են տվել, որ գրաշարների կամ

մեքենագրողների մոտ նույնիսկ 20—50 գ ալկոհոլը առաջ է բերում աշխատանքային տեմպի իջեցում և տառասխալներ։

Ալկոհոլը թունավոր ազդեցություն ունի մարդու համարյա բոլոր օրգանների ու համակարգերի, առաջին հերթին գլխուղեղի կեղևի վրա, որի բջիջները չափազանց զգայուն են ալկոհոլի հանդեպ։ Սկզբնական շրջանում տեղի է ունենում կենտրոնական նյարդային համակարգի գրգռում, որն այնուհետև փոխվում է ընկճվածության, երբեմն նույնիսկ հասնելով մինչև անզգայացման (նարկոզի)։

ՀԱՍԱՐԱԿ ԵՎ ԱԽՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԱՐԲԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Սուր ալկոհոլային թունավորումը սովորաբար արտահայտվում է ալկոհոլային հասարակ հարբածության ձևով։

Ալկոհոլային հասարակ հարբածությունը կարող է արտահայտվել 3 աստիճանով՝ թեթև, միջին և ծանր։

Թեթև աստիճանի հարբածությունը բնորոշվում է տրամադրության բարձրացմամբ (էյֆորիա), ասոցիացիաների արագացմամբ, շատախոսությամբ և իր ուժերի գերագնահատմամբ ու պարծենկոտությամբ։ Ուշադրության կենտրոնացումը դժվարանում է, քննադատությունն իջնում է, որն արտահայտվում է բարոյական չափանիշների կորստով, անթույլատրելի վարքագծով։ Հարբած մարդու ցինիկությունը, հիմար և շրջապատի համար տհաճ, վանող կատակներն ու «սրախոսությունները», հեշտասիրական վարքն ու սեռական աղավաղումները, սանձարձակությունն ու միջադեպի ստեղծումը ակնհայտ երևույթ է։

Հարբածության խորացման հետ միասին (միջին աստիճանի հարբածություն) ընկալումը դժվարանում է, խոսակցությունն աստիճանաբար դառնում է անկապակցված ու անհասկանալի, շարժումների հրստակությունն ու կոորդինացիան խանգարվում է, քայլվածքը դառնում է երերուն։ Տրամադրությունը հաճախ խիստ ընկնում է, գրգռվածությունը աստիճանաբար նվազում է, փոխարինվելով ընկճվածությամբ ու արգելակմամբ, հասնելով մինչև քնի։

Ծանր աստիճանի հարբածության դեպքում նշվում են գիտակցության տարբեր աստիճանի խանգարումներ (շշմածությունից մինչև կոմա)։ Այդ վիճակում երբեմն կարող են դիտվել էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ, ինչպես նաև ակամա միզարձակություն և արտաթորում։ Ծանր դեպքերը կարող են նույնիսկ մահացությամբ վերջանալ։

Հասարակ հարբածությունը ուղեկցվում է բբերի լայնացմամբ, երա-

կազարկի արագացմամբ, գերքրտնությամբ, անոթաշարժ ռեակցիաներով (որից էլ հարբած մարդու դեմքը կարմրում կամ գունատվում է), սրտխառնությամբ, ոչ հազվադեպ փսխումներով։

Հարբածության ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական և կենսաքիմիական հետազոտություններով։

Կլինիկական քննության հիմնական նշաններից են հարբածի բերանից փչող ալկոհոլի հոտը, նրա վարքագիծն ու շարժուձևը, խոսակցությունը, անոթավեգետատիվ ախտանշանները և այլն։ Որոշակի նշանակություն ունի նաև հարբածի արտաշնչած օդում ալկոհոլի առկայության որոշումը Մոխովի և Շինկարենկոյի առաջարկած ինդիկատորային խողովակը փչելու մեթոդով։

Ախտաբանական հարբածության ժամանակ (ալկոհոլային հասարակ հարբածությանը հակառակ, որի դեպքում հարբածության աստիճանը հիմնականում կախված է ընդունած ալկոհոլի քանակից) հարբածության առաջացման գործում դեր է խաղում ոչ թե ալկոհոլի քանակը, այլ անհատի նյարդային համակարգի ոչ լիարժեք վիճակը։

Ախտաբանական հարբածությունը ալկոհոլի փոքր քանակի ընդունելուց հանկարծակի առաջացած կարճատև սուր հոգեկան խանգարում է, որի ժամանակ առաջանում է գիտակցության մթնշաղային վիճակ, կողմնորոշման և ճանաչողության խանգարմամբ։ Հաճախ այն կարող է արտահայտվել գրգռված, ագրեսիվ վարքով. հիվանդն ապրում է վախ ու տագնապ, որը բխում է կտրտված բնույթ կրող զառանցական մտքերից ու ահաբեկիչ պատրանքային ու ցնորային զգայախաբություններից։ Այդ վիճակում հիվանդը խիստ վտանգավոր է. նա կարող է ջարդել, փշրել, սպանել և կատարել չպատճառաբանված ամենածանր՝ այլ հանցագործություններ։

Հասարակ հարբածությանը հակառակ, ախտաբանական հարբածության դեպքում հիվանդի քայլվածքը հաստատուն է, խոսքը հստակ, շարժումները կտրուկ, ճիշտ ու նպատակադրված։

Ախտաբանական հարբածությունը տևում է կարճ (կեսից մինչև մեկ-երկու ժամ), հիվանդն աստիճանաբար հանգստանում է ու մեծ մասամբ քնում խոր քնով, արթնանալուց հետո ոչինչ չհիշելով կատարվածի մասին։

Ախտաբանական հարբածության դատահոգեբուժական փորձաքննությունը բավականին մեծ դժվարություն է ներկայացնում, քանի որ կարճատևության պատճառով բժիշկն այդ վիճակը չի տեսնում։ Նման

դեպքում մեծ օգնություն են ցույց տալիս քրեական գործի տվյալները, ու երբ հաստատվում է, որ հետազոտվողը գտնվել է ժամանակավոր հոգեկան սուր խանգարման վիճակում, չի կարողացել ղեկավարել իրեն ու հաշիվ տալ իր կատարած արարքներին, նա ճանաչվում է անմեղսունակ։

ԱԼԿՈՀՈԼԱՄՈԼՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՆ

Ալկոհոլամոլությունը քրոնիկական հիվանդություն է, որի ժամանակ օրգանիզմը ընտելանալով պարբերաբար գործածվող ալկոհոլային խմիչքին, նրա նկատմամբ ձեռք է բերում ախտաբանական հակում (հոգեկան և ֆիզիկական կախյալության երևույթներով), հետագայում ենթարկվելով մարմնային, նյարդային և հոգեկան մի շարք հիվանդագին փոփոխությունների։

Ալկոհոլամոլությունը զարգանում է աստիճանաբար։

Զարգացման առաջին փուլը բնորոշվում է ոչ հաճախակի կրկնվող, դրվագային հարբեցողությունից պարբերական հարբեցողության անցնելով, հարբած վիճակում փսխման պաշտպանողական ռեֆլեքսի անհետացմամբ, ալկոհոլի հանդեպ օրգանիզմի հակազդեցության փոփոխմամբ, որն արտահայտվում է ալկոհոլային խմիչքների հանդեպ առաջացած անհաղթահարելի հակման և ինքնավերահսկողության թուլացման ձևով. կորչում է ալկոհոլային խմիչքի չարաշահման չափի ըզգացումը, օրգանիզմի դիմացկունությունը (տոլերանտությունը) բարձրանում է, և հարբածության ցանկալի վիճակ առաջացնելու համար հարբեցողները գնալով ավելի ու ավելի մեծ չափով են խմում։ Սկզբնական այս փուլի տևողությունը տատանվում է մեկից մինչև մի քանի տարի, որը կախված է խմողի անհատական առանձնահատկություններից (տարիք, նյարդային համակարգի վիճակ և այլն)։

Ալկոհոլամոլության երկրորդ փուլը բնորոշվում է հարբեցամոլության հետագա զարգացմամբ։ Օրգանիզմի դիմացկունությունը ալկոհոլի հանդեպ հասնում է իր գագաթնակետին։ Ալկոհոլային խմիչքների նկատմամբ առկա անհաղթահարելի հակումը հարբեցողին ստիպում է խմել արդեն առանց քաշվելու և ամոթի զգացման. խմիչքի ծարավին հագուրդ տալու համար խմում են անկախ տեղից ու իրադրությունից, մինչև վերջին հնարավորությունը։ Այս փուլի ամենակարևոր ու հիմնական նշանը ալկոհոլային քաղցի կամ աբստինենցիայի (ըստ պրոֆ. Ս. Գ. Ժիսլինի՝ խումարի) համախտանիշի առաջացումն է, որը վկայում է ֆիզիկական կախյալության մասին։

Աբստինենցիայի համախտանիշի էությունն այն է, որ հիվանդի օրգանիզմի համար սովորություն դարձած ալկոհոլի ընդունումը դադարեցնելիս մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր անց նրա մոտ առաջանում են կախյալության այլ դրսևորումներ, հատկապես՝ տրամադրության սնկում, որը հաճախակի ուղեկցվում է վախի ու տագնապի, կասկածամտության երևույթներով, ոչ հազվադեպ այդ վիճակում շրջապատի իրադարձությունները զառանցանքային ձևով մեկնաբանելու հակմամբ։ Այդ շրջանում նրանք դառնում են չար ու բծախնդիր, խիստ դյուրագրգիռ։ Քունը խանգարվում է, դառնում մակերեսային, ընդհատվող, ահաբեկող բնույթի մղձավանջային երազներով հարուստ։ Շատ հաճախ հանդիպում են հիպնագոգիկ ցնորքներ։ Աշխատունակությունը լրիվ ընկնում է։ Վերոհիշյալ խանգարումներն ուղեկցվում են ընդհանուր թուլությամբ, գլխացավերով, ինչպես նաև մի շարք վեգետատիվ խանգարումներով (գերքրտնություն, ձեռքերի, լեզվի և ամբողջ մարմնի արտահայտված դող, երբեմն փորլուծություն և այլն)։ Կարող են հանդիպել նաև սիրտ-անոթային համակարգի զանազան խանգարումներ (երակազարկի արագացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում, սրտային համախտանիշ), աղեստամոքսային ոլորտի կողմից՝ սրտաբդալի շրջանի ցավեր, սրտխառնություն, փսխում, լուծ և այլն։ Աբստինենցիայի համախտանիշի ծանր դեպքերում վերոհիշյալ ախտաբանական երևույթներով հանդերձ, բավականին հատկանշական է հիվանդի ընդհանուր վիճակը՝ դեմքը հիվանդագին ձևով այտուցված ու կապտած, աչքերի եղջերաթաղանթները կարմրած, շրթունքները չոր, հայացքը տագնապալից. այդ բոլորն ուղեկցված է խիստ արտահայտված այնպիսի դողով, որ հիվանդն ընդունակ չէ անգամ բաժակով ջուրը վերցնել և բերանին մոտեցնել։ Նման ծանր դեպքերում կարող են առաջանալ նաև էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ։

Ալկոհոլամոլությամբ տառապողները հարբեցողության ամեն մի էքսցեսից հետո ձգտում են ալկոհոլի (այդ թվում նաև նրան փոխարինող ամեն տեսակի ինքնաթորուկների, դենատուրատի, օդեկոլոնի և նույնիսկ անանուխային ատամնաքսուկի) նոր քանակի ընդունման (ապախումարացում), որով հնարավորություն են ստանում ժամանակավորապես վերացնել ալկոհոլային քաղցի տհաճ երևույթները։ Երկրորդ փուլում ալկոհոլամոլների գերակշռող մեծամասնությունը խմում է համարյա թե ամեն օր, ամիսներ շարունակ։ Ոմանց մոտ էլ ալկոհոլամոլությունն սկսում է ընթանալ պարբերաբար (3—10 և ավելի օրեր անընդհատ խմում են, մշտապես գտնվելով հարբած վիճակում, հետա-

գայում տալիս են ոչ մեծ ընդմիջումներ ու նորից վերսկսում և այդպես շարունակ։ Ալկոհոլամոլության այս ձևն ընդունված է անվանել պսևդոդիպսոմանիա։

Այս շրջանում աչքի են զարնում անձի զարգացող փոփոխությունները։ Աշխատանքը, հատկապես մտավոր, դառնում է խիստ դժվար ու տանջալից։ Հարբեցողները հաճախակի թողնում են աշխատանքը, սկսում են կատարել զանազան ցածր վարձատրվող գործարքային աշխատանքներ, որից ստացած գումարը ծախսում են խմիչքի վրա։ Ոչ հազվադեպ լքելով աշխատանքը, սկսում են ձրիակեր կյանք վարել, թափառելով ու հաճախ գտնելով բախտակից-բաժակակիցների, զբաղվում են իրենց հիվանդագին ալկոհոլամոլությանը հագուրդ տալով։ Գնալով դառնում են ավելի ծույլ, թափթփված, փնթի, ստախոս, պարտազանց, հիմար կատակների ընդունակ։

Հարբեցողի վանող վարքագիծը, հոմորից զուրկ ու անմիտ սրամտություններն ու կատակները, աներեսությունն ու կպչունությունը զզրելի ու անհանդուրժելի են դառնում նույնիսկ ամենամոտիկների ու հարազատների համար։ Զգացմունքային ոլորտի անկայունության շնորհիվ էյֆորիան ու բարեհոգի տրամադրությունը հաճախակի փոխվում է տրամադրության անկման, մռայլության ու կռվարարության հակման։ Այս շրջանում հոգեկան սուր խանգարումները (հարբեցատենդ, սուր ցնորագարություն, զառանցանք) ավելի հաճախակի են հանդիպում։

Ալկոհոլամոլության երկրորդ փուլի տևողությունը կարող է տատանվել, տևելով 5—10 և նույնիսկ ավելի տարիներ։

Ալկոհոլամոլության երրորդ փուլը բնորոշվում է ալկոհոլի նկատմամբ առաջացած անդիմացկունությամբ (ինտոլերանտություն)։ Օրգանիզմի ռեակտիվության փոփոխության հետևանքով ալկոհոլի փոքր չափերն անգամ արդեն արտահայտված հարբածություն են առաջացնում. այդ պատճառով էլ խմում են կոտորակային ձևով՝ ավելի քիչ, բայց շուտ-շուտ, հաճախ անցնելով առավել թույլ խմիչքների գործածման։ Միաժամանակ աբստինենցիայի համախտանիշը հասնում է առավելագույն արտահայտվածության։ Սոմատիկ վիճակը խիստ վատանում է. առաջանում են արտահայտված թուլություն և հյուծվածություն, քրտնարտադրություն, զարկերակային ճնշման անկում, սրտի աշխատանքի ու շնչառության խանգարում, հևոցներ, փսխումներ և այլն։ Տեղ են գտնում նաև նյարդաբանական արտահայտված ախտանշաններ (դող, մկանային ատոնիա, ուղեղիկային ատաքսիա, բազմանյարդաբորբ, ծայրանդամների ցնցումներ, երբեմն նաև ցնցումային նոպաներ և այլն)։

Հիվանդության երրորդ շրջանում անձի փոփոխությունները (դեգրադացիա) առավել արտահայտված են դառնում։ Բարոյալքումը, անհոգությունն ու քննադատության բացակայությունը հիվանդներին հասցնում է այնտեղ, որ նրանք ոչ միայն դառնում են լրիվ անաշխատունակ, այլև դադարում են մտածել ընտանիքի հոգսերի, վաղվա օրվա մասին։ Դեռ ավելին. առանց խղճի խայթ զգալու, տնից հափշտակում են վերջին դրամը, վաճառում ձեռքն ընկած ամեն ինչ (ներառյալ կնոջ ու երեխաների հագուստը)՝ տալով խմիչքի։ Շատ հաճախ պարտքեր են վերցնում, այդ նպատակով հորինելով ամենաբազմազան պատրվակներ։ Սովորաբար պարտքերը չեն վերադարձնում, հաճախակի պարտատերերին համոզելով դիմել իրենց հարազատներին։ Սոցիալ-բարոյական դեգրադացիայի ենթարկված նման հիվանդները խիստ ներշնչվող են, հեշտությամբ ազդեցության տակ ընկնող, որի հետևանքով ոչ հազվադեպ կատարում են քրեական զանազան հանցագործություններ։

Ուղեղի օրգանական փոփոխությունները, որոնք կարող են հասցնել մինչև հիշողության ու բանականության իջեցման, հոգեկան ողջ գործունեության աղքատացման, ուղեկցված նյարդաբանական ախտանշաններով, հնարավորություն են տալիս այդ վիճակը գնահատել որպես տոքսիկ էնցեֆալոպաթիա։

Սոմատիկ խանգարումներ։ Առանց չափազանցության կարելի է նշել, որ հարբեցողի մոտ չկա որևէ ֆիզիոլոգիական համակարգ կամ օրգան, որը չտուժի ալկոհոլի չարաշահումից։

Ալկոհոլամոլի արտաքին տեսքը հենց սկզբնական շրջանից փոխվում է. դեմքը թորշոմում և վաղաժամ կնճռոտում է, այտերի և քթի մակերևույթին մազանոթների լայնացման հետևանքով այդ մասերի մաշկը ստանում է կարմրակապտավուն երանգ, որը բավականին օգնում է բժշկին՝ անսխալ ճանաչելու ալկոհոլամոլին։

Հիվանդագին լուրջ փոփոխություններ են դիտվում ներքին օրգանների կողմից։ Դա առաջին հերթին նկատվում է ստամոքս-աղիքային ուշադրում։ Ախորժակը վատանում է, սնվելը դառնում է խիստ անկանոն։ Հաճախակի դիտվում են ստամոքսաբորբը, ավելի ուշ շրջաններում՝ խոցային հիվանդություն, փորկապություններ, հաճախակի լուծեր և այլն։

Լուրջ ձևով տուժում է լյարդը։ Բացի լյարդաբորբի ու լյարդի ցիռոզի առաջացումից, ալկոհոլը միաժամանակ կարող է սրացնել լյարդի քրոնիկական տարբեր բնույթի հիվանդություններ, լուրջ վտանգ սպառնալով կյանքին։

Բավականին խիստ ձևով է տուժում սիրտ-անոթային համակարգը։ Հանրահայտ է, ու կյանքում ամեն ոք կարող է համոզվել, որ ալկոհոլի ազդեցության տակ սրտի կծկումները հաճախանում, իսկ սրտամկանի հանգստի շրջանում կրճատվում է և այն սկսում է մաշվել ու ժամանակից շուտ շարքից դուրս գալ։ Ժամանակի ընթացքում սիրտը ենթարկվում է ճարպային կազմափոխության. սրտի մկանները թուլանում են, և սիրտը լայնանում է։ Ալկոհոլամոլության հետ սերտ առնչություն ունեն հիպերտոնիկ հիվանդությունը, կարդիոսկլերոզն ու ինֆարկտը, և իզուր չէ, որ այդ հիվանդությունների կանխարգելիչ միջոցառումների թվում առաջնակարգ տեղ է հատկացվում ոգելից խմիչքների դեմ տարվող պայքարին։ Ծրիկամների հիվանդությունները, ինչպես նաև բրոնխիտներն ու թոքաբորբերը հաճախակի են ուղեկցում քրոնիկական ալկոհոլամոլությանը։ Ֆրանսիայի վիճակագրական տվյալները ցույց են տվել, որ թոքերի տուբերկուլոզից ավելի շատ մահացություն է դիտվել այն մարզերում, որտեղ ավելի շատ ոգելից խմիչքներ են գործածվել։

Գաղտնիք չէ նաև, որ ալկոհոլամոլությամբ տառապողներն ավելի հեշտությամբ են հիվանդանում ինֆեկցիոն զանազան հիվանդություններով։ Այստեղ սանիտարահիգիենիկ որոշ նորմերի պահպանման բացակայությունից բացի, որոշակի դեր է խաղում նաև օրգանիզմի դիմադրողականության թուլացումը։

Արյան կողմից հաճախակի տեղ են գտնում սակավարյունության երևույթները։ Վերջապես լուրջ ձևով տուժում է վիտամինային հավասարակշռությունը, առաջանում են հիպովիտամինոզի երևույթներ, որոնք վերաբերում են հատկապես B, C և PP վիտամինային խմբերին։

Ալկոհոլամոլության դեպքում լուրջ ախտահարման է ենթարկվում նյարդային համակարգը։ Զխոսելով գանգուղեղի օրգանական վնասվածքների, արյունազեղումների ու պարալիզների մասին, որոնք ալկոհոլամոլության ժամանակ ոչ հազվադեպ հանդիպող ծանր բարդություններից են, հիշատակության արժանի են հաճախակի հանդիպող տարազգայնությունները, բութ ցավերը, երբեմն նույնիսկ բազմանյարդաբորբերը։ Հիվանդների մշտական գանգատներից են գլխացավերը, գլխապտույտները, ձեռքերի, լեզվի արտահայտված դողը, գերքրտնությունը և այլն։

Բավականին վաղ զարգացող հիվանդային երևույթներից է քնի խանգարումը։ Քունը լինում է կարճատև, անհանգիստ, մակերեսային ու մղձավանջային երազներով լի։ Նման հիվանդները հաճախ դիմում

են քնաբեր դեղամիջոցների կամ հենց ալկոհոլի օգնությանը։ Շատ հաճախ հանդիպող բարդություններից է սեռական թուլությունը։

Ապացուցված է նաև, որ ալկոհոլը խորտակիչ հարված է հասցնում սերնդի առողջությանը։ Փորձարարական և վիճակագրական բազմաթիվ տվյալների հիման վրա ապացուցված է, որ ալկոհոլի ոչ միայն կանոնավոր գործածումը, այլ նույնիսկ ոչ կանոնավոր, անգամ եզակի ընդունումը թունավոր ազդեցություն ունի գենետիկ ապարատի վրա և վնասում է սաղմը։ Ինքնըստինքյան հասկանալի է, որ նման վիճակում տեղի ունեցած բեղմնավորման արդյունք են համարվում ֆիզիկական հիվանդոտ և հոգեկան արատներով ծնված երեխաները։

ԱԼԿՈՀՈԼԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ՊԱՏԱՆԵԿԱՆ ՀԱՍԱԿՈՒՄ

Դեռահասների և պատանիների մոտ ալկոհոլի չարաշահումը հիմնականում հանդիպում է 13—18 տարեկան հասակում։

Այդ տարիքում ալկոհոլային խմիչքների չարաշահման պատճառ կարող են դառնալ ալկոհոլամոլների ընտանիքում ստեղծված անառողջ իրավիճակը, ծնողների հարբեցողության ընդօրինակումը, հարբեցողությամբ զբաղվող հասակակիցների շրջապատում գտնվելը, բացասական սովորույթներն ու ավանդույթները։ Ալկոհոլային խմիչքների չարաշահումը ոչ հազվադեպ տեղ է գտնում պսիխոպաթների, ինչպես նաև գանգուղեղային վնասվածքի և ուղեղային այլ օրգանական հիվանդությունների հետևանքով՝ անձի հիվանդագին փոփոխություններով (պսիխոպաթացում) տառապող պատանիների մոտ։

Պատանեկան հասակում ալկոհոլային խմիչքներին ընտելանալը մեծահասակների համեմատությամբ 4—5 անգամ արագ է տեղի ունենում, խմիչքի չարաշահման օրից մինչև ալկոհոլամոլության ձևավորումը միջին հաշվով տևելով 1—3 տարի։

Աբստինենցիայի համախտանիշի զարգացումը մեծահասակների համեմատությամբ ավելի կարճատև է։ Հոգեկան կախյալությունն առավելապես արտահայտվում է թուլությամբ, գլխացավով ու գլխապտույտով։ Ֆիզիկական կախյալությունը նվազ արտահայտված է և բնորոշվում է թեթև դեպրեսիվ-տագնապային վիճակով, վախերով, որը երբեմն կարող է հասնել մինչև զառանցանքանման խանգարման, ուղեկցվելով՝ վեգետատիվ ախտանշաններով։

Պատանեկան ալկոհոլամոլության դեպքում բնավորության պսիխոպաթանման փոփոխությունները բավականին վաղ ու արագ են զար-

գանում։ Այդ փոփոխությունները ոմանց մոտ արտահայտվում են շրջապատի և հատկապես հարազատների նկատմամբ ցուցաբերվող թշնամական, իսկ ոչ հաղվադեպ՝ ագրեսիայի հասնող աֆեկտիվ բռնկումներով, անպատկառությամբ ու վկտիությամբ, հասնելով հաճախ քրեական հանցագործությունների, իսկ մյուսների մոտ՝ անտարբերությամբ։

Ալկոհոլամոլությամբ տառապող դեռահասներն ու պատանիները հաճախ հակվում են թմրաբեր նյութերի, հատկապես բարբիտուրաթթվի ածանցյալների չարաշահման, փաստորեն դառնալով բազմաթմրամոլներ (պոլինարկոմաններ)։

ԱԼԿՈՀՈԼԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ

Կանանց մոտ ալկոհոլի չարաշահումը հանդիպում է առավելապես նրանց միջին տարիքում։ Չարաշահման պատճառներ կարող են համարվել ընտանեկան և կենցաղային անբարենպաստ իրավիճակը (ամուսինների փոխըմբռնման բացակայություն, փոխադարձ անզիջողականություն, ծանր հագեվիճակ), կրթական ցածր մակարդակը, աշխատանքային պրոֆեսիոնալ գործունեությունը (աշխատանք խմիչքների խանութներում, բուֆետներում, խորտկարաններում, մանրածախ առևտուր և այլն), ինչպես նաև այն դեպքերում, երբ ընկերական հավաքույթներում, տոնախմբությունների ժամանակ և այլ առիթներով կանայք սկսում են հաճախակի ալկոհոլային խմիչքներ գործածել, և նրանց մոտ շատ շուտ ընտելացում և անհաղթահարելի ձգտում է առաջանում այդ խմիչքների նկատմամբ։

Կանանց մոտ ալկոհոլամոլության փուլերի զարգացումը շրջապատի համար շատ աննկատելի է անցնում։ Դա կախված է ոչ միայն այն բանից, որ նրանք թաքցնում են իրենց հարբեցողությունը, այլ նաև նրանից, որ նրանց մոտ ալկոհոլամոլության զարգացման փուլերը նրվազ արտահայտված կամ նույնիսկ շրջապատի համար աննկատելի են ընթանում։ Դա էլ հենց պատճառ է դառնում, որ նրանց մոտ ալկոհոլի չարաշահումը հայտնաբերվում է ուշ քան զարգացման 2-րդ, իսկ երբեմն նույնիսկ 3-րդ փուլերում։

Կանանց մոտ, տղամարդկանց համեմատությամբ, ալկոհոլամոլության զարգացումը (չարաշահման սկզբից մինչև աբստինենցիայի համախտանիշի առաջացումը) տեղի է ունենում 3—4 անգամ պակաս ժամանակահատվածում, երբեմն հասնելով 1—3 տարվա։

Աբստինենցիայի համախտանիշի մեջ ֆիզիկական և հոգեկան կախ-

յալության բնորոշ ախտանշաններից բացի, հաճախակի տեղ են գտնում նաև դիսֆորիկ վիճակները և աֆեկտիվ այլ խանգարումներ։

Հարբեցողությամբ տառապող կանանց մոտ լուրջ ձևով տուժում է սոմատիկ վիճակը։ Նրանք ժամանակից շուտ են ծերանում. թորշոմում են, դեմքը կնճռոտում է, ատամները թափվում են. հաճախակի դիտվում են դաշտանային ցիկլի խանգարումներ, վաղաժամ դաշտանադադար, լյարդի հաճախակի ախտահարումներ։

Հոգեկան վիճակի կողմից բնավորության պսիխոպաթանման փոփոխությունները համեմատաբար ավելի վաղ են սկսվում։ Նրանք դառնում են կոշտ ու կոպիտ, անպատկառ ու սանձարձակ, կորցնում են չափի զգացումը, հակվում են հակասոցիալական արարքների։ Միաժամանակ բարոյազրկվում են, չեն հետևում իրենց արտաքինին։ Հետաքրքրությունների շրջանը նեղանում է, նրանք պատրաստ են ամեն ինչ զոհաբերել իրենց ալկոհոլային հակումը բավարարելու համար. բոլորովին անտարբեր են դառնում ընտանիքի և հարազատների հոգսերի նկատմամբ։ Հիշողությունը, հատկապես մտապահման ֆունկցիան, խիստ թուլանում է։ Քննադատական վերաբերմունքն իրենց հիվանդության նկատմամբ իջնում է, որի պատճառով նրանք աշխատում են թաքցնել իրենց հարբեցամոլության արատը և երկար ժամանակ բուժօգնության չեն դիմում։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ալկոհոլամոլության բուժումը անց է կացվում ինչպես ամբուլատոր, այնպես էլ ստացիոնար պայմաններում։

Ամբուլատոր պայմաններում բուժում կազմակերպելու գործում մեծ նշանակություն ունի հիվանդի ակտիվ ցանկությունը և գիտակցական մոտեցումը։ Ավելի ծանր դեպքերում բուժումը անց է կացվում թմրաբանական ստացիոնարում, որտեղ ավելի ռեալ հնարավորություններ կան ու ավելի մեծ երաշխիքներ են ստեղծվում հիվանդներին ալկոհոլից լիովին կտրելու և բուժումն առավել լավ կատարելու համար։ Բուժման արդյունավետությունը մեծ չափով կախված է նաև նրա վաղաժամ կազմակերպումից ու տևողությունից։ Որքան բուժումը շուտ սկսվի ու տևական լինի, այնքան նրա արդյունավետությունը մեծ կլինի։

Ալկոհոլամոլության բուժումը, որպես օրենք, պետք է կատարվի համալիր ձևով, որի կենտրոնական առանցքը պետք է կազմի պսիխոթե-

բուպիան։ Վերջինս անց է կացվում հենց առաջին իսկ օրից և անկախ նրա ձևերից (ներշնչում, հիպոթերապիա, ռացիոնալ պսիխոթերապիա և այլն) մշտապես կազմում է հիմնական բուժման անբաժանելի բաղադրամասը։

Բուժման առաջին շրջանում պետք է հիվանդի ալկոհոլով թունավորված օրգանիզմը թունազերծել, ինչպես նաև օրգանիզմը, և հատկապես նյարդային համակարգը, ամրապնդել։ Այդ նպատակով օգտագործվում են 40 % գլյուկոզայի, 25 % ծծմբաթթվային մագնեզիումի, B_1, B_6, C և այլ վիտամինների մեծ դեղաչափերի, դուպլեքսի և այլ ներարկումներ։

Հատկապես աբստինենցիայի շրջանում լավ արդյունք է ստացվում պիրոքսանի 0,015—0,03 գ մեկական հաբ, օրական 2—3 անգամ կամ 1 % 1—3 մլ օրական 2—3 անգամ ներարկումից, հիպերթերմիայից (սուլֆոզինի 1 % 0,5—1 մլ միջմկանային ներարկում), ինսուլինի փոքր դեղաչափերից (4—8 միավոր), թթվածնի ենթամաշկային ներարկումներից, ինչպես նաև տրանկվիլիզատորներ՝ սեդուքսենի 5 մգ, էլենիումի 5 մգ, մեպրաբամատի 20 մգ և այլն, ու որոշ նեյրոլեպտիկների (ամինազին 25 մգ, տիզերցին 25 մգ, տերալեն 5 մգ, նեուլեպտիլ 10 մգ և այլն) կիրառումից։ Այդ բոլորով հանդերձ պետք է անցկացնել սիմպտոմատիկ բուժում, ուղղված անքնության, ալկոհոլամոլության ժամանակ հաճախակի հանդիպող հիպերտոնիայի, ինչպես նաև տարբեր օրգանների ախտահարումների դեմ։

Նախքան հակաալկոհոլային սպեցիֆիկ բուժման մեթոդներին անցնելը, անհրաժեշտ է կատարել հիվանդի բազմակողմանի կլինիկալաբորատոր քննություններ, որոշել ցուցմունք-հակացուցմունքների հարցը։ Ապոմորֆինային պայմանական-ռեֆլեկտոր, ինչպես նաև տետուրամային (անտաբուսային) գերզգայնացնող (սենսիբիլացնող) բուժման հակացուցմունք են համարվում 60 տարեկանից մեծ հասակը, սիրտ-անոթային համակարգի և ստամոքս-աղիքային ոլորտի ծանր հիվանդությունները, լյարդի բորբոքումներն ու ցիռոզը, շաքարախտը, թոքերի տուբերկուլոզը, հիպերտոնիկ հիվանդությունը, ուղեղի անոթային հիվանդությունները, էպիլեպսիան։

Ալկոհոլամոլության պայմանական-ռեֆլեկտոր բուժման էությունն այն է, որ հիվանդի մոտ փսխեցուցիչ զանազան դեղամիջոցների (ապոմորֆին, էմետին և այլն) օգնությամբ առաջացվում է նողկանք ալկոհոլային խմիչքի և փսխման ռեֆլեքս՝ նրա ամենափոքր քանակի ու նույնիսկ տեսքի հանդեպ։

Ապոմորֆինի միջոցով ալկոհոլի հանդեպ զզվանքի պայմանական ռեֆլեքս առաջացնող բուժման մեթոդը հետևյալն է. հիվանդին ենթամաշկային ներարկվում է 0,2 մինչև 1,0 ապոմորֆինի 0,5—1 % լուծույթ։ Ներարկումից 5—10 րոպե անց, երբ սկսվում են սրտխառնության առաջին նշանները (գունատություն, քրտնարտադրություն, գլխապտույտ, առատ թքազատություն), հիվանդին առաջարկվում է հատկապես իր սիրած ալկոհոլային խմիչքից հոտ քաշել, ներշնչելով նրան, որ ալկոհոլը պետք է առաջացնի սրտխառնություն և փսխում։ Ապոմորֆինի ազդեցության տակ առաջացող փսխումից անմիջապես առաջ հիվանդին առաջարկվում է մի ումպ խմել նույն խմիչքից, որը նա կատարում է դժկամությամբ և զզվանքով. դրան անմիջապես հետևում է տանջող փսխումը, հետագա գլխացավով, թուլությամբ ու քնկոտությամբ։ Բուժման ընթացքում անց է կացվում 15—20 և նույնիսկ 25 նման սեանսներ, մշտապես ուղեկցված համապատասխան ներշնչմամբ, որի արդյունքը լինում է այն, որ հիվանդի մոտ առաջանում է նողկանքի պայմանական ռեֆլեքս ալկոհոլային խմիչքի հանդեպ։ Բուժման վերջին շրջանում, առանց նույնիսկ ապոմորֆինի տրման, միայն ալկոհոլի տեսքը կամ հոտն արդեն սրտխառնություն է առաջացնում, որը կարելի է համարել բուժման արդյունավետության չափանիշ։

Քանի որ ալկոհոլի հանդեպ մշակված պայմանական բացասական ռեֆլեքսը ժամանակի ընթացքում մարում է, ուստի ամբուլատոր պայմաններում ժամանակ առ ժամանակ (միջին հաշվով ամսական մեկ-երկու անգամ) այն պետք է կրկնել (պահպանողական բուժում)։

Գերզգայնացնող բուժումը, հատկապես տետուրամի (անտաբուսի) միջոցով, ներկայումս մեծ տարածում ունի, որի օգնությամբ հիվանդի մոտ առաջացվում է վախ ալկոհոլի օգտագործման հետևանքների նկատմամբ, ինչպես նաև ալկոհոլային հակումը ճնշելու նպատակով։

Անտաբուսը (տետրաէթիլթիուրամիդոսուլֆիդ, տետուրամ, անտեթիլ, էսպերալ) ունի կուտակման (կումուլյատիվ) հատկություն և օրգանիզմում մնում է բավական երկար։

Հակացուցմունքների բացակայության դեպքում հիվանդի ու նրա հարազատների համաձայնությամբ (որն ունի նաև կարևոր պսիխոթերապևտիկ նշանակություն) հիվանդին նշանակվում է անտաբուս 0,5 գ, օրը 2 անգամ։ Չորրորդ օրը կատարվում է անտաբուս-ալկոհոլային փորձ։ Այդ նպատակով հիվանդին առաջարկվում է խմել 20—30 գ 40 % ալկոհոլային խմիչք։ Խմելուց 15—20 րոպե անց հիվանդի մոտ առաջանում է անտաբուս-ալկոհոլային ռեակցիա, որի էությունն այն

է, որ անտաբուսը օրգանիզմում խանգարում է ընդունած ալկոհոլի նորմալ փոխանակությունն ու կանգնեցնում վերջինիս օքսիդացման պրոցեսը ացետալդեհիդի առաջացման փուլում։ Ացետալդեհիդը օրգանիզմում առաջացնում է տոքսիկ ռեակցիա, որն արտահայտվում է դեմքի և եղջերաթաղանթների հիպերեմիայով, գլխում սեղման, իսկ սրտի շրջանում տհաճ զգացումներով, շնչառության և երակազարկի խիստ հաճախացմամբ։ Արյան ճնշումը սկզբից բարձրանում, այնուհետև իջնում է ընդհուպ մինչև կոլապս։ Հիվանդի համար սկսվում է տանջալից մի շրջան, երբ նա օդի պակաս է զգում, առաջանում են հևոցներ, ուժեղ դլխացավեր, զանազան տարազգայնություններ։ Դիտվում է մահվան վախ, ծանր դեպքերում՝ էպիլեպսանման նոպաներ և նույնիսկ կարճատև սուր հոգեկան խանգարումներ։

Անտաբուսային բուժման ժամանակ հատկապես մեծ նշանակություն է ստանում պսիխոթերապիան, որն սկսվում է թեկուզ և հենց այն բանից, երբ նախքան բուժումը հիվանդին ու նրա հարազատներին բացատրվում է բուժման այդ մեթոդի վտանգավորությունը և ստորագրություն է վերցվում, որ նրանք նախազգուշացված են, որ անտաբուսով բուժվելու ընթացքում և հետո ալկոհոլի ամենաչնչին քանակի ընդունումը կարող է հասցնել կյանքին վտանգ սպառնացող ծանր հետևանքների։ Այդ վախն օրեցօր ավելի է խորացվում ու ֆիքսվում, որն ավարտվում է վերը նշված անտաբուս-ալկոհոլային ռեակցիայի առաջացմամբ։ Նման վիճակները առաջացվում են մյուս հիվանդների ներկայությամբ, ինչը բուժման ամբողջ ժամանակաշրջանում ավելի է ֆիքսում ստեղծված վախը և ալկոհոլի հանդեպ մշակված նողկանքն ու ատելությունը։ Հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո հիվանդին նշանակվում է պահպանողական բուժում անտաբուսի փոքր դեղաչափերով, անպայմանորեն ուղեկցված համապատասխան պսիխոթերապիայով։

Վերջին տարիներին հեռանկարային լավ մեթոդ է համարվում էսպերալի (դիսուլֆիրամ-դեպո, ռադոթեր) միջմկանային պատվաստումը։

Գերզգայնացում առաջացնող այդ մեթոդը օրգանիզմում դեղամիջոցի կուտակում է առաջացնում, հնարավորություն ստեղծելով նրա երկարատև ազդեցության համար։ Սույն մեթոդը միաժամանակ պսիխոթերապևտիկ մեծ նշանակություն ունի, քանի որ բուժումից առաջ ստորագրություն վերցնելը և այնուհետև վիրահատական ճանապարհով կատարվող այդ արարողությունը ներշնչական մեծ ազդեցություն է թողնում հիվանդի վրա։

Ալկոհոլամոլության բուժման գործում մեծ տեղ է տրվում պսիխոթերապիային, որը կիրառվում է անհատական կամ կոլեկտիվ ձևով անցկացվող ինչպես ռացիոնալ, այնպես էլ հիպնոսաբուժական ներշնչումների ձևով։

Ներկայումս բավականին մեծ տեղ է հատկացվում աշխատանքային բուժմանը, որն սկսվում է հենց ստացիոնար ակտիվ բուժման շրջանից։

Հիվանդին հիվանդանոցից դուրս գրելուց հետո խիստ կարևոր է նրա հետագա ամբուլատոր հսկողությունն ու պահպանողական բուժման ճիշտ կազմակերպումը, որով հիվանդության հնարավոր սրացումները նվազագույնի հասնելու հնարավորություն է ստեղծվում։

Ալկոհոլամոլության կանխարգելման գործում մեծ նշանակություն ունի ընտանիքի և միջավայրի առողջացման հարցը, որը պետք է գտնվի ինչպես բժշկական, այնպես էլ հասարակական և վարչական կազմակերպությունների ուշադրության կենտրոնում։

ԴԻՊՍՈՄԱՆԻԱ

Դիպսոմանիան ալկոհոլամոլության հատուկ ձև է, որի դեպքում պարբերաբար (նոպայաձև) առաջանում է խմելու անհաղթահարելի ձգտում։ Խմում են մինչև ծայրաստիճան հարբելը, մոռանալով աշխատանք, պարտականություն, ընտանիք և այլն։ Հարբեցողության նոպան տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթ, ընդ որում, նոպաների միջև ընկած ժամանակաշրջանում նման անձնավորությունները ոչ միայն ալկոհոլ չեն գործածում, այլ նույնիսկ նողկանքով են վերաբերվում դրան։

Դիպսոմանիայի առաջացման հիմքում մեծ մասամբ ընկած են դիսֆորիկ վիճակները։ Դրանք կարող են առաջանալ նաև պարբերաբար, կարճատև դեպրեսիաներով տառապող անձնավորությունների, պսիխոպաթների և գանգուղեղային վնասվածքով հիվանդների մոտ։

Անշուշտ, դիպսոմանիայից պետք է տարբերել պսևդոդիպսոմանիան, որի դեպքում նոպայաձև հարբեցողությունը տեղ է գտնում ալկոհոլամոլների մոտ, ընդ որում, հակառակ դիպսոմանիայի, վերջիններս ոչ թե միանգամից են դադարում խմել, այլ երբ արդեն զրկվում են խմիչք ձեռքբերելու բոլոր հնարավորություններից։

Ալկոհոլամոլությունը ոչ հազվադեպ հոգեկան խանգարումների առաջացման պատճառ է դառնում։ Հոգեկան այդ խանգարումները կարող են կրել ինչպես սուր և կարճատև, այնպես էլ քրոնիկական բնույթ։ Այդ խանգարումներից հիշատակության են արժանի հարբեցատենդը, ալկոհոլային ցնորագարությունը (հալուցինոզ), ալկոհոլային զառանցանքը, կորսակովյան պսիխոզը, ալկոհոլային էպիլեպսիան, Գայե-Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիան։

Հարբեցատենդ (սպիտակ տենդ, delirium tremens)։ Ալկոհոլային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների շարքում հարբեցատենդը իր հաճախականությամբ գրավում է առաջին տեղը։ Պսիխոզը կարող է առաջանալ ինչպես մեծ քանակությամբ ալկոհոլ ընդունելու շրջանում, այնպես էլ խմելը դադարեցնելուց հետո։ Պսիխոզի առաջացմանը ոչ հազվադեպ նպաստում են լրացուցիչ վնասաբեր ազդակները (ինֆեկցիոն հիվանդություններ, ջերմության բարձրացում, գանգուղեղային վնասվածքներ, վիրահատություններ, հյուծվածություն և այլն)։

Պսիխոզը կարող է սկսվել հանկարծակի, սուր ձևով, մանավանդ, եթե առկա է լրացուցիչ որևէ ազդակ։ Սակայն ավելի հաճախ մի քանի օր առաջ հանդես են գալիս նախանշաններ. քունը խանգարվում է, դառնում խիստ անհանգիստ, ընդմիջվող, տրամադրությունն ընկնում է, ուղեկցվելով վախի և տագնապի երևույթներով, ձեռքերի դողն ավելի արտահայտված է դառնում, հատկապես երեկոյան ժամերին հանդես են գալիս ահաբեկիչ բնույթի հիպնագոգիկ ցնորքներ։

Հիվանդությունն սկսվում է գիտակցության մթագնմամբ, տեղի, ժամանակի, իրադրության կողմնորոշման խանգարմամբ, բացառությամբ ես-ի կողմնորոշման, որն այս դեպքում չի տուժում։ Գիտակցության խանգարման ֆոնի վրա առաջին պլանում հանդես են գալիս վառ, բազմատեսակ տեսողական ցնորքներ. տեսնում են հատկապես անընդհատ շարժման մեջ գտնվող միջատներ, սողուններ, մանր կենդանիներ (առնետներ, մկներ, փոքրիկ սատանաներ), գազաններ, հրեշներ և այլն։ Լսում են նրանց ձայները (մռնչոցներ ու ծվծվոցներ), այդ բոլորից ապրելով ուժեղ վախ ու սարսափ։ Հիվանդները դառնում են զգայախաբական այդ ամբողջ իրադրությունների ակտիվ մասնակիցը. հարձակվում են, պաշտպանվում, թաքնվում կամ փախչում, իրենցից հեռացնում աչքերին երևացող տեսիլքները, աշխատելով բռնել նրանց, ընդ որում այդ վիճակում նրանք կարող են կատարել զանազան վտան-

գավոր գործողություններ՝ սարսափած վիճակում դուրս թռչել պատուհանից, սպանություններ կատարել և այլն։

Ցնորքների հետ սերտորեն կապված են զառանցական մտքերը, որոնք անկայուն և կտրտված բնույթ են կրում։

Երբեմն ցնորազառանցանքային ապրումների և շարժողական գրգռվածության մեջ արտացոլվում են հիվանդի ամենօրյա աշխատանքն ու մասնագիտական գործունեության տարրերը («պրոֆեսիոնալ դելիրիում»). այսպես օրինակ, ավտովարորդը մահճակալի վրա նստած «ավտոմեքենա է վարում», ծեփագործը պալատի պատերի վրա «ծեփագործությամբ» է զբաղվում և այլն։

Հարբեցատենդի ժամանակ հոգեկան սուր խանգարումներն ուղեկցվում են մի շարք մարմնային ախտանշաններով։ Դրանցից հատկապես աչքի է զարնում ամբողջ մարմնի, ծայրանդամների, լեզվի դողը։ Հարբեցատենդին բնորոշ այդ դողոցների շնորհիվ հիվանդի քայլվածքը դառնում է անհաստատ, երերուն, իսկ խոսքը՝ թլվատ։ Ջերմաստիճանը սովորաբար լինում է սուբֆեբրիլի սահմաններում, սակայն ծանր դեպքերում կարող է հասնել բարձր աստիճանների։ Նշվում է առատ քրտնարտադրություն, երակազարկի հաճախացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում։ Լուրջ փոփոխություններ են նշվում նաև ներքին օրգանների և արյան կողմից, որպես քրոնիկական ալկոհոլամոլությանը զուգահեռ ընթացող բարդություններ։

Հարբեցատենդը կարող է տևել մի քանի ժամից մինչև մեկ օր (աբորտիվ ձև), 2—7 օր (դասական ձև), իսկ երբեմն էլ՝ ավելի երկար (ձգձգվող ձև)։ Սովորաբար հիվանդներն այդ վիճակից դուրս են գալիս խոր քնից հետո, հոգեկան սուր խանգարման շրջանի վերաբերյալ ունենալով մասնակի անհիշողություն։ Մի քանի օր տեղ են գտնում ասթենիայի երևույթներ։ Երբեմն կարող է զարգանալ մնացորդային զառանցանք, որը երկար է տևում ու կարող է փոխվել ալկոհոլային զառանցանքի։ Առավել հազվադեպ հարբեցատենդը կարող է վերափոխվել կորսակովյան պսիխոզի։ Հարբեցատենդի ծանր դեպքերում նույնիսկ կարող է առաջանալ մահ՝ սիրտ-անոթային անբավարարությունից (որը զարգանում է հոգեշարժական խիստ գրգռվածության և անքնության հետևանքով)։

Հարբեցատենդի տիպիկ տարբերակներից է նաև «փնթփնթան (շրթնաշշնջային) դելիրիումը»։ Այս դեպքում հիվանդի մոտ առկա է գիտակցության ավելի խոր խանգարում։ Խոսքը դառնում է անկապ վանկերի, բացականչությունների, հնչյունների շշնջաձայն մի հավաքածու։

Շարժողական գրգռվածությունը սահմանափակվում է անկողնու սահմաններում և արտահայտվում է պարզ ու հասարակ շարժողական գործողություններով (ձգել, քաշել, ճանկել, շոշափել, մատները կոտրատել և այլն)։ Հիվանդությունը վերջանում է լրիվ ամնեզիայով։

Հարբեցատենդի ինչպես սկզբնական, այնպես էլ լավացման (անձի ասթենիզացման) շրջանում հիվանդի բարձր ներշնչվելիության հետևանքով արհեստականորեն կարելի է առաջացնել մի շարք բնորոշ ախտանշաններ։ Դրանցից են Լիպմանի ախտանշանը, երբ հիվանդի ակնագնդերը սեղմելով և ներշնչելով, որ նա ինչ-որ բան է տեսնում, հնարավոր է լինում առաջացնել տեսողական ցնորքներ։ Աշաֆենբուրգի ախտանշանի ժամանակ հիվանդի ականջին որևէ առարկա մոտեցնելիս ու հարցնելիս, թե ինչ է լսում, նա սկսում է խոսել «հեռախոսով» երևակայական զրուցակցի հետ։ Ըստ Ռայխարդի ախտանշանի հիվանդին մաքուր թուղթ տալու և կարդալ առաջարկելու դեպքում նա սկսում է կարդալ կարծեցյալ տեքստը։

Բուժումը։ Հարբեցատենդի ժամանակ հիվանդին անհապաղ պետք է ենթարկել հոսպիտալացման։ Բուժման արդյունավետության կարևոր նախադրյալ է համարվում հիվանդի մոտ առաջացրած երկարատև քունը։ Այդ նպատակով կարելի է նշանակել ամինազին՝ օրվա ընթացքում 200—400 մգ կամ 2,5 % լուծույթ՝ 2—4 մլ միջմկանային կամ ներերակային ներարկումների ձևով, տիզերցին՝ 100—150 մգ, քլորալ հիդրատ՝ 2—3 % 100 մլ միանվագ հոգնաների ձևով, բարբամիլ՝ 10 %՝ 5—8 մլ միջմկանային կամ ներերակային ներարկումների ձևով։

Որպես օրենք խստորեն պետք է հետևել սրտի գործունեությանը, որը հարբեցատենդի ժամանակ խիստ թուլանում է։ Այդ նպատակով կարելի է նշանակել կորդիամին, կամֆորա և սրտային այլ դեղանյութեր։

Այդ բոլորով հանդերձ պետք է կիրառել թունազերծող և օրգանիզմը ամրապնդող բուժում, մեծ դեղաչափերով B խմբի վիտամիններ, ասկորբինյան և նիկոտինյան թթու, ինչպես նաև սիմպտոմատիկ զանազան բուժմիջոցառումներ։

Պսիխոզային վիճակից դուրս գալուց հետո պետք է սկսել հակաալկոհոլային ինտենսիվ բուժում (տե՛ս «Ալկոհոլիզմի բուժումը»)։

Ալկոհոլային ցնորագարություն (հալուցինոզ)։ Այս ձևը նույնպես առաջանում է ալկոհոլամոլությամբ տառապողների մոտ։ Այն իր հաճախականությամբ ալկոհոլային հարբեցատենդից հետո բռնում է երկրորդ տեղը։

Հիվանդությունը մեծ մասամբ սկսվում է սուր ձևով, երբ մթագնած գիտակցության ֆոնի վրա առաջանում են հատկապես լսողական տատ ցնորքներ մենախոսության կամ տրամախոսության (հարց ու պատասխանի) ձևով։ Հիվանդն իր մասին խոսող ձայներ է լսում, որոնք մեծ մասամբ իր վարքը պախարակող, տհաճ բնույթ են կրում, այդ ձայները ծաղրում, սպառնում, վիրավորում են հիվանդին, խոսում են նրա դատապարտման, պատժի ձևի մասին, նրան համարում են կորած մարդ։ Ձայները լսվում են ռադիոյի միջոցով, փողոցից, հատակի տակից, որոնք գիշերային ժամերին ավելի արտահայտված են դառնում։ Ցնորային վերոհիշյալ զգայախաբությունների նկատմամբ հիվանդի քննադատական վերաբերմունքը լրիվ բացակայում է, հասցնելով կաթեսթենտիկ ծագում ունեցող զառանցական մտքերի («նրան հետևում են, որպեսզի բռնեն և հանձնեն դատի, թշնամիները իրեն հատուկ նպատակով են բերել հիվանդանոց»)։ Ցնորազառանցանքային ապրումներին համապատասխան՝ փոխվում է նաև հիվանդի վարքը։ Կարծեցյալ թշնամետիկ ծագում ունեցող զառանցական մտքերի («նրան հետևում են, տնից, դիմում են միլիցիայի և դատաքննչական օրգանների օգնությանը, տանը նախազգուշական միջոցներ են ձեռնարկում՝ ամրացնելով դռներն ու լուսամուտները։

Ալկոհոլային սուր ցնորազարությունը միջին հաշվով տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթ, հազվագյուտ դեպքում՝ մինչև երկու ամիս։

Որոշ դեպքերում ալկոհոլային ցնորազարությունը կարող է ձգձգվող ընթացք ունենալ, տևելով ոչ միայն ամիսներ, այլև տարիներ։ Պսիխոզի նման ձևը կոչվում է ալկոհոլային հրոնիկական ցնորազարություն։ Այս ձևի դեպքում պարզ գիտակցության ֆոնի վրա հանդես են գալիս միայն լսողական ցնորքներ՝ մենախոսությունների և երկխոսությունների ձևով։ Հիվանդը կարծես թե ընտելանում է բարձրաձայն կամ ցածրաձայն հնչող տղամարդու կամ կանացի այդ ձայներին, պատմում նրանց բովանդակության մասին, որոնցից մի մասը շարունակում է պախարակել, հայհոյել, իսկ մյուս մասը պաշտպանել նրան։ Չնայած հիվանդը հասկանում է իր հիվանդագին վիճակը, բայց երբեմն կարող է նաև այն ֆաքցնել։ Լսողական ցնորքների հետևանքով կարող են առաջանալ զառանցական մտքեր, որոնք հիմնականում պարանոիդ բնույթ են կրում։ Հիվանդի տրամադրությունը մշտապես ընկած է, գտնվում է մռայլ ու լարված, տագնապալից վիճակում։

Ալկոհոլային պարանոիդ: Ալկոհոլային պարանոիդը ալկոհոլամոլությամբ տառապողների մոտ բավականին հաճախ է հանդիպում: Այն հիմնականում բնորոշվում է հետապնդման, թունավորման, ինչպես նաև խանդի զառանցանքներով: Առաջանում է աստիճանաբար, սկզբնական շրջանում միայն հարբածության ժամանակ, հետագայում արդեն դառնալով մշտական ու կայուն, կրելով որոշակի համակարգված բնույթ: Հիվանդներին թվում է, որ իրենց հետևում են, մեղադրում ինչ-որ հանցագործության մեջ, ցանկանում են կալանավորել, դատապարտել: Շրջապատի մարդկանց խոսակցությունները, շարժումները, վերաբերմունքը նրանց կողմից զառանցանքային ձևով են մեկնաբանվում: Այդ հողի վրա առաջանում է արտահայտված կասկածամտություն. կասկածում են բոլորի և ամեն ինչի վրա, հրաժարվում են անգամ սնվելուց, կասկածելով, որ սնունդը թունավորված կարող է լինել: Հանդես են գալիս վախի ու տագնապի երևույթներ, որոնք երեկոյան ժամերին ավելի արտահայտված են դառնում:

Ալկոհոլային պարանոիդի ժամանակ հատուկ տեղ է գրավում խանդի զառանցանքը, որի առաջացման հիմնական ելակետ կարելի է համարել ալկոհոլամոլներին հատուկ՝ կասկածամտությամբ ուղեկցվող սեռային գերցանկությունը և սեռային թուլության պատճառով դրան հագուրդ տալու անկարողությունը: Նման հիվանդներին թվում է, որ կինը սկսել է իրեն դավաճանել. վերջինիս վարմունքի, ամեն մի գործողության մեջ ինչ-որ հետին մտքեր է տեսնում. գտնում է, որ կինը կապված է ուրիշների՝ նույնիսկ իր ամենամոտ հարազատների հետ: Պատահական երևույթները հիվանդների մոտ դառնում են նրանց կասկածամտությունը հաստատող «փաստեր»: Հաճախակի սկսում են հետևել ու հետապնդել կնոջը, նրա կարծեցյալ սիրեկաններին, որոնք իբր թե միասնաբար ցանկանում են իրեն վերացնել, թունավորել, հիվանդանոց «գցել» ու «մեկուսացնել», որպեսզի տիրանան նրա ունեցվածքին և համատեղ ապրեն: Հիվանդին այդ վիճակում տանը թողնելը դառնում է խիստ վտանգավոր, քանի որ այդ հողի վրա նրան, ոչ հապվադեպ ծանրը հանցագործություններ և սպանություններ են կատարում:

Բոլոր նման դեպքերում, երբ ալկոհոլամոլությամբ տառապող հիվանդի մոտ հայտնաբերվում է հատկապես խանդի զառանցանք, անհապաղ նրան պետք է հոսպիտալացնել, դրանով իսկ կանխելով հանցագործություններ կատարելու հնարավորությունը:

Բուժումը: Ինչպես ալկոհոլային ցնորագարության, այնպես էլ զառանցանքի բուժման մեթոդները համարյա թե ոչնչով չեն տարբերվում

միմյանցից։ Բավականին լավ արդյունքներ են ստացվում նեյրոլեպտիկների (ամինազին՝ օրական 200—400 մգ, տրիֆտազին (ստելազին)՝ օրական 25—50 մգ, հալոպերիդոլ՝ օրական 30—60 մգ) կիրառումից. մանավանդ երբ այն զուգորդվում է ինսուլինային (փոքր դեղաչափերով) բուժման հետ։

Այդ բոլորին զուգընթաց պետք է կատարել թունազերծող բուժում, ինչպես նաև B խմբին պատկանող վիտամիններ (քանի որ ալկոհոլամոլության ժամանակ հիվանդի օրգանիզմում վիտամինային հավասարակշռությունը բավականին իջած է լինում)։

Ոչ մի դեպքում բուժման կուրսը ավարտված չպետք է համարել, քանի դեռ պսիխոզից դուրս գալուց հետո հիվանդի մոտ չի կիրառվել հակաալկոհոլային բուժում (տե՛ս «Քրոնիկական ալկոհոլամոլության բուժումը»)։

Կորսակովյան պսիխոզ։ Այս հիվանդությունը նկարագրվել է 1887 թվին Ս. Ս. Կորսակովի կողմից որպես ալկոհոլային բազմանյարդաբորբային (պոլինևրիտային) հատուկ պսիխոզ, որը բժշկական միջազգային 12-րդ կոնգրեսի կողմից անվանվեց հեղինակի անունով՝ կորսակովյան պսիխոզ կամ կորսակովյան հիվանդություն։

Կորսակովյան պսիխոզին բնորոշ ախտանշաններ հանդիպում են նաև այլ հիվանդությունների ժամանակ (ինֆեկցիոն պսիխոզներ, գանգուղեղի վնասվածքներ, ուռուցքներ, ծերունական պսիխոզներ և այլն). նման դեպքերում առկա ֆիքսացիոն ամնեզիան, ռետրոգրադ ամնեզիան և կոնֆաբուլացիան (կորսակովյան համախտանիշ) հնարավորություն են տալիս հոգեկան այդ խանգարումները տարբերակել կորսակովյան պսիխոզից, որի հիմքում ընկած է ալկոհոլամոլությունը՝ յուր կլինիկական ընթացքով, վախճանով ու պաթանատոմիական պատկերով։

Ս. Ս. Կորսակով
(1854—1900)

Կորսակովյան պսիխոզը հանդիպում է ալկոհոլը երկարատև չարաշահող մեծահասակ մարդկանց մոտ։ Հոգեկան

խանգարման այս ձևի հաճախականությունը այնքան էլ մեծ չէ։

Հիվանդությունը մեծ մասամբ սկսվում է աստիճանաբար, դանդաղ, սակայն որոշ դեպքերում կարող է զարգանալ ալկոհոլային սուր պսիխոզից (հարբեցատենդից) հետո։

Կորսակովյան պսիխոզի կլինիկական պատկերում առավել վաղ արտահայտված գլխավոր ախտանշան է համարվում հիշողության խանգարումը (ֆիքսացիոն ամնեզիա, ռետրոգրադ ամնեզիա և կոնֆաբուլյացիա), զուգակցված բազմանյարդաբորբի երևույթներով։

Անշուշտ, կարևոր ախտանշան է համարվում նաև տեղի, ժամանակի և տարածության կողմնորոշման խանգարումը՝ ամնեստիկ ապակողմնորոշում, այն ժամանակ, երբ «ետի» կողմնորոշումը պահպանված է։

Հիշողության ֆունկցիան, հատկապես մոտակա դեպքերի մտապահման ունակությունն այնքան է տուժում, որ հիվանդները չեն հիշում, թե քիչ առաջ ում հանդիպեցին, ինչ խոսեցին, ինչ կերան. նույնիսկ չեն կարողանում վերհիշել հենց նոր կարդացածը։ Միևնույն անձնավորությանը օրվա ընթացքում ամեն անգամ տեսնելիս բարևում են, կարծես թե առաջին անգամ տեսնելիս լինեն։ Չնայած անցյալի հիշողությունը համեմատաբար պահպանված է լինում, այնուամենայնիվ առկա է նաև որոշակի շրջան ընդգրկող ռետրոգրադ ամնեզիա։

Վերհիշելու ունակության խիստ թուլացման և ռետրոգրադ ամնեզիայի պայմաններում սկսում են տեղ գտնել հիշողության այնպիսի աղավաղումներ, ինչպիսիք են՝ կոնֆաբուլյացիան և պսևդոռեմինիսցենցիան (կեղծ հիշողություններ), որոնց միջոցով հիվանդը լրացնում է հիշողության առկա բացերը։ Այսպես օրինակ, հիվանդը պատմում է, թե ինչպես երեկ գնաց տուն, այնտեղից էլ՝ ֆուտբոլի մրցման, նկարագրում է ֆուտբոլի խաղը (մինչդեռ նա գտնվել է հիվանդանոցում)։

Քանի որ տրամաբանորեն մտածելու ունակությունը հիվանդների մոտ առանձնապես չի տուժում, հիվանդներն ղգալով իրենց հիվանդագին վիճակը, ամեն կերպ աշխատում են ցույց չտալ և որևէ ձևով կոմպենսացնել հիշողության բացը։ Օրինակ, երբ հիվանդը դժվարանում է տրված հարցին պատասխանել, ժպտալով խույս է տալիս պատասխանից, ասելով— «է՞, դա էլ հա՞րց է, որ պատասխանեմ», կամ «օրացույց չունեմ մոտս, ինչպես ասեմ, թե այսօր ո՞ր ամիսը և ամսի քանի՞սն է»։

Կորսակովյան պսիխոզի բնորոշ ախտանշաններից է նաև բազմանյարդաբորբը, որի ժամանակ տեղ են գտնում մկանների ապաճումը, պարեզները կամ պարալիզները, ջլային ռեֆլեքսների թու-

լացումը կամ անհետացումը, զգացողության խանգարումը, ատաքսիան, նյարդաբների ցավոտությունը և այլն։

Հիվանդությունն ունի քրոնիկական ընթացք և կարող է տևել տարիներ։ Ալկոհոլային խմիչքների գործածությունը լրիվ դադարեցնելու դեպքում հիվանդի վիճակը աստիճանաբար լավանում է, բոլոր դեպքերում սակայն թողնելով հիշողության թուլացման, թորշոմածության, ընդհանուր թուլության ձևով արտահայտված՝ մնացորդային երևույթներ։ Խմիչքի չարաշահումը շարունակելու դեպքում հիվանդությունը խորանում և ձգձգվող ընթացք է ստանում։

Ալկոհոլային պսևդոպարալիզ։ Այս դեպքում հիշողության ֆունկցիայի լրիվ անկման և զարգացող թուլամտության ֆոնի վրա տեղ է գտնում պսևդոպարալիզային համախտանիշը, որը բնորոշվում է էյֆորիայով և դրանից բխող անհեթեթ մեծամոլական զառանցանքներով։ Այդ բոլորն ուղեկցվում են դիզարթրիայի երևույթներով, ատակտիկ քայլվածքով, ջլային ռեֆլեքսների խանգարմամբ, ծանր բազմանյարդաբորբով, պարապլեգիայով և նյարդաբանական այլ խանգարումներով։

Բուժումը։ Կորսակովյան պսիխոզի և ալկոհոլային պսևդոպարալիզի բուժումը համանման են։ Կիրառվում են հետևյալ բուժմիջոցառումները։

Թունազերծող և օրգանիզմը ամրապնդող բուժում, որին զուգընթաց պետք է տալ մեծ քանակով վիտամիններ (B_1, B_6, B_{12}, C), նիկոտինյան թթու, 1%— 1 մլ միջմկանային, գլյուկոզա 40%— 20 մլ ներերակային ներարկումներ, ամինալոն 250 մգ, նոոտրոպիլ (պիրացետամ)՝ 400 մգ կամ 20 % 5 մլ միջմկանային ներարկումներ։ Միաժամանակ պետք է բուժել բազմանյարդաբորբը (բուժական ֆիզկուլտուրա, էլեկտրական պրոցեդուրաներ, մերսում)։

Գայե-Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիա։ Ալկոհոլային պսիխոզների ամենածանր ձևերից է, որն առավելապես հանդիպում է միջին տարիքի տղամարդկանց մոտ։ Հիվանդությունն սկսվում է սուր դելիրիումային վիճակով, որն իր կլինիկական բնույթով մոտենում է հարբեցատենդի փնթփնթան կամ պրոֆեսիոնալ տարբերակներին, հոգեշարժական սահմանափակ գրգռվածությամբ, մարմնային և նյարդային ծանր ախտահարումներով։

Հիվանդները խիստ հյուծվում են, մաշկը դառնում է չոր, թեփոտ, հսկ երբեմն՝ քրտնքոտ։ Ունենում են հեկտիկ ջերմություն։ Սրտի աշխատանքը խանգարվում է. զարկերակային ճնշումը տատանվում է, երբեմն իջնելով և առաջացնելով կոլապսային վիճակ։ Շնչառությունը դժվարանում է։ Լյարդը մեծանում և ցավոտ է դառնում։

Ծանր ու լուրջ ախտահարումներ են առաջանում նյարդային համակարգի կողմից (մկանային տոնուսի անկում, հիպերկինեզներ, ակնաշարժիչ խանգարումներ, բազմանյարդաբորբեր, վեգետատիվ խանգարումներ, պիրամիդային նշաններ և այլն)։ Կարող են դիտվել նաև էպիլեպսանման նոպաներ։ Հիվանդությունն ընթանում է լավացումներով ու վատացումներով։ Եթե հիվանդը չի մահանում, այն կարող է հանգեցնել պսիխոօրգանական ծանր համախտանիշի զարգացման։

Բուժումը նույնն է, ինչ կորսակովյան պսիխոզի և ալկոհոլային պսևդոպարալիզի դեպքում։

Ալկոհոլային էպիլեպսիա։ Ալկոհոլը պատկանում է այն նյութերի թվին, որը բարձրացնում է ցնցումային պատրաստականությունը։ Այդ տեսակետից ալկոհոլը որոշ դեպքերում ցնցումային նոպաների առաջացման կամ վերջիններիս առկայության դեպքում նրանց հաճախացման ու ծանրացման պատճառ կարող է դառնալ։

Ալկոհոլային էպիլեպսիայի դեպքում ցնցումային նոպաները հաճախակի չեն, իսկ ալկոհոլի գործածումը դադարեցնելու և թունազերծող ու հակացնցումային բուժում կատարելիս ելքը դառնում է բարորակ։

Դատահոգեբուժական գնահատականը։ Ալկոհոլամոլությամբ տառապող անձնավորությունները ինչպես սթափ, այնպես էլ հասարակ հարբածության վիճակում կատարած հակահասարակական արարքների դեպքում ճանաչվում են մեղսունակ և պատասխանատու օրենքի առջև։ Ինչ վերաբերում է ալկոհոլային դեգրադացիայով, ինչպես նաև ալկոհոլային պսիխոզով տառապող այն հիվանդներին, որոնք իրավախախտումներ կատարելիս ի վիճակի չեն եղել հաշիվ տալ իրենց կատարածի համար և ղեկավարել իրենց արարքները, սպա համարվում են անմեղսունակ և ուղարկվում են հարկադիր բուժման։

Ժամանակավոր անաշխատունակ են համարվում ալկոհոլամոլության 2-րդ և 3-րդ շրջանում գտնվող, ինչպես նաև ալկոհոլային սուր պսիխոզներ կրած այն հիվանդները, որոնք տառապում են աթենիկ, նևրոզանման և զանազան այլ բարդություններով։ Իսկ ալկոհոլամոլության 3-րդ շրջանում գտնվող անձի դեգրադացիայով, ինչպես նաև ալկոհոլային պսիխոզի ծանր ու ձգձգվող ընթացք ունեցող հիվանդները լրիվ անաշխատունակ են համարվում։

Գլուխ 12
ԹՄՐԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆ (ՆԱՐԿՈՄԱՆԻԱ)

Թմրամոլությունը քրոնիկական հիվանդություն է, որի դեպքում օրգանիզմը ընտելանում է թմրաբեր նյութերին, առաջացնելով մարմնական, նյարդային և հոգեկան բազմաթիվ խանգարումներ։

Թմրամոլության պատմությունը չափազանց հին է։ Մարդիկ թմրանյութերին ծանոթացել են, ըստ երևույթին, պատահաբար։ Որոշ բույսերի այրումից առաջացած ծխի ներշնչումը նրանց վրա հարբեցնող ու թմրեցնող ազդեցություն է ունեցել, որն էլ առիթ է տվել այդ բույսերն առանձնացնել ու գործածել որպես թմրանյութեր (ծխախոտ, ափիոն, հաշիշ և այլն)։

Թմրամոլությունը դարերից ի վեր ամբողջ աշխարհում համարվել է ամենատարածված արատներից մեկը։ Այսօր երկրագնդի վրա ոչ մի անկյուն զերծ չէ նրա այս կամ այն ձևի ախտահարումից։

Թմրամոլության առաջացման պատճառները խիստ շատ են ու բազմազան։ Մեծ նշանակություն ունի սոցիալական գործոնը (դաստիարակության արատներ, ավանդական վնասակար սովորություններ, միկրոսոցիալ միջավայրի բացասական ազդեցություն և այլն)։ Եթե ծխախոտին, ափիոնին ընտելանալու գործում հատկապես մեծ դեր են խաղում ընդօրինակումը, գայթակղումն ու հրապուրանքը, ապա մորֆինի ու նրա ածանցյալների չարաշահման պատճառ են դառնում ցավերով ուղեկցվող տարբեր հիվանդությունները, երբեմն նույնիսկ ոգեշնչում ու էյֆորիկ վիճակ առաջացնելու ձգտումը և այլն։ Սոցիալական լուրջ գործոնների հետ մեկտեղ նշանակություն ունեն նաև անհատի հիվանդագին նախադրյալները (կենսաբանական գործոն), որոնք փաստորեն օգնում և հեշտացնում են թմրամոլության առաջացումը։

Թմրաբեր նյութերի չարաշահումը անհատի մոտ առաջացնում է էյֆորիայի, բավականության ու հաճույքի վիճակ, ի վերջո հասցնելով այդ նյութերի նկատմամբ առաջացած ընտելացման ու հիվանդագին հակման։

Օրգանիզմի վրա թմրանյութերի ազդեցությունը զարգացման երկու շրջան ունի։ Առաջին շրջանում տրամադրությունը բարձրանում է, արտաքին տպավորությունների ընկալումը հեշտանում, որոշ դեպքերում հանդես են գալիս պատրանքային ու ցնորային զգայախաբություններ։ Երկրորդ՝ ընկճվածության ու արգելակման շրջանը բնորոշվում է տրամադրության անկմամբ, թորշոմածությամբ, ընդհանուր թուլությամբ ուղեկցվող վախով։ Վերջապես թմրանյութերի ավելի մեծ քանակ ըն-

դունելու դեպքում վրա է հասնում քունը։ Թմրանյութերի երկարատև կամ ժամանակ առ ժամանակ կրկնվող պարբերական գործածման դեպքում այդ նյութերի հանդեպ օրգանիզմի դիմացկունությունը (տոլերանտություն) բարձրանում է. ընդ որում, երբ ընտելացած օրգանիզմը զրկվում է թմրանյութ ընդունելուց, առաջանում են մարմնական և հոգեկան մի շարք խանգարումներ (աբստինենցիայի կամ թմրանյութային քաղցի համախտանիշ)։ Հիշյալ ախտաբանական նշանների առկայությունն էլ հենց բնորոշում է թմրամոլության հասկացողությունը։

Զևավորված թմրամոլության դեպքում աբստինենցիայի վիճակում առաջացած ծանր ու տանջալից զգացողությունները վերացնելու համար թմրանյութերի ընդունումը թմրամոլի համար անհրաժեշտություն է դառնում, եթե նույնիսկ այն էյֆորիա չի առաջացնում։ Քանի որ օրգանիզմը թմրանյութերին արագ է ընտելանում, և դիմացկունությունը անընդհատ բարձրանում է, այդ պատճառով հիվանդները դրանց քանակը նույնպես անընդհատ ավելացնում են՝ ցանկալի արդյունք ստանալու համար։ Նման դեպքերում թմրանյութ ձեռք բերելու համար նրանք ոչնչի առաջ կանգ չեն առնում, դիմելով մինչև խոշոր հանցագործության։

Թմրամոլությունը սոցիալական չարիք է համարվում նաև այն պատճառով, որ շատ արագ է տարածվում և կործանարար ազդեցություն է թողնում հասարակության վրա։

Թմրաբեր նյութերի քանակը բավականին մեծ է։ Նրանց գործածությունն օրենքով արգելված է (բացառությամբ այն դեղանյութերի, որոնք բժշկության բնագավառում կիրառման հատուկ ցուցմունքներ ունեն)։

Ստորև տրվում է թմրամոլության առավել տարածված մի քանի ձևերի կլինիկական նկարագրությունը։

ԹՄՐԱՄՈԼՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Մորֆինամոլություն (մորֆինիզմ): Մորֆինը, որը համարվում է ափիոնի ածանցյալներից մեկը, բժշկության մեջ գործ է ածվում որպես ցավազրկող դեղանյութ և բաց է թողնվում 1% լուծույթի կամ 0,01 գ փոշու, հաբերի ու մոմերի ձևով։

Մորֆինի կրկնակի սրսկումներից հետո ցավազրկմանը մշտապես ուղեկցող էյֆորիան պատճառ է դառնում այդ էֆեկտը նորից ու նորից զգալու ձգտմանը, արագորեն հասցնելով ընտելացման։ Սկզբնական շրջանում այդ բանին նշանակություն չտվող հիվանդը կարծում է, թե

հեշտությամբ կարող է դրան վերջ տալ, սակայն այնուհետև նա ոչ միայն չի կարողանում դադարեցնել, այլ արդեն պահանջ դարձած մորֆինի նախկին էֆեկտն ստանալու համար օրգանիզմի դիմացկունության բարձրացման պատճառով նրա դոզան անընդհատ ավելացնելու անհրաժեշտություն է զգում։ Մորֆինի հանդեպ արագ զարգացող ֆիզիկական և հոգեկան այդ կախյալությունը հասցնում է այն բանին, որ թմրանյութի պահանջը թմրամոլի համար դառնում է նրա կյանքի ամենակարևոր հարցը, նույնիսկ ընկճելով սննդի, սեռական և մյուս հակումները։

Մորֆինամոլը ժամանակին մորֆինի կամ նրան փոխարինող այլ թմրանյութերի նոր դոզա չստանալիս ընկնում է նարկոտիկային քաղցի (աբստինենցիայի) վիճակի մեջ։ Աբստինենցիայի դեպքում ֆիզիկական կախյալությունն արտահայտվում է հորանջոցի, հազի, գերքրտնության, տանջալից քորի, տարազգայնությունների, զանազան ցավերի, գլխապտույտների, սրտխառնության, փսխման, լուծի, ինչպես նաև ընդհանուր թուլության, երակազարկի արագացման, զարկերակային ճնշման բարձրացման, սրտային ցավերի և այլ երևույթներով։ Հոգեկան կախյալությունն արտահայտվում է տրամադրության անկմամբ, որի ֆոնի վրա հաճախակի առաջացող աֆեկտիվ բռնկումներն ու հոգեշարժական անհանգիստ վիճակները շատ հաճախ հասցնում են հակահասարակական վտանգավոր գործողությունների։ Կարող են առաջանալ նաև էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ, սուր հոգեկան խանգարումներ և այլն։

Մորֆինամոլությամբ տառապող անձնավորության մոտ աստիճանաբար հանդես են գալիս սոմատիկ, նյարդային և հոգեկան խանգարումներ։ Նա խիստ նիհարում է, մաշկը չորանում է ու թորշոմում, դեմքը դառնում է հողագույն, ախորժակը վատանում է, հանդես են գալիս սրտխառնություն, երբեմն փսխումներ ու կայուն փորկապություն։ Սրտի գործունեությունը դառնում է անկանոն, երակազարկը դանդաղում է, արյան ճնշումն իջնում։ Աչքի է զարնում աստիճանաբար զարգացող մկանային թուլությունը։ Միաժամանակ հանդես են գալիս զանազան տարազգայնություններ։ Քունը խանգարվում է, դառնում մղձավանջային երազներով լի։ Քնելուց առաջ հաճախակի առաջանում են հիպնագոգիկ ցնորքներ։ Սեռական հակումները և կարողությունը թուլանում կամ լրիվ բացակայում են։ Բավականին բնորոշ են համարվում մարմնի տարբեր հատվածներում, հատկապես ազդրերի, դաստակի և նախաբազկի շրջաններում մորֆինի սրսկումների ժամանակ ասեղի ծակոց-

ների տեղերում առաջացած բազմաթիվ կետային արյունազեղումներն ու թարախուտներից գոյացած կոպիտ սպիները։

Աստիճանաբար փոխվում է նաև մորֆինամոլի անձը։ Գնալով թուլանում ու կորչում է աշխատանքի ու հասարակական կյանքի նկատմամբ նրա ունեցած հետաքրքրությունը։ Նա դառնում է ծույլ ու փնթի, կոպիտ ու ենսասեր, ստախոս ու պարտազանց։ Նրա հետաքրքրությունների շրջանակը խիստ նեղանում է, կենտրոնանալով միայն թմրադեղեր հայթայթելու վրա։ Այդ նպատակով մորֆինամոլը ոչնչի առաջ կանգ չի առնում՝ սկսած դեղատոմսերի կեղծումից մինչև խաբեություն, գողություն և այլ հանցագործություններ։ Խիստ տուժում է կամային ոլորտը. մորֆինամոլը դառնում է կամազուրկ, հեշտ ներշնչվող։ Անձի դեգրադացիան հաճախ հասնում է մինչև հիշողության և մտավոր ունակությունների թուլացման։ Այդ բոլորով հանդերձ նշվում է տրամադրության անկում, հատկապես մորֆինի պահանջ զգալու շրջանում. մորֆինամոլը դառնում է մռայլ, թախծոտ ու միաժամանակ դյուրագրգիռ։ Ինորոշ ախտանշան է համարվում այն, որ մորֆին ընդունելուց կարճ ժամանակ անց այդ երևույթներն անցնում են, և հիվանդը դառնում է էյֆորիկ, ուրախ, շատախոս, թուլահոգի ու երազկոտ։

Հաշիշամոլություն (հաշիշիզմ)։ Թմրամոլության ձևերից է, որի ժամանակ մարդու օրգանիզմն ընտելանում է հաշիշին ու չի կարողանում հեշտությամբ ազատվել հիվանդագին դարձած այդ հակումից։

Հաշիշը խեժային նյութ է, որն ստացվում է հնդկական կանեփից (cannabis indica) և տարբեր երկրներում տարբեր անուններ ունի՝ անաշա, բանգ, խարաս, մարիհուանա, պլան և այլն։

Հաշիշը գործ է ածվում տարբեր ձևերով, որոնցից ամենատարածվածը ծխախոտի հետ խառնած վիճակում ծխելն է։ Ծխելիս նա շատ շուտ է ազդում, առաջացնելով սուր հարբածության վիճակ։ Վերջինս սկսվում է վախի ու տագնապի երևույթներով, փոխվելով տրամադրության բարձրացման ու անհոգության, հաճախ ուղեկցվելով չպատճառաբանված ու անզուսպ ծիծաղով, մտքերի արագ հոսքով և հոգեշարժական անհանգստությամբ, երբեմն հասնելով մինչև ագրեսիվ վարքի։ Հարբածության ավելի խորն արտահայտվածության դեպքում հանդես են գալիս գունեղ, ֆանտաստիկական երազանքներով ու ցնորազառանցանքային զգայախաբեություններով ուղեկցվող անրջային վիճակներ, ինչպես նաև անձի ու շրջապատի, ժամանակի ու տարածության ընկալման խանգարումներ։

Հաշիշային սուր հարբածության վիճակը կարող է տևել 1—3 ժամ,

որին հաջորդում է անտարբերության շրջանը՝ ուղեկցված մելամաղձության ու քնկոտության երևույթներով, ավարտվելով անհանգիստ ու երկարատև քնով։

Հաշիշի երբեմն նույնիսկ միանվագ գործածման դեպքում նյարդահոգեկան սուր խանգարումներ կարող են առաջանալ, տևելով ժամերից մինչև օրեր։ Դա կախված է ոչ միայն հաշիշային թունավորման աստիճանից, այլ նաև օրգանիզմի և նյարդային համակարգի անհատական առանձնահատկություններից։

Հաշիշի նկատմամբ հակումը շատ շուտ է առաջանում։ Ի տարբերություն թմրամոլության այլ ձևերի, հաշիշամոլության դեպքում աբստինենցիայի համախտանիշը հիմնականում արտահայտվում է հոգեկան կախյալությամբ (հոգեկան բավականություն ստանալով)։ Նա ունի մի վտանգավոր հատկություն, երբ հաշիշամոլությամբ տառապող անձնավորությունները հակվում են այլ թմրանյութեր գործածելուն (բազմաթմրամոլություն)։

Հաշիշամոլությունն առաջացնում է մի շարք փոփոխություններ ինչպես մարմնական, այնպես էլ նյարդահոգեկան ոլորտի կողմից։ Հաշիշամոլը սկսում է հյուծվել, հանդես են գալիս սրտի խփոցներ, ցավեր, ստամոքսի շրջանի այրող ցավեր, գերհոգնածության զգացում, գլխացավ, ցրվածություն, քնի խանգարում։ Միաժամանակ փոխվում են բընավորության գծերը. աչքի է զարնում շարությունը, կոպտությունը, աֆեկտիվ անկայունությունը, հանդգնությունն ու անպատկառությունը։

Հաշիշամոլության ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումների պատկերը չափազանց բազմաձև է։ Հանդիպում են գիտակցության տարբեր բնույթի խանգարումներ, տեսողական պատրանքներ, հատկապես գունեղ ու վառ, արագ փոփոխվող ցնորքներ, կտրտված և անկայուն զառանցական մտքեր, դեռեալիզացիայի, դեպերսոնալիզացիայի և այլ ախտանշաններով ուղեկցվող քավականին հարուստ ու արտահայտված պսիխոսենսոր խանգարումներ, ինչպես նաև հիպոխոնդրիկ զանգատներ, որոնք մեծ մասամբ ընթանում են հուզային դրական կամ բացասական ֆոնի վրա։ Ոչ արտահայտված հոգեշարժական գրգռվածության վիճակները մեծ մասամբ զուգորդվում են կոպիտ ու ցինիկ վարքի հետ։ Հոգեկան խանգարման սկզբից մինչև վերջ աչքի են զարնում հուզային հաճախակի տատանումները, ինչպես նաև հոգեախտաբանական վերոհիշյալ ախտանշանների ալիքաձև փոփոխելիությունը։

Հաշիշային պսիխոզների դեպքում համեմատաբար ավելի հաճախ կարող են դիտվել հետևյալ հոգեախտաբանական համախտանիշները՝

դելիրիումային, մանիակալ, դեպրեսիվ, պտիխոսենսոր խանգարման, շիզոֆրենանման, նևրոզանման, ինչպես նաև անձի պաթոլոգիական զարգացում։

Բարբիտուրաթթվի ածանցյալներով պայմանավորված թմրամոլություն։ Բարբիտուրաթթվի ածանցյալները՝ ամիտալ նատրիում (բարբամիլ, ամոբարբիտալ), էտամինալ նատրիում (նեմբուտալ, պենտոբարբիտալ) պատկանում են այն քնաբերների շարքին, որոնք հեշտությամբ ընտելացում են առաջացնում, հասցնելով ծանր բարդությունների։

Այդ դեղամիջոցներին մարդիկ տարբեր ճանապարհներով են ընտելանում՝ անքնության դեպքում տարվող ինքնաբուժում, բժշկի կողմից անքնության համար նշանակված, իսկ հետագայում հիվանդի կողմից ինքնաբերաբար շարունակվող դեղամիջոցի երկարատև օգտագործում, թմրամոլության տարբեր ձևերով (այդ թվում նաև ալկոհոլամոլությամբ) տառապողների կողմից ընդունվող թմրանյութի ազդեցությունն ուժեղացնելու ձգտում և այլն։

Բարբիտուրատների ածանցյալների տևական գործածության դեպքում օրգանիզմն արագ ընտելանում է, և դրանց ավելի մեծ չափերով ընդունման պահանջն աճում է։ Որոշ դեպքերում առավել արտահայտված ազդեցություն առաջացնելու նպատակով հիվանդներն այն զուգակցում են այլ թմրանյութերի հետ (բազմաթմրամոլություն կամ բազմաթունամոլություն), ժամանակի ընթացքում օրական ընդունվող դեղանյութի չափն ավելացնելով մի քանի անգամ։

Բարբիտուրատներով պայմանավորված թմրամոլության դեպքում աբստինենցիայի համախտանիշը բավականին ծանր է ընթանում։ Ֆիզիկական կախյալությունն արտահայտվում է անքնությամբ, թուլությամբ, դլխապտույտով, սրտխառնությամբ ու փսխոմով, զարկերակային ճընշման իջեցումով, որ երբեմն կարող է հասցնել կոլապսային վիճակի, ինչպես նաև ռեֆլեքսների բարձրացմամբ, ծայրանդամների դողով։ Հոգեկան կախյալությունն արտահայտվում է դյուրագրգռությամբ, ագրեսիվության հասնող չարությամբ, որն ուղեկցվում է դիսֆորիկ վիճակով, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներով, գիտակցության դելիրիումային բնույթի խանգարմամբ, ցնորագարության երևույթներով։

Թմրամոլության այս ձևի դեպքում անձի փոփոխություններն ավելի ակնհայտ են դառնում։ Հիվանդների աշխատունակությունն ընկնում է, հանրօգուտ աշխատանքով չեն զբաղվում, բարոյալքվում են, վարելով պորտաբույծ կյանք։ Մյուս կողմից դառնում են դյուրագրգիռ, բռնկվող,

չար։ Հիշողությունը թուլանում է, ընդհուպ մինչև կորսակովյան համախտանիշի առաջացում։ Ուշադրությունը դառնում է ցրված։ Բանականությունը նույնպես տուժում է, հանդես են գալիս թուլամտության երևույթներ։

Բազմաթմրամոլություն։ *Միաժամանակ երկու կամ մի քանի թմրաբեր նյութերի ընդունումն է, որն առաջացնում է ընտելացում և աբստինենցիայի համախտանիշ։*

Բազմաթմրամոլության առաջացման պատճառ կարող է դառնալ ընտելացած թմրանյութ հայթայթելու դժվարությունը կամ անհնարինությունը, գործածվող թմրանյութի հարբեցնող ազդեցությունն ուժեղացնելու ձգտումը և այլն։

Բազմաթմրամոլության դեպքում թմրանյութերի ընդունումը կարող է հերթականորեն կամ զուգահեռաբար լինել, մեծ մասամբ կախված այն բանից, թե ինչ թմրանյութ է հայթայթվում կամ թմրանյութերի հնչպիսի զուգակցումն է հարբեցնող ավելի լավ արդյունք առաջացնում։

Բազմաթմրամոլության դեպքում աբստինենցիայի համախտանիշն ավելի ծանր է ընթանում, իսկ անձի փոփոխություններն ավելի արտահայտված են լինում։

Գլուխ 18

ԹՈՒՆԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆ (ՏՈՔՍԻԿՈՄԱՆԻԱ)

Թունամոլությունը մի հիվանդություն է, որն առաջանում է բոլոր այն թունավոր (տոքսիկ) նյութերի և դեղամիջոցների չարաշահումից, որոնք չեն մտնում թմրանյութերի ցուցակի մեջ։ Այդ նյութերի շարքն են դասվում պսիխոտրոպ դեղամիջոցներից՝ նեյրոլեպտիկները (ամինազին, տիզերցին, հալոպերիդոլ, լեպոնեքս, սոնապաքս և այլն), տրանկվիլիզատորները (սեդուքսեն, ռելանիում, սիբազոն, էլենիում, տազեպամ, ֆենազեպամ և այլն), կենտրոնական նյարդային համակարգի խթանիչները (սիդնոկարբ, սիդնոֆեն, սապարալ, ացեֆեն, ֆենամին, կոֆեին ու նրա ածանցյալներից՝ թեյ ու սուրճ), ինչպես նաև քնաբերները (նիտրազեպամ, ռադեդորմ, էունոկտին, քրոմուրալ), հակապարկինսոնային (ցիկլոդոլ, արտան, ռոմպարկին, պարկոպան, նորակին) և հակահիստամինային (դիմեդրոլ, պիպոլֆեն) դեղամիջոցները։

Վերոհիշյալ նյութերի նկատմամբ ընտելացում կարող է առաջանալ հիմնականում երկու ճանապարհով. մի դեպքում այդ նյութերն օգտագործող անձինք ցանկանում են տրամադրությունը բարձրացնել, իսկ մյուս դեպքում՝ վատ ինքնազգացումն ու տրամադրության անկումը վերացնել։ Երկու դեպքում էլ ցանկալի վիճակ առաջացնելու համար օրգանիզմի դիմացկունության բարձրացման հետևանքով թունավոր նյութի կրկնակի ընդունման կարիք է զգացվում։

Թունամոլության առաջացման մի շարք պատճառներ կան, որոնցից են, օրինակ, բժշկի կողմից քրոնիկական որոշ հիվանդությունների ժամանակ անզգուշորեն սխալ նշանակված պատրաստուկների գործածումը, նևրոզների և նևրոզային վիճակների դեպքում բուժման նպատակով տրանկվիլիզատորների ոչ տեղին ու ոչ չափավոր կիրառումը, առանց բժշկի դիտության կատարվող ինքնաբուժումը, անքնության ժամանակ հաճախակի գործածվող քնաբերները։ Որոշակի նշանակություն ունեն բնավորության տհաստությունը, պսիխոպաթիկ գծերը, ձանձրույթի փարատումը, իսկ դեռահասների մոտ ընդօրինակումն ու հետաքրքրասիրությունը («եթե մյուսներն ընդունում են, ապա մենք էլ փորձենք, տեսնենք ինչպես կստացվի»)։

Թունամոլության կլինիկական պատկերն ու ընթացքը, թմրամոլության նման, մեծ չափով կախված է չարաշահվող նյութի կամ դեղամիջոցի տեսակից, քանակից, ինչպես նաև թունամոլի անձի անհատական առանձնահատկություններից։

ԹՈՒՆԱՄՈԼՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Տրանկվիլիզատորների և նեյրոլեպտիկների չարաշահումից առաջացած թունամոլություն։ Նեյրոլեպտիկներն ու տրանկվիլիզատորները համեմատաբար ավելի հաճախ չարաշահվում են պսիխոպաթների, նևրոզով տառապող հիվանդների կողմից՝ դրանց երկարատև օգտագործման դեպքում։ Աբստինենցիայի համախտանիշը անկայուն է և թեթև արտահայտված։ Այն հիմնականում բնորոշվում է վեգետատիվ խանգարումներով (գլխապտույտ, ծայրանդամների դող, սրտխառնություն, երակազարկի հաճախացում, գերքրտնություն) ուղեկցվող անհանգստությամբ ու անքնությամբ։ Նման հիվանդների մոտ ժամանակի ընթացքում

տեղ է գտնում անձի ախտաբանական զարգացումը։ Առաջանում է հետաքրքրության շրջանի նեղացում, անտարբերություն իրենց ամենօրյա պարտականությունների նկատմամբ, հիպոխոնդրիկ գանգատներ, դյուրագրգռություն և անզսպություն։

Կենտրոնական նյարդային համակարգի խթանիչների չարաշահումից առաջացած թունամոլություն։ ԿՆՀ խթանիչների նկատմամբ ընտելացում կարող է առաջանալ նրանց հաճախակի ու մեծ չափերով գործածման դեպքում։

Բժշկության մեջ խթանիչներն օգտագործվում են ասթենիկ, ասթենոդեպրեսիվ վիճակների, տևական հոգնածության, աշխատունակության անկման, քնկոտության դեպքում։ Խթանիչների երկարատև օգտագործման ժամանակ նրանց նկատմամբ օրգանիզմի դիմացկունության բարձրացման հետևանքով հետզհետե ավելանում է ընդունվող խթանիչի դեղաչափը՝ թունամոլի մոտ առաջացնելով վեգետատիվ-անոթային խանգարումներ, հուզային անկայունություն, երբեմն նաև՝ պսիխոսենսոր խանգարումներ։ Աբստինենցիայի համախտանիշը չնայած արտահայտված չէ, բայց երբեմն շատ ծանր կարող է ընթանալ։

Խթանիչների շարքում որոշակի տեղ է գրավում թեյի շատ թունդ թուրմի գործածումը (չիֆիրամոլություն)։ Չիֆիրի ընդունումը հարբածություն է առաջացնում, որը բնորոշվում է տրամադրության բարձրացմամբ, հոգեշարժական ակտիվությամբ, մտքերի արագ հոսքով, հոգնածության վերացմամբ։ Նրա ազդեցությունը տևում է 4—5 ժամ։ Չնայած չիֆիրը աբստինենցիայի համախտանիշ համարյա թե չի առաջացնում, սակայն նա այնուամենայնիվ ընտելացնում է առաջացնում և նրա քրոնիկական գործածման դեպքում աստիճանաբար փոխվում է չիֆիրամոլի բնավորությունը, հույզերը դառնում են անկայուն, երբեմն տեղ են գտնում դյուրագրգռությունը և աֆեկտիվ պոռթկումները։

Ոչ հազվադեպ չիֆիրի ընդունումը զուգակցվում է հաշիշ ծխելով, փաստորեն վերափոխվելով բազմաթմրամոլության։

Քնաբերների չարաշահմամբ պայմանավորված թունամոլություն։ Թունամոլության այս ձևը հաճախ առաջանում է անքնությամբ տառապողների մոտ։ Ոչ հազվադեպ թմրամոլների կողմից քնաբերներ օգտագործվում են թմրաբեր այլ նյութերի հետ զուգակցված։ Քնաբերների ամենօրյա կանոնավոր գործածումը ընտելացում և հոգեկան կախյալություն է առաջացնում, ընդունվող դեղաքանակի հետագա աստիճանական բարձրացմամբ։ Նման թունամոլները կարողանում են քնել միայն

մեծ չափերով քնաբերներ ընդունելուց հետո. քունը նրանց մոտ դառնում է մղձավանջային երազներով լի։ Հիվանդների աշխատունակությունն ընկնում է, դառնում են դյուրագրգիռ, եսասեր ու չար։ Միաժամանակ ինքնամփոփ են, ցրված ու արգելակված։ Հիշողությունը թուլանում է, երբեմն աղավաղվում, հասնելով մինչև կորսակովյան համախտանիշի։ Նշվում են նաև վեգետատիվ մի շարք ախտանշաններ (երակազարկի դանդաղում, զարկերակային ճնշման իջեցում, գերքրտնություն և այլն)։

Հակապարկինսոնային դեղամիջոցների չարաշահմամբ պայմանավորված թունամոլություն։ Պարկինսոնիզմի բուժման նպատակով կիրառվող հակապարկինսոնային դեղամիջոցների (ուղղիչների) չարաշահումը օրգանիզմի ընտելացում է առաջացնում։ Այդ դեղամիջոցներից հատկապես շատ է տարածված ցիկլոդոլի չարաշահումը, որը թերապևտիկ դեղաքանակի նույնիսկ կրկնակի ու եռակի չափով ընդունելու դեպքում առաջացնում է էյֆորիայով և առավելապես տեսողական ցնորքներով ուղեկցվող հարբածության վիճակ։ Հենց այդ վիճակում առաջացած էյֆորիան ու «դուրեկան» ցնորապատրանքային տեսողական զգայախաբությունները են պատճառը, որ կրկնակի անգամ այդ «հաճույքն» զգալու ցանկություն է առաջանում և համեմատաբար կարճ ժամանակ (1—2 ամիս) անց օրգանիզմն ընտելանում է այդ դեղամիջոցին։

Չևավորված թունամոլի մոտ ցիկլոդոլի օրական ընդունած դեղաքանակը կարող է հասնել 20—40 հաբի։ Ֆիզիկական և հոգեկան կախյալությամբ բնորոշվող աբստինենցիան շատ արագ է զարգանում, ծանր է ընթանում և արտահայտվում է ձեռքերի դողով, քրտնարտադրությամբ, անքնությամբ, վախի ու տագնապի զգացումներով, աֆեկտիվ լարվածությամբ, դյուրագրգռությամբ ու չարությամբ։

Ցիկլոդոլի երկարատև չարաշահման դեպքում կարող է առաջանալ անձի պսիխոպաթային զարգացում, իսկ ծանր դեպքերում՝ անգամ պսիխոօրգանական համախտանիշ։

Միսախոտամոլություն։ Միսախոտամոլությունը աշխարհի շատ երկրների սոցիալ-տնտեսական կարևոր պրոբլեմներից մեկն է։ Միսախոտի և նրա ծխի մեջ պարունակվող բազմաթիվ թունավոր նյութերի շարքում ամենահիմնական ներգործող նյութը նիկոտինն է։ Նա համարվում է շատ ուժեղ թույն։ Բավական է նշել, որ նրա մեկ կաթիլը կարող է սպանել ձին, իսկ 0,1 գրամը մահաբեր է մարդու համար։ Հաշվարկված է,

որ 20 գլանակ ծխախոտ ծխելիս օրգանիզմ է մտնում միջին հաշվով 0,1 գր նիկոտին։ Բայց 20 և ավելի գլանակ ծխող մարդկանց մոտ այն մահաբեր չի դառնում միայն այն պատճառով, որ մի կողմից ժամանակի ընթացքում օրգանիզմն ընտելանում է այդ թույնին և, ամենագլխավորը, որ ծխողը դա ընդունում է ոչ թե միանգամից, այլ ընդմիջումներով, մաս-մաս, ուստի և սուր թունավորում չի առաջանում։

Նիկոտինային սուր թունավորումը արտահայտվում է գլխացավով, գլխապտույտով, սրտխառնությամբ ու փսխումներով, դեմքի գունատությամբ, պուլսի արագացմամբ և ընդհանուր թուլությամբ։ Ծանր դեպքերում այդ բոլորին կարող են ավելանալ նաև գիտակցության կորուստը (կոմատոզ վիճակ), ջղաձգություններ և նույնիսկ մահ։

Նիկոտինային քրոնիկական թունավորման դեպքում (երկարատև ծխողների մոտ) առաջանում են մի շարք խանգարումներ։ Ծխողների ամենահաճախակի գանգատներից են տևական հազը, սրտի շրջանի ծանրությունն ու տհաճ զգացողությունը, քնի խանգարումը, հաճախակի գլխացավն ու գլխապտույտը, ինչպես նաև հիշողության թուլացումը, աշխատունակության անկումը։

Լուրջ փոփոխություններ են տեղի ունենում ներքին օրգաններում։ Աղեստամոքսային ոլորտի կողմից հանդիպող հաճախակի գանգատներից են՝ ախորժակի բացակայությունը, ստամոքսի շրջանի ցավերը, ինչպես նաև ստամոքսի և տասներկումատնյա աղիի խոցի, անգամ քաղցկեղի առաջացումը։ Ծխախոտամոլության հետ սերտորեն է առնչվում նաև թոքերի քաղցկեղը, իսկ էլ ավելի հաճախ՝ քրոնիկական բրոնխիտը։ Ապացուցված է, որ նիկոտինը լուրջ պատճառ է սրտամկանի ինֆարկտի և աթերոսկլերոզի առաջացման գործում։ Նիկոտինը նպաստում է նաև վաղաժամ ծերանալուն, տղամարդկանց մոտ սեռական թուլության, իսկ կանանց մոտ՝ դաշտանի խանգարման զարգանալուն։ Հավաստի տվյալներ կան, որ ծխախոտամոլությունը կարճացնում է կյանքը և բարձրացնում ազգաբնակչության մահացության տոկոսը։

Աբստինենցիայի համախտանիշը ծխախոտամոլության դեպքում արտահայտվում է հուզական և վեգետատիվ մի շարք խանգարումներով՝ հուզական անկայունություն, առավել հաճախ անկումային տրամադրություն, լարված-տագնապային վիճակ, գլխացավ, գերքրտնություն, ձեռքերի մատների դող, ինչպես նաև դյուրագրգռություն, մտավոր գործունեության ակտիվության իջեցում, աշխատունակության անկում, ինքնազգացողության վատացում և այլն։

Աբստինենցիայի երևույթները մեղմացնելու կամ վերացնելու նպատակով կիրառվում է սիմպտոմատիկ բուժում (հանգստացնող դեղամիջոցներ՝ բրոմային նատրիում, բրոմ կամֆորա, ռելանիում՝ 5 մգ, էլենիում՝ 10 մգ և այլն, քնաբերներ՝ նիտրազեպամ՝ 5 մգ, ռադեդորմ՝ 5 մգ և այլն)։

Ծխախոտամոլության բուժումը տարվում է համալիր ձևով, որտեղ կարևոր տեղ է գրավում հոգեներշնչումը (հոգեներշնչողական դրույցներ, ինքնամարզում, հիպնոսային ներշնչում), որով ծխախոտի նկատմամբ հակումը վերացնելու և զզվանքային պայմանական նոր ռեֆլեքս առաջացնելու հնարավորություն է ստեղծվում։ Միաժամանակ կիրառվում է նաև օժանդակ դեր խաղացող դեղամիջոցային բուժում (տաբեքս, լոբեսիլ, մետրանիդազոլ (տրիխոպոլ)՝ 0,25 գ, անաբազին հիդրոքլորիդ՝ 0,003 գ, գամաբազին՝ 0,003 գ, ասեղնաբուժություն և այլն)։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Թմրամոլության և թունամոլության բուժումը կատարվում է նարկոլոգիական ստացիոնարի (իսկ դրա բացակայության դեպքում հոգեբուժական հիվանդանոցում այդ նպատակի համար առանձնացված հատուկ բաժանմունքի կամ պալատի) պայմաններում, վերացնելով դրրսից թմրանյութեր ստանալու բոլոր հնարավորությունները։

Բուժման կուրսը (որի տևողությունը պետք է լինի 60 օրից ոչ պակաս) բաղկացած է 3 շրջանից։

Առաջին շրջանը ուղղված է նարկոտիկների ընդունումը դադարեցնելուն և դրա հետևանքով առաջացած աբստինենցիայի համախտանիշի վերացմանը։

Այդ շրջանի համար հատկապես ցուցված է պիրոքսանը՝ 0,015 գ հաբերի կամ 1 % 1 մլ լուծույթի ձևով (օրվա ընթացքում դեղաչափը համապատասխանաբար հասցնելով մինչև 0,12 գ կամ երեք անգամ միջմկանային ներարկման)։ Կիրառվում է նաև կալցիումի քլորիդ՝ 10%, 5—10 մլ, գլյուկոզա՝ 40% 20 մլ ներերակային ներարկումներ, ծծմբաթթվական մագնեզիում՝ 25% 5—10 մլ, ունիթիոլ՝ 5% 5—10 մլ միջմկանային ներարկումներ։ Մեծ դեղաչափերով վիտամիններ՝ B_1— 5 % 3—4 մլ, B_6— 5% 4—8 մլ, B_{12}— 0,02% 1 մլ, C— 5% 3—5 մլ միջմկանային ներարկումներ, PP 1% 1—2 մլ ենթամաշկային ներարկում, պոլիգլուկին, հեմոդեզ կաթիլային ներարկումների ձևով։

Աբստինենցիայի վիճակում առաջացած հոգեշարժական գրգռվածության, անհանգստության և անքնության դեպքում կարելի է նշանակել նեյրոլեպտիկներ (ամինազին 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ, տիզերցին 25 մգ. կամ 2,5 % լուծույթ, հալոպերիդոլ 1,5 մգ. կամ 0,5 % լուծույթ, էտապերազին 10 մգ, սոնապաքս 10 մգ և այլն), ինչպես նաև տրանկվիլիզատորներ ու քնաբերներ (սեդուքսեն 5 մգ կամ 0,5 % լուծույթ, նոզեպամ 10 մգ, ֆենազեպամ 1 մգ, նիտրազեպամ 5 մգ, ռաղեդրոմ 5 մգ, ֆենոբարբիտալ 100 մգ և այլն)։

Ցավերի դեպքում կարելի է նշանակել անալգետիկներ (անալգին, բարալգին, պենտալգին, ամիդոպիրին և այլն), սպազմոլիտիկներ և անոթալայնիչ դեղամիջոցներ (նո-շպա, էուֆիլին, պապավերին և այլն)։

Բուժման ընթացքում, հենց սկզբից ևեթ, կարևոր նշանակություն ունի պսիխոթերապիան։

Բաժանմունքը, որտեղ կատարվում է թմրամոլությամբ կամ թունամոլությամբ տառապող հիվանդների բուժումը, պետք է ունենա վերակենդանացման ինտենսիվ պալատ, աբստինենցիայի մեջ գտնվող՝ խիստ ծանր ու կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդների բուժման համար։

Աբստինենցիայի համախտանիշը վերացնելուց հետո բուժման երկրորդ՝ վերականգնողական շրջանը ուղղված է քրոնիկական ինտոքսիկացիայի հետևանքների վերացմանը և հիվանդի մարմնական ու հոգեկան վիճակների կարգավորմանը։ Այդ նպատակով կիրառվում են թունազերծող, օրգանիզմն ամրապնդող, նյարդային համակարգը հանգստացնող և սխտանշաբանական այլ բուժմիջոցառումներ։ Ուղեղի նյութափոխանակության պրոցեսը լավացնելու նպատակով խորհուրդ է տրվում պիրացետամ՝ 0,4 գ պատիճների կամ 20 % լուծույթի ձևով։ Կարելի է օգտագործել նաև փոքր քանակով ինսուլին, առաջացնելով թեթև հիպոգլիկեմիկ վիճակներ։

Կիրառվում է նաև ֆիզիոթերապիա, ջրաբուժություն, բուժական ֆիզկուլտուրա, ինչպես նաև սանեղնառեֆլեքսաբուժում։

Մեծ տեղ պետք է տալ աշխատանքային բուժմանը, ընդ որում ըստ կրզբնական շրջանի չափավորված աշխատանքը աստիճանաբար պետք է վերափոխել լրիվ ծանրաբեռնվածության։

Թմրամոլության և թունամոլության բուժման 3-րդ շրջանը նվիրված է ռեցիդիվները կանխող՝ պահպանողական բուժման և սոցիալական աշխատանքային հարցերին։

Այս շրջանի միջոցառումներն ավելի երկարատև են և անց են կացվում ամբուլատոր պայմաններում, թմրաբանական դիսպանսերի կամ կաբինետի (իսկ դրանց բացակայության դեպքում շրջանային հոգեբույժի) հսկողության ներքո։ Ինչպես վերը նշվեց, մշտապես պետք է կիրառել պսիխոթերապևտիկ միջոցառումներ։

Թմրամոլության և թունամոլության որոշ ձևերի բուժումն ունի որոշակի առանձնահատկություն։

Մորֆինային թմրամոլության բուժումը դժվար է, կապված հականարկոտիկային դեղամիջոցների հանդեպ առկա նրա դեղակայունության հետ։ Ուստի առաջարկվում է կուրարենման և խոլինալուծիչային միջոցների զուգակցված մեթոդով բուժման հատուկ կուրս։ Այսպես օրինակ, ատրոպինի միջոցով առաջացվում է շշմածություն կամ դելիրիումի ձևով արտահայտվող գիտակցության խանգարում։ Այդ խանգարումը վերացվում է 0,1 % 2 մլ էզերինի օգնությամբ։ Մի քանի օր անց, երբ հիվանդի գիտակցությունը պարզվում է, արտահայտված հետպսիխոզային ասթենիայի վիճակում մորֆինի հանդեպ առաջանում է անտարբերություն կամ ձգտման լրիվ բացակայություն։

Աբստինենցիան հատկապես ծանր է ընթանում բարբիտուրային թմրամոլության դեպքում։ Այդ պատճառով թմրանյութի հանումը անց է կացվում աստիճանաբար, մի քանի օրվա ընթացքում։ Նշանակվում են մեծ քանակությամբ հատկապես B խմբի վիտամիններ։ Խիստ կարևոր է պահպանել սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգի գործունեությունը։

Հաշիշային աբստինենցիայի հետ կապված տրամադրության անկման և անքնության դեպքում պետք է նշանակել ամիտրիպտիլին՝ 25 մգ, դիազեպամ՝ 5 մգ, նիտրազեպամ (ռադեդորմ)՝ 5 մգ և այլն։

Քանի որ հաշիշը հիմնականում ընդունվում է ծխախոտի հետ խառնված վիճակում, ուստի հաշիշամոլային աբստինենցիան վերացնելուց հետո բուժման երկրորդ փուլն ուղղվում է ապանիկոտինացման վրա (մետրանիդազոլ՝ 25 մգ, տաբեքս, անաբազին՝ 0,3 մգ)՝ հիմքում ունենալով ծխախոտամոլության ստերեոտիպը խարխլելու հարցը։ Անշուշտ, մեծ տեղ պետք է հատկացնել նաև պսիխոթերապիային և աշխատանքային բուժմանը։

Հաշիշիզմի դեմ տարվող պայքարի գործում մեծ նշանակություն ունի կանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպումը, որտեղ շեշտը պետք է դնել նաև ծխախոտ ծխելու վնասների վրա։

Թմրամոլության և թունամոլության դատաբժշկական գնահատականը: Թմրանյութեր չարաշահող անձինք, որպես օրենք, մեղսունակ են համարվում։

Թմրամոլության և թունամոլության այն դեպքերը, երբ իրավախախտումը տեղի է ունեցել հոգեկան խանգարման կամ անձի խոր արտահայտված փոփոխության վիճակում, համարվում են անմեղսունակ։

Թմրամոլության և թունամոլության ժամանակ աշխատունակության հարցերը լուծվում են՝ ելնելով հիվանդության ծանրության աստիճանից և սոմատիկ վիճակից։ Քիչ դեպքեր չեն հանդիպում, երբ թմրամոլությունը կամ թունամոլությունը հանդիսանում են սոմատիկ այս կամ այն հիվանդության բարդություն։ Նման դեպքերում հաշվի պետք է առնել, թե հիվանդի մոտ ինչպես է պահպանված մասնագիտական որակավորումը։ Որպես օրենք, թմրամոլին կամ թունամոլին պետք է արդելել ավտոմեքենա վարել։ Նման դեպքերում փորձագետ հանձնաժողովի խորհրդով հիվանդը փոխում է աշխատանքի բնույթը և ավելի ցածր մակարդակի աշխատանքի անցնելով հանդերձ՝ ստանում 3-րդ խմբի հաշմանդամություն։

Գլուխ 14

ԷՊԻԼԵՊՍԻԱ

Էպիլեպսիան քրոնիկական հիվանդություն է, որը բնութագրվում է նոպայական (պարոքսիզմալ) խանգարումներով և հիվանդի անձի յուրահատուկ փոփոխությամբ՝ ընդհուպ մինչև թուլամտություն։ «Էպիլեպսիա» բառը առաջին անգամ 11-րդ դարում օգտագործել է Ավիցեննան։ Եգիպտացիները հիվանդությունն անվանում էին «լուսնային», լուսնոտություն, գիշերաշրջության հետ կապված. «սուրբ» («morbus sacer») անվանումը նա ստացել է կրոնական ապրումների պատճառով, որոնք հաճախ առաջանում են այդ հիվանդության դեպքում. «ընկնավորություն»— «падучая болезнь» հայերեն և ռուսերեն անվանումները պայմանավորված են հիմնական արտահայտություններից մեկի՝ ցնցումային ուժեղ նոպայի հետ, որի ժամանակ հիվանդներն ընկնում են, կորցնելով գիտակցությունը. «սև տկարություն» անվանումը ծագում է հիվանդի մաշկի կապտավուն գույնից, որը պայմանավորված է ցնցումային նոպայի ժամանակ առաջացած ջնջահեղձությամբ։

Այսպիսով, էպիլեպսիայի նկարագրությունը հանդիպում է հին Եգիպտոսում, Հնդկաստանում, Հունաստանում՝ Հիպոկրատի աշխատություններում, սակայն մինչև մեր օրերը այս հիվանդության ախտածնությունն այդպես էլ հիմնականում մնում է չբացահայտված։

Առանձնացվում է գենուին (իդիոպաթիկ, էսենցիալ, կրիպտոգեն) էպիլեպսիա կամ էպիլեպտիկ հիվանդություն, որի առաջացման պատճառները պարզ չեն, և սիմպտոմատիկ էպիլեպսիա, որի ժամանակ էպիլեպսանման համախտանիշը պայմանավորված է գլխուղեղի այս կամ այն օրգանական հիվանդությամբ (վնասվածքներ, ուռուցքներ, անոթային խանգարումներ, թունավորումներ և այլն)։

Որոշ հեղինակներ էպիլեպսիան բաժանում են 3 տեսակի՝ առաջնային, օջախային կամ ֆոկալ (երկրորդային) և ռեֆլեկտոր։ Առաջնային էպիլեպսիայի դեպքում, որը փաստորեն գենուինն է, հիմնական դերը պատկանում է բարձր ցնցումային պատրաստականությանը, որը բնածին է կամ կյանքի վաղ տարիներին ձեռքբերված, ընդ որում ցնցումային նոպաները կրում են ծավալուն բնույթ։ Օջախային էպիլեպսիայի դեպքում հիմնական դերը հատկացվում է ուղեղում էպիլեպսածին օջախին՝ ուղեղի վնասվածքների կամ բորբոքային ախտահարումների հետևանքով, ընդ որում ցնցումային նոպաները ադվերսիվ են։ Ռեֆլեկտոր էպիլեպսիայի դեպքում հիմնական դերը խաղում է էպիլեպսածին գրգռիչը, որն անհատական է յուրաքանչյուր հիվանդի համար (ձայն, լույս և այլն)՝ այս կամ այն անալիզատորի բարձրացած զգայունության հետ կապված. այս դեպքում էպիլեպսածին գրգռիչի ազդեցության վերացումից հետո նոպաները դադարում են։

Էպիլեպսիան տարածված հիվանդությունների թվին է պատկանում։ Հիվանդանոցներում էպիլեպսիայով հիվանդները կազմում են հիվանդների ընդհանուր թվի 3—10 %, հոգեբուժական դիսպանսերներում հաշվառման մեջ գտնվողների՝ 8—12 %։ Տղամարդիկ ու կանայք հիմնականում հիվանդանում են միևնույն հաճախականությամբ։ Ամենից հաճախ հիվանդությունը սկսվում է 15—20 տարեկանում, և հետագայում տարիքին համապատասխան ցնցումային պատրաստականությունը նվազում է։

Էպիլեպսիայի ժամանակ դիտվում է խանգարումների երկու խումբ.

1. Էպիլեպսային պարոքսիզմներ, որոնց պատկանում են հանկարծակի առաջացող մեծ ու փոքր նոպաները, էպիլեպսային պսիխոզները և տրամադրության խանգարումները։

2. Ինտելեկտի, բնավորության առաջընթաց զարգացող փոփոխություններ, որոնք բերում են թուլամտության և անձի յուրահատուկ փոփոխությունների։

Պարոքսիզմների ցնցումային ձևերը։ Մեծ ցնցումային նոպան (grand mal) շատ հաճախ հանկարծակի է առաջանում։ Երբեմն կարող են ի հայտ գալ նախանշաններ՝ վատ ինքնազգացողության, գլխացավերի, գրգռվածության կամ թախծատագնապալի տրամադրության ձևով։ Նոպան կարող է սկսվել աուրայով, որը տևում է մի քանի վայրկյան և հանդիսանում է նոպայի առաջին փուլը։

«Աուրա» բառը նշանակում է հովիկ (հնագույն աղբյուրների նկարագրմամբ հիվանդը նոպայի սկզբում զգում է «սառնավուն հովիկ»)։ Աուրան կարող է արտահայտվել ամենատարբեր ձևերով՝ զգայական, շարժողական, վեգետատիվ, հոգեկան և այլն։

Զգայական աուրայի դեպքում հիվանդները նշում են տարբեր զգացումներ։ Զգայական աուրան կարող է լինել տեսողական (հիվանդներն ամբողջ շրջապատը տեսնում են վառ գույներով, արյունով ներկված մարդկանց ու առարկաներ, լույսի բռնկումներ, բոց, կրակ և այլն), լսողական՝ թմբկահարություն, աղմուկ, շառաչյուն, երաժշտություն, հոտառական՝ տարօրինակ հոտեր, հաճախ տհաճ բնույթի (փոշու, խանձվածքի, ծխի, քայքայվող մնացուկների), համի՝ տհաճ համային զգացումներ։ Վերջապես, հիվանդների մոտ կարող են առաջանալ տարբեր պարեսթեզիաներ՝ սառնության, մրջյունների սողալու, փայտացման ըզգացում, ինչպես նաև հանկարծակի գլխապտույտներ։ Շարժողական աուրան դրսևորվում է իմպուլսիվ վազքի, քայլքի, իր սեփական առանցքի շուրջը պտույտի և այլ ձևերով։ Վեգետատիվ կամ վիսցերալ աուրան բնութագրվում է սրտագդալի շրջանում տհաճ զգացումներով, որովայնի ցավերով, սրտխառնոցով, փսխմամբ, բբերի նեղացմամբ ու լայնացմամբ։ Հոգեկան աուրայի դեպքում, որը դասվում է գիտակցության հա-

տուկ վիճակների շարքին, նշվում է գիտակցության մթագնում, օնեյրոիդ բնույթի ապրումներ, deja vu և jamais vu-ի երևույթներ, պսիխոսենսոր խանգարումներ, տագնապի, երանության ապրումներ, դեռեալիզացիայի և դեպերսոնալիզացիայի երևույթներ։

Յուրաքանչյուր հիվանդի մոտ աուրան միշտ միևնույնն է, որի մասին հիվանդը հիշում է, քանի որ այն նախորդում է գիտակցության կորստին. ընդ որում այն կարող է վկայել գրգռման օջախի տեղակայման մասին, որտեղից սկսվում է էպիլեպտիկ պարպումը։ Երբեմն հիվանդները տարբեր գործողությունների (ուժեղ ցավային գրգռումներ, մկանների լարում) օգնությամբ աուրայի պահին կարող են կասեցնել նոպայի զարգացումը։ Բայց դա կարող է հանդիպել միայն բացառիկ դեպքերում։

Եթե աուրան չի վերափոխվում ցնցումային նոպայի, ապա այն դասվում է անցնցումային պարոքսիզմների շարքը։ Սովորաբար աուրայից հետո տեղի է ունենում գիտակցության կորուստ, առաջանում է մարմնի բոլոր մկանների տոնիկ լարում։ Ձայնաճեղքի մկանների ջղաձգային կծկումը օդի դուրս մղմամբ առաջացնում է հիվանդի բարձր ճիչ։ Մնոտները սեղմվում են, աչքի խնձորակները շրջվում են դեպի վեր և կողմ, գլուխը թեքվում է, շնչառությունը՝ դադարում, դեմքը՝ գունատվում։ Սա տոնիկ ցնցումների փուլն է, որը տևում է 20—30 վայրկյան։ Դրանից հետո սկսվում է կլոնիկ ցնցումների փուլը, որն ուղեկցվում է վերջույթների և իրանի ծալիչ ու տարածիչ մկանների կծկումներով, առաջացնելով ռիթմիկ ցնցումներ։ Շնչառությունը վերականգնվում է, դառնում աղմկոտ, խռխռան, մաշկային ծածկույթը ձեռք է բերում կապտավուն երանգ, որից հետո կապտությունը փոխվում է կարմրության, հատկապես դեմքի վրա. բերանից հոսում է արյունախառն փրփուր (լեզուն կծելու հետևանքով)։ Կլոնիկ փուլը տևում է 1—2 րոպե, ռիթմիկ ցնցումներն աստիճանաբար դադարում են։ Դրանից հետո դեռ մի քանի րոպե հիվանդը շարունակում է մնալ հետնոպային կոմատոզ վիճակում, որի ժամանակ բբերը դեռևս լայնացած են, լույսի հակազդման ռեակցիան շարունակում է բացակայել, մկանների տոնուսը թուլացած է։ Հաճախ նոպան ուղեկցվում է ակամա միզարձակմամբ, երբեմն էլ՝ դեֆեկացիայով։ Կոմատոզ վիճակը կարող է տևել ժամանակներն անցնել խոր քնի, որը տևում է մինչև 2—3 ժամ։

Որոշ դեպքերում մինչև քունը և դրանից հետո նկատվում է գիտակցության մասնակի վերականգնում, որի ժամանակ կարող են ի հայտ գալ ավտոմատիզմներ, գիտակցության մթնշաղային վիճակներ կամ շշմածություն, տևելով մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ։

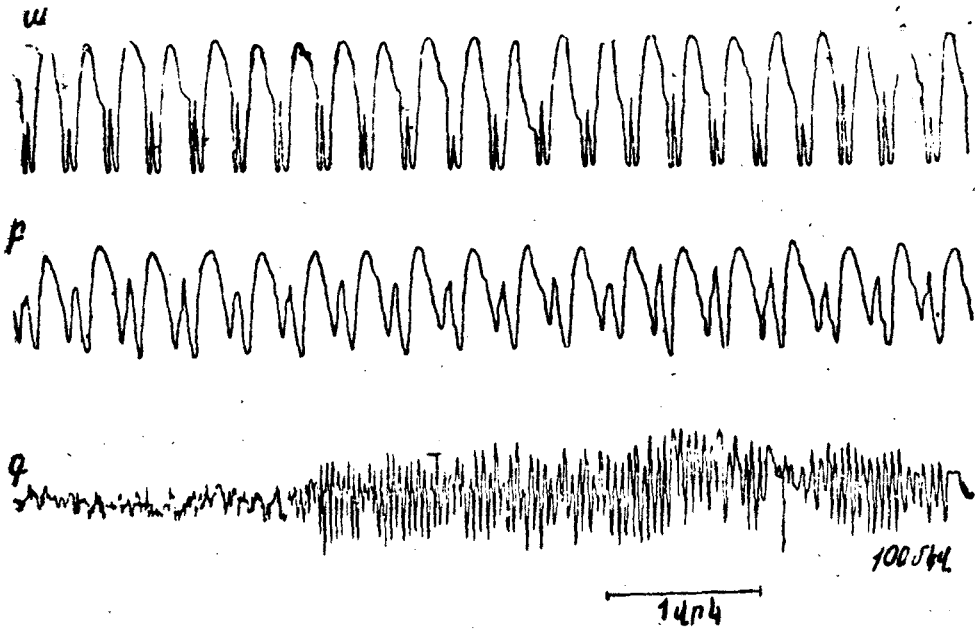
Նոպաների ժամանակ հիվանդները վնասվածքներ կարող են ստանալ (այրվածքներ, կոտրվածքներ և այլն), որոնց հետևանքով մարմնի վրա առաջանում են սպիներ և վնասվածքների հետքեր, խեղումներ։

Հնարավոր են նաև ցնցումային մեծ նոպայի ատիպիկ ձևեր, հատկապես՝ երեխաների մոտ, որոնք ընթանում են տոնիկ կամ կլոնիկ ցնցումների, երբեմն էլ ուղղակի ամբողջ մարմնի մկանների թուլացման կամ միակողմանի ցնցումների ձևով։

Այրվածքի հետևանքով առաջացած սպիներ էպիլեպսիայով հիվանդի մոտ։

Երբ մեծ ցնցումային նոպաները հաջորդում են մեկը մյուսին, և նրանց միջև ընկած ժամանակահատվածում հիվանդների գիտակցությունը չի վերականգնվում, դա էպիլեպսային վիճակ է (status epilepticus)։ Երբեմն էպիլեպսային վիճակը ուղեկցվում է սոմատովեգետատիվ խոտանշաններով (ջերմության բարձրացում, տախիկարդիա, զարկերակային ճնշման անկում, քրտնոտություն), մեզում հայտնաբերվում է սպիտ, արյան շիճուկում՝ միզանյութ։ Էպիլեպսային վիճակը կարող է շարունակվել մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր և ունենալ մահացու ելք հիպոքսիայի և ուղեղի այտուցի հետևանքով։

Փոքր ցնցումային նոպան (petit mal) բնութագրվում է մի քանի վայրկյան տևողությամբ գիտակցության հանկարծակի կորստով, որը կարող է ուղեկցվել միոկլոնիկ ցնցումներով։ Այս դեպքում հիվանդը չի ընկնում, և շրջապատողները կարող են նույնիսկ չնկատել նոպան։ Նա կա՛մ պապանձվում է այն դիրքում, երբ սկսվել է նոպան, կա՛մ ինքնաբերաբար շարունակում է սկսած գործողությունը. եթե խոսում է, հոդաբաշխ խոսքը անցնում է անհասկանալի մրմնջոցի, մեքենագրելիս սկսում է քառսաձև հարվածել տառերին։ Նոպան ուղեկցվում է



ա. Աբսանսի ժամանակ դիտվող լիցքեր 3-ը մեկ վրկ-ում հաճախականությամբ (պիկ-ալիք), բ. ատիպիկ պիկ-ալիքներ 2—3-ը մեկ վրկ-ում, ցնցումային փոքր նոպայի ժամանակ, գ. ցնցումային լիցքեր էպիլեպսիայի տոնիկ փուլի ժամանակ։

հիշողության լրիվ կորստով. երբեմն հիվանդը կարող է կռահել նրա մասին ելնելով իր գործողությունների հետևանքներից կամ ուշագնացությունը հիշեցնող յուրահատուկ զգացողությունից։

Ըստ կլինիկական արտահայտությունների փոքր նոպաները խիստ բազմազան են։ Որոշ կլինիցիստներ գտնում են, որ դրանք ընթանում են առանց ցնցումային (շարժողական) բաղադրատարրի, մյուսները դրանց թվին են դասում միայն այն ձևերը, որոնք ընթանում են ցնցումային բաղադրատարրով։

Ներկայումս էպիլեպսիայի պրոբլեմով զբաղվող շատ գիտնականներ աբսանսների հետ մեկտեղ փոքր նոպաների խմբի մեջ են միավորում մկանային տոնուսի փոփոխությամբ ընթացող կարճատև պարոքսիզմալ վիճակները. պրոպուլսիվ նոպաները, ռետրոպուլսիվ նոպաները, ընդ որում աբսանսները դասում են տիպիկ փոքր նոպաների շարքը։

Աբսանսը (ֆրանսերեն absance՝ բացակայել) գիտակցության կարճատև անջատումն է, երբ հիվանդն ընդհատում է իր գործողությունները, հայացքը սառչում է՝ կորցնելով իմաստավորվածությունը։ Նոպան տևում է մի քանի վայրկյան՝ ավարտվելով լրիվ ամնեզիայով։

Շատ կարճատև ու հաճախակի (օրը մինչև 50 և ավելի անգամ) աբսանսներով կամ ռետրոպուլսիվ նոպաներով ընթացող հիվանդության դեպքերը բնորոշվում են որպես պիկնոլեպսիա։

Պարոքսիզմների անցնցումային ձևեր։ Էպիլեպսային հիվանդությունը գրեթե միշտ ուղեկցվում է հոգեկան խանգարումներով։ Դրանք պարոքսիզմների անցնցումային ձևերն են։

Այս ձևերը կամ, ինչպես դրանց անվանում են, հոգեկան համարժեքները, փաստորեն հանդես են գալիս որպես ցնցումային նոպաների փոխարինողներ։ Նրանք ընթանում են գիտակցության մթագնմամբ (մթնշաղային վիճակներ, ամբուլատոր ավտոմատիզմներ) և առանց գիտակցության խանգարման (աֆեկտիվ պարոքսիզմներ, կատալեպսային հոգեշարժական և այլ նոպաներ)։ Այդ պարոքսիզմները ոչ այլ ինչ են, քան հանկարծակի առաջացող հոգեկան խանգարումներ։ Հոգեկան համարժեքները, ինչպես նաև ցնցումային նոպաները, առաջանում են հանկարծակի, առանց նկատելի պատճառների, հետագա լրիվ կամ մասնակի ամնեզիայով։

Գիտակցության մթագնումներն էպիլեպսիայով հիվանդների մոտ բավականին հաճախ են հանդիպում։ Գիտակցության մթագնման ֆոնի վրա առաջանում են սարսափեցուցիչ բնույթի տեսողական և լսողական պատրանքներ, ցնորքներ և կտրտված զառանցական մտքեր։ Շրջապատող իրականությունն ընկալվում է փոփոխված, խեղաթյուրված վիճակում։ Հիվանդները ապրում են վախ, տագնապ, առաջանում է չարություն, ցասում, հոգեշարժական գրգռվածություն, ագրեսիվ վարք։ Նման վիճակներում կարող են կատարվել ամենադաժան արարքներ, ընդհուպ մինչև ծանր խեղումներ, սպանություններ, ինքնավնասումներ և ինքնասպանություններ։

Մթագնած վիճակի տարատեսակ է համարվում էպիլեպսային դելիրիումը, որն աչքի է ընկնում ծայրահեղ հոգեշարժական գրգռվածությամբ, տեսողական ցնորքների առանձնահատուկ պայծառությամբ և հորդումով։ Ընդ որում հաճախակի են նաև կրոնական բնույթի ապրումները, ագրեսիվ վարքը, համապատասխան պատրանքների, ցնորքների և կտրտված զառանցական մտքերի առկայությամբ։

Էպիլեպսային պարանոիդի դեպքում գիտակցության նեղացման և դիսֆորիայի ֆոնի վրա առաջին պլան են մղվում հետապնդման, ֆիզիկական ազդեցության, խանդի, մեծամոլական և կրոնական զառանցական մտքերը։ Երբեմն կարող են լինել էքստազային (երանելիության) վիճակներ։ Դիտվում են նաև հոգեկան ավտոմատիզմի երևույթներ։

Էպիլեպսային ստուպորը բնութագրվում է մուտիզմով և կատալեպսիայի երևույթներով։ Սա ավելի շուտ ենթաստուպորային վիճակ է շարժողական կաշկանդվածությամբ և պասիվ նեգատիվիզմով։

Գիտակցության հատուկ վիճակները բնութագրվում են ընկալման, մտածողության, հույզերի խանգարումներով, դեռեալիզացիայի, դեպերսոնալիզացիայի երևույթներով, շփոթվածությամբ, կողմնորոշման խանգարմամբ։ Հիվանդները կարծես թե կենտրոնացած նայում են շրջապատին, ծանոթների դեմքերին, չճանաչելով նրանց։ Այս դեպքում գիտակցության խոր խանգարում չի դիտվում, որի հետևանքով ամնեզիան կրում է մասնակի բնույթ։

Ամբուլատոր ավտոմատիզմները նույնպես ուղեկցվում են գիտակցության նեղացմամբ։ Դրանք կարող են լինել կարճատև վիճակներ, արտաքնապես հարաբերականորեն ճիշտ վարքով։ Դրանք տրանսներ են, երբ հիվանդների մակերեսային զննման դեպքում նրանց մոտ չի դիտվում հոգեկան գործունեության խանգարում, առավել ևս, երբ վարքը կրում է կարծես թե կարգավորված, նպատակասլաց բնույթ։ Այսպես, հիվանդները կարող են նույնիսկ ուղերթներ կատարել մի քաղաքից մյուսը (տոմս գնել, ճանապարհին՝ գնացքում, ինքնաթիռում, շրջապատի հետ նորմալ կապ պահպանել, կատարել տարբեր գործումներ և այլն) և, սթափվելով, չհասկանալ ու չհիշել, թե ինչպես և ինչ նպատակով են արել այդ ամենը։

Գիշերաշրջությունը (սոմնամբուլիզմ, «լուսնոտություն») բնութագրվում է նրանով, որ հիվանդները գիշերը քնած տեղից վեր են կենում, դուրս գալիս տնից, աննպատակ թափառում, կատարելով չգիտակցված, անիմաստ գործողություններ, այնուհետև վերադառնում են տուն կամ էլ քնում որտեղ պատահի։ Եթե դուռը փակ է, նրանք կարող են քայլել, շարժվել սենյակում, փորձել դուրս գալ պատուհանից։ Այս վիճակը քնի ժամանակ առաջացած գիտակցության մթագնման հետևանք է, երբ հիվանդները փոլոր գործողությունները կատարում են մեքենայաբար և, սթափվելով, ոչինչ չեն հիշում։

Ամբուլատոր ավտոմատիզմի տարատեսակներից են ֆուգան-

ը, երբ հիվանդների մոտ հանկարծակի դիտվում են անսպասելի վազք, պտույտներ իր տեփական առանցքի շուրջը։ Մի քանի վայրկյան անց նրանք, իրենց տիրապետելով, ոչինչ չեն հիշում կատարվածի մասին։ Կարող են հանդիպել ավտոմատիզմներ ավելի բարդ գործողությունների ձևով (օրինակ, փողոցում հանվել, անիմաստ գնումներ կատարել, հագուստի կոճակները մեխանիկորեն կոճկել և արձակել)։

Առանց գիտակցության մթագնման անցնցումային վիճակներին են դասվում նաև աֆեկտիվ պարոքսիզմները։

Դիսֆորիան տրամադրության առանց որևէ պատճառի առաջացած խանգարում է, որը տևում է մի քանի օր և հանկարծակի էլ ավարտվում է։ Նման վիճակում հիվանդները չար են, մռայլ, տխուր, նրանց տանջում է վախն ու տագնապը։ Նրանք ամեն ինչից դժգոհ են, դյուրագրգիռ, բծախնդիր, հակված են ագրեսիվ արարքների, որոնք աչքի են ընկնում խիստ դաժանությամբ։ Ինչպես և գիտակցության մթագնումների ժամանակ, բբերը թեթևակի լայնացած են, լույսի հակազդման ռեակցիան թուլացած է, դեմքը՝ գունատ, դիտվում է քրտնքոտություն, ձեռքերի դող։ Շրջապատի ընկալումը խանգարված չէ։ Դիսֆորիայից հետո հիշողության կորուստ չի դիտվում։

Դիսֆորիայի նոպայի ժամանակ որոշ հիվանդների մոտ կարող է առաջանալ անզսպելի հակում ալկոհոլի հանդեպ, որը վեր է ածվում թունդ հարբեցողության (դիպսոմանիա), երբեմն դիտվում է թափառելու, բնակավայրը փոխելու ձգտում (դրոմոմանիա)։

Զգալիորեն ավելի հազվադեպ հանդիպող աֆեկտիվ պարոքսիզմալ վիճակները արտահայտվում են էքստազով։ Սա առանց պատճառի առաջացող հուզավառություն է (էկզալտացիա), իրադրության հետ չկապված խանդավառությամբ, շատախոսությամբ, պարծենկոտությամբ, անբնականությամբ, մտավոր անարդյունավետությամբ, անձի գերագնահատման և մեծամոլական զառանցական մտքերով, որոնք հաճախ զուգորդվում են անսպասելի առաջացող կրոնական բովանդակություն ունեցող ապրումներով։

Աֆեկտիվ պարոքսիզմների հաճախականությունը տարբեր է. նրանք կարող են լինել ամենօրյա, օրը մի քանի անգամ, ամիսը մեկ անգամ և ավելի հազվադեպ։

Անցնցումային պարոքսիզմներին են վերաբերում նաև կատապլեքսային և նարկոլեպսային վիճակները։ Կատապլեքսային նոպաներն արտահայտվում են մկանային տոնուսի թուլացմամբ։ Հիվանդի ոտքերը ծալվում են, առարկաներն ընկնում ձեռքից,

նա ստիպված է նստել կամ պառկել որտեղ պատահի, և այդ բոլորն ընթանում է առանց գիտակցության խանգարման։

Նարկոլեպսիան բնութագրվում է քնի կարճատև նոպաներով (5—20 րոպե)։ Դրանք անսպասելի են և անկասելի, սակայն հիվանդին միշտ էլ կարելի է արթնացնել։

Անձի փոփոխությունները։ Էպիլեպսիայով տառապող հիվանդի անձի փոփոխություններն արտահայտվում են բնավորության փոփոխությունների, մտածողության խանգարումների և թուլամտության զարգացման ձևով։ Այդ բոլորը առաջանում է ախտաբանական պրոցեսի տևական ընթացքի հետևանքով և էպիլեպսիայի ախտորոշման կարևոր չափանիշ է, քանի որ բավականին բնորոշ է նրան։ Անձի փոփոխությունները լայնածավալ են՝ բնավորության համեմատաբար թույլ փոփոխություններից մինչև յուրահատուկ թուլամտություն։ Հիվանդների հոգեկան պրոցեսները դառնում են դանդաղած, իներտ. մի մտքից կամ գործողությունից մյուսին անցումը դժվարանում է, պահանջում է ուժերի և ուշադրության գերլարում ու ժամանակ։ Նկատվում է կպչունություն, մտածողության հանգամանալնություն, բծախնդրություն։ Էականը անէականից տարբերելը դառնում է դժվար։ Խոսքը դառնում է միապաղաղ. հիվանդները շատ են օգտագործում փաղաքշական բառեր, դիտվում է բառապաշարի աղքատացում, որը նրանք լրացնում են դիմախաղով և շարժուձևով։ Եթե հիվանդները որևէ բան են պատմում, դժվարանում են առանձնացնել էականը, հաճախ շեղվում են և ընկղմվում երկրորդական մանրուքների մեջ՝ դրսևորելով դատողության և տրամաբանության թուլություն։ Առողջ մարդկանց համեմատությամբ հսկայական ժամանակ են ծախսում մտավոր աշխատանքի կատարման վրա։

Այդ առանձնահատկություններն արտահայտվում են նաև հուզական բնագավառում։ Հիվանդների աֆեկտը կայուն է, տևական, ուժեղ։ Այս կամ այն հույզը բավականին երկար է պահպանվում, այդ պատճառով էպիլեպսիայով հիվանդները հիշաչար են, վրեժխնդիր, դաժան, խիստ զայրացկոտ և անզուսպ, ցասման ու ագրեսիայի հակում են դրսևորում («կրակոտ զայրացկոտություն»)։

Դրա հետ մեկտեղ կարող են արտահայտել նաև բնավորության այնպիսի գծեր, ինչպիսիք են՝ շողոքորթությունը, քաղցրալեզվությունը, ընդգծված խոնարհությունը, գերզգայնությունը։ Այդ գծերի զուգակցումը հիշաչարության, վրեժխնդրության և դաժանության հետ խոսում են էպիլեպսիայով հիվանդի բնավորության երկբևեռայնության մասին, որից

էլ հենց ծնվել է՝ «աղոթքը շրթներին և քարը ծոցում պահած» նրանց պատկերավոր բնութագիրը։

Այսպիսով, մի կողմից լինելով արտաքնապես քաղաքավարի, կեղծ բարեպաշտ, քաղցրալեզու ու շողոքորթ, նրանք մյուս դեպքում ցուցաբերում են աֆեկտիվ անզուսպ բռնկումներ, կործանարար դաժանություն ու վարքագիծ, որը հաճախ կարող է հասցնել ծայրահեղ դաժան արարքների (եթե կպչում են նրանց շահերին)։

Հոգեկան պրոցեսների իներտությունը, ճղճիմ և կպչուն բնավորության գծերը ձևավորում են թթախնդրություն, ծայրահեղ ճշտապահություն և կարգապահություն, որն արտահայտվում է տանն ու աշխատավայրում, նրանց արտաքինի (հագուստի, սանրվածքի և այլն) ու գործելակերպի մեջ։ Նրանց ընդգծված ուշադրությունը սեփական առողջության հանդեպ, հետաքրքրությունների նեղ շրջանակը՝ կապված հիվանդության հետ, նպաստում են մելամաղձության, եսակենտրոնության, պոնֆիկտայնության զարգացմանը։

Էպիլեպսիայով հիվանդները վատ են հարմարվում նոր իրավիճակին, իսկ սովորական միջավայրում նրանք բավականին լավ են կատարում ոչ բարդ աշխատանքը, պահպանելով բարձր աշխատունակություն։

Անձի բնութագրական գծերից մեկը՝ ինֆանտիլիզմը, արտահայտվում է դատողությունների տհասությամբ, հարազատների հանդեպ առանձնահատուկ գերարժեք վերաբերմունքով և կրոնամիստիկական ապրումներով, որոնք ձևավորվում են ինչպես հիվանդության հետևանքով, այնպես էլ նրանց մոլեռանդության հասնող այն հայացքների ու պատկերացումների համակարգով, որի ներքո նրանք դաստիարակվել են։

Անձի նկարագրված փոփոխությունների հետ մեկտեղ էպիլեպսիայով հիվանդների մոտ հնարավոր են հիստերիկ և ասթենիկ խանգարումներ, որոնք կարող են արտահայտվել առանձին հիստերիկ գծերով, հիստերիկ նոպաներով, գերզգայնությամբ և դյուրագրգռության, արագ առաջացող հոգնածության, քնի խանգարումների, գլխացավերի ձևով։

Էպիլեպսիայով հիվանդ անձի թված բոլոր առանձնահատկությունները հիվանդության ընթացքին զուգահեռ ուժեղանում են, նրանց միանում է աստիճանաբար աճող թուլամտությունը, որն ամենից ավելի հաջող կարելի է բնորոշել որպես ճղճիմ-բթացած։ Հիվանդները դանդաղկոտ են, թուլացած, պասիվ, շրջապատի հանդեպ՝ անտարբեր։ Ուժեղանում են բրադիպսիխիզմը, բրադիֆրենիան, մտածելակերպը դառնում է կոնկրետ-նկարագրական, գիտվում է արտահայտված օլի-

գոֆազիա, գլխավորը երկրորդականից տարբերելու բացարձակ անկարողություն։ Թուլանում է հիշողությունը, աստիճանաբար կորչում են կյանքի ընթացքում ձեռք բերված ունակությունները։ Հիվանդի հետաքրքրությունները հանգում են անձնական, իսկ ժամանակի ընթացքում՝ ուղղակի ֆիզիոլոգիական պահանջների բավարարմանը։

Թուլամտության աստիճանի և նոպաների հաճախականության միջև ուղղակի կախվածություն միշտ չէ, որ հնարավոր է հայտնաբերել. սակայն գրականության մեջ նշվում է, որ էպիլեպսային թուլամտությունը հատկապես արտահայտված է ցնցումային մեծ նոպաներով տառապող հիվանդների մոտ։ Էպիլեպսային բնավորության և մտածողության ձևավորումն առավելապես պայմանավորված է հոգեկան համարժեքներով և փոքր նոպաներով։ Ամենաանբարենպաստ ընթացք ու ելք է դիտվում վաղ տարիքում առաջացած էպիլեպսիայի դեպքում։

Անհրաժեշտ է նշել, որ էպիլեպսիան կարող է ունենալ նաև բարորակ ընթացք, երբ բազում տարիներ պահպանվում է հիվանդների բավականաչափ բարձր բանականությունը, գիտելիքների պաշարը և մասնագիտական կարողությունը։

ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄԸ

Էպիլեպսիայի էթիոլոգիան ներկայումս վերջնականապես պարզված չէ։ Իսկապես, գենուին էպիլեպսիան զարգանում է առանց ակնառու արտաքին պատճառների, և շատ հետազոտողներ հիվանդության ախտածնության մեջ գլխավոր դերը հատկացնում են ժառանգական գործոնին։ Էպիլեպսիայի զարգացման գործում կարևոր տեղ է գրավում օրգանիզմի ցընցումային կանխատրամադրվածությունը կամ ցնցումային հակազդականությունը (ռեակտիվականությունը), որը պայմանավորված է մարմնակազմությամբ, նյարդային համակարգի յուրահատկություններով, նյութափոխանակության առանձնահատկություններով։ Այսպես, ընտանիքում, ուր ծնողներից մեկը տառապում է էպիլեպսիայով, ժառանգելու հավանականությունը կազմում է 2,5—4,9 %։ Արտածին (էքզոգեն) ծագում ունեցող էպիլեպսիայի դեպքում հիվանդության հավանականությունը հասնում է 1—1,5 %։ Էպիլեպսիայով հիվանդ երեխայի ծննդյան հավանականությունը առողջ ծնողներից կազմում է 0,5 %։

Ժառանգական կանխատրամադրվածության հետ մեկտեղ մեծ դեր են խաղում ներարգանդային և վաղ հետծննդյան շրջանում գլխուղեղի արտածին-օրգանական վնասվածքները։

էպիլեպսային կանխատրամադրվածության կամ պատրաստականության տակ հասկացվում է որոշակի նեյրոնային կոմպլեքսների ակտիվություն կուտակելու հակում, որը, հասնելով որոշակի մակարդակի, հանգեցնում է լիցքաթափման: Նշված նեյրոնային կոմպլեքսների այդ ախտաբանական գրգռման աղբյուրը էպիլեպսածին օջախն է, որն իրենից ներկայացնում է ուղեղի կառուցվածքային օջախային փոփոխություն: Ուղեղի այս կառուցվածքային վնասումը կարող է լինել բազմազան բնույթի (սաղմի վնասում, ծննդաբերական վնասվածք, ինֆեկցիաներ և թունավորումներ վաղ տարիքում և այլն): Այս գործոնների փոխհարաբերությունները կարող են տարբեր լինել. որքան բարձր է ցնցումային պատրաստականության մակարդակը, այնքան ավելի թույլ կարող է լինել ախտածին գործոնի ազդեցությունը հիվանդության առաջացման գործում, և ընդհակառակը, եթե կանխատրամադրվածության աստիճանը մեծ չէ, ապա անհրաժեշտ է ախտածին գործոնի բավականին ուժեղ ազդեցություն:

Այսպիսով, էպիլեպսիայի ախտածնության մեջ մեծ է ինչպես ժառանգական գործոնով պայմանավորված ցնցումային պատրաստականության, այնպես էլ էպիլեպսածին օջախի դերը, որը կարող է ուղեղի վրա արտածին վնասող գործոնների ազդեցության հետևանք լինել: Այստեղ որոշակի դեր է խաղում արտաքին դրդիչ գործոնը:

Սա, իհարկե, հիպոթեզ է, որը չի սպառում ախտածնության բարդ մեխանիզմները, և առավել ևս լիարժեք պատկերացում չի տալիս հիվանդության էթիոլոգիայի մասին:

Ինչ վերաբերում է ֆիզիոլոգիական և կենսաբանական փոփոխություններին, որոնք առնչվում են էպիլեպսիայի ախտածնությանը, ապա դրանք արտահայտվում են մետաբոլիզմի խանգարումներով (սպիտաազոտային, ջրաաղային, ածխաջրային փոխանակություն և այլն) և չունեն նոզոլոգիական յուրահատկություն: Նույնը վերաբերում է ուղեղային մետաբոլիզմի, ներքին արտազատման գեղձերի գործունեության փոփոխություններին:

Ախտաբանական անատոմիա: Գլխուղեղի մակրոսկոպիկ հետազոտության դեպքում դիտվում է ուղեղային փափուկ թաղանթի պղտորություն, փափուկ և կարծր թաղանթների հաստացում: Էպիլեպսային ստատուսից առաջացած մահվան դեպքում դիտվում է գլխուղեղի ուռճացում, այտուց, արյունալեցում և մանր արյունազեղումներ: Հիսթոլոգիական հետազոտությունը հայտնաբերում է նյարդային բջիջների իշեմիկ փոփոխություններ: Էպիլեպսային օջախում դիտվում է նյարդային բջիջ-

ների մահացում և գլիալ հյուսվածքի արտահայտված աճ (գլիոզ), որն, ամենայն հավանականությամբ, հասցնում է ամոնյան ելուստի կնճռոտմանն ու նրա սկլերոզին։ Ուղեղի թաղանթում գլիայի վերաճման դեպքում տեղի է ունենում նրա սերտաճումը կեղևի հետ։ Նյարդային բջիջներում տեղի են ունենում դեգեներատիվ փոփոխություններ։ Շեղումներ են դիտվում նաև նորմալ զարգացման ընթացքից, որոնք արտահայտվում են Կախալի սաղմնային բջիջների առկայությամբ, կեղևից դեպի սպիտակ նյութ նյարդային բջիջների տեղաշարժմամբ (նյարդային բջջների հետերոտոպիա)։

Նյարդային հյուսվածքի փոփոխությունների հետ մեկտեղ դիտվում է նաև անոթների ախտահարում, նրանց պատերի հաստացմամբ։

Պետք է նշել, որ ախտաանատոմիական վերոհիշյալ փոփոխությունները բնորոշ չեն միայն էպիլեպսիային։

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Գենուին էպիլեպսիան անհրաժեշտ է տարբերակել սիմպտոմատիկ էպիլեպսիայից։ Տարբերակման դեպքում պետք է հիմնվել այն հիմնական հիվանդության կլինիկական պատկերի վրա, որը նոպաների առաջացման պատճառ է դարձել (ուղեղի վնասվածք, սիֆիլիս, ալկոհոլամոլություն և այլն)։ Անհրաժեշտ է նկատի ունենալ նաև էպիլեպսիային բնորոշ՝ անձի, բնավորության և բանականության այն փոփոխությունները, որոնք վերը նշված այլ հիվանդությունների դեպքում բացակայում են։

Երբեմն դժվարություններ են առաջանում էպիլեպսային ցնցումային նոպան հիստերիայի ժամանակ առաջացած նույնանման նոպայից տարբերակելիս։ Նման դեպքերում ճիշտ ախտորոշմանն օգնում են հետևյալ շափանիշները. էպիլեպսային նոպայի դեպքում գիտակցությունն անջատվում է (կոմա), բբերի՝ լույսի հակազդման ռեակցիան բացակայում է, հիվանդի հետ շփումն անհնար է, նոպայից հետո առկա է լինում հիշողության լրիվ կորուստ։ Հիստերիկ նոպայի դեպքում կարող է դիտվել գիտակցության նեղացում, սակայն հիվանդի ռեակցիան շրջապատի հանդեպ պահպանվում է. նրա հետ հնարավոր է կոնտակտի մեջ մտնել, բբերի՝ լույսի հակազդման ռեակցիան դրական է, հիշողության կորուստը (այն էլ ծանր դեպքերում) կարող է մասնակի լինել։ Էպիլեպսային նոպան առաջանում է առանց որևէ պատճառի, օրվա ցանկացած ժամին։ Էպիլեպսային նոպայի դեպքում կարող են դիտվել

ակամա միզարձակություն, դեֆիկացիա, ինչպես նաև լեզվի և շրթունքների վնասվածքներ՝ կծելու հետևանքով։ Հիստերիկ նոպան սովորաբար կապված է հոգեծին գործոնների հետ, երբեք չի առաջանում քնի կամ և լեզվի կծումով։ Էպիլեպսային նոպայի դեպքում տոնիկ ցնցումների կարճ փուլը փոխարինվում է կլոնիկ ցնցումների փուլով, իսկ նոպան ընդհանուր առմամբ տևում է 2—3 րոպե։ Հիստերիկ նոպայի դեպքում ցնցումները կրում են քաոսային բնույթ, առանց փուլերի օրինաչափ հերթափոխման, նոպան կարող է շարունակվել երկար ժամանակ։ Էպիլեպսային նոպան չի կարելի ընդհատել, իսկ հիստերիկ նոպան կարելի է արագացնել պսիխոթերապևտիկ եղանակով, սառը ջրի կամ այլ գրգռիչների կիրառմամբ։

Տարբերակիչ-ախտորոշիչ նշանակություն ունի նաև էլեկտրաուղեղագիրը, որի դեպքում գրանցվում են էպիլեպսիային բնորոշ բարձր ամպլիտուդային սուր և դանդաղ ալիքներ, գերսինխրոն պարոքսիզմներ «պիկ-ալիքների» կոմպլեքսներ։ Էլեկտրական ակտիվության ի հայտ չեկող խանգարումները կարելի է հայտնաբերել ֆունկցիոնալ ծանրաբեռնումներ՝ լուսային խթանում, գերօդափոխում (հիպերվենտիլյացիա) առաջացնելու ճանապարհով։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Էպիլեպսիայի բուժումը պետք է կատարվի համալիր ձևով։ Այն պետք է ներառնի ինչպես դեղորայքային միջոցներ, այնպես էլ հոգեկան հիգիենա և կանխարգելում, սննդի ռեժիմի պահպանում, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմ։

Բուժումը պետք է ուղղված լինի ախտաբանական մեխանիզմների բոլոր օղակների վրա։ Քանի որ գոյություն չունի էպիլեպսիայի պատճառագիտորեն հիմնավորված բուժում, ապա բժշկի հիմնական ջանքերը առաջին հերթին պետք է ուղղված լինեն էպիլեպսային պարոքսիզմների կանխմանը։

Հակաէպիլեպսային միջոցների շարքն են դասվում ցնցումային նոպաների, անցնցումային պարոքսիզմների, էպիլեպսային վիճակի ու պսիխոզների բուժման և կանխման դեղամիջոցները։

Սկզբնական նշանակման ժամանակ դեղամիջոցներն անհրաժեշտ է ընտրել նոպաների բնույթին համապատասխան, չափավորել դրանք՝ ելնելով նոպաների հաճախականությունից, ծանրությունից, ինչպես նաև հիվանդի տարիքից։ Բուժումն սկսվում է դեղամիջոցի ընդունված դեղա-

չափից և անհրաժեշտության դեպքում այն աստիճանաբար մեծացվում է մինչև թերապևտիկ ազդեցության հասնելը։ Անցանկալի է բուժումն սկսել դեղամիջոցների զուգակցմամբ, քանի որ դա կդժվարացնի ամենաարդյունավետ միջոցների ընտրությունը։ Հիվանդը պետք է դեղանյութերը ընդունի կանոնավոր և դրական արդյունքի հասնելու դեպքում շարունակի այն մինչև 5 տարի։ Կողմնակի երևույթների կամ դրական ազդեցության բացակայության դեպքում դեղամիջոցը կարելի է աստիճանաբար փոխարինել մեկ ուրիշով՝ համարժեք դեղաչափով։ Բուժումն անհրաժեշտ է անցկացնել էլեկտրաուղեղագրի վերահսկողությամբ։

Ցնցումային մեծ նոպաների դեպքում մինչև այժմ էլ լայնորեն կիրառվում է լյումինալ (ֆենոբարբիտալ)՝ օրական 0,05—0,2 գ։ Ֆենոբարբիտալը անհրաժեշտ է ընդունել անընդհատ, խիստ անհատական դեղաչափերով։ Քնկոտությունը, գլխացավերը, փորկապությունները ու այլ կողմնակի երևույթները, որոնք կարող են առաջանալ ավելցուկային դոզավորման կամ դեղամիջոցի տևական օգտագործման դեպքում, կարելի է նվազեցնել այլ պրեպարատների հետ զուգակցելով (կոֆեին և այլն)։ Ֆենոբարբիտալը համարվում է հակաէպիլեպսային տարբեր խառնուրդների (Սերեյսկու, Վորոբյովի, Բրոդսկու) հիմնական բաղադրամասը (տե՛ս սույն գլխի վերջում)։

Բենզոնալն արդյունավետ է ցնցումային ինչպես մեծ, այնպես էլ փոքր նոպաների դեպքում։ Նրա օրական դեղաչափը կազմում է 0,3—0,9 գ։ Հիվանդի վիճակի կայուն բարելավման դեպքում բենզոնալի դեղաչափն աստիճանաբար նվազեցվում է օրական մինչև մեկ անգամ, բայց բուժումը շարունակվում է դեռևս երկար ժամանակ։ Այն ավելի քիչ թունավոր է, քան ֆենոբարբիտալը, իջեցնում է զգոնողականությունը և բարձրացնում աշխատունակությունը։

Հեքսամիդինն արդյունավետ է ցնցումային մեծ նոպայի դեպքում։ Նրա օրական դեղաչափը կազմում է 1—1,5 գ։ Հեքսամիդինով բուժման դեպքում նրա սկզբնական դեղաչափը նշանակվում է 0,125 գ, այնուհետև ավելացնելով 0,25 գ 2—3 շաբաթվա ընթացքում հասցվում է օրվա առավելագույն չափին։ Կողմնակի երևույթների առաջացման դեպքում դրանք վերացվում են դեղաչափի իջեցումով։ Հեքսամիդինը հակացուցված է արյունաստեղծ համակարգի, լյարդի, երիկամների հիվանդությունների դեպքում։

Ցնցումային մեծ նոպաների, ինչպես նաև նրա հետ զուգակցված հոգեշարժական և վեգետատիվ պարոքսիզմների դեպքում բուժման նպատակով կիրառվում է դիֆենին (դիլանտին)։ Դիֆենինը ֆենոբար-

բիտալից ավելի տոքսիկ է և պետք է հատկապես զգույշ լինել երեխաների ու տարեց անձանց բուժման ժամանակ (օրական դեղաչափը՝ 0,2—0,3 գ)։

Խլորակոնն օժտված է ազդեցության լայն ոլորտով, այն կիրառվում է բոլոր ցնցումային և անցնցումային պարոքսիզմների ժամանակ, կողմնակի երևույթներ չի առաջացնում, սակայն նրա հակացնցումային ազդեցությունն ավելի թույլ է վերը նշված միջոցներից։ Օրական դեղաչափը՝ 2—4 գ է. բուժումը պետք է սկսել 0,5-ական գ-ից, օրական ընդունելով մինչև 4 անգամ։

Բավականին արդյունավետ միջոց է ֆինլեպսինը (տեգրետոլ), որն օժտված է ազդեցության լայն ոլորտով և կիրառվում է ինչպես մեծ ցնցումային, այնպես էլ հոգեշարժական և օջախային նոպաների դեպքում։ Դեղամիջոցի օրական դեղաչափը 0,2—1,2 գ է։ Բարդությունները սովորաբար դիտվում են բուժման առաջին օրերին (գլխացավ, սրտխառնոց, ակոմոդացիայի խանգարումներ), և վերանում են դեղաչափի ժամանակավոր նվազեցումից հետո։ Հայտնի են ալերգիկ ռեակցիաների դեպքեր։

Արդյունավետ դեղամիջոցներ են համարվում նաև գլուֆերալը և կոնվուլեքսը։

Էպիլեպսիայով հիվանդների մոտ փոքր նոպաների, ինչպես նաև վեգետատիվ և հոգեկան համարժեքների առկայության դեպքում լայնորեն կիրառվում է տրիմեթինը, սակայն այն առաջացնում է կողմնակի երևույթներ (արյունաստեղծ օրգանների ախտահարում, մաշկային ցան, լուսավախություն, քնկոտություն)։ Խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր 10—12 օրը մեկ կատարել արյան քննություն։ Օրական դեղաչափը՝ 0,2—0,3 գ է։

Հաճախ կիրառվում են տարբեր դեղամիջոցների զուգակցումներ. դիակարբ (ֆոնուրիտ)՝ օրական 0,1—0,2 գ, ինչպես նաև B խմբի վիտամիններ, գլյուտամինաթթու։

Ցնցումային նոպաների ժամանակ նեյրոլեպտիկ միջոցների թերապևտիկ արդյունավետության մասին տվյալները հակասական են. նույնիսկ կան ուսումնասիրություններ, որոնք վկայում են նրանց բացասական ազդեցության մասին։ Սակայն նեյրոլեպտիկները (ամինազին, տիզերցին) կարող են կիրառվել հոգեկան համարժեքների դեպքում, ինչպես նաև դիսֆորիկների և ագրեսիվ ռեակցիաների հակումով բնավորության ծանր փոփոխությունների ժամանակ։

Բավականին լայնորեն կիրառվում են նաև տրանկվիլիզատորներ

(դիազեպամ, նիտրազեպամ)՝ հատկապես քունքային և դիէնցեֆալ պարոքսիզմների բուժման ժամանակ։ Գրականության մեջ նշվում է նրանց բարձր հակացնցումային ակտիվության մասին։

Կյանքին սպառնացող վիճակ է էպիլեպսային ստատուսը, որը պահանջում է անհետաձգելի բժշկական օգնություն։ Այստեղ անհրաժեշտ են թերապևտիկ համալիր միջոցառումներ, հակացնցումային միջոցներ, ջրազրկող և թունազերծող միջոցառումները։

Էպիլեպսային ստատուսի դեպքում արդյունավետ միջոց է 0,5 % սեդուքսենի ներերակային 4—10 մլ դանդաղ ներարկումը։ Խորհուրդ է տրվում քլորալհիդրատի ներմուծում հոգնայի ձևով (2,0—3,0), ծծմբաթթվային մագնեզիում 5 մլ 25 % լուծույթի և գլյուկոզայի 20 մգ 40 % լուծույթի ներերակային ներարկում։ Կարելի է ներերակային շատ դանդաղ ներարկել նաև 1,0 հեքսենալ։ Ծանր դեպքերում ցուցված է ողնուղեղային պունկցիան։

Հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգերի վիճակի վրա։ Սրտային գործունեության անկման դեպքում կիրառվում է կոֆեին, կորդիամին, ադոնիզիդ և այլն։ Քանի որ կամֆորան բարձրացնում է ցնցումային պատրաստականությունը, այն հակացուցված է։ Շնչառական կենտրոնի խթանման նպատակով ներարկվում են ցիտիտոն, լոբելին։ Հիպերթերմիայի դեմ պայքարելու համար կիրառվում են լիտիկ խառնուրդներ (ամինազինի 2,5 %, դիմեդրոլի 1 % կամ պիպոլֆենի 2,5 % և անալգինի 50% լուծույթ)։

Ուղեղի այտուցի դեմ պայքարելու համար վերը նշված միջոցներից բացի, կիրառվում են նաև ֆոնուրիտի, լազիքսի միջմկանային ներարկումներ։ Որպես ներծծող թերապիա կատարվում է ալոեի, ապակենման մարմնի և այլ դեղամիջոցների ներարկումներ։

Էպիլեպսիայի ժամանակ դիետայից պետք է բացառվեն ալկոհոլը, սուր կերակրատեսակները. անհրաժեշտ է սահմանափակել աղը, հեղուկները։ Ցուցված է կաթնաբուսական սնունդը։

Աշխատանքային և դատահոգեբուժական փորձաքննություն։ Պարոքսիզմների առաջացման հաճախականությունից և ժամանակից կախված (ցերեկային, գիշերային) մասնագիտական կողմնորոշումն ու աշխատանքի տեղավորումը տարբեր կարող են լինել, անշուշտ, հնարավորին չափ հաշվի առնելով հիվանդների շահերը։ Աշխատանքային ակտիվ գործունեությունը բարերար է ազդում հիվանդների ինքնազգացողության

վրա, նվազեցնում նոպաների հաճախականությունը։ Էպիլեպսիայով հիվանդները չպետք է աշխատեն տրանսպորտի վրա, շարժվող մեխանիզմների հետ, բարձրության վրա, տաք ցեխերում, բարձր լարվածությամբ հոսանքի հետ, ջրի մոտ։ Եթե հիվանդն ի վիճակի չէ իր մասնագիտությամբ աշխատել, նրա աշխատանքն անհրաժեշտ է կազմակերպել բուժաշխատանքային արհեստանոցներում։

Անաշխատունակության կամ աշխատունակության սահմանափակման դեպքում հիվանդին տրվում է հաշմանդամության համապատասխան խումբ։

Էպիլեպսիայով հիվանդ երեխաները պետք է սովորեն դպրոցում, իսկ հաճախակի նոպաների առկայության դեպքում ուսուցումը պետք է կազմակերպել տնային պայմաններում։

Հակաօրինական արարքներ կատարելու դեպքում էպիլեպսիայով հիվանդները ճանաչվում են անմեղսունակ, եթե նրանք այդ ժամանակ գտնվել են գիտակցության խանգարման կամ դիսֆորիայի վիճակում։ Էպիլեպսային պարոքսիզմներից դուրս մեղսունակության հարցը լուծվում է թուլամտության աստիճանից կախված. բանականության պահպանման և հիվանդության բարորակ ընթացքի դեպքում հիվանդները մեղսունակ են համարվում, քանի որ ի վիճակի են ղեկավարել իրենց ու հաշիվ տալ իրենց կատարած արարքների համար։

Սերեյսկու խառնուրդ

Phenobarbitali 0,05
Bromisovali (bromurali) 0,2
Coffeini natrio-benzoici 0,015
Papaverini hidroclorici 0,03
Calcii gluconici 0,5
M. f. pulv. D. t. d. № 50
Օրական 2—3 անգամ ընկական փոշի

Վորոբյովի խառնուրդ

Phenobarbitali 0,05
Diphenini 0,05
Ac. nicotinici 0,03
Ac. glutaminici 0,2
Spasmolytini 0,1

(seu Papaverini hydrochlorici 0,3)
Coffeini puri 0,015
Glucosae 0,3
M. f. pulv. D. t. d. № 50
Օրական 2—3 անգամ մեկական փոշի ճաշից հետո

Բրոդսկու խառնուրդ

Calcii chlorati 15,0
Phenobarbitali 0,8
Methylcoffeini 0,4
Mercusali ex amp. 2,0
T-rae Menthae gtt x
Ag. destil. 200,0
Օրական 3—5 անգամ մեկական ճաշի գդալ

Գլուխ 15

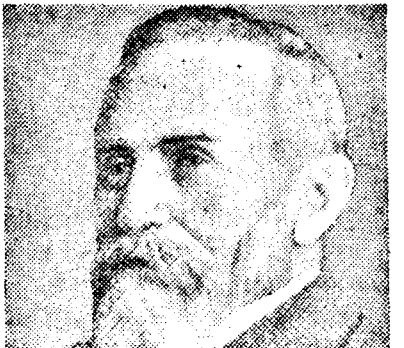
ՇԻԶՈՖՐԵՆԻԱ

«Շիզոֆրենիա» անվանումը ծագում է հունական բառարմատներից («schiso»— ճեղքում, «phren»— հոգի, հոգեկան ճեղքվածություն, անձի երկատվածություն)։

Շիզոֆրենիան քրոնիկական հիվանդություն է, որն ունի նոպայաձև կամ անընդմեջ հարաճուն (պրոգրեդիենտ) ընթացք և դրսևորվում է անձի հետզհետե զարգացող փոփոխություններով՝ էներգետիկ պոտենցիալի անկումով, հույզերի աղքատացումով, խորացող ինքնամփոփությամբ (աուտիզմ), ինչպես նաև բազմազան հոգեախտաբանական խանգարումներով։ Անձի վերոհիշյալ փոփոխություններն էլ հենց ընկած են շիզոֆրենային դեֆեկտի հիմքում, որի ծանրության աստիճանը պայմանավորված է այդ փոփոխությունների խորությամբ՝ հոգեկան գործունեության հազիվ նկատելի խանգարումներից մինչև խոր կազմալուծում։

Շիզոֆրենիան համարվում է էնդոգեն հիվանդություն, քանի որ նրա պատճառագիտության և ախտածագման մեջ վճռական դեր են խաղում ներքին մեխանիզմները։

Այն սկսվում է գերազանցապես երիտասարդ հասակում (17—25 տ.), սակայն կարող է դրսևորվել նաև երեխաների և տարեց մարդկանց մոտ։ Շիզոֆրենիային հատուկ հոգեախտաբանական նշանները նկարագրվել են այդ հիվանդությունը առանձին նոզոլոգիական միավոր համարելուց դեռ շատ առաջ։ Մորելը (1857 թ.) ուշադրություն է դարձրել երիտասարդ տարիքում առաջացող յուրահատուկ թուլամտության վրա։ Քալբաումը և Հեկկելը 19-րդ դարի 70-ական թվականներին նկարագրել են կատատոնիան (հուն. «kata»— երկայնակի, «tonos»— լարվածություն) և հեբեֆրենիան (հուն. «hebphrenia»— պատանեկան հոգի)։ Մանյանը (1888 թ.) ներկայացրել է ցնորազառանցանքային պսիխոզների պատկերը։



Ե. Բրոյլեր
(1857—1939)

Ռուսական հոգեբուժության մեջ շիզոֆրենիան նկարագրվել է տարբեր անվան տակ՝ իդեոֆրենիա (Վ. Խ. Կանդինսկի, 1887 թ.) և դիզնոյա (Ս. Ս. Կորսակով, 1891 թ.)։ Գերմանացի հոգեբույժ Է. Կրեպելինը 1896 թ. նկարագրել է մի խումբ հոգեկան հիվանդություններ՝ անվանելով վաղաժամ թուլամտություն (լատ. «dementia praecox»)։ Ըստ Կրեպելինի այդ յուրահատուկ վաղաժամ թուլամտությունը, որն ի հայտ է գալիս երիտասարդ տարիքում, տվյալ հիվանդության հիմնական և պարտադիր նշանն է, անկախ նրա կլինիկական ձևից (կատատոնիկ, հեբեֆրենիկ, հասարակ և պարանոիդ)։ Ինչ վերաբերում է կլինիկական ձևերին, Կրեպելինը դրանք նկարագրում էր մեկ միասնական հիվանդության՝ վաղաժամ թուլամտության սահմաններում։ Սակայն պսիխոզի տարատեսակների հետագա ուսումնասիրության ընթացքում հայտնաբերվեցին հիվանդության մի շարք խառը անցումային ձևեր, տարբերակներ, որոնք անմիջապես չէին հանգեցնում վաղաժամ թուլամտության։ Մեծ թվով կատամնեզային նյութերի ուսումնասիրությունը տարբեր հետազոտողների կողմից ցույց տվեց, որ չնայած շիզոֆրենային պրոցեսի յուրաքանչյուր սրացումից հետո մնում են հոգեկանի աննշան փո-

փոխություններ, այնուամենայնիվ հիվանդները կարողանում են որոշ ժամանակ պահպանել իրենց սոցիալական դիրքը։ Այնուհետև հիվանդության ելքային (վերջնային) վիճակների ուսումնասիրությունից պարզվեց, որ դրանք տարբերվում են գլխուղեղի օրգանական ախտահարման հետևանքով առաջացած թուլամտությունից, որն առաջին հերթին բնորոշվում է բանականության կայուն իջեցմամբ։ Հայտնի դարձավ, որ «dementia praecox»-ի ելքային վիճակներում գերակշռում է հուզական-մային աղքատացումը՝ անձի էներգետիկ պոտենցիալի անկմամբ և յուրահատուկ աշխարհընկալումով, արտաքին աշխարհի հանդեպ յուրօրինակ վերաբերմունքով, այլ խոսքով՝ զարգացող աուտիզմով։

Այս ամենից ելնելով, վիեննացի հոգեբույժ Ե. Բլոյլերը (1911 թ.) տվյալ հիվանդությունը բնութագրելիս չափանիշ ընդունեց ոչ թե վաղ զարգացող ելքային վիճակները, ինչպես գտնում էր Կրեպելինը, այլ՝ հոգեախտաբանական սկզբունքը։ Բլոյլերը ելնում էր այս հիվանդությանը բնորոշ հոգեկան խանգարումների յուրահատուկ կառուցվածքից, այսինքն՝ հոգեկան ճեղքվածությունից, ուստի և պսիխոզների այդ խմբի համար առաջարկեց «շիզոֆրենիա» տերմինը։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ ճեղքվածությունը դրսևորվում է հոգեկան գործունեության ամբողջականության խախտման ձևով, ընդգրկելով ճանաչողական, հուզական, վարքային ոլորտները, որոնցով էլ պայմանավորված են պոզիտիվ և նեգատիվ ախտանիշերն ամբողջությամբ։

Եթե Կրեպելինը նկարագրելով հիվանդության չարորակ «կորիզային» ձևերը, նեղացնում էր շիզոֆրենիայի շրջանակը, ապա Բլոյլերը արտակարգ ընդարձակելով այն, տվյալ խմբի մեջ ներառում էր նաև ուրիշ շիզոֆրենանման պսիխոզներ։

Շիզոֆրենիայի պատճառագիտության վերաբերյալ միասնական պատկերացումների բացակայությունը, ախտածագման վերաբերյալ գոյություն ունեցող բազմաթիվ տեսությունները, հոգեախտաբանական երևույթների բազմազանությունը, որոնք դրսևորվում են նաև այլ հիվանդությունների ժամանակ, չափազանց դժվարացնում են շիզոֆրենիայի ախտորոշումը և տարբերակումը այլ պսիխոզներից։ Այս ամենը առաջ է բերել տարաձայնություններ շիզոֆրենիայի նոզոլոգիական սահմանների որոշման մեջ։ Այնուամենայնիվ, բոլոր հետազոտողները համակարծիք են այն հարցում, որ շիզոֆրենիան զարգանում է օրինաչափ ստերեոտիպով և անձի յուրահատուկ փոփոխություններով, որոնցով այն տարբերվում է հոգեկան մյուս հիվանդություններից։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ դիտվում են ախտաբանական գրեթե բոլոր ախտանիշները և համախտանիշները, բացի նրանցից, որոնք բնորոշ են գլխուղեղի օրգանական հիվանդություններին (հիշողության խանգարումներ, բանականության օրգանական բնույթի փոփոխություններ, ժարոքսիզմալ էպիլեպսանման համախտանիշներ)։ Այսուհանդերձ, ընդունված ախտանիշների ողջ բազմազանությանը, շիզոֆրենիայի ժամանակ կարելի է առանձնացնել գլխավոր, առանցքային հոգեախտաբանական երևույթներ, որոնք դրսևորվում են հիվանդության սկզբնական շրջանից և խորանալով առաջացնում անձի դեֆեկտ (արատ)՝ թեթև, հակիվ նկատելի փոփոխություններից մինչև թուլամտությունից դժվար տարբերվող հոգեկանի կոպիտ կազմալուծումով արտահայտվող ելքային վիճակներ։

Որո՞նք են այդ խանգարումները։ Դա հոգեկան ֆունկցիաների տարակարգությունն է (դիսկորդանտություն), այսինքն՝ մտածողության, հույզերի և կամային ակտիվության աններդաշնակությունը, ճեղքվածությունը։

Ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումները դրսևորվում են նրանով, որ այդ պրոցեսները՝ կորցնելով արտաքին աշխարհի երևույթների հետ կապը, դառնում են հիվանդի անձնական փորձից չբխող, վերացական, անիրական պատկերացումներ։ Մտածողությունը կորցնում է կոնկրետությունը, առաջանում են անպտուղ իմաստակություն, դատարկաբանություն։ Ժամանակի ընթացքում ավելի ու ավելի է խզվում կապը շրջապատող իրականության հետ։ Հիվանդները մեկուսանում են արտաքին աշխարհից, ներփակվում, սուզվում իրենց ապրումների մեջ։ Նրանք առանձնանում են, դառնում ինքնամփոփ, անմատչելի։ Այս վիճակը Ե. Բլոյլերը անվանել է աուտիզմ։ Ասոցիատիվ պրոցեսների հարաճող ճեղքվածությունը հանգեցնում է մտածողության, խոսքի փեղեքման (շիզոֆազիա), որի դեպքում դժվար է լինում ըմբռնել հիվանդի խոսքի իմաստը։ Օրինակ, «Մաուզլին ուղեղի կապն է ձեռագրի խմբագրությանը։ Ձեզ հասկացա, ես կապի մեջ եմ, 12—25—70։ Հարգանքներով՝ Գուրգեն»։

Ասոցիացիաների խանգարումը կարող է դրսևորվել մտքերի ակամա հորդահոսքի (մտքահոսության) ձևով (մենտիզմ) կամ խորհրդանշական (սիմվոլիկ) մտածողությամբ, երբ առարկաներն ու երևույթները ստանում են առանձնահատուկ, միայն հիվանդին հասկանալի իմաստ.

օրինակ, «անձրևը երկնքի քրտինքն է» կամ «երկնքից եկող քիմիական բանաձևը (H_2O). ապուրի մեջ աղ են լցնում, որ օրգանիզմում ապուրը չփչանա»։ Կարող են լինել մտքերի խցանման կամ կանգի վիճակներ (շպերունգ), երբ հիվանդները գլխում զգում են դատարկություն, «մտազրկություն»։ Շիզոֆրենիայով հիվանդների խոսքը հաճախ կազմված է լինում միանգամայն անհասկանալի բառերից, երբեմն էլ դրանք լինում են նորաստեղծ բառեր (նեոլոգիզմ)։ Նեոլոգիզմը բառարմատների խտացում է, ագլուտինացիա, օրինակ, նոր բառը կազմվում է կիսատ բառերից, անկանոն հնչյուններից և այլն («Աշբլբտգբլ Ալպրշտշլբտլ Ռշլտրտրբգվ՝ սա իմ անունը, ազգանունը և հայրանունն է, որոնցով ես փոխարինել եմ իմ առաջվանը, որոնք ինձ չէին պատկանում»,— հայտնում էր հիվանդներից մեկը)։ Նեոլոգիզմը շիզոֆազիայի հետ միասին առաջացնում է «խոսքերի խառնաբրդոշ», ուր հաճախ ստերեոտիպ ձևով կրկնվում են միևնույն բառակապակցությունները (պերսևեռացիա)։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ հուզական ոլորտի խանգարումները նույնպես խիստ ինքնատիպ են, բազմազան և նշանակություն ունեն ախտորոշման համար։ Հիվանդության սկզբում լինում է տրամադրության անկում, որը կրում է ոչ առարկայական բնույթ։ Սկզբից ևեթ այդ ընկճվածությունը ուղեկցվում է այն ամենի նկատմամբ անտարբերությամբ, ինչը որ նախկինում հետաքրքրում էր հիվանդին։ Սկսում են ի հայտ գալ անադեկվատ հուզական դրսևորումներ (պարաթիմիա), երբ ուրախալի լուրերը առաջ են բերում զայրույթ, արցունքներ, իսկ ծնողների հանդեպ սերը փոխվում է ատելության, զզվանքի. հույզերի ճեղքվածությունն արտահայտվում է ամբիվալենտությամբ, երբ հիվանդները միաժամանակ հանդես են բերում փոխհակասական զգացմունքներ՝ սեր և ատելություն, օրինակ, մերձավորներին հանդիպելիս կոպտում են, չեն ցանկանում նրանց հետ զրուցել, մինչդեռ նրանց բացակայությամբ խոստովանում են նրանց հանդեպ ունեցած ամենաջերմ զգացմունքների մասին։ Հիվանդության խորացման հետ հույզերը հետզհետե մարում են, առաջ են գալիս հուզական ամլություն և բթություն։

Եթե հիվանդության սկզբում հիվանդները զգում են իրենց մեջ կատարվող փոփոխությունները, հարազատների, մերձավորների և իրենց իսկ հանդեպ վերաբերմունքի փոփոխությունները համարում են հիվանդագին, անբնական, որն էլ ոչ հազվադեպ նրանց մղում է ինքնասպանության, ապա հետագայում ճանաչողական և հուզական ոլորտների մի-

ջև ուժեղացող ճեղքվածության հետևանքով հիվանդները այլևս չեն գիտակցում հուզական բթությունը։

Կամային գործունեության խանգարումները դրսևորվում են վարքի, հակումների, ուշադրության ախտաբանությամբ։

Շիզոֆրենիայով հիվանդների վարքը բնութագրվում է ակտիվության նվազումով, նախաձեռնության թուլացմամբ, հարաճող թորշոմածությամբ, պասիվությամբ։ Հիվանդները խորշում են հասարակությունից, խուսափում ծանոթներին հանդիպելուց, նախընտրում են լինել միայնության մեջ, դա պատճառաբանելով զբաղվածությամբ կամ հոգնածությամբ։ Շրջապատող մարդկանց հետ կապերը դառնում են ձևական, հարցերին պատասխանում են հակիրճ։ Ի հայտ է գալիս մերժողական վերաբերմունք (նեգատիվիզմ), որն արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդները բացասաբար են տրամադրվում բոլոր նրանց նկատմամբ, ովքեր փորձում են շփվել իրենց հետ կամ կատարում են առաջարկվող գործողությունների ճիշտ հակառակը։

Հիվանդների վարքագծում կամ արարքներում դրսևորվում է ցանկությունների, մղումների, ձգտումների երկակիություն (ամբիտենդենցություն), երբ դժվարանում է դրանցից որևէ մեկի ընտրությունը։

Վարքի խանգարումներն արտահայտվում են իմպուլսիվ, անսպասելի, չպատճառաբանված արարքների ձևով, որոնք առաջանում են հիվանդների կամքից ու ցանկություններից անկախ. օրինակ, նրանք հանկարծ ցուցաբերում են ագրեսիա, տեղից վեր են թռչում՝ կատարելով որևէ անհեթեթ գործողություն, սկսում հայհոյել և այլն։ Կարող են հանդիպել նաև հակառակ վիճակներ, երբ հիվանդը տեղում քարանում է, չի խոսում, ընկնում է արգելակման մեջ։ Մի այլ դեպքում նրա մոտ ի հայտ են գալիս ծամածռություններ, միապաղաղ սեթևեթ (մաներական) շարժումներ, դիմախաղ, ստերեոտիպ գործողություններ, էխոերևույթներ (էխոլալիա, էխոպրակսիա, էխոմիմիա)։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ մշտապես լինում են հակումների և բընազդների խանգարումներ։ Ուտելու բնազդի խանգարումներն արտահայտվում են շատակերությամբ կամ սննդից հրաժարումով, սեռական բնազդը կարող է անհետանալ կամ ընդհակառակը՝ ուժեղանալ, կամ էլ կրել այլասերված բնույթ (հոմոսեքսուալիզմ, ձեռնաշարժություն և այլն)։ Ինքնապահպանման բնազդի խանգարման դեպքում հիվանդները վնասվածքներ են հասցնում իրենց, հաճախ էլ փորձում ինքնասպան լինել։

Նրանք դժվարությամբ են ուշադրությունը կենտրոնացնում, հաճախ անհնար է լինում այն գրավել որևէ բանով։ Սա հանդիսանում է

հիվանդների անաշխատունակության պատճառներից մեկը։ Նրանք կարող են կարդալ ամբողջ էջեր, սակայն ի վիճակի չլինել վերարտադրելու որևէ բան, չնայած հիշողության խանգարումներ չեն դիտվում։

Այսուհանդերձ, շիզոֆրենիայի ախտանշաբանությունը վերոհիշյալ խանգարումներով չի սպառվում։ Հիվանդության առավել հաճախ դիտվող ախտանիշներից են ընկալման խանգարումները, մասնավորապես ցնորքները, որոնք խիստ բազմազան են։ Առավել բնորոշ են լսողական ցնորքները։ Սկզբնական շրջանում դրանք կանչեր են, որոնք հիվանդի անունն են տալիս, հետագայում դառնում են արդեն «խոսակցություններ», որոնք իրենց բնույթով և բովանդակությամբ կարող են լինել հրամայողական, մեկնաբանման, փոխհակասական, սպառնալի և այլն։ Լսողական (խոսքային) ցնորքները կարող են լինել ինչպես խսկական, այնպես էլ կեղծ, գլխի ներսում հնչող, ինչ-որ մեկի կողմից «սարքված»։ Կեղծ ցնորքները խիստ բնորոշ են շիզոֆրենիային։

Համի և հոտառական ցնորքներն արտահայտվում են ծայրահեղ տանջալի զգացողություններով (նեխածահոտ, դիակահոտ, ժանգահամ, արնահամ, դառնահամ)։ Բավականին հաճախ լինում են ընդհանուր զգայության կամ մարմնական ցնորքներ՝ էլեկտրական հոսանքի, գլխի երկատվության զգացողություններ։ Իսկական տեսողական ցնորքները շիզոֆրենիային բնորոշ չեն, իսկ տեսողական կեղծ ցնորքները հանդիպում են ոչ հաճախ։

Մտածողության խանգարումները, վերը նկարագրված նեգատիվ ախտանիշներից բացի, արտահայտվում են նաև զառանցական մտքերի ձևով (թեև դրանց առկայությունը պարտադիր չէ)։ Հիվանդության դանդաղ ընթացքի դեպքում, սկզբնական շրջանում, երբ քննադատությունը պահպանված է, հիվանդները ակտիվորեն թաքցնում են զառանցանքը, այնպես հմտորեն սքողում, որ ամիսներ շարունակ նրանց առողջից դժվար է լինում տարբերել։ Հիվանդությունը սուր բնույթով սկսվելու դեպքում գերակշռում է հատուկ նշանակության զառանցանքը, երբ հիվանդները իրենց շուրջը կատարվող իրադարձություններին վերագրում են առանձնահատուկ իմաստ, տալիս աղավաղված մեկնաբանություն, գրտնելով, որ այդ ամենը որոշակի կապ ունի իրենց հետ։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ հաճախ դիտվում է հետապնդման զառանցանք, ընդ որում կարծեցյալ հետապնդողները առանձին անհատներ են, խմբեր կամ պետական մարմիններ։ Հիվանդը ճանաչում է նրանց ըստ ակնարկների, շարժումների, վարքագծի, անընդհատ իրեն զգալով իբրև դիտարկման օբյեկտ։ Ոչ հազվադեպ այս հիվանդության

դեպքում առաջանում է հիպոխոնդրիկ զառանցանք, որի դեպքում հիվանդները ներքին օրգանների ախտահարվածության գանգատներով դիմում են ամեն տեսակի մասնագետի, բացի հոգեբույժից։

Թունավորման, խանդի, ֆիզիկական ազդեցության զառանցական մտքերը անհեթեթ բովանդակության հետևանքով շրջապատի կողմից շուտ են իմացվում։ Մեծամոլական զառանցանքը շիզոֆրենիայի ժամանակ հազվադեպ է լինում, հիվանդները համոզված են, որ ունեն բարձրաշխարհիկ ծագում, որից էլ բխում է նրանց վարքը։

ՀԱՄԱԽՏԱՆՇԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ (ՍԻՆԴՐՈՄՈԼՈԳԻԱ)

Շիզոֆրենիայի կլինիկական պատկերը խիստ բազմազան է, խայտաբղետ, որն էլ իր արտացոլումն է գտնում ամենատարբեր համախտանիշներում և տարատեսակ ընթացքի մեջ։

Շիզոֆրենիայի ընթացքը հարաճուն է ու երկարատև (տասնամյակներ)։ Կախված այս կամ այն համախտանիշի գերակշռությունից, մի համախտանիշը մյուսի փոխարկվելուց, զարգացման արագությունից, առանձնացվում են հիվանդության առանձին կլինիկական ձևեր և ընթացքի տեսակներ։

Շիզոֆրենիայի դեպքում դիտվող համախտանիշները կարող են վկայել ախտաբանական պրոցեսի այս կամ այն էտապի կամ խորության աստիճանի մասին։

Աստենիկ համախտանիշը հատուկ է շիզոֆրենիայի բոլոր ձևերին։ Այն առաջին պլանի վրա է լինում դանդաղ և աստիճանաբար զարգացող պրոցեսի դեպքում, սակայն արմատապես տարբերվում է «մաքուր» աստենիայից նրանով, որ կապված չէ գերհոգնածության և նյարդային համակարգի հյուծվելու հետ, պայմանավորված չէ նախատրամադրող գործոններով, չի ուղեկցվում հիշողության խանգարումներով և սկզբից ևեթ զուգակցվում է նեգատիվ ախտանիշներով։

Աֆեկտիվ համախտանիշները (մանիակալ և դեպրեսիվ) վկայում են պրոցեսի բարդացման ու խորացման մասին։ Տրամադրության դեպրեսիվ և սուբդեպրեսիվ ֆոնը դիտվում է հիվանդության ինչպես սկզբնական շրջանում, այնպես էլ սրացումների և լավացման վիճակների (ռեմիսիա) ժամանակ։ Հիվանդի անձի պահպանվածության դեպքում անկումային տրամադրությունը ոչ հազվադեպ հանգեցնում է ինքնասպանության մտքերի և փորձերի։

Ներոզանման համախտանիշը, որը դրսևորվում է կպչուն վիճակ-

ներով, հիստերիկ ախտանիշներով, սենեստոպաթիկ-հիպոխոնդրիկ և դեպերսոնալիզացիայի-դեռեալիզացիայի երևույթներով, հանդիպում է հիվանդության տարբեր էտապներում, ինչպես նաև շիզոֆրենիայի հասարակ ձևի ժամանակ։

Զառանցանքային և ցնորազառանցանքային համախտանիշները վերկայում են հիվանդների դատողություններում առկա խոր խանգարումների, մտածողության պրոցեսի ընթացքի ախտահարման, փաստարկումների անտրամաբանության, քննադատորեն իմաստավորելու անկարողության մասին։ Դրանք են պարանոյալ, պարանոիդ և պարաֆրեն համախտանիշները։ Այս շարքն է դասվում նաև վերբալ ցնորագարությունը (լսողական ցնորքների հոսքը բազմաբնույթ «ձայների» ձևով)։ Ցնորագարությունը կարող է արտահայտվել իսկական և կեղծ ցնորքների ձևով։ Ցնորագարությունը հոգեկանի ավելի խոր կազմալուծման ցուցանիշ է և այն հաճախ քրոնիկական ընթացք է ստանում, իսկ ցնորքները՝ կեղծ բնույթ։

Լյուցիդային և օնեյրոիդ ձևով դրսևորվող կատատոնիկ համախտանիշը ամենածաներերից մեկն է։ Ընթանալով առանց գիտակցության խանգարման (լյուցիդային) կամ գիտակցության երազանման մթագրնման ֆոնի վրա՝ երևակայական և անրջային պատկերների հոսքով ու շրջապատի ընկալման խաթարմամբ (օնեյրոիդ), այն վկայում է առաջին դեպքում՝ պրոցեսի չարորակության, իսկ երկրորդում՝ հարաբերականորեն բարենպաստ ընթացքի ու ելքի մասին։

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Գերակշռող հոգեախտաբանական ախտանշաբանությունից և ընթացքի օրինաչափություններից կախված՝ առանձնացվում է շիզոֆրենիայի հինգ հիմնական ձև. հասարակ, հեբեֆրենիկ, կատատոնիկ, պարանոիդ և ցիրկոպլյար։

Հասարակ ձևը զարգանում է պատանեկան տարիքում և դասվում կորիզային, բուժման նկատմամբ դիմակայուն ձևերի շարքը։ Այն հիմնականում բնութագրվում է զարգացման դանդաղ տեմպով և անընդհատ հարաճուն (պրոգրեդիենտ) ընթացքով։ Հիվանդության սկզբից ևեթ ի հայտ է գալիս ակտիվության, մղումների նվազում։ Հիվանդը կորցնում է հետաքրքրությունները, դառնում թորշոմած, պասիվ, աննախաձեռնող։ Աստիճանաբար խզում է կապը ընկերների հետ. հարաբերությունները ծնողների հետ դառնում են սառը, նրանց հանդեպ առա-

ջանում է թշնամական վերաբերմունք, ատելություն, ագրեսիվություն։ Սեռում է օտարացումը, մեկուսացումը բոլորից և առօրյա իրավիճակից։ Հիվանդը դադարում է հաճախել դասերին, պարապմունքներին, գնալ աշխատանքի, դառնում է փնթի, անփույթ և անտարբեր նույնիսկ իր ապագայի հանդեպ։ Նա ավելի ու ավելի է խորասուզվում սեփական ապրումների աշխարհը, զարգանում է ինքնավերլուծություն (ռեֆլեքսիա), «փիլիսոփայական ինտոքսիկացիա», իրական կյանքից կտրված դատարկաբանություն. ավելի ու ավելի է արտահայտվում աուտիզմը՝ մըտավոր ակտիվության մակարդակի իջեցմամբ, էներգետիկ պոտենցիալի նվազմամբ։ Սկզբնական փուլում հիվանդը զգում է իր հետ կատարվող փոփոխությունները, փորձում զբաղվել ինչ-որ բանով, հաճախ դրսևորելով իրեն ոչ բնորոշ հետաքրքրություններ։ Սակայն, հազիվ որևէ բան ձեռնարկելով, թողնում է այն և փորձում նորը սկսել («դրեյֆ»)։ Այսպես, թողնելով ուսումը, հիվանդը սկսում է օտար լեզու ուսումնասիրել, իսկ այնուհետև հաջորդաբար հրապուրվում է երաժշտությամբ, փիլիսոփայական մտակառուցումներով և այլն։ Հույզերն անկայուն են, գերակշռում է դյուրագրգռությունը, ընկճվածությունը՝ ուղեկցված ինքնասպանության սևեռուն մտքերով ու փորձերով։ Աստիճանաբար զարգանում է հուզական բթություն։ Հիվանդության ելքն անբարենպաստ է, այն ընթանում է չարորակ՝ հասցնելով ապաթիկոաբուլիկ դեֆեկտի առաջացման։

Գոյություն ունի շիզոֆրենիայի հասարակ ձևի երկու տարբերակ. ն ևրոզանման, երբ գերակշռում են նևրոտիկ համախտանիշները և պսիխոպաթանման, երբ առկա են պսիխոպաթանման ախտանիշներ։

Հեբեֆրենիկ ձևը այլ կերպ կոչվում է «պատանեկան», քանի որ նույնպես բնորոշ է պատանեկան տարիքին, զարգանում է սեռական հասունացման շրջանում, դասվում է շիզոֆրենիայի «կորիզային» ձևերի շարքը և բնութագրվում հոգեախտաբանական ախտանշանների բազմազանությամբ։ Բացասական (նեգատիվ) ախտանիշների ֆոնի վրա ի հայտ են գալիս թեթևամտություն, քմահաճություն, շինծուություն հիշեցնող արարքներ։ Հիվանդները խոսում են՝ փոխելով ձայնը, գործածում խեղաթյուրված բառեր, անհասկանալի արտահայտություններ և նախադասություններ, խոսքը հաճախ վեր է ածվում «բառային խառնաբրդոշ»-ի, դիտվում է մտածողության արտահայտված ճեղքվածություն։ Նրանք ընդունում են անբնական դիրքեր, չորեքթաթ վազում, ծափ են տալիս ամենաանհարմար իրավիճակներում, ծամա-

ծություններ անում, նմանակում շուրջը գտնվողներին, ընդօրինակում կենդանիների վարքը, պաճուճաբար հագնվում։ Բնորոշ են ծամածռությունը, հիմարավունությունը, սեթևեթությունը, խոսքի մեջ՝ նեոլոգիզմների առատությունը, հակումների ապարգելակվածությունը, հաճախ անպատեհ քրքիջները կամ հեկեկոցները։ Ոչ հազվադեպ լինում են զգայախաբություններ՝ լսողական կամ մարմնական ցնորքների ձևով։ Հանդիպում են տարբեր բովանդակության չհամակարգված անկապ զառանցական մտքեր. մեծամոլական զառանցանքը փոխարինվում է մեղավորության զառանցանքով, հետապնդման զառանցանքը՝ հիպոխոնդրիկ մտքերով։ Կարճ ժամանակահատվածում զարգանում է ելքային վիճակ՝ խոր թուլամտությամբ։

Շիզոֆրենիայի կատատոնիկ ձևը առաջանում է 20—30 տարեկանում, ավելի հազվադեպ՝ արբունքի շրջանում։ Այն կարող է ունենալ չարորակ ընթացք՝ ծավալվելով համեմատաբար դանդաղ, անընդմեջ հարաճելով՝ առանց գիտակցության խանգարման («կորիզային» կատատոնիա)։ Ելքն անբարենպաստ է։ Կատատոնիկ ձևի երկրորդ տարբերակը սկսվում է սուր և բնորոշվում է բուռն զարգացմամբ՝ գիտակցության օնեյրոիդ տիպի խանգարմամբ, ընթանում է համեմատաբար բարենպաստ և ավարտվում բավականին խոր ռեմիսիայով (պարբերական կատատոնիա)։

Կատատոնիկ շիզոֆրենիան դրսևորվում է ստուպորի կամ գրգռվածության ձևով։

Կատատոնիկ ստուպորին բնորոշ են հոգեշարժական արգելակվածությունը, համրությունը, ակտիվ կամ պասիվ նեգատիվիզմը։ Լինում են մկանային տոնուսի խանգարումներ՝ լարվածության, կատալեպսիայի ձևով, ինչպես նաև մոմանման ճկունության երևույթներով։ Հաճախ հիվանդը մոր արգանդում գտնվող պտղի դիրք է ընդունում («էմբրիոնալ դիրք»), դիտվում են Դյուպրեի «օդային բարձի», «գլխանոցի» ախտանիշները, երբ հիվանդները պառկած են լինում՝ գլուխը բարձից վեր պահած, կամ գլխին են քաշում ծածկոցը կամ խալաթը։

Ենթարնդարմացած վիճակում (ոչ լրիվ ստուպոր) հիվանդները լինում են կարկամած, արձանանում են միևնույն դիրքում (օրինակ, ժամերով կանգնում են փակ դռան առջև)։ Հիվանդը կարող է երկար ժամանակ (օրեր, շաբաթներ) ստereոտիպորեն կանգնել կամ նստել միևնույն տեղում։ Ընդարմացման վիճակում հիվանդի մոտ կարող են դիտվել իմպուլսիվ գործողություններ։

Օնեյրոիդ ընդարմացման դեպքում հիվանդները անրջային երևակայական բնույթի բարդ ապրումներ են ունենում (տիեզերական աղետներ, տեղափոխում այլ աշխարհներ և պատմական դարաշրջաններ)։ Այս ապրումները երազների են նման, հիվանդները որոշ չափով հիշում են և պատմում դրանց մասին օնեյրոիդ ընդարմացումից դուրս գալուց հետո։

«Սաղմնային դիրք» շիզոֆրենիայի կատատոնիկ ձևի ժամանակ։

Կատատոնիկ գրգռվածությունը կարող է նախորդել ընդարմացմանը կամ զարգանալ դրանից հետո։ Այն սուր է արտահայտվում՝ իմպուլսիվ գործողություններով, միօրինակությամբ, անֆմաստությամբ և ստերեոտիպությամբ ուղեկցվող աննպատակ, քաոսային գրգռվածությամբ։ Երբեմն էլ շարժումները դառնում են ռիթմիկ, հիշեցնում հիպերկինեզներ և ատետոզներ։ Հաճախ ցուցաբերվում են ակտիվ նեգատիվիզմ, չպատճառաբանված ծիծաղ, լաց, ագրեսիվ գործողություններ, հարձակում ուրիշների վրա։ Կարող է առաջանալ նաև սեռական գրգռվածություն, որն ուղեկցվում է ձեռնաշարժությամբ։

Հիվանդների խոսքը նույնպես վկայում է խոր խանգարումների մասին, մտքի ճեղքվածությունը, նեոլոգիզմները, պերսևեռացիան, էխոլալիան «բառերի շիլաշփոթ» են ստեղծում։ Հիվանդներն արտաբերում են անկապ բառակապակցություններ, ստերեոտիպորեն կրկնում են բառերը, շրջապատողների խոսքերից արտահայտություններ որսում։

Պարանոիդ ձևի հիմնական հոգեախտաբանական համախտանիշը ցնորազառանցականն է։ Քանի որ այս համախտանշանի կլինիկական պատկերը զարգանում է աստիճանաբար՝ երկար տարիների ընթացքում (մինչև 10 և ավելի), և հիվանդները հմտորեն թաքցնում են իրենց հիվանդագին ապրումները՝ (անձի պահպանվածության շնորհիվ), հիվանդությունը դրսևորվում է սովորաբար հասուն տարիքում (30—40 տա-

բեկանում)։ Սկզբնական փուլերում ի հայտ են գալիս վերաբերման մտքեր, այնուհետև՝ չհամակարգված, կտրտված բնույթ կրող հետապնդման, թունավորման, ազդեցության զառանցանքներ։ Ժամանակի ընթացքում դրանք ձևավորում են համոզմունքների համակարգ, որոնց կարող են միանալ նաև ցնորային ախտանշանները։ Լսողական ցնորքները լինում են իսկական և կեղծ. հաճախ հանդիպում են համի և հոտառական ցնորքներ, սենեստոպաթիաներ։ Կեղծ ցնորքները և հաճախ դրանց հիմքի վրա զարգացող ֆիզիկական ազդեցության ու հետապընդման զառանցական մտքերը ձևավորում են Կանդինսկու-Կլերամբոյի կամ հոգեկան ավտոմատիզմի համախտանիշը։

Պարանոիդ շիզոֆրենիայի ժամանակ ազդեցության և հետապընդման զառանցանքների հետ մեկտեղ հանդիպում է նաև հիպոխոնդրիկ զառանցանք։ Որոշ հեղինակներ հիպոխոնդրիկ ձևն առանձնացնում են որպես պարանոիդ շիզոֆրենիայի տարատեսակ։ Հիպոխոնդրիկ զառանցանքն արտահայտվում է օրգանիզմի քայքայման և անխուսափելի մահվան մտքերով, անբուժելի ծանր մարմնական հիվանդության առկայության հիվանդագին համոզվածությամբ և հաճախ հիմնվում է կայուն, տանջալից սենեստոպաթիաների վրա (պոկվում է լյարդը, փափկում են ոսկրերը, չորանում է արյունը և այլն)։

Պարանոիդ շիզոֆրենիայի ժամանակ բանականության խանգարումները ուշ են զարգանում, սակայն հիվանդության ծավալմանը զուգընթաց զառանցական համակարգը քայքայվում է, զառանցանքը հիվանդի համար կորցնում է իր արդիականությունը, և զարգանում է ապատիկ բնույթի թուլամտություն։

Ցիրկուլյար շիզոֆրենիան բնութագրվում է մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակների պարբերական առաջացմամբ, որոնց միջև լինում են բավականին խորն ու տևական ախտադադարներ։ Ինչպես մանիակալ, այնպես էլ դեպրեսիվ վիճակների ժամանակ աֆեկտիվ «մաքուր» խանգարման ֆոնի վրա դիտվում են շիզոֆրենիային բնորոշ բացասական, պակասորդային և դրական (արգասավոր) ախտանիշներ։ Բացասական ախտանիշները (հույզերի բթացում, նախաձեռնության որոշակի նվազում, ինքնամփոփություն), որոնք բնորոշում են անձի փոփոխությունները, սովորաբար առաջանում են հիվանդության առաջին սրացումներից հետո։ Որոշ դեպքերում անձի այս փոփոխությունները նվազ արտահայտված են լինում, որի հետևանքով դժվարանում է տարբերակիչ ախտորոշումը։

Ցիրկուլյար շիզոֆրենիայի դեպքում ժամանակի ընթացքում դիտվում է հիվանդության կլինիկական պատկերի աստիճանական պարզեցում։ Այս ձևն ունի համեմատաբար բարորակ ընթացք և անկախ նոպաների հաճախականությունից անձի խոր դեֆեկտ չի առաջանում։

Ընթացիկ դարի 30-ական թվականներին արտաքին գործոններով պայմանավորված զառանցանքից առանձնացված մահացու կատատոնիան որոշ հեղինակներ համարում են շիզոֆրենիայի հատուկ ձև (ֆեբրիլ կամ «գերթունավոր» շիզոֆրենիա), մյուսները՝ շիզոֆրենիայի տարբերակ, երրորդները ժխտում են դրա պատկանելիությունը շիզոֆրենիային։ Հիվանդությանը բնորոշ է անսպասելի սուր սկիզբը։ Հոգեկան խանգարումների զարգացումը տեղի է ունենում ընդհանուր մարմնական ախտանիշների աճմանը զուգընթաց։ Բարձր ջերմաստիճանի, տոքսիկոզի և օրգանիզմի ջրազրկման ֆոնի վրա առաջանում է սուր կատատոնա օնեյրոիդ խանգարումներով (ենթաընդարմացած վիճակ)։ Հետագայում միանում է ամենտիվանման հոգեշարժական գրգռվածությունը՝ գիտակցության շփոթ բնույթի խանգարմամբ, խոսքի անկապությամբ։ Այս ձևը ոչ հազվադեպ կարող է մահացու ելք ունենալ։ Ներկայումս նման վախճան հազվադեպ է հանդիպում ամինազինի և լիտիկ խառնուրդների լայն կիրառման շնորհիվ։

Մանկական տարիքի շիզոֆրենիա։ Մանկական շիզոֆրենիայի գոյությունն ընդունում է ժամանակակից գիտնականների մեծամասնությունը, մինչդեռ գիտնականների մի մասը շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հնարավորությունը վաղ մանկական տարիքում ժխտում է, գտնելով, որ այն կարող է զարգանալ միայն որոշակի հասունացումից հետո։

Ներկայումս բացահայտվել են բավականին հստակ փոխհարաբերություններ տարիքի (երբ սկսվել է շիզոֆրենիան) և նրա կլինիկական առանձնահատկությունների, ընթացքի ու ելքի միջև։ Որքան վաղ է սկսվում հիվանդությունը, այնքան ավելի անբարենպաստ է դառնում ելքը։ Իսկ որքան ավելի սուր է ծավալվում պսիխոտիկ խանգարումը, այնքան հիվանդության կանխատեսումն ավելի բարենպաստ է (մասնավորապես արբունքի շրջանում)։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ բոլոր համախտանիշները երեխաների ու դեռահասների մոտ ձեռք են բերում նրանց տարիքին հատուկ առանձնահատկություններ։ Այսպես, մանկական տարիքի վաղ ախտանիշներն են՝ ակտիվության խանգարումը, սովորական հետաքրքրությունների օտարացումը, խորասուզումը երևակայությունների աշխարհը՝ անփույթ վարքով, իրենց հասակակիցների հետ խաղերի մեջ ընդգրկվելու և խա-

ղալիքներով զբաղվելու անկարողությունը։ Հաճախակի են չհիմնավորված, կարճատև տագնապները, կայուն շարժողական ավտոմատիզմները (երեխան մշտապես նստած դիրքով մի կողմից մյուսն է օրորվում, շարժվում է ոտյուններով, քայլելիս պաճուճաբար թափահարում է ձեռքերը)։ Զառանցական մտքեր հազվադեպ են լինում, ավելի շուտ դրանք երեխայի անտպասելի կցկտուր արտահայտություններն են այն մասին, որ ծնողներն իրեն չեն սիրում։ Ի հայտ է գալիս դատարկաբանություն, հոգեբանական և փիլիսոփայական բնույթ կրող խրատամոլություն, որոնք անհասկանալի ու անհասանելի են երեխայի բանականությանն ու գիտակցությանը։ Աստիճանաբար աճում է հուզային բթացումը, անտարբերությունն ամեն ինչի նկատմամբ (ծնողների, մտերիմների, մանկական խաղերի և հետաքրքրությունների)։

Արբունքի շրջանում ամենից հաճախ լինում է կատատոնիկ և հեբեֆրենիկ համախտանիշ՝ ընդարմացման և գրգռվածության փոխհաջորդմամբ։ Լինում են կարճատև ցնորքներ՝ ընդհանուր մարմնական թունավորման ախտանիշների հետ զուգակցված։

ՇԻԶՈՖՐԵՆԻԱՅԻ ԸՆԹԱՑՔԻ ՁԵՎԵՐԸ

Շիզոֆրենիան տևական ընթացք ունեցող հիվանդություններից է։ Նախանշանների շրջանում աննկատ դրսևորումները աստիճանաբար վեր են ածվում մանիֆեստային շրջանի արտահայտված ախտանիշների և ախտանիշախմբերի, ավելի ուշ՝ ելքային վիճակներում, վերածվելով խոր պակասորդային (դեֆիցիտար) և արդիականությունն ու ցայտունությունը կորցրած պրոդուկտիվ ախտանիշների։

Հոգեախտաբանական ախտանշանների նման շարժընթացը, որոշ դեպքերում դանդաղ, մյուսներում՝ կարճ ժամանակահատվածում տեղի ունեցող, վկայում է հիվանդության ընթացքի ընդհանուր օրինաչափությունների մասին, որոնք պայմանավորված են հիվանդության հիմքում ընկած ախտածագումային մեխանիզմներով։

Այսպիսով, շիզոֆրենիայի բոլոր ձևերի ժամանակ տեղի է ունենում անցում հիվանդության սկզբնական, աննկատ նշաններից դեպի ավելի բարդ հոգեախտաբանական խանգարումները՝ հոգեկան գործունեության հետագա խոր կազմալուծմամբ։ Հետևաբար, շիզոֆրենիայի սահմանազատումն ըստ ընթացքի կարևոր է և՛ տեսական, և՛ գործնական առումով, քանի որ հենց հիվանդության զարգացման ընթացքում են ձևավորվում այս կամ այն ձևերն ու տարբերակները, և ընթացքից կախված

մշակվում են բուժման տակտիկան ու բնույթը, որոշվում է հիվանդության ելքը։

Ներկայումս շիզոֆրենիայի դասակարգումը չի կարող կատարվել առանց ընթացքի ձևը հաշվի առնելու։ Ա. Վ. Սնեժնևսկու ղեկավարությամբ կատարված բազմամյա ուսումնասիրությունները հիմք են տվել առանձնացնելու շիզոֆրենիայի ընթացքի երեք հիմնական ձև՝ անընդհատ (չընդմիջվող), նոպայաձև-հարաճուն (շուբանման, այսինքն՝ նոպաներով ընթացող) և պարբերական։

Անընդհատ ընթացող շիզոֆրենիան կարող է ունենալ թույլ (թորշոմած) հարաճուն և չարորակ հարաճուն ընթացք։ Առաջին տարբերակը (թորշոմած ընթացող)՝ ախտանշանների աստիճանական, քիչ նկատելի զարգացման հետ կապված, բնութագրվում է հոգեկան պրոցեսների խանգարման ոչ խոր արտահայտվածությամբ, անձի դանդաղ, հիվանդագին փոփոխմամբ և հիվանդների սոցիալական հարմարման առավել բարձր հնարավորություններով։ Թորշոմած ընթացող շիզոֆրենիայի ախտանիշները սահմանափակվում են նևրոտիկ (օբսեսիվ, ֆոբիական, վեգետատիվ և այլն), պսիխոպաթիկ, աֆեկտիվ, հիպոխոնդրիկ և թույլ արտահայտված պարանոիդ խանգարումների շրջանակով։

Թորշոմած, թույլ հարաճուն շիզոֆրենիան ավելի հաճախ սկսվում է 16—18 տարեկանում, սակայն ակնհայտ ախտանիշներն ի հայտ են գալիս ավելի ուշ։ Հիվանդության ամենասկզբից իսկ դիտվում են հուզական անհամապատասխանություն, թուլություն, ինքնամփոփվածություն, հետաքրքրությունների շրջանակի սահմանափակում, հակումների խեղաթյուրում։ Այս ֆոնի վրա դրսևորվում են համահարթված, վերը նշված արգասավոր ախտանշանները։

Չարորակ հարաճուն անընդհատ ընթացող շիզոֆրենիան առաջանում է, սովորաբար, մանկական և պատանեկան տարիքում։ Արգասավոր խանգարումները բազմաբնույթ են (զառանցական, ցնորական, կատատոնահեբեֆրենիկ). դրանց նախորդում են բացասական ախտանշանները։ Արագ ձևավորվում են ծանր ելքային վիճակներ, ինչը պայմանավորված է նաև բուժմանը վատ ենթարկվելու հանգամանքով։ Անընդհատ հարաճուն ընթացքը բնորոշ է շիզոֆրենիայի հասարակ և հեբեֆրենիկ ձևերին, ինչպես նաև լյուցիդային կատատոնիային։

Նոպայաձև հարաճուն (շուբանման) շիզոֆրենիան ընթանում է նոպաների ձևով, որոնք ընդմիջվում են ռեմիսիաներով (ախտանիշների նվազումով)։ Հոգեախտաբանական ախտանշաբանու-

թյունը բազմազան է, գերակշռում են պարանոիդ կամ կատատոնիկ խանգարումները՝ աֆեկտիվ երևույթներով։

Ռեցիդիվների թվի մեծացմանը զուգընթաց դիտվում է կլինիկական պատկերի աստիճանական բարդացում. պարանոիդ համախտանիշը հաճախ վերափոխվում է Կանդինսկու-Կլերամբոյի համախտանիշի։ Եթե հիվանդության վաղ փուլերում նոպայից հետո քննադատական վերաբերմունքը բավականին վերականգնվում է, և առաջանում են խոր ռեմիսիաներ, ապա հետագայում, հիվանդության յուրաքանչյուր նոր սրացման դեպքում, նոպաներն ավելի ու ավելի տևական են դառնում. ռեմիսիայի շրջանում հոգեախտաբանական խանգարումների ավելի ու ավելի շատ մնացորդային երևույթներ են դիտվում, է՛լ ավելի է իջնում քննադատական վերաբերմունքը հիվանդագին ապրումների հանդեպ, և նոպայանման շիզոֆրենիան կարող է անընդհատ ընթացք ձեռք բերել՝ բավականին արտահայտված ախտանշաններով։ Ամենից հաճախ նոպայանման ընթանում է պարանոիդ շիզոֆրենիան. լինում են սուր պարանոիդ, ցնորական, ցնորազառանցական և պարաֆրեն նոպաներ։ Նոպայանման ձևով կարող է ընթանալ ցանկացած տարիքում սկսված շիզոֆրենիան։

Պարբերական շիզոֆրենիայի կլինիկական արտահայտություններն ընդհանուր շատ կողմեր ունեն մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի հետ։ Դա և՛ համեմատական բարենպաստ ընթացքն է, և՛ հստակ աֆեկտիվ խանգարումների առկայությունը մանիակալ և դեպրեսիվ վիճակների ձևով, անձի հարաբերական պահպանվածությունը՝ չնայած հիվանդության վաղեմությանը։ Ռեմիսիաները խորն են, դրանց ժամանակ գրեթե լիովին հետ են զարգանում պսիխոտիկ ախտանշանները, իսկ նոպաները հաճախ զարգանում են հոգեախտաբանական սուր խանգարումների ձևով։

Պարբերական շիզոֆրենիան ներառում է տարբեր տիպի նոպաներ. աֆեկտիվ (միա- և երկբևեռ), աֆեկտիվ-զառանցական (դեպրեսիվ-պարանոիդ) և օնեյրոիդ-կատատոնիկ։ Արտահայտված այդ նոպաները կարող են ունենալ մինչև մի քանի ամիս տևողությամբ ընթացք, կարող են լինել նաև շատ կարճատև (մինչև 2 շաբաթ), տարանցիկ նոպաներ։

Եթե անընդհատ ընթացող և նոպայանման շիզոֆրենիայի ժամանակ ախտանիշների զարգացումը, դրանց հետագա բարդացումը՝ կատատոնիկ և պարաֆրեն խանգարումների միացմամբ, ցույց են տալիս պրոցեսի զարգացող հարաճունությունը, ապա պարբերական շիզոֆրենիայի նոպայի կլինիկական ախտանիշների բազմաձևությունը, նույնիսկ

պարաֆրեն և կատատոնիկ խանգարումների առաջացումը անբարենը-պաստ ելքի նշան չեն։ Շիզոֆրենիայի պարբերական ընթացքի դեպքում համապատասխանաբար արտահայտված դեֆեկտ չի առաջանում։

ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄԸ

Շիզոֆրենիայի պատճառագիտության և ախտածագման ուսումնասիրությունները մեծ են, ծավալուն, բազմակողմանի ու ընդգրկում են նրա անատոմիական, ֆիզիոլոգիական և ժառանգաբանական որոնումները, ընդհուպ մինչև մարդաբանականն ու պսիխոդինամիկը։ Այսպես կոչված, «սոմատիկների» դպրոցը շիզոֆրենիան դիտում է որպես օրգանիզմի տարբեր օրգաններում ու համակարգերում կենսաբանական պրոցեսների խանգարման արդյունք։ «Պսիխիկների» դպրոցը ելնում է նրանից, որ շիզոֆրենիան վաղ մանկական տարիքում տարած հոգեկան տրավմայի արդյունք է։

Գոյություն ունեն տասնյակ տեսություններ շիզոֆրենիայի առաջացման ու զարգացման մասին։ Ծագումնաբանական տեսության համաձայն, որը հիմնված է շիզոֆրենիայով հիվանդների ժառանգականության կլինիկավիճակագրական ուսումնասիրության վրա (Ա. Գ. Ղալաչյան, Կալման), ժառանգական գործոնի դերը կասկած չի հարուցում։ Հաստատված է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ընտանիքներում շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հավանականությունն ավելի բարձր է։ Այսպես, եթե երկվծին երկվորյակներից մեկն ընտանիքում հիվանդացել է շիզոֆրենիայով, ապա դրա առաջացման հավանականությունը երկրորդի մոտ կազմում է 17 %։ Միվվածին երկվորյակների մոտ նրանցից մեկի հիվանդանալու դեպքում մյուսի հիվանդանալու հավանականությունը հասնում է 85—90 %։ Եթե հիվանդ է ծնողներից մեկը, ապա երեխաների շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հավանականությունը 16 % է, իսկ երկու ծնողների մոտ էլ հիվանդության առկայության դեպքում այն հասնում է մոտ 70—80 %։ Սրա հետ մեկտեղ շիզոֆրենիայով հիվանդների տոհմաբանական ծառում առկա է այս հիվանդության զգալի կուտակում։ Սակայն առայժմ պարզված չէ շիզոֆրենիայի ժառանգման ձևը։ Շիզոֆրենիայի զարգացման մեջ ծագումնաբանական գործոնների դերի մասին ամենահամոզիչ տվյալները ստացվել են շիզոֆրենիայով տառապող ծնողների երեխաների հետազոտությունների ժամանակ, ընդ որում, երեխաները վաղ հասակից մեկուսացվել են իրենց ծնողներից և հանձնվել «առողջ» ընտանիքներին։ Պարզվել է, որ երեխաների դաս-

տիարակումն «առողջ» ընտանիքներում չի նվազեցրել հիվանդության զարգացման հաճախականությունը, եթե նրանց կենսաբանական ծնողները հիվանդ են եղել շիզոֆրենիայով։ Սա վկայում է, որ միկրոսոցիալական բարենպաստ միջավայրը չի նվազեցնում ժառանգականորեն ծանրաբեռնված երեխաների շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հաճախականությունը։

20-րդ դարի սկզբում ենթադրություն արվեց այն մասին, որ շիզոֆրենիայի հիմքում ընկած է տոքսիկոզը։ Սկզբում գտնում էին, որ դա էքզոգեն թունավորման արդյունք է (տոքսերկուլոզ, կոլիբացիլոզ, ստրեպտոկոկային ինֆեկցիա), սակայն այս ենթադրությունները չհաստատվեցին։ Այնուհետև առաջ քաշվեց էնդոտոքսիկոզի տեսությունը։ Այս տեսակետի համաձայն հիվանդների օրգանիզմի կենսաբանական հեղուկները (շիճուկը, արյունը, ողնուղեղային հեղուկը, լեղին, մեզը) օժտված են թունավոր հատկություններով։ Տարբեր լաբորատորիաներում կենսաբանական հեղուկներից անջատվել է սպիտակուցային բնույթի «թունավոր» միացություն, որը պայմանականորեն անվանվել է տարաքսին։ Տարաքսինի ներարկումն առողջ կամավորներին հանգեցրել է շիզոֆրենիային բնորոշ ախտանիշների զարգացմանը։

Այսպիսով, հիվանդների կենսաբանական հեղուկներում թունային գործոնների առկայությունն ապացուցվել է, բայց և այնպես չի պարզվել, թե արդյո՞ք այդ նյութերը շիզոֆրենիայի ժամանակ կենսաբանական խանգարումների առաջնային տարրեր են, թե՞ այդ «տոքսիկոզը» երկրորդական է հիվանդության ախտածագման մեխանիզմում։ Այս հարցերը դեռևս սպասում են իրենց պատասխանին։

Այլ հեղինակներ փորձել են շիզոֆրենիայի առաջացումն ու զարգացումը բացատրել ոչ թե օրգանիզմում այդ նոր տոքսինի հայտնվելով, այլ կենսաբանորեն ակտիվ նյութերի՝ կենսածին ամինների գեր կամ թեր քանակի առաջացմամբ։ Կենսածին ամինների այդ գեր կամ թեր առաջացումը պայմանավորված է ադրենալինի փոխանակության խանգարմամբ (որը հասցնում է ադրենոքրոմի ավելցուկային գոյացման ու հոգեկան խանգարման առաջացման) կամ նեյրոհորմոնների (նորադրենալին, սերոտոնին և ացետիլխոլին) պարունակության փոփոխմամբ։

Շիզոֆրենիայի ծագման մեջ նշված նյութերի դերի մասին ենթադրությունները լայնորեն քննարկվում են համաշխարհային գրականության մեջ, դրա հետ մեկտեղ շարունակվում են փորձարարական պայ-

մաններում պսիխոզ առաջացնող նոր սպիտակուցային հիմնանյութերի որոնումներն ու հայտնագործությունները։

Շիզոֆրենիայի թունաբանական տեսության հիմնավորման համար մեծ նշանակություն ունեցավ պսիխոտոմիմետիկ (ցնորածին) միջոցների (մեսկալին, լիզերգինաթթվի դիէթիլամիդ և այլն) հայտնաբերումը, որոնք նույնիսկ բավականին աննշան քանակով փորձարարական պայմաններում մարդկանց մոտ առաջացնում են հոգեկան խանգարումներ։

Այս նյութերը բավականին նման են ինդոլներին, որոնք շնչին քանակությամբ հայտնաբերվում են շիզոֆրենիայով հիվանդների մեզում։

Իմունաբանության զարգացման հետ կապված հաջողությունները գիտնականների ուշադրությունը բևեռեցին շիզոֆրենիայի իմունոլոգիական ռեակտիվականության հարցին։

Առաջ քաշվեց «աուտո իմունացման» տեսությունը, որի համաձայն ուղեղային հյուսվածքն ալերգենի բնույթ է ձեռք բերում, այսինքն՝ օրգանիզմը սեփական հյուսվածքների, մասնավորապես ուղեղի հյուսվածքների հակածինների դեմ հակամարմիններ է սինթեզում։ Այս հակաուղեղային հակամարմինները կարող են վնասել ուղեղի հյուսվածքները։ Շիզոֆրենիայի ժամանակ դրանց առկայությունն արյան և ողնուղեղային հեղուկի մեջ ապացուցվել է մի շարք հեղինակների կողմից (Ս. Ֆ. Սեմյոնով և ուրիշներ)։ Բացահայտվել են համահարաբերակցություններ իմունոբանական խանգարումների և շիզոֆրենիայի տարբեր կլինիկական ձևերի ու փուլերի միջև։

Պսիխոդինամիկական տեսությունը հիմնված է շիզոֆրենիայի առաջացման ու ընթացքի հարցում տարբեր հոգեծին և սոցիալական գործոնների դերի ուսումնասիրման վրա։ Դրա հիմքում ընկած է Զ. Ֆրեյդի կոնցեպցիայի դրույթը՝ վաղ մանկական հասակում առաջացած ենթադիտակցական հակազդման դերի նշանակությունը ներհոգեկան կոնֆլիկտի հարցում։

Շիզոֆրենիայի հոգեծագման այս և մի շարք այլ տեսություններ հիմնականում մեկնաբանական բնույթ են կրում, և դրանց համապատասխան առաջարկված բուժման եղանակները (հոգեվերլուծություն և այլն) քիչ արդյունավետ են։ Սակայն ուղեղի նեյրոպեպտիդային համակարգերի վրա ստրեսի ազդեցության մեխանիզմների մասին ստացված տվյալները (նեյրոհորմոններ, նեյրոտրանսմիտերներ, նեյրոմոդուլյատորներ) նոր ուղղություններ են բացում շիզոֆրենիայի ժամանակ ներքին և արտաքին գործոնների փոխազդեցության ֆիզիոլոգիական հիմքերի ուսում-

նասիրման մեջ։ Սա, անկասկած, թույլ կտա որոշել պսիխոգենիայի տեղն ու դերը հիվանդության ախտածագման մեջ։

Շիզոֆրենիայի ախտածագման մյուս տեսություններից հարկ է հիշատակել նաև վիրուսայինը, էլեկտրաֆիզիոլոգիականը, «դիէնցեֆալոզը»։

Ախտաբանական անատոմիան։ Ախտաբանաանատոմիական փոփոխությունները շիզոֆրենիայի ժամանակ չի կարելի համարել ուրույն և բնորոշ միայն այս հիվանդությանը։

Անզեն աչքով ուղեղը զննելիս տարիքային և այլ փոփոխություններով չբարդացած շիզոֆրենիայի դեպքում որևէ բնորոշ առանձնահատկություն չի հայտնաբերվում, բացակայում են բջջակառուցվածքային կոպիտ խանգարումները։ Էլեկտրոնային մանրադիտակով զննելիս հյուսվածաբանորեն անփոփոխ հյուսվածքի հատվածները լիովին պահպանում են նորմալ կառուցվածքը։ Գիտնականների մեծ մասը նշում է միայն նյարդային բջիջների ախտահարում գլխուղեղի կեղևի 3-րդ և 5-րդ շերտերում (մանրօջախային տեղամասերի տեսքով)։

Շիզոֆրենիայի ախտակառուցվածքաբանական ախտորոշման համար ավելի մեծ նշանակություն ունի գլիայի, հատկապես միկրոգլիայի վիճակը (Ի. Ե. Սնեսարյով և ուրիշներ), որի հակազդման հատկությունը (ռեակտիվությունը) նվազած է լինում։

Ներկայումս այն պատկերացումն է ձևավորվել, որ ախտաբանական պրոցեսը շիզոֆրենիայի ժամանակ կարելի է բնորոշել որպես էնցեֆալոպաթիա, որն արտահայտվում է տոքսիկոհիպոքսիկ բնույթի տարածուն թերսնուցողական պրոցեսով և պայմանավորված է օրգանիզմում փոխանակային տեղաշարժերով։

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Շիզոֆրենիայի ախտորոշումը, նրա սահմանազատումը այլ հիվանդություններից զգալի դժվարություններ է ներկայացնում ինչպես հիվանդության սկզբնական փուլում, երբ ախտանշաններն էլ այնքան արտահայտված չեն, այնպես էլ ծավալված պատկերի դեպքում, երբ հոգեախտաբանական խանգարումները բավականին նման են նյարդահոգեկան այլ հիվանդությունների ժամանակ հանդիպող փոփոխություններին։ Այդ իսկ պատճառով, ինչպես նշում է Տ. Ի. Յուդինը, շիզոֆրենիան անհրաժեշտ է ախտորոշել ոչ թե որոշակի ախտանիշներ առանձնացնելու միջոցով, այլ հիմնվելով շիզոֆրենիայի նեգատիվ ախտանը-

շանների վրա, որոնցով ձևավորվում է հենց սկզբնական փուլում առաջացած այդ հիվանդությանը բնորոշ հոգեկան դեֆեկտը։

Շիզոֆրենիան ախտորոշելիս հուսալի «հենարան» են ամենից առաջ դրա ժամանակ անձի փոփոխությունը բնութագրող բացասական ախտանիշները, իսկ այնուհետև՝ նաև պրոցեսի հարաճունությունը, որն արտահայտվում է հոգեախտաբանական ախտանիշների աստիճանական ծանրացմամբ և բարդացմամբ։

Միայն շիզոֆրենիային բնորոշ անձի յուրահատուկ փոփոխությունները զարգանում են դեռևս նախանշանային փուլում, հաճախ հիվանդության դրսևորումից շատ առաջ։ Մեծ մասամբ հենց դրանք էլ դեռևս աննկատ ախտաբանական պրոցեսի առաջին արտահայտություններն են, որոնք գրավում են շրջապատողների ուշադրությունը, քանի որ դրանք այնքան են փոխում հիվանդի վարքը, նրա վերաբերմունքը մյուսների հանդեպ, որ սկզբում զարմանք են հարուցում, իսկ այնուհետև՝ նաև տագնապ։ Այդ փոփոխությունների արտահայտվածության աստիճանը՝ հիվանդության ընթացքի փուլից, ձևից, տեսակից կախված, կարող է տարբեր լինել, սակայն դրանք այն ախտանիշներն են, որոնք ձևավորում են հոգեկանի, անձի դեֆեկտը։ Դրանք միայն շիզոֆրենիային հատուկ մտածողության խանգարումներն են (ճեղքվածություն, օտարացում իրական աշխարհից և մխրճում սեփական ապրումների աշխարհ՝ ինքնամփոփություն (աուտիզմ). դա հույզերի աղքատացումն է ընդհուպ մինչև հուզական բթություն. դա կամքի թուլացումն է մինչև հոգեկան ակտիվության լրիվ կորուստը։ Ընդհանուր առմամբ բացասական կամ դեֆիցիտար ախտանիշներն են, որոնք չեն դիտվում հոգեկան այլ հիվանդության ժամանակ և որոնց ախտորոշումը բոլոր դեպքերում խոսում է շիզոֆրենիայի առկայության մասին։

Ինչ վերաբերում է պրոդուկտիվ խանգարումների աստիճանական ծանրացմանն ու բարդացմանը, այսինքն՝ պրոցեսի հարաճունությանը, ապա այն արտահայտվում է փոքր, հասարակ համախտանիշների՝ մեծ և բարդ ախտանիշների վերաճմամբ, հոգեկան ֆունկցիաների խանգարումների խորացմամբ՝ հոգեկան գործունեության ավելի խոր «շերտերի» ընդգրկմանն անցումով, ընթացքի այս կամ այն տեսակի դեպքում հիվանդության զարգացման որոշակի ստերեոտիպի ձևավորմամբ։ Այսպես, շիզոֆրենիայի պարանոիդ ձևի դեպքում, որն սկսվում է զառանցական համախտանիշով (հասարակ համախտանիշ), հարաճուն ընթացքը կարող է հանգեցնել ցնորքների միացմանը, այսինքն՝ ձևավորվում է ցնորազառանցանքային համախտանիշ, իսկ եթե միանում են դեպրե-

սիվ խանգարումները, ապա խոսվում է դեպրեսիվ-պարանոիդ համախտանիշի մասին (սրանք արդեն բարդ համախտանիշներ են), կամ աֆեկտիվ խանգարումների առկայությունը խոսում է հոգեկան խանգարումներում մի ռեգիստրի մասնակցության մասին, զառանցանքի միացումը վկայում է արդեն խանգարումների այլ ռեգիստրի մասին։

Պրոդուկտիվ ախտանիշների խորացմանը զուգընթաց խորանում են նաև բացասական ախտանիշները։ Այս ամենը միասին բնութագրում է դեֆեկտի պատկերը ելքային վիճակներում շիզոֆրենիայի տարբեր կլինիկական ձևերի և ընթացքի տեսակների ժամանակ։

Այսպիսով, շիզոֆրենիայի տարբերակիչ ախտորոշման հիմնական դրույթը պետք է բխի նշված չափանիշների հայտնաբերման ուղղվածությունից։

Հաճախ դժվարություններ են առաջանում շիզոֆրենիան, այսպես կոչված, շիզոֆրենանման պատկերով արտածին և արտածին-օրգանական պսիխոզներից սահմանազատելիս (հետծննդյան պսիխոզ, ռևմատիզմ, ալկոհոլամոլություն, էնցեֆալիտներ)։ Սակայն վերջիններիս դեպքում պատճառագիտական գործոնի առկայությունը, մարմնական հիվանդության կլինիկական պատկերը, նախորդած կամ ուղեկցող հոգեախտաբանական ախտանիշները, լաբորատոր հետազոտությունները թույլ են տալիս կատարել ստույգ ախտորոշում։

Երբեմն հարկ է լինում շիզոֆրենիան տարբերակել ռեակտիվ պսիխոզներից։ Սակայն ռեակտիվ պսիխոզներն առաջանում են հոգեցունց իրավիճակից հետո. դրա և հոգեախտաբանական ախտանիշների միջև առկա են հասկանալի կապեր, այսինքն՝ հիվանդների ապրումների բովանդակությունն արտացոլում է հոգեծին իրավիճակը, իսկ պսիխոտիկ վիճակից դուրս գալուց հետո հիվանդների մոտ շիզոֆրենիային բնորոշ անձի փոփոխություններ չեն դիտվում։

Որոշակի դժվարություն է ներկայացնում թորշոմած ընթացք ունեցող շիզոֆրենիայի տարբերակումը նևրոզներից և պսիխոպաթիաներից։ Սակայն շիզոֆրենիայի ժամանակ ասթենիայի ատիպիկությունը (նախորդող ասթենիզացնող գործոնների, տևական բուժման և հանգստի դեպքում արդյունավետության, հիշողության խանգարումների բացակայությունը, հուզական անհամապատասխանությունը և այլն) թույլ է տալիս բացառել նևրոզը։ Ինչ վերաբերում է շիզոֆրենիայի զարգացմանը արբունքի շրջանում, երբ այն դժվար է տարբերել երեխայի հոգեկանում տեղ գտած տարիքային տեղաշարժերից, պսիխոպաթիկ գծերի ձևավորումից, ապա հիմնական ցուցանիշներն են այն ախտանիշները (թեկուզ

և թերաճ), որոնք վկայում են հոգեկան կառուցվածքի միասնության ավելի խոր ճեղքման մասին (նեգատիվիզմ, մեկուսացում, էներգետիկ պոտենցիալի նվազում, նախաձեռնության կորուստ)։ Իսկ պսիխոպաթիաների ժամանակ կարող են դիտվել վարքի արտաքնապես նման փոփոխություններ՝ քնավորության նշված գծերի առաջացմամբ, սակայն դեռահասի և շրջապատի միջև հիմնական փոխհարաբերություններն անփոփոխ են մնում, նրանք մնում են իրական կյանքի ակտիվ մասնակիցներ։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Շիզոֆրենիայի բուժումը հիմնականում անց է կացվում հետևյալ եղանակներով. պսիխոֆարմակոթերապիա, ինսուլինային թերապիա, էլեկտրացնցումային թերապիա (ԷՑԹ), պսիխոթերապիա և հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային վերականգնմանն ուղղված միջոցառումներ։

Բուժման այս կամ այն ձևի նշանակումն ու զուգակցումը որոշվում է շիզոֆրենիայի ընթացքի բնույթամբ, վաղեմությամբ, կլինիկական ձևով ու տեսակով, ինչպես նաև տարիքով, այս կամ այն մարմնական հիվանդության առկայությամբ, դեղորայքի հանդեպ նրա ունեցած դիմակայունությամբ։

Պսիխոտրոպ միջոցներից հիմնականում կիրառում են նեյրոլեպտիկներ, որոնք բավականին գործուն ազդեցություն են թողնում շարժողական գրգռվածությամբ, ագրեսիվ գործողություններով, աֆեկտիվ լարվածությամբ ընթացող սուր պսիխոտիկ վիճակների ժամանակ։ Հիվանդության չարորակ ձևերի դեպքում (կատատոնիկ, կատատոնապարանոիդ վիճակներ), որոնք դժվարությամբ են բուժման ենթարկվում, կիրառվում են առավել ուժեղ ազդող նեյրոլեպտիկներ. մաժեպտիլ (օրը 40—60 մգ), ստելազին (օրը 60—80 մգ), հալոպերիդոլ (օրը 20—30 մգ), լեպոնեքս (օրը 300—400 մգ), ամինազինի մեծ դեղաչափեր (օրը 600—800 մգ)։

Քրոնիկական պարանոիդ և ցնորազառանցանքային վիճակների ժամանակ անհրաժեշտ է նեյրոլեպտիկների (ստելազին, քլորպրոտիքսեն, էթապերազին, հալոպերիդոլ, տրիսեդիլ) բարձր դեղաչափերի տևական ընդունում։

Թորշոմած ընթացող շիզոֆրենիան բուժվում է հիմնականում այնպիսի պսիխոտրոպ դեղամիջոցներով, որոնց ընտրությունը պայմանավորված է հոգեկան խանգարումների կառուցվածքով (հիպոխոնդրիայի, դիպերսոնալիզացիայի, կպչուն վիճակների գերակշռում)։ Երբ հիվանդության

կլինիկական պատկերում առկա է թորշոմածություն, ապաթիկ վիճակներ, անհրաժեշտ է ակտիվացնող ազդեցությամբ նեյրոլեպտիկների կիրառում (ֆրենոլոն՝ օրը 5—10 մգ, ստելազին՝ միևնույն դեղաչափով, պիմոզիդ՝ օրը 2—6 մգ), երկարաձգված ազդեցությամբ դեղամիջոցներ։ Եթե կլինիկական պատկերում առկա են դեպրեսիվ ախտանիշներ, ապա օգտագործվում են նաև անտիդեպրեսանտներ (մելիպրամին՝ օրը 50—150 մգ, ամիտրիպտիլին՝ օրը 100—150 մգ, պիրազիդոլ՝ օրը 75—150 մգ), ընդ որում՝ դեղաչափերն աստիճանաբար են բարձրացվում։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ բուժական արդյունքի հասնելու դեպքում անհրաժեշտ է անցնել պահպանողական դեղաչափերի. շատ նպատակահարմար է նաև երկարաձգված ազդեցության դեղանյութերի կիրառումը (մոդիտեն-դեպո, ֆլուշպիրիլեն, պիպորտիլ և այլն)։ Եթե ի հայտ են գալիս նեյրոլեպտիկ համախտանիշի նշաններ, նշանակվում են ուղղիչներ (կորեկտորներ)՝ ցիկլոդոլ, ռոմպարկին, դիսեզին, պարկոպան, տրիհեքսիֆենիդիլ և այլն։

Որոշ դեպքերում բուժումը երկար ժամանակ չի տալիս դրական տեղաշարժեր։ Նեյրոլեպտիկների հանդեպ նման կայունությունը կարելի է հաղթահարել բուժման ժամանակավոր դադարեցմամբ, կիրառելով նեյրոլեպտիկի դեղաչափերի արագ փոփոխման եղանակը («զիգզագ», դեղանյութի միապահ հանում), կարող են օգտագործվել նաև բուժման այլ խթանող եղանակներ (էլեկտրացնցումային թերապիա (ԷՑԹ), ինսուլինային թերապիա)։

Ֆեբրիլ կատատոնիայի դեպքում, որը սովորաբար ընթանում է մարմնական ծանր վիճակով, կիրառվում են նեյրոլեպտիկներ (մասնավորապես, 200—250 մգ ամինազին) և ինտենսիվ սիմպտոմատիկ թերապիա (թունազերծող, սրտային, հիպոթերմիկ միջոցներ, հեղուկների առատ ընդունում կամ օրը մինչև 2 լ նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթի ենթամաշկային ներարկումներ)։

Երեխաների ու դեռահասների շիզոֆրենիայի բուժման ընդհանուր սկզբունքները նույնն են, ինչ և մեծահասակների շիզոֆրենիայի դեպքում։ Մեծ տեղ է հատկացվում բժշկամանկավարժական ներգործությանը։

Ինսուլինային թերապիան, ինչպես և ԷՑԹ-ն, խթանում, բարձրացնում է օրգանիզմի ռեակտիվականությունը։ Սրա հետ մեկտեղ այն բավականին արդյունավետ է շիզոֆրենիայի պարանոիդ ձևի դեպքում, հատկապես, եթե հիվանդագին պրոցեսը նոր է սկսվել։

Շիզոֆրենիայի ժամանակ պսիխոթերապիայի կիրառումը քիչ ար-

գյունավետ է։ Հիպնոսն ամենից հաճախ կարող է հանգեցնել սրացմանը։ Մինչդեռ դանդաղ ընթացող շիզոֆրենիայի ժամանակ, երբ անձը պահպանված է, և հիվանդները գիտակցում են իրենց մոտ առաջացած հիվանդագին փոփոխությունները, պսիխոթերապիան նպաստում է սոցիալական վիճակի վերականգնմանը, խթանում է ակտիվությունը, պահպանում հավատն իրենց ուժերի նկատմամբ։

Բուժումից հետո պետք է իրականացվեն վերականգնողական միջոցառումներ։ Դրանք պետք է ուղղված լինեն նախկին սոցիալական կապերի վերականգնմանը և ձևավորեն նախկին աշխատանքին ու առօրյա կյանքին վերադառնալու ձգտումը։ Ընդ որում մեծ նշանակություն ունեն ներբաժանմունքային աշխատանքային թերապիան, աշխատանքը բուժաշխատանքային արհեստանոցներում, ինչպես նաև խոշոր հիվանդանոցների կազմում գտնվող արտադրամասերում՝ արդյունաբերական ձեռնարկությունների մասնաճյուղերում։

Աշխատանքային և դատահոգեբուժական փորձաքննությունը։ Հիվանդների աշխատունակությունը որոշվում է ռեմիսիայի վիճակից կախված։ Աշխատունակությունն ամենից ավելի պահպանվում է հետադարձ և թորշոմած ընթացող շիզոֆրենիայի դեպքում։ Սոցիալապես ավելի լավ են հարմարվում ֆիզիկական աշխատանքով զբաղված հիվանդները։ Հաշմանդամների թիվն ավելանում է հիվանդության ուշ շրջանում։

Դատահոգեբուժական փորձաքննության անցկացման ժամանակ շիզոֆրենիայով հիվանդները մեծ մասամբ անմեղսունակ են ճանաչվում։

Գլուխ 16

ՄԱՆԻԱԿԱԼ-ԴԵՊՐԵՍԻՎ ՊՍԻԽՈԶ

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզը (ցիկլոֆրենիա, ցիրկուլյար պսիխոզ) էնդոգեն հիվանդություն է, որն առաջին անգամ որպես ինքնուրույն հիվանդություն նկարագրել է 1896 թ. գերմանացի հոգեբույժ Է. Կրեպելինը։

Հիվանդությունը համեմատաբար հազվադեպ է հանդիպում (հոսպիտալացված հիվանդների 3—5 %), ընդ որում, կանայք համարյա թե երկու անգամ հաճախ են հիվանդանում, քան տղամարդիկ։ Այն մեծ մասամբ սկսում է միջին տարիքում (30—40 տարեկան)։ Սակայն գրա-

կանության մեջ տվյալներ կան, որ այդ հիվանդների անամնեզում հաճախ նշվում են երիտասարդ հասակում կրած աֆեկտիվ խանգարումներով ուղեկցվող հիվանդության թեթև դեպքեր, որոնք էլ ամենայն հավանականությամբ պետք է համարել հիվանդության սկզբնական դրսևորումները։

Հիվանդությունն ունի բարորակ ընթացք, անձի դեգրադացիա չի առաջացնում նույնիսկ այն դեպքերում, երբ հոգեկան խանգարման փուլերը հաճախ են կրկնվում։ Միջփուլային շրջանում հիվանդը հոգեպես լրիվ առողջ է։

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզին բնորոշ է պարբերականությունը։ Հիվանդությունն ընթանում է մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս տևողությամբ, մանիակալ կամ դեպրեսիվ փուլերով։ Չնայած այդ փուլերի հաջորդականության մեջ որոշակի ընդգծված օրինաչափություն չկա, այնուամենայնիվ առանձնացվում են դրանց ընթացքի մի քանի ձևեր։

Պարբերական ընթացքը հիմնականում բնորոշվում է միևնույն փուլի հաջորդականությամբ, դրանց միջև ընկած լուսավոր շրջաններով։

Փոփոխվող (alternans) ընթացքի դեպքում փուլերը հաջորդափոխվում են կլինիկական հակադիր (մանիակալ կամ դեպրեսիվ) վիճակներով։

Երկբևեռ (bipolaris) ընթացքի դեպքում հիվանդության լուսավոր շրջանն սկսվում է մեկը մյուսին անընդմեջ հաջորդող երկու փուլերից հետո։

Տևական (continua) ընթացքի դեպքում հիվանդությունը ընթանում է անընդմեջ, առանց լուսավոր շրջանների։

Տարիքի հետ կապված փուլերն ավելի են ծանրանում ու երկարում։

Միջփուլային շրջանում, որն անվանվում է ինտերմիսիա կամ լուսավոր շրջան, հիվանդները հոգեպես առողջ են լինում։ Լուսավոր այդ շրջանները կարող են տևել մի քանի օրից մինչև մի քանի տարի. ընդորում, տարիքի հետ կապված, գնալով լուսավոր շրջաններն ավելի են կարճանում։

Որոշակի կապ գոյություն ունի նաև տարիքի, սեռի և փուլերի կլինիկական ձևերի միջև։ Սովորաբար երիտասարդ հասակում գերակշռում են մանիակալ, իսկ ծեր հասակում՝ դեպրեսիվ փուլերը։ Կանանց մոտ գերակշռում են դեպրեսիվ փուլերը, իսկ տղամարդկանց մոտ հիվանդությունն ավելի հաճախ երկբևեռ (բիպոլյար) բնույթ է կրում։ Որո-

շակի նշանակություն ունի նաև տարվա եղանակը (գարնանը և աշնանը այս հիվանդությամբ ավելի հաճախ են հիվանդանում)։

Հիվանդության առաջացման գործում մեծ նշանակություն է տրվում ժառանգական գործոնին։ Դրա ապացույցն է համարվում հիվանդության հաճախակի հանդիպումը միձվածին երկվորյակների մոտ, ինչպես նաև միևնույն ընտանիքում մի քանի հոգու այդ հիվանդությամբ հիվանդանալը։ Նշանակություն ունեն նաև հիվանդների բնավորության նախահիվանդագին «կոնստիտուցիոնալ» առանձնահատկությունները։ Պիկնիկ և գիկլոիդ կազմվածքային առանձնահատկություն ունեցող անձնավորությունները այս հիվանդությամբ ավելի հաճախ են հիվանդանում։

Հիվանդության ախտածնության հարցում կարևոր նշանակություն է տրվում նաև կենսածին ամինների (կատեխոլամիններ, ինդոլամիններ), ածխաջրատային փոխանակության խանգարմանը, ինչպես նաև էնդոկրին գործոնին, որի օգտին է խոսում այն, որ այս հիվանդությամբ հիվանդացող կանանց մոտ հիվանդությունը մեծ մասամբ կապված է լինում հղիության, ծննդաբերության, դաշտանի հետ։ Ապացուցված է նաև, որ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի ախտածնության գործում մեծ նշանակություն ունի կեղև-ենթակեղևային փոխհարաբերության խանգարումը։ Նման դեպքերում բարձրագույն նյարդային գործունեության հիմքում, Վ. Պ. Պրոտոպոպովի կարծիքով, ընկած է ուղեղի հիպոթալամուսային շրջանի ֆունկցիայի խանգարումը։

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ

Հիվանդությունն ընթանում է 2 փուլերով՝ մանիակալ և դեպրեսիվ։

Մանիակալ փուլը հիմնականում բնորոշվում է ախտանշանների երրորդությամբ՝ տրամադրության բարձրացում, մտածողության (կապակցական պրոցեսների) ընթացքի արագացում և հոգեշարժական գրգռվածություն։

Հիվանդների տրամադրությունը խիստ բարձր է։ Նրանք ուրախ են ու ժպտերես, ինքնագոհ են ու երջանիկ։ Իրենց արտասովոր առույգ և ուժեղ են զգում։ Բնորոշ է լավատեսությունը և շրջապատը վառ գույներով ընկալելու առկայությունը (հիվանդները շրջապատը տեսնում են կարծեք թե «վարդագույն ակնոցներով»)։ Նրանց համար ամեն ինչ լավ է ու հետաքրքիր։ Անհոգ են, երգում են, պարում, արտասանում, կատակում ու սրախոսում։ Հաշվի չառնելով ուրիշների տրամադրությու-

նը, ամեն ինչ անում են իրենց տրամադրությունից բխած։ Մոռանալով նախկինում կրած դժվարությունները, ներկան ու ապագան նրանց համար գեղեցիկ է ու խոստումնալից։ Նրանց համար ոչ մի պրոբլեմ և ոչ մի դժվարություն գոյություն չունի։ Աշխատանքային ինչ-որ պլաններ են մշակում, ոչ ոքի ոչինչ չեն մերժում, խոստումներ են տալիս, որոնք հաճախ անհեթեթության են հասնում։ Հիվանդների ուշադրությունը սրված է ու անկայուն. նրանց ուշադրությունից ոչինչ չի վրիպում, բայց միաժամանակ նրանց ուշադրությունը որևիցե հարցի վրա կենտրոնացնել, դժվար է լինում։ Նշվում է նաև հիշողության սրացում (հիպերմնեզիա)։ Նախորդ տարիներին հիշողությունից դուրս մղված դեպքերը հիմա նորից վերակենդանանում են հիշողության մեջ։ Մտածողության (կապակցական պրոցեսների, ասոցիացիաների) ընթացքը արագացած է («ինտելեկտուալ գրգռվածություն»)։ Խոսում են անընդհատ, առանց դադարի, բարձր ձայնով։ Շատ խոսելուց ձայնը խռպոտում է, թուքը բերանում թանձրանում ու կուտակվում է շրթունքների անկյուններում։ Խոսում են ամեն ինչի մասին, հաճախ մի միտքը չվերջացրած, անցնում են մյուսին («մտքերի թռիչք»)։ Հիվանդության ծանր դեպքերում մտքերի հոսքն այնքան արագ է կատարվում, որ անկապության տպավորություն է թողնում։ Խոսակցական գրգռվածությունը ուղեկցվում է աշխույժ դիմախաղով, խիստ արտահայտիչ շարժուձևով։

Հիվանդներն արտահայտում են իրենց անձի գերագնահատման մտքեր, խոսում են իրենց արտակարգ ֆիզիկական ուժի, բացառիկ ընդունակությունների մասին։ Իրենց համարում են ամենագետ, տաղանդավոր, ամբողջ երկրում և նույնիսկ աշխարհում ճանաչված մարդ։ Համոզված են, որ իրենք բժշկությամբ, արվեստով, գիտությամբ կարող են զբաղվել։ Կարող են և ստեղծագործել, գյուտարարություններ անել, երկիրը ղեկավարել։

Անձի գերագնահատման մտքերը հիվանդության խիստ արտահայտվածության դեպքում կարող են հասնել մինչև մեծամոլական զառանցանքների։

Վերոհիշյալ բոլոր ախտանիշները զուգորդվում են հիվանդների հոգեշարժական գրգռվածությամբ։ Նրանք անընդհատ ոտքի վրա են, շարժման մեջ։ Շփման մեջ են մտնում բոլորի հետ, հեշտ ծանոթություններ ստեղծում։ Ձգտում են աշխատել, ամենքին օգնել, շուրջն ստեղծելով անկարգություն, ժխոր, կեղտ և քաոսային իրարանցում։ Նրանք հիպերսեքսուալ են, շատակեր. ուտում են կանոնած, արագ։

Հիվանդների վիճակը երեկոյան ժամերին ավելի է ծանրանում։

Մանիակալ փուլի դեպքում հոգեշարժական գրգռվածությունը երբեմն կարող է շատ խիստ արտահայտվել, հասնելով մինչև քառսային ապարդելակման։ Բայց և այնպես, ի տարբերություն կատատոնիկ, հեբեֆրենիկ, դելիրիումային և այլ գրգռվածությունների, մանիակալ գրգռվածությանը բնորոշ է որոշակի նպատակասլացություն։

Դեպրեսիվ փուլը բնորոշվում է մանիակալ փուլին հակառակ ախտանշանների երրորդությամբ՝ տրամադրության անկում, մտածողության ընթացքի դանդաղում և հոգեշարժական արգելակում։

Հիվանդների տրամադրությունն ընկած է։ Նրանց դեմքն արտահայտում է տանջանք, տխրություն, թախիծ ու վիշտ։ Ողջ շրջապատը հիվանդների կողմից ընկալվում է մռայլ գույներով (հակառակ մանիակալ փուլի ժամանակ շրջապատը «վարդագույն ակնոցներով» դիտելուն, այստեղ դա տեղի է ունենում կարծես թե «սև ակնոցներով»)։ Հիվանդների տրամադրության անկումն ու թախիծը ուղեկցվում են սրտի և կրծքի շրջանի ծանր ու սեղմող լարվածությամբ և տանջալից ցավի զգացմամբ («սրտային թախիծ»— anxietas praecordialis)։

Դեպրեսիվ հիվանդների մտածողության ընթացքը դանդաղացած է (ինտելեկտուալ արգելակում)։ Հարցերին պատասխանում են դժվարությամբ, ցածրաձայն և ուշացումով. հաճախ հարկ է լինում հարցը կրկնել, իսկ լրիվ արգելակման դեպքում բոլորովին չեն խոսում։

Բավականին բնորոշ են համարվում տագնապով ու վախով ուղեկցված ինքնամեղադրման ու ինքնանվաստացման մտքերը։ Հիվանդներն իրենց համարում են մեղավոր ու արժեզրկված։ Իրենց անցյալը նրանք համարում են սխալներով լի մի շրջան, ներկան ընկալում են որպես անբացատրելի ու անելանելի տառապանք, իսկ ապագան՝ անհեռանկարային ու մռայլ։ Բնորոշ ախտանշան է հոգեկան անզգայացումը։ Հիվանդները գտնում են, որ դարձել են անտարբեր ու «անջիգյար», կորցրել են անգամ իրենց հարազատների, իրենց երեխաների նկատմամբ ունեցած զգացմունքները։ Այդ բոլորը հասկանալով հանդերձ, նրանք խիստ ծանր են վերապրում հուզական ապրումների, հատկապես սիրո զգացման այդ կորուստը (anestesia psychica dolorosa)։ Հիվանդների մոտ ինքնամեղադրման, ինքնանվաստացման և անլիարժեքության մտքերը հաճախ ինքնասպանության (սուիցիդալ) մտքերի ու փորձերի են հասցնում։

Բավականին բնորոշ է համարվում թախծի խորացումը և ինքնա-

զգացման վատացումը հատկապես առավոտյան ժամերին, որը մանիակալ վիճակին հակառակ, օրվա երկրորդ կեսին մի փոքր մեղմանում է։

Դեպրեսիվ վիճակի խորացմանը զուգընթաց հիվանդների արտահայտած ինքնամեղադրման, ինքնանվաստացման մտքերը զառանցական բնույթ են ընդունում։ Հիվանդներն իրենց մեղադրում են ամենաբազմազան հանցագործությունների մեջ, պահանջում են դատապարտել ու պատժել։ Հանդիպում են նաև հիպոխոնդրիկ զառանցական մտքեր. իրենց համարում են ծանր հիվանդություններով վարակված ու անբուժելի, գտնում են, որ իզուր են իրենց հիվանդանոցում պահում, նրանց տեղը միայն բանտն է։

Դեպրեսիվ փուլը բնորոշվում է նաև շարժողական արգելակմամբ, որն արտահայտվում է թեթև կաշկանդվածությունից (սուբստուպոր) մինչև լրիվ արգելակում (դեպրեսիվ ստուպոր)։

Այս ստուպորի ժամանակ, կատատոնիկ ստուպորին հակառակ, բացակայում է ակտիվ նեգատիվիզմը, մոմանման ճկունությունը և այլն, ու ամենագլխավորը՝ ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման ժամանակի հայտ են գալիս ոչ թե շիզոֆրենիային բնորոշ, այլ էնդոգեն դեպրեսիային հատուկ ախտանշաններ։

Դեպրեսիվ վիճակում գտնվող հիվանդները մշտապես գլուխները քաշ գցած, կուչ եկած ու անշարժ նստած են կամ անկողնում պառկած։

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպքում տարբեր աստիճանի աֆեկտիվ խանգարումներ կարող են լինել՝ թեթև դեպրեսիվ (սուբդեպրեսիա) ու թեթև մանիակալ (հիպոմանիա) վիճակներից մինչև ծանր արտահայտված ձևերը։ Ներկայումս ծանր ձևերը այնքան էլ հաճախ չեն հանդիպում։

Սոմատո-վեգետատիվ խանգարումներ։ Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի ինչպես մանիակալ, այնպես էլ դեպրեսիվ փուլերում առկա են սոմատո-վեգետատիվ մի շարք խանգարումներ՝ քաշի անկում, բերանի չորացում, զարկերակային ճնշման տատանումներ, կանանց մոտ դաշտանի խանգարումներ, կարմիր, կայուն դերմոգրաֆիզմ, ինչպես նաև Վ. Պ. Պրոտոպոպովի երրորդությունը (երակազարկի արագացում, բբերի լայնացում և փորկապություն)։

ՄԱՆԻԱԿԱԼ-ԴԵՊՐԵՍԻՎ ՊՍԻԽՈԶԻ ԽԱՌԸ ԵՎ ԱՏԻՊԻԿ ՁԵՎԵՐԸ

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի խառը ձևերի ժամանակ մանիակալ և դեպրեսիվ ախտանշանները միահյուսվում են, արտահայտվելով զայրացած մանիայի, մանիակալ ստուպորի, գրգռված դեպրեսիայի (մելամաղձության) և այլ հոգեախտաբանական պատկերներով։

Զայրացած մանիայի դեպքում շարժողական և ինտելեկտուալ ակտիվությունը զուգակցվում է դյուրագրգռությամբ, բծախնդրությամբ, դժգոհությամբ ու չարությամբ։

Մանիակալ ստուպորի ժամանակ տրամադրության բարձրացումը ընթանում է ոչ թե շարժողական գրգռվածությամբ, այլ արգելակմամբ։

Գրգռված դեպրեսիայի (մելամաղձության) դեպքում դեպրեսիվ վիճակներին բնորոշ շարժողական արգելակման փոխարեն տեղ է գտնում տագնապով ու լարվածությամբ ուղեկցվող շարժողական գրգռվածությունը։ Նման հիվանդներն անհանգիստ են լինում, մի տեղ չեն կարող նստել կամ պառկել, անընդհատ ոտքի վրա են, իրենց տեղը չեն գտնում, «ախ ու վախ» անելով, ձեռքերը տրորելով անհանգիստ ման են գալիս, հաճախ կրկնելով միևնույն խոսքերն ու նախադասությունները («ինձ սպանեք, ինձ սպանեք» և այլն (վերբիգերացիա))։ Այս վիճակը խիստ վտանգավոր է հատկապես ինքնավնասումների և ինքնասպանությունների տեսակետից։

Ատիպիկ ձևերից է ցիկլոթիմիան։ *Դա մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի թեթև (ամբուլատոր) ձևն է, ավելի հաճախ է հանդիպում և բնորոշվում է մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի ախտանշանների թերաճությամբ (հիպոմանիակալ կամ սուբդեպրեսիվ վիճակներ), որոնք մինչև արտահայտված հոգեկան խանգարման չեն հասնում, սակայն ցիկլոֆրենիայի նման ունեն փուլային ընթացք։ Այդ փուլերը կարճատև են, հաջորդականության որոշակի օրինաչափություն չունեն։ Միջփուլային լուսավոր շրջաններում, որը կարող է տևել շաբաթներից մինչև ամիսներ ու տարիներ, հիվանդների աշխատունակությունը լրիվ պահպանված է, ոչ հազվադեպ հիվանդությունը կարող է ընթանալ առանց լուսավոր շրջանների (տևական ընթացք)։*

Ցիկլոթիմիայի հիպոմանիակալ փուլը *բնորոշվում է հիվանդների հոգեկան գործունեության ակտիվությամբ, տրամադրության թեթև բարձրացմամբ, արտակարգ աշխուժությամբ ու խանդավառությամբ։ Նման հիվանդները անհոգ են, լավատես ու եռանդուն, ավելի գործու-*

նյա են դառնում, ձգտում են ամեն ինչ անել, ամեն ինչի մասնակցել, ամեն ինչ ձեռնարկել, հաճախ սկսած մի գործը կիսատ թողնելով, սկսել մյուսը։ Հակումները (սննդի, սեռական և այլն) ուժեղացած են լինում, երբեմն արտահայտում են անձի գերագնահատման մտքեր։ Այդ բոլորը ինչպես հիվանդի, այնպես էլ շրջապատի կողմից հաճախ որպես հիվանդագին վիճակ չի գնահատվում. նրանք ավելի շուտ ակտիվ, բայց մակերեսային մարդու տպավորություն են թողնում, հազվադեպ բուժշկի չեն դիմում և ինքնաբերաբար դուրս են գալիս այդ վիճակից։

Սուբդեպրեսիվ փուլը արտահայտվում է տրամադրության անկմամբ ու թոշոմածությամբ։ Հիվանդների աշխատունակությունն ընկած է լինում. նրանք թերագնահատում են իրենց ուժերը, չեն կարողանում կենտրոնանալ, «իրենց հավաքել»։ Գանգատվում են հոգնածությունից, գլխի ծանրության զգացումից, անքնությունից։ Արտահայտում են հոռետեսական, իրենց սակավարժեքության մասին մտքեր, իսկ երբեմն էլ ծանր դեպքերում ինքնամեղադրման մտքեր, նույնիսկ կատարելով ինքնասպանության փորձ։ Վերջինս հաճախ կապված է լինում այն բանի հետ, որ հիվանդության թույլ արտահայտվածության պատճառով հիվանդները շրջապատի տեսադաշտից դուրս են մնում։

Քողարկված դեպրեսիա։ Վերջին տարիներին գրականության մեջ սկսել՝ են ավելի հաճախ նկարագրել, այսպես կոչված, քողարկված (թաքնված, ծածկընթաց) դեպրեսիայի մասին։

Քողարկված դեպրեսիայի դեպքում առաջին պլանի վրա հիմնականում հանդես են գալիս մարմնական և վեգետատիվ բազմազան ու բազմաթիվ խանգարումներ, քողարկելով դեպրեսիայի թեթև արտահայտված ախտանշանները։ Սոմատո-վեգետատիվ այդ խանգարումներն արտահայտվում են գլխացավերով ու գլխապտույտներով, մարմնի տարբեր մասերի, սիրտ-անոթային համակարգի զանազան ցավերով ու տհաճ զգացողություններով, աղեստամոքսային խանգարումներով (որովայնի շրջանի ցավեր՝ սրտխառնությամբ, փսխումներով, ախորժակի բացակայությամբ և այլ ու այլ բազմաթիվ խանգարումներով ու գանգատներով)։

Օբյեկտիվ քննության ժամանակ ներքին օրգանների կողմից ախտաբանական ոչ մի պրոցես չի հայտնաբերվում։ Չնայած դրան հիվանդները դիմում են տարբեր մասնագետների (նյարդաբան, թերապևտ, ստամոքսաղիքաբան, սրտաբան և այլն), զանազան բուժումներ են ստանում, բայց առանց նկատելի արդյունքների։

Եվ միայն հոգեբույժի կողմից հիվանդների ուշադիր քննության ժա-

մանակ հնարավոր է լինում հայտնաբերել դեպրեսիային բնորոշ հազիվ նկատելի ախտանշաններ՝ տրամադրության թեթև անկում, հատկապես առավոտյան ժամերին, հոգեկան պրոցեսների թեթևակի արգելակում, հիպոխոնդրիկ գանգատներ, հետաքրքրության նվազում, ներքին անհանգստություն, ինչպես նաև անամնեզում ոչ հազվադեպ նշվող հիվանդության պարբերական ընթացք։

Նման դեպքերում ճիշտ բուժման կազմակերպումից (մեղմ հակադեպրեսանտներ, տրանկվիլիզատորներ և այլն) առաջացած դրական արդյունքը ինքնըստինքյան հաստատում է քողարկված դեպրեսիայի առկայությունը։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի բուժումը պետք է տարվի անհատական ձևով, ընտրողաբար, յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում հաշվի առնելով հիվանդության կլինիկական պատկերը (մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակ), փուլերի արտահայտվածության աստիճանը, հիվանդի տարիքը, մարմնական վիճակը և այլն։

Մանիակալ փուլի բուժման դեպքում հիմնական շեշտը դրվում է նեյրոլեպտիկների և հանգստացնող դեղամիջոցների կիրառման վրա։

Մանիակալ գրգռվածության դեպքում կիրառվում են աճող դեղաչափերով նեյրոլեպտիկներ՝ ամինազին 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ, հալոպերիդոլ՝ 1,5 մգ կամ 0,5 % լուծույթ, լեպոնեքս՝ 25 մգ, ածխաթթվային լիթիում՝ 0,2 գ, պարբերաբար ստուգելով լիթիումի խտությունը արյան շիճուկի մեջ (N=0,6—0,8 մմ/լ), ֆինլեպսին 0,2 գ և տաք լոգանքներ (ջրի ջերմաստիճանը 36—37°, 20—30 օր) և այլն։

Հիպոմանիակալ վիճակի բուժման դեպքում գերադասելի է տրանկվիլիզատորների օգտագործումը՝ էլենիում (խլորդեպիդ, լիբրիում)՝ 5 մգ, սեդուքսեն (սիբազոն, ռելանիում, վալիում)՝ 5 մգ, նոզեպամ (տազեպամ)՝ 10 մգ, ֆենազեպամ՝ 0,5 մգ և այլն։

Դեպրեսիվ վիճակում գտնվող հիվանդների բուժումը, որպես օրենք, պետք է կատարել ստացիոնարի պայմաններում։ Ինքնավնասման և ինքնասպանության փորձերը կանխելու նպատակով հիվանդների վրա խիստ հսկողություն պետք է սահմանել։ Նրանց մոտից նրբանկատորեն պետք է վերացնել այն բոլոր իրերն ու առարկաները, որոնց օգնությամբ սուիցիդալ փորձեր կարող են կատարել։

Դեղամիջոցները պետք է նշանակել ընտրողաբար, մեծ և աճող

դոզաներով (չպետք է մոռանալ, որ փոքր դոզաներով կատարվող բուժման դեպքում լավացումը դանդաղ է տեղի ունենում և դեղորայքի նկատմամբ կայունություն է առաջանում)։

Դեպրեսիվ վիճակների բուժման գործում անգնահատելի է հակադեպրեսանտների դերը։ Սակայն հակադեպրեսանտներ նշանակելիս պետք է հաշվի առնել դեպրեսիայի ձևը։ Հատկապես կարևոր նշանակություն ունի հակադեպրեսանտների և մյուս դեղամիջոցների ճիշտ զուգակցումը։ Խորհուրդ է տրվում բուժման առաջին շաբաթում հակադեպրեսանտները օրգանիզմ ներմուծել սրսկման ձևով (հատկապես կաթիլային) ու մեծ դոզաներով, որից հետո բուժումը շարունակել ըստ ցուցմունքի։

Դեպրեսիվ վիճակների դեպքում լավ արդյունք է առաջացնում տրամադրությունը բարձրացնող ու խթանիչ հատկությամբ օժտված մելիպրամինը (իմիպրամին, անաֆրանիլ, տոֆրանիլ) 25 մգ կամ 1,2 % լուծույթի ներարկումը։ Մելիպրամինը պետք է նշանակել օրվա առաջին կեսին, իսկ երեկոյան՝ տիզերցին՝ 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ։ Նույնպիսի խթանիչ հատկություն ունեն նաև հակադեպրեսանտ պիրազիդոլը, ազաֆենը, նորտրիպտիլինը։

Անհանգստությամբ ու տագնապով ուղեկցվող դեպրեսիայի դեպքում խորհուրդ է տրվում հանգստացնող հատկությամբ օժտված մի այլ հակադեպրեսանտ՝ ամիտրիպտիլին (տրիպտիզոլ)՝ 25 մգ կամ 1 % լուծույթի ներարկում, որը մելիպրամինին հակառակ, կարելի է նշանակել նաև երեկոյան ժամերին։ Նման դեպքերում կիրառվում է նաև տիզերցին՝ 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ։ Հակադեպրեսիվ հատկությամբ է օժտված նաև նուրեդալը (նիալամիդ)՝ 25 մգ, բայց երբեք այն չի կարելի զուգորդել մելիպրամինի և որոշ նեյրոլեպտիկների հետ։

Անքնությամբ ուղեկցվող դեպրեսիաների դեպքում հակադեպրեսանտներից բացի պետք է նշանակել տրանկվիլիզատորներ (տե՛ս մանիակալ վիճակի բուժումը), քնաբերներ (նիտրազեպամ, ռոհիպնոլ, էունոկտին), փոքր դոզաներով տիզերցին, քլորպրոտիքսեն և այլն։

Երբ դեպրեսիվ-տագնապային վիճակը ուղեկցվում է հիպոխոնդրիկ և պարանոիդ զառանցական մտքերով, խորհուրդ է տրվում նշանակել տիզերցին, սոնապաքս, քլորպրոտիքսեն, ինչպես նաև մելիպրամինի, ամիտրիպտիլինի և նեյրոլեպտիկների (ամինազին, տրիֆտազին, հալոպերիդոլ և այլն) կոմբինացված բուժում։

Դեպրեսիայի ծանր դեպքերում, երբ դեղամիջոցային բուժումը դրական արդյունք չի տալիս, կամ երբ դեղորայքի նկատմամբ կայունություն է առաջանում, խորհուրդ է տրվում էլեկտրացնցումային բուժում։

Դեպրեսիայի բուժման կուրսը պետք է շարունակել 2—3 ամիս, եթե նույնիսկ հիվանդի վիճակը լավ է (նման դեպքերում բուժումը պետք է կրի պահպանողական թերապիայի բնույթ)։

Դատաբժշկական գնահատականը: Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզով տառապող հիվանդների մոտ իրավախախտումներ կարող են հանդիպել ինչպես հիվանդագին վիճակում, այնպես էլ լուսավոր շրջանում։

Քանի որ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի լուսավոր շրջանում հիվանդը գործնականորեն համարվում է հոգեպես առողջ, ուստի հանցագործություն կատարելիս նա ճանաչվում է մեղսունակ և պատասխանատու իր կատարած արարքների համար։

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի մանիակալ փուլում գտնվող հիվանդները գրգռված վիճակում տարբեր բնույթի իրավախախտումներ կարող են կատարել։ Նման դեպքերում նրանք ճանաչվում են անմեղսունակ, քանի որ իրավախախտումը կատարելիս նրանք հաշիվ չեն տալիս ու չեն կարողանում ղեկավարել իրենց արարքները։

Նույն պսիխոզի դեպրեսիվ փուլում գտնվող հիվանդները ոչ հազվադեպ կարող են ինքնասպանություն կամ ընդլայնված ինքնասպանություններ կատարել։ Նման դեպքերում նրանք նույնպես ճանաչվում են անմեղսունակ։

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզով տառապող հիվանդները նոպաներից հետո լրիվ առողջ են և աշխատունակ։ Միայն խիստ ձգձգվող նոպաների կամ շատ հաճախ կրկնվող փուլերի դեպքում կարող է դրվել անաշխատունակության հարցը։

Ինչ վերաբերում է զինվորական փորձաքննությանը, ապա մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզով տառապող հիվանդները զինվորական ծառայության համար ճանաչվում են ոչ պիտանի։

Գլուխ 17

ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Հոգեկան խանգարում առաջացնող ախտածին պատճառների շարքում գանգուղեղային վնասվածքները մեծ տեղ են գրավում և շատ հաճախ են հանդիպում։ Բավական է նշել այն, որ այդ վնասվածքները կարող են լինել ծննդաբերական բնույթի (ծննդի ժամանակ գանգուղեղին

պատճառված վնասվածքների հետևանքով), կենցաղային, արդյունաբերական, տրանսպորտային (հատկապես վթարներ, աղետներ և այլն)։ Հատուկ տեղ են գրավում բնական աղետների և հատկապես պատերազմական պայմաններում առավել հաճախ հանդիպող ամենաբազմազան բնույթի վնասվածքները։

Հաճախ գանգուղեղային վնասվածքի բնույթը, ինչպես նաև հիվանդի տարիքը որոշիչ դեր են խաղում նրա հետագա կյանքում։ Այսպես օրինակ, ծննդաբերության ժամանակ գլխուղեղին պատճառված վնասվածքի դեպքում առաջանում է մտավոր ունակությունների թերզարգացում (սակավամտություն)։

Գանգուղեղի վնասվածքները լինում են բաց և փակ։

Բաց վնասվածքների դեպքում ոչ միայն արտաքին փափուկ հյուսվածքներն ու գանգոսկրն է վնասվում, այլ կարող են ախտահարվել նաև կարծր թաղանթն ու անոթները։

Փակ վնասվածքները կարող են ընթանալ գլխուղեղի ցնցման («կոմոցիա»), սալջարդի («կոնտուզիա») և ճնշավնասվածքի («բարոտրավմա», պայթունային ալիք) ձևերով։

Ինքնըստինքյան հասկանալի է, որ վերոհիշյալ սահմանազատումը պայմանական բնույթ է կրում, քանի որ հաճախ թե՛ ուղեղի ցնցումը և թե՛ սալջարդը միաժամանակ կարող են հանդես գալ, իսկ ճնշավնասվածքի դեպքում ցնցումից ու սալջարդից բացի տեղ է գտնում նաև ձայնային գործոնը, իր բացասական հետևանքներով հանդերձ։

Ի տարբերություն գանգուղեղի ցնցման ու սալջարդի, ճնշավնասվածքի (պայթունային ալիքի) դեպքում գանգուղեղի վրա միաժամանակ մի քանի գործոններ են ազդում։ Այսպես օրինակ, ռումբի պայթյունից առաջացած օդային ալիքը մարդուն նետում ու վայր է գցում, փաստորեն առաջացնելով երկրորդային սալջարդ։ Այդ պայթյունից գանգուղեղի փորոքներում գտնվող հեղուկը հարվածում է փորոքների պատերին՝ վնասելով հյուսվածքը. միաժամանակ առաջանում է ուղեղի արյան շրջանառության արտահայտված խանգարում։ Վերջապես պայթյունից առաջացած ուժեղ ձայնը վնասում է լսողական անալիզատորը, արգելակելով այն, իսկ առավել հաճախ այդ արգելակումը տարածվում է նաև երկրորդ ազդանշանային համակարգի վրա, առաջացնելով խուլհամրություն («սուրդոմուտիզմ»)։ Չնայած ժամանակի ընթացքում հիվանդի խոսքը և լսողությունը վերականգնվում են, սակայն ոչ հազվադեպ՝ երկար տարիներ պահպանվում է կակազումը։

Գանգուղեղի վնասվածքի վերոհիշյալ բոլոր ձևերի դեպքում նյարդահոգեկան զանազան խանգարումներ կարող են առաջանալ, որոնք անկախ վնասվածքի տեսակից 3 հիմնական շրջանի են բաժանվում՝

գիտակցության խանգարման սկզբնական շրջան, սուր շրջանում հանդիպող հոգեկան խանգարումներ և հեռավոր հետևանքների շրջան։

Գիտակցության խանգարման սկզբնական շրջանն սկսվում է գանգուղեղային վնասվածքից անմիջապես հետո։ Այն բնորոշվում է գիտակցության այս կամ այն աստիճանի խանգարմամբ, որը վնասվածքի բնույթից ու ծանրությունից կախված կարող է արտահայտվել թեթև շըշմածությունից մինչև սոպորի և կոմայի հասնող վիճակներով, հաճախ տևելով մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ, իսկ ծանր դեպքերում՝ նույնիսկ օրեր։

Գանգուղեղային վնասվածքի բարենպաստ ընթացքի դեպքում հիվանդը անգիտակից վիճակից դուրս է գալիս աստիճանաբար, ընդ որում գիտակցության վերականգնումից հետո տեղի ունեցած դեպքերի նկատմամբ առաջանում է անհիշողություն (ամնեզիա), որը կարող է արտահայտվել անտերոգրադ ամնեզիայի (վնասվածքից անմիջապես հետո տեղի ունեցածի մոռացում), ոչ հազվադեպ նաև ռետրոգրադ ամնեզիայի (մինչ վնասվածքը եղած որոշ ժամանակահատվածի մոռացում) ձևերով։ Որոշ դեպքերում հիվանդը կատարվածի մասին որոշ դրվագներ կարող է հիշել, որոնք սակայն հաճախ լիարժեք և ստույգ չեն լինում։

Սուր շրջանում հանդիպող հոգեկան խանգարումներ։ Գանգուղեղային վնասվածքի դեպքում գիտակցության վերականգնումից հետո շատ հաճախ տեղ են գտնում հոգեկան թուլության (ասթենիայի) երևույթները, որոնք արտահայտվում են գլխացավերով, գլխապտույտներով, թորշոմածությամբ, հիշողության թուլությամբ, ուշադրության ցրվածությամբ։ Որոշ դեպքերում դիտվում է դյուրագրգռություն, գերզգայնություն (հիվանդները չեն կարողանում տանել ուժեղ ձայնը, վառ լույսը, ցավը, անգամ ասեղի ծակոցը)։ Տրամադրությունը դառնում է անկայուն, քունը խանգարվում է, դառնում մակերեսային և ընդհատումներով։

Ոչ հազվադեպ հանդիպում են անոթային և վեգետատիվ զանազան խանգարումներ (սրտային գործունեության և զարկերակային ճնշման անկայունություն, գերքրտնություն և այլն), ինչպես նաև ակնախաղ, ակնաստատիկական ֆենոմեն, երերուն քայլվածք, քիթ-շրթունքային ծալքի անհավասարություն, լեզվի թեքում և այլն։ Ասթենիկ վիճակը տևում է մինչև 2—3 շաբաթ և աստիճանաբար անցնում է, եթե հիվանդի վիճակը չի բարդանում հոգեկան սուր խանգարումներով։ Այդ խանգարումներից են՝ գիտակցության մթնշաղային վիճակները, երբ հիվանդները կատարում են արտաքուստ կանոնավոր, սակայն չգիտակցված գոր-

ծողություններ («ամբուլատոր ավտոմատիզմ»)։ Կարող են դիտվել նաև հոգեշարժական գրգռվածություն, անշարժությամբ ուղեկցվող քնկոտ վիճակ և այլն։

Դելիրիումային բնույթի խանգարման դեպքում գիտակցության մթագնման ֆոնի վրա ի հայտ են գալիս տեսողական բազմատեսակ ցնորքներ։ Դրանք մեծ մասամբ միաձև են, տեսարանների, իսկ առավել հաճախ իրադարձությունների բնույթ են կրում (անընդհատ շարժման մեջ գտնվող մարդիկ, տրանսպորտի տարբեր տեսակներ), որոնց ակտիվ մասնակիցն է դառնում հենց ինքը՝ հիվանդը։ Հիվանդները գտնվում են վախով ու տագնապով ուղեկցվող գրգռված վիճակում, որը ժամանակ առ ժամանակ կարող է մեղմանալ, գիտակցությունը նույնիսկ կարող է պարզվել՝ արտաքուստ հոգեկան խանգարումը վերջանալու տպավորություն թողնելով։ Լուսավոր շրջաններով ընթացող դելիրիումային նման խանգարումը միջին հաշվով կարող է տևել 1—2 շաբաթ, վերջանալով տեղի ունեցածի նկատմամբ առկա՝ մասնակի ամնեզիայով։

Համեմատաբար հազվադեպ հանդիպող օնեյրոիդ համախտանիշի դեպքում գիտակցության թեթև քնանման ֆոնի վրա հանդես են գալիս ցնորապատրանքային ֆանտաստիկական բնույթի անրջային վիճակներ։ Տեղ են գտնում նաև սեփական մարմնի սխեմայի խանգարման երևույթներ, ժամանակի և տարածության ընկալման զանազան խանգարումներ։

Կորսակովյան համախտանիշը առաջանում է հիվանդի գիտակցության խանգարման վիճակից դուրս գալուց հետո և բնորոշվում է հիշողության կոպիտ բնույթի խանգարմամբ (ֆիքսացիոն ամնեզիա, անտերոգրադ, իսկ հաճախ՝ նաև ռետրո-անտերոգրադ ամնեզիա և կոնֆաբուլյացիա)։ Կորսակովյան համախտանիշը կարող է ուղեկցվել հուզական տատանումներով և դյուրագրգռությամբ։ Այս համախտանիշը համեմատաբար ավելի երկարատև է (մի քանի շաբաթից մինչև մի քանի ամիս)։

ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԱՑԻՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՀԵՌԱՎՈՐ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

Արտահայտվում է նյարդահոգեկան այնպիսի խանգարումներով, որոնք սուր շրջանի ախտաբանական բոլոր երևույթներն անցնելուց հետո էլ շարունակում են պահպանվել երկարատև ամիսներից մինչև տարիներ և դժվարությամբ են ենթարկվում հետագա լրիվ հետազարգացման։ Այդ խանգարումները կախված են կրած վնասվածքի ուժից, հիվանդի տարիքից, նրա անձի նախահիվանդագին առանձնահատկություններից,

կիրառված բուժողության արդյունավետությունից, ինչպես նաև արտածին լրացուցիչ գործոնների առկայությունից։

Առանձնացվում են գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքների կլինիկական մի շարք տարբերակներ. դրանցից են՝ վնասվածքային էնցեֆալոպաթիան, վնասվածքային թուլամտությունը, վնասվածքային էնդոգենանման հոգեկան խանգարումները։

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիան զարգանում է գանգուղեղի սալջարդի (կոնտուզիա) կամ ուղեղանյութի վնասվածքի ժամանակ։ Նման դեպքում կլինիկական առկա ախտանշաններն ու համախտանիշները կրում են ուղեղի օջախային վնասվածքի դրոշմ։ Այդ վնասվածքի տեղակայումից ու մեծությունից կախված կարող են տեղ գտնել գանգուղեղային նյարդերի ախտահարման զանազան ախտանշաններ, ինչպես օրինակ՝ անդաստակային (վեստիբուլյար) խանգարում, աֆազիայի, ապրաքսիայի և օջախային այլ բնույթի խանգարումներ, գլխացավ, գլխապտույտ, վեգետատիվ զանազան խանգարումներ (ձեռքերի մատների և լեզվի դող, աչքերը փակ վիճակում կանգնած դիրքի արտահայտված անկայունություն և այլն)։

Հոգեկան ոլորտի կողմից նշվում է դյուրագրգռություն, որը երբեմն կարող է հասնել մինչև աֆեկտիվ բռնկումների, իսկ երբեմն էլ՝ ընդհակառակը, կարող են տեղ գտնել թորշոմածությունը, անտարբերությունն ու անգործունակությունը։ Հիվանդների ուշադրությունը դառնում է ցրված։ Հիշողությունը թուլանում է, որը ծանր դեպքերում կարող է արտահայտվել կորսակովյան համախտանիշի ձևով։ Այլ դեպքերում հոգեկան խանգարումները կարող են արտահայտվել անձի պաթոլոգիական զարգացմամբ (պսիխոպաթացում)։ Բավականին բնորոշ են համարվում գիտակցության դրվագային խանգարումները, որոնք մեծ մասամբ մթնշաղային բնույթ են կրում, ինչպես նաև՝ էպիլեպսանման նոպաները։ Ծանր դեպքերում կարող է հանդիպել նաև թուլամտության հասնող բանականության խանգարում։

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիայի մի քանի տարբերակներ են առանձնացվում։

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա ասթենիկ համախտանիշով (վընասվածքային ցերեբրասթենիա)։ Հանդիպում է ինչպես գանգուղեղային վնասվածքների սուր շրջանում, այնպես էլ հեռավոր հետևանքների դեպքում (կլինիկական պատկերի նկարագրությունը տե՛ս «Սուր շրջանի խանգարումները» բաժնում)։

Վնասվածքային ցերեբրասթենիայի դեպքում ասթենիայի ֆոնի վրա

ոչ հազվադեպ առաջանում են կպչուն վախեր, հիպոխոնդրիկ գերարժեքային մտքեր։

Վնասվածքային ասթենիայի ընթացքը բավականին ձգձգվող է։ Այն կարող է տևել մի քանի շաբաթից մինչև ամիսներ և նույնիսկ՝ տարիներ։ Բարորակ ընթացքի դեպքում հիվանդի վիճակը ժամանակ առ ժամանակ կարող է լավանալ։ Ծանր դեպքերում ասթենիայի երևույթները մշտական են դառնում և արտաքին վնասաբեր ազդակներից ավելի են ուժեղանում (դեկոմպենսացիա)։ Ասթենիկ վիճակը դեկոմպենսացնող գործոններ են համարվում զանազան ինֆեկցիաները, զգայական գերլարվածությունն ու հոգեկան ցնցումները, գերհոգնածությունը։ Հատկապես անբարենպաստ ազդեցություն ունի ալկոհոլի չարաշահումը, որի նկատմամբ ասթենիայով հիվանդները արտահայտված գերզգայնություն և անդիմացկունություն են ցուցաբերում։

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա էպիլեպսանման նոպաներով։ Սովորաբար դիտվում է գանգուղեղի վնասվածքից մի քանի տարի անց (բայց 6 ամսից ոչ շուտ), որը պայմանավորված է գանգուղեղում (առավել հաճախ նրա քունքային, գագաթային և ճակատային մասերում) առաջացած վնասվածքային սպիներով (էպիլեպտածին օջախներով)։

Վնասվածքային էպիլեպսիայի դեպքում էպիլեպսանման համընդհանուր նոպաներից բացի կարող են դիտվել ինչպես ջեկսոնյան և փոքր ցնցումային նոպաներ, այնպես էլ աբսանսներ, դիսֆորիաներ, իսկ ժամանակ առ ժամանակ՝ նաև գիտակցության մթնշաղային վիճակներ։ Էպիլեպսանման նոպաների պարբերաբար կրկնվող հաճախացումները մեծ մասամբ պայմանավորված են վնասաբեր լրացուցիչ ազդակների առկայությամբ (ալկոհոլ, հուզական լարվածություն և այլն)։

Վնասվածքային էպիլեպսիայի տարբերակիչ ախտորոշման գործում անամնեզից բացի մեծ նշանակություն ունի վնասվածքին բնորոշ ներգանգային գերճնշման ախտանշանների առկայությունը, ինչպես նաև էպիլեպտիկ հիվանդությանը բնորոշ՝ բնավորության փոփոխությունների բացակայությունը։

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա անձի պսիխոպաթացումով (բնավորության հետվնասվածքային փոփոխություններ, բնավորության հետվնասվածքային պաթոլոգիական զարգացում)։ Որոշ դեպքերում գանգուղեղային վնասվածքը պատճառ է դառնում պսիխոպաթիան հիշեցնող՝ անձի պաթոլոգիական զարգացման կամ «վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա անձի պսիխոպաթացումով»։ Պսիխոպաթացման ձևավորման գործում որոշակի նշանակություն ունեն հիվանդի տարիքը, վնասվածքի

ուժը, անձի նախահիվանդագին առանձնահատկությունները, ինչպես նաև լրացուցիչ գործոնները (ալկոհոլ, էքստրեմալ վիճակներ, պսիխոգենիա, միկրոսոցիալական միջավայրի բացասական ազդեցություն)։

Նման հիվանդների մոտ տեղ են գտնում աֆեկտիվ-կամային զանազան խանգարումներ։ Նրանք դառնում են դյուրագրգիռ, եսասեր, շրջապատի ընդհանուր կանոնների հետ չհարմարվող ու չհաշտվող, կրավարար. այդ պատճառով էլ հաճախ շրջապատի հետ կոնֆլիկտային իրավիճակ է ստեղծվում։ Նրանք հաճախ ձգտում են դեպի ալկոհոլային խմիչքների և թմրանյութերի չարաշահման, թույլ են տալիս հակասոցիալական զանազան արարքներ։ Նման հիվանդների մոտ կարող են հանդիպել նաև դիսֆորային վիճակներ, որոնք արտահայտվում են մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր տևող մռայլության, թախծատագնապային և շարակամային աֆեկտներով։ Դիսֆորային նման վիճակները ոչ հազվադեպ հակասոցիալական լուրջ արարքների պատճառ են դառնում։

Վնասվածքային թուլամտությունը գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքների համեմատաբար հազվադեպ հանդիպող ձևերից է։ Այն զարգանում է գանգուղեղի ծանր վնասվածքներից հետո, հատկապես ճակատային, ստորգագաթային և քունքային բլթերի տարածուն ախտահարման դեպքում։

Վնասվածքային թուլամտության ժամանակ նշվում է հիշողության արտահայտված թուլացում՝ ինչպես անցյալի, այնպես էլ ընթացիկ դեպքերի նկատմամբ։ Խիստ տուժում է հիշողության մտապահման և վերարտադրման ֆունկցիան։ Տուժում է նաև բանականությունը։ Գիտելիքների պաշարը, մասնագիտական փորձը իջնում է։ Դատողության և ընդհանրացման ունակությունը նույնպես պակասում է, իսկ բառապաշարը՝ աղքատանում։ Հիվանդները դառնում են լրիվ անաշխատունակ և անօգնական։ Նրանց հետաքրքրության շրջանակը խիստ նեղանում է, նրանք դառնում են փնթի և անմաքրասեր։ Միաժամանակ թորշոմում են, ամեն ինչի նկատմամբ դառնում անտարբեր, իսկ որոշ դեպքերում, ընդհակառակը, տեղ է գտնում գանգուղեղային վնասվածքներին բնորոշ դյուրագրգռությունն ու զայրացկոտությունը։

Վնասվածքային էնդոգենացման պսիխոզներ։ Գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր շրջանում կարող են առաջանալ աֆեկտիվ և ցնորազառանցանքային բնույթի հոգեկան խանգարումներ։

Աֆեկտիվ պսիխոզներն ընթանում են պարբերաբար կրկնվող մանիակալ, դեպրեսիվ կամ երկփուլային վիճակներով։ Մանիակալ փու-

լի դեպքում էյֆորիան ուղեկցվում է հոգեշարժական գրգռվածությամբ, զայրույթով ու չարությամբ (զայրացած մանիա)։ Դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում տրամադրության անկումը և թախիծը ուղեկցվում են թորշոմածությամբ, հիպոխոնդրիայի և դիսֆորայի ախտանշաններով։

Ցնորազառանցանեային բնույթի հոգեկան խանգարումներն արտահայտվում են լսողական ցնորքներով և բազմաձև, կոնկրետ բովանդակություն ունեցող ու հուզականորեն հագեցված զառանցական մտքերով։ Այդ բոլորը ոչ հազվադեպ կարող է զուգակցվել հոգեկան ավտոմատիզմի ախտանշաններով և հոգեշարժական գրգռվածությամբ, որը ժամանակ առ ժամանակ կարող է հերթագայվել հոգեշարժական արգելակմամբ։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Գանգուղեղային վնասվածքի սուր շրջանում անհրաժեշտ է 2—3 շաբաթյա անկողնային խիստ ռեժիմ։

Անոթների թափանցելիությունը նվազեցնելու, ներգանգային ճընշումն իջեցնելու և ուղեղային հյուսվածքի այտուցը վերացնելու նպատակով խորհուրդ է տրվում գլյուկոզայի 40 % 20.0, ուրոտրոպինի 40% 5,0, քլորական կալցիումի 10 % 10.0 ներերակային, ծծմբաթթվային մագնեզիումի 25 % 5,0—10,0, լազիքսի 1 % 2,0 միջմկանային ներարկումներ։ Հետագայում անհրաժեշտ է ընդհանուր ամրացնող և սիմպտոմատիկ բուժում, հատկապես B_1, B_6, B_{12} վիտամինների միջմկանային ներարկումներ, ամինալոն 0,25—0,5 գ, պիրացետամ 0,4 գ, նոոտրոպիլ 0,4 գ։

Սիրտ-անոթային և վեգետատիվ խանգարումների դեպքում խորհուրդ է տրվում գլիկոզիդներ, էուֆիլինի, դիաֆիլինի 0,1—0,2 կամ 24% 1,0 միջմկանային, 2,4 % 5,0 ներերակային ներարկումներ։

Գանգուղեղային վնասվածքների հետևանքների դեպքում ջրազրկող, ընդհանուր ամրացնող և բուժական այլ միջոցառումների վերոհիշյալ համառոտ թվարկումից բացի, կիրառվում է նաև համախտանշաբանական բուժում՝ տրանկվիլիզատորներ (սեդուքսեն, ռելանիում, սիբազոն) 5 մգ կամ 0,5 % լուծույթ, ֆենազեպամ 0,5 մգ, խլոզեպիդ 5 մգ և այլն), նեյրոլեպտիկներ (ամինազին 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ, հալոպերիդոլ 1,5 մգ կամ 0,5 % լուծույթ, տրիֆտազին 5 մգ կամ 0,2% լուծույթ, տիզերցին 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ, նեուլեպտիլ 10 մգ,

էպոնիլ 200 մգ և այլն), քնաբերներ (նիտրազեպամ 5 մգ, ռադեդորմ 5 մգ, ռելադորմ 10 մգ, բարբիտալ 300 մգ և այլն)։

Վնասվածքային էպիլեպսիայի դեպքում պետք է նշանակել նաև հակացնցումային բուժում (տե՛ս էպիլեպսիայի բուժումը)։

Բուժման համալիրում որոշակի տեղ է տրվում ֆիզիոթերապիային, պսիխոթերապիային և աշխատանքային թերապիային։

Աշխատանքային և դատահոգեբուժական փորձաքննություն։ Գանգուղեղային վնասվածքների հետևանքով մնացորդային շրջանում աշխատունակության հարցը շատ բանով կախված է վնասվածքային պրոցեսի ընթացքից, հոգեկան խանգարման բնույթից ու աստիճանից, ինչպես նաև հիվանդի մասնագիտությունից և աշխատանքի պայմաններից։

Հետվնասվածքային ասթենիկ կայուն խանգարումների, բարորակ ընթացք ունեցող տրավմատիկ էպիլեպսիայի դեպքում հիվանդները տարբեր ժամանակահատվածներով կարող են համարվել սահմանափակ աշխատունակներ։

Վնասվածքային պրոցեսի ակտիվ ընթացքի դեպքում, երբ առկա են անձի օրգանական բնույթի զարգացող փոփոխություններ, հոգեկան պարբերաբար կրկնվող խանգարումներ, ինչպես նաև արտահայտված թուլամտություն, գրվում է արդեն անաշխատունակության հարցը։

Դատահոգեբուժական փորձաքննության ժամանակ կարևոր է որոշել, թե հոգեկան ինչպիսի առողջական վիճակում է գտնվել հիվանդը՝ իրավախախտում կատարելիս։

Եթե ապացուցվում է, որ իրավախախտում կատարելիս հիվանդը գտնվել է հոգեկան խանգարման այնպիսի վիճակում, որի ժամանակ չի կարողացել հաշիվ տալ իրեն և ղեկավարել իր կատարած արարքները, ապա ճանաչվում է անմեղսունակ։ Անմեղսունակ են ճանաչվում գիտակցության խանգարման վիճակում հանցագործություն կատարած հիվանդները։ Անմեղսունակ են ճանաչվում նաև վնասվածքային թուլամտությամբ, ինչպես նաև վնասվածքային պսիխոզով տառապող հիվանդները։ Անձի պսիխոպաթացման, վնասվածքային էպիլեպսիայի (երբ այն ընթանում է առանց հոգեկան խանգարումների), ինչպես նաև վնասվածքային ցերեբրաստենիայի դեպքում դրվում է մեղսունակության հարցը։ Նման բոլոր դեպքերում, սակայն, մեղսունակության հարցը որոշելիս պետք է ցուցաբերել անհատական մոտեցում, հաշվի առնելով հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը, ընթացքը, ինչպես նաև հանցագործության բնույթը, մշտապես ելնելով մեղսունա-

կության որոշման իրավաբանական չափանիշից (թե հանցագործություն կատարելիս որքանով է հիվանդը հաշիվ տվել իրեն և ինչպես է կարողացել ղեկավարել իր կատարած արարքները)։

Գլուխ 18

ՈՒՂԵՂԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՀԱՆԴԻՊՈՂ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Բոլոր տեսակի ուռուցքների մեջ ուղեղի ուռուցքները կազմում են 5 %, իսկ ստացիոնարում գտնվող հիվանդների մոտավորապես 3 %։ Ներգանգային ուռուցքների կլինիկական պատկերը պայմանավորված է ինչպես տեղային, այնպես էլ ընդհանուր ուղեղային երևույթներով։

Ուռուցքներն ազդելով գլխուղեղի վրա, առաջացնում են նրա ֆունկցիայի խանգարում։

Գլխուղեղի վրա ուռուցքների ախտաբանական ազդեցությունը արտահայտվում է հետևյալ նշաններով՝ ներգանգային ճնշման բարձրացում, արյան և ողնուղեղային հեղուկի շրջանառության խանգարում, ուղեղի առանձին հատվածների ճնշում և տեղաշարժ, ուռուցքի հատվածում առաջացած ուղեղանյութի քայքայում, ռեակտիվ այտուց և ուղեղի հյուսվածքի ուռճացում։

Գլխուղեղի ուռուցքների ամենասկզբնական, բնորոշ ու մշտական ախտանշաններից է գլխացավը։ Այն պայմանավորված է ներգանգային ճնշման բարձրացմամբ, ունի տարածուն ու ճնշող բնույթ։

Գլխացավերը մեծ մասամբ առաջանում են գիշերը՝ ուժեղանալով լուսադեմին, որը պայմանավորված է գանգի խոռոչի կանգային երևույթներով։ Դրանով է բացատրվում նաև սրտխառնոցն ու երակազարկի դանդաղումը։ Փսխումը կապ չունի սննդի ընդունման կամ ստամոքսաղիքային ոլորտի խանգարումների հետ և ոչ հազվադեպ հանդիպում է գիշերը և առավոտյան։

Ներգանգային ճնշման բարձրացումը նպաստում է նաև տեսողական նյարդի պտկիկների այտուցին և տեսողության նվազմանը, ընդհուպ մինչև լրիվ կուրություն (որը կապված է տեսողական նյարդի ապաճման հետ)։

Ուռուցքի տեղակայմամբ են պայմանավորված նաև օջախային երևույթները՝ ջեկսոնյան ցնցումներ, դրանց երբեմն հաջորդող անդամա-

յուծությամբ (Տոդի անդամալուծություն), էպիլեպսանման նոպաները, ինչպես նաև դիէնցեֆալ էպիլեպսիայի նոպաները, որոնք ընթանում են պարզ գիտակցության ֆոնի վրա՝ վեգետատիվ խանգարումներով ու լրիվ անշարժությամբ, հիպերկինեզները, անդամալուծությունները, գլխապտույտները, երերուն քայլվածքը, ականջների խշշոցն ու խոսքի խանգարումները։

Ճակատային բլթերի ուռուցքի դեպքում առաջնակարգ տեղ են գրավում հոգեախտաբանական խանգարումները, նյարդաբանական ոչ արտահայտված ախտանշաններով հանդերձ։

Ուղեղի ճակատային բլթերի ուռուցիկ մասի ախտահարման դեպքում դիտվում է ակտիվության և նախաձեռնության թուլացում, թորշոմածություն, շարժողական արգելակում, խոսքի և մտածողության աղքատացում։

Ճակատային բլթի հիմնային մասում տեղակայված ուռուցքի դեպքում դիտվում են աֆեկտիվ-շարժողական ապարգելակում, անհոգ-լավատեսական տրամադրությամբ և քննադատության իջեցմամբ ընթացող էյֆորիա (մորիա)։ Վերոհիշյալը՝ զուգակցվելով խոսքի և հիշողության կոպիտ խանգարումներով, առաջացնում է պսևդոպարալիզային համախտանիշի պատկեր։

Երբ ուռուցքն աճում է, ընդգրկելով ենթակեղևային հանգույցները, ի հայտ են գալիս արտաբրգային խանգարումներ։

Ներգանգային ճնշման հետագա բարձրացումը առաջացնում է գիտակցության խանգարումներ (շշմածություն, սոպոր, կոմա, մթնշաղային վիճակ, դելիրիումային և ամենտիվ համախտանիշ)։

Դելիրիումը, ամենցիան և մթնշաղային վիճակները ավելի հաճախ առաջանում են արագ աճող չարորակ ուռուցքների դեպքում և պայմանավորված են ուռուցքի քայքայման հետևանքով առաջացած ինտոքսիկացիայով։

Քունային բլթերի ուռուցքները հաճախ ուղեկցվում են լսողական, համի, հոտի և մասամբ տեսողական ցնորքներով։ Դրանց ձախակողմյան տեղակայման դեպքում առաջանում են սենսոր և ամնեստիկ աֆազիաներ, անդաստակային խանգարումներ։

Գագաթային ուռուցքների դեպքում ի հայտ են գալիս մարմնի սխեմայի խանգարումներով ընթացող պսիխոսենսոր խանգարումներ։ Դրանց ձախակողմյան ախտահարումը առաջացնում է ապրաքսիա, ակալկուլիա, ագրաֆիա։

Երբ ուռուցքը տեղակայվում է ծոծրակային բլթերում,

ի հայտ են գալիս տեսողական ցնորքներ, գույնի ընկալման խեղաթյուրումներ, ձեռագրի խանգարում։

Ուռուցքի կլինիկական ընթացքը ունի նախնական թույլ արտահայտված ախտանշանների շրջան և ախտանշանների երկրորդային աղքատացման շրջան, որը պայմանավորված է սոպորի և կոմայի հետագա խորացմամբ, երբ հիվանդներն այլևս գանգատներ չեն ներկայացնում և մշտապես գտնվում են կիսարթուն վիճակում։

Ընթացքը։ Չարորակ ուռուցքները 3—4 ամիս անց վերջանում են մահացությամբ։ Բարորակ, փոքրածավալ ֆիբրոմաները կարող են գոյություն ունենալ տասնյակ տարիներ, ցուցաբերելով թեթև արտահայտված ախտանշաններ։

Ախտորոշումը։ Նյարդավիրաբուժական արդյունավետ միջամտության կազմակերպման գործում կարևոր նշանակություն ունի ուռուցքի վաղ ախտորոշումը։ Հատկապես գիշերային ժամերին ուժեղացող կայուն գլխացավերը, մննդի հետ չառնչվող փսխումները, զարգացող շշմածությունը, հիշողության թուլացումը և էպիլեպսանման նոպաները, աչքի հատակի փոփոխությունները վկայում են ուղեղում տեղակայված ուռուցքի մասին։

Ռենտգենագիրը բացահայտում է մատնաներսեղմումներ, որոնք պայմանավորված է ներգանգային ճնշման երկարատև բարձրացմամբ։ Պնևմոուղեղագրի մեթոդով կարելի է բացահայտել փորոքների ուրվապատկերի փոփոխություն։

Էլեկտրաուղեղագրի վրա գրանցվում են տետա ալիքներ կամ «համր» զոնա այն դեպքերում, երբ ուռուցքներն ունենում են մակերեսային տեղակայում։

Ախտորոշման հարցում մեծ օգնություն է ցույց տալիս էխոուղեղագիրը, զարկերակագրությունը և նյարդաբանական ախտանշանների առկայությունը։

Բուժումը։ Ուռուցքների բուժման հիմնական մեթոդը վիրաբուժական միջամտությունն է (ուռուցքի վիրահատում)։

Որոշ դեպքերում կարելի է կիրառել ռադիոթերապիա և սիմպտոմատիկ բուժում։

Գլուխ 19

ԷՆԴՈԿՐԻՆ ԾԱԳՈՒՄ ՈՒՆԵՑՈՂ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Էնդոկրին հիվանդությունների ժամանակ հանդիպող հոգեկան խանգարումները բազմազան են։

Դրանք առաջանում են ներզատիչ գեղձերի ֆունկցիայի խանգարումից և պայմանավորված են հորմոնային խանգարման հետևանքով առաջացած նյութափոխանակության, անոթային և այլ խանգարումներով։ Որոշակի նշանակություն ունի նաև պսիխոգեն բացասական գործոնի ազդեցությունը, ինչպես նաև՝ ախտաբանական ժառանգականությունը, անձի նախահիվանդագին առանձնահատկությունները և տարիքային գործոնը։

Էնդոկրին հիվանդությունների ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներն ունեն զարգացման որոշակի օրինաչափություն, որը կախված է հիմնական հիվանդության զարգացման շրջանից ու նրա ծանրության աստիճանից։ Այսպես, բարորակ ընթացք ունեցող էնդոկրին հիվանդության սկզբնական շրջանում դիտվում է պսիխոէնդոկրին կամ պսիխոպաթանման համախտանիշ («էնդոկրին պսիխոհամախտանիշ», ըստ Բլոյլերի)։

Այս համախտանիշն արտահայտվում է 3 տեսակ կլինիկական ախտանշաններով՝ հոգեկան ակտիվության նվազում (հոգեկան արագ զարգացող հյուծվածությունից ու պասիվությունից մինչև հետաքրքրության շրջանակի նեղացումն ու լրիվ անտարբերությունը), հակումների աղավաղումներ (սեռական հակումների, սովի ու ծարավի զգացողության նվազում կամ բարձրացում), աֆեկտիվ խանգարումներ (հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակներն արտահայտվում են խառը ձևով՝ զայրացած մանիա, գրգռված ու տագնապալից դեպրեսիա, դիսֆորայի երևույթներ, բավականին բնորոշ է հուզական անկայունությունը՝ տրամադրության արագ փոփոխություններով)։

Էնդոկրին հիվանդության հետագա զարգացման ու ծանրացման դեպքում պսիխոէնդոկրին համախտանիշը վերաճում է պսիխոօրգանական համախտանիշի։

Էնդոկրին բոլոր հիվանդություններին բնորոշ է ոչսպեցիֆիկ համախտանիշը, որի ֆոնի վրա զարգանում է հոգեկան այս կամ այն խանգարումը։

Հոգեկան խանգարումներն առաջանում են էնդոկրին հիմնական հիվանդության ծանրացման ժամանակ։ Նման դեպքերում սուր հոգեկան խանգարումները կարող են ընթանալ «էկզոգեն տիպի ռեակցիային» բնորոշ այնպիսի համախտանիշների ձևով, ինչպիսիք են դելիրիումը, ամենցիան, շշմածությունը։ Կարող են հանդիպել նաև աֆեկտիվ խանգարման բնույթ կրող (դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-պարանոիդ), ինչպես նաև ցնորազառանցանքային ախտանշաններով ընթացող պսիխոզներ, որոնք հաճախ ընդունում են ձգձգվող բնույթ։

Անձի փոփոխությունները դիտվում են քրոնիկական ընթացք ունեցող ծանր էնդոկրին հիվանդությունների դեպքում։ Հիվանդների գերակշռող մեծամասնության մոտ դրանք զարգանում են դանդաղ, հիմքում ունենալով հիշողության և բանականության ֆունկցիաների խանգարումներով ընթացող էնդոկրին պսիխոհամախտանիշ։

ԷՆԴՈԿՐԻՆ ՈՐՈՇ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՀԱՆԴԻՊՈՂ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Բազեդովյան հիվանդությունն առաջանում է վահանաձև գեղձի գերֆունկցիայի դեպքում («հիպերթիրեոզ»)։ Այդ հիվանդության հիմնական ախտանշաններից են արտաակնությունը («էկզոֆթալմ»), քրտնարտադրությունը, ձեռքերի դողը, երակազարկի արագացումը։ Հոգեկան ոլորտի կողմից դիտվում է հուզական անկայունություն՝ տրամադրության հաճախակի փոփոխություններով, որը երբեմն հասնում է մինչև դեպրեսիվ, իսկ ավելի հազվադեպ՝ նաև մանիակալ վիճակների։ Բավականին բնորոշ է ֆիզիկական և հոգեկան ատթենիան, որն ուղեկցվում է թեթև արտահայտված մշտական անհանգստությամբ, գերզգայնությամբ (հատկապես ուժեղ ձայնի, վառ լույսի նկատմամբ)։

Բազեդովյան հիվանդության ծանր դեպքերում կարող են դիտվել նաև գիտակցության խանգարման համախտանիշներով, ցնորազառանցանքային կամ դեպրեսիվ-զառանցանքային վիճակներով ընթացող հոգեկան խանգարումներ։

Հիպոթիրեոզը (միխսեդեմա) առաջանում է վահանաձև գեղձի թերֆունկցիայից։ Բնորոշում է ծանր կախեքսիայով և մաշկի լորձային այտուցով, որից էլ առաջացել է այդ հիվանդության երկրորդ անունը՝ լորձային այտուց։ Հիվանդության բնորոշ նշաններից են՝ դեմքի այտուցվածությունը, մաշկի չորությունն ու կնճռոտվածությունը, մազաթափումը, որը կարող է հասնել մինչև ճաղատության, սեռական ֆունկցիայի անկումը, իսկ կանանց մոտ դաշտանի աղքատացումը և նույնիսկ

դաշտանադադարը։ Հոգեկան ոլորտի կողմից նշվում է թորշոմածություն և քնկոտություն։ Նման հիվանդների մոտ մտածողության պրոցեսը դանդաղում, ասոցիացիաները աղքատանում են։ Կարող են առաջանալ կարճատև հոգեկան խանգարումներ, որտեղ գերակշռում են ցնորազառանցանքային ապրումները։

Կաճաճություն (կրետինիզմ) առաջանում է վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի լրիվ բացակայության դեպքում։ Այս հիվանդությանը բնորոշ են հասակի թերաճը, մաշկի չորությունը, կարճ ու հաստ մատները, հաստ լեզուն , գլխի փոքրությունը, դեմքի կոպտությունը։ Բավականին բնորոշ է սեռական օրգանների թերզարգացումը և սեռական երկրորդական նշանների բացակայությունը։ Կրետինիզմին բնորոշ է նաև մտավոր թերզարգացումը, դեմքի բութ արտահայտությունը, հիշողության թուլացումը։ Նման հիվանդները երբեմն տհաս են լինում (ինֆանտիլ), դառնում են խիստ դյուրագրգիռ, զայրացկոտ։ Հնարավոր են նաև հոգեկան սուր խանգարումներ։

Շաքարախտը առաջանում է ենթաստամոքսային գեղձի ինսուլինային ապարատի գործունեության անբավարարությունից, որն ուղեկցվում է ագիդոզի երևույթներով, արյան մեջ շաքարի պարունակության բարձրացումով։ Այն հանդիպում է բավականին հաճախ։ Հիվանդությունը մեծ մասամբ ունի քրոնիկական ընթացք և կարող է շարունակվել ամբողջ կյանքում։

Հիվանդության կարևոր նշաններից են ախորժակի աննորմալ ուժեղացումը (բուլիմիա), շատակերությունը (պոլիֆագիա), զարգացող նիհարումը, ծարավությունը և ջրի չափից շատ օգտագործումը (պոլիդիպսիա), հաճախակի միզարտադրությունը (պոլիուրիա), մաշկի չորությունը։

Շաքարախտը հաճախ ուղեկցվում է ասթենիկ երևույթներով (արագ հոգնածություն, աշխատունակության անկում, թորշոմածություն, հուզական անկայունություն, գլխացավեր, քնի խանգարում և այլն)։

Կարող են հանդիպել նաև պսիխոպաթանման վիճակներ (օրգանական պսիխոհամախտանիշ), իսկ ծանր դեպքերում՝ նաև հոգեկան սուր խանգարումներ։ Այդ խանգարումները մեծ մասամբ արտահայտվում են գիտակցության դելիրիումային, ամենտիվ վիճակներով, ինչպես նաև շիզոֆրենանման ախտանշաններով։

Հիպոֆիզի հիվանդությունների հետ կապված հոգեկան խանգարումներ։ Հիպոֆիզը մեծ դեր է խաղում նյութափոխանակության գործում, և նրա ախտահարումների ժամանակ առաջանում են մի շարք հո-

գեկան խանգարումներ, որոնցից առավել բնորոշ են ակրոմեգալիան, ադիպոզագենիտալ դիստրոֆիան (ճարպասեռային սնուցախանգարումը), Իցենկո-Կուշինգի հիվանդությունը և այլն։

Ակրոմեգալիան զարգանում է հիպոֆիզի առաջնային բլթի գեղձուռուցքի (ադենոմա) և էոզինոֆիլային բջիջների շատացման հետևանքով։ Այդ դեպքում հասակային հորմոն արտազատող նրա ֆունկցիան խանգարվում է, և առաջանում է հատկապես ծայրանդամների ու դեմքի ոսկրերի ուժեղ աճ։

Հոգեկան ոլորտի կողմից բավականին բնորոշ է ընկճվածությամբ, ցրվածությամբ, համառ գլխացավերով ու քնի խանգարումներով ուղեկցվող ասթենիայի զարգացումը։ Հետագայում կարող են դիտվել դրժկամություն, ագրեսիայի միտումներ, դյուրաբորբոքության բռնկումներ կամ ընդհակառակը՝ թուլահոգություն և նույնիսկ թեթև էյֆորիա։ Բավականին հաճախ են հանդիպում նաև սեռական խանգարումները՝ տղամարդկանց մոտ սեռական կարողության անկմամբ, իսկ կանանց մոտ՝ դաշտանի խանգարումներով։

Ճարպասեռային սնուցախանգարումը կապված է հիպոֆիզի հետին բլթի, ինչպես նաև միջանկյալ ուղեղի վնասվածքի հետ։ Բնորոշ ախտանշաններից են ընդհանուր ճարպակալումը, սեռական օրգանների թերզարգացումը և սեռական երկրորդական նշանների թերաճը։

Հոգեկան ոլորտի կողմից նշվում է բանականության քիչ թե շատ արտահայտված իջեցում, ուղեկցված տրամադրության բարձրացմամբ (էյֆորիա)։ Երբեմն կարող են դիտվել նաև հոգեշարժական անհանգիստ վիճակներ, ինչպես նաև կորսակովյան համախտանիշի ձևով արտահայտվող՝ հիշողության կոպիտ խանգարումներ, էպիլեպսանման ցընցումային նոպաներ և այլն։

Իցենկո–Կուշինգի հիվանդությունը կապված է հիպոֆիզի բազոֆիլային գեղձուռուցքի (ադենոմա) հետ։

Հիվանդության բնորոշ ախտանշաններից են աստիճանաբար զարգացող ճարպակալումը, մաշկի չորությունը, զարկերակային ճնշման բարձրացումը, ոսկրերում առաջացած ցավերը, ինչպես նաև շաքարամիզությունը (գլյուկոզուրիա) և խոլեստերինեմիան։

Իցենկո-Կուշինգի հիվանդության ժամանակ ամենահիմնական խանգարումը ասթենիան է, որի ֆոնի վրա զարգանում են մի շարք ախտանշաններ. դրանցից են՝ հուզական խանգարումները, որոնք հաճախ ընթանում են ատիպիկ մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակներով, սեռական

վիճակները, հիպոխոնդրիկ մտքերը, սեռական հակման մարումը, քնի ռիթմի խանգարումը։

Հիվանդության զարգացման հետ միասին կարող են առաջանալ էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ, հիշողության խանգարումներ, բանականության իջեցում, որը ծանր դեպքերում կարող է հասնել մինչև արտահայտված թուլամտության։

Սեռական գեղձերի ֆունկցիայի փոփոխությունների հետ կապված նյարդահոգեկան խանգարումներ։ Եվնուխոիդիզմը (ներֆինակերպություն) առաջանում է սեռական գեղձերի զարգացման խիստ խանգարումից, որի ժամանակ տղամարդկանց մոտ առկա է իմպոտենցիան, բացակայում են սեռական երկրորդական նշանները։ Կոկորդի թերզարգացման հետևանքով ձայնը մնում է մանկական։ Հոգեկան աշխարհի կողմից հիմնականում տուժում է հուզական ոլորտը, որը կարող է արտահայտվել երբեմն անտարբերությամբ, իսկ երբեմն էլ դյուրագրգռությամբ։

Կլիմակսը մարդու կյանքում անցողիկ ֆիզիոլոգիական մի շրջան է, որը զարգանում է սեռական գեղձերի ֆունկցիայի հետաճման հետ կապված։ Կանանց մոտ նա հանդիպում է 45—50 տարեկան, իսկ տղամարդկանց մոտ 55—60 տարեկան հասակում։

Կլիմաքսը չնայած հոգեկան խանգարումներ չի առաջացնում, բայց ուղեկցվում է մի շարք նյարդային և անոթային-վեգետատիվ երևույթներով։ Հիվանդների մշտական գանգատներից են գլխացավերը, սրտի խփոցները, ժամանակ առ ժամանակ գլխում առաջացող տաքության զգացողությունը, ինչպես նաև դեմքի կարմրելը, քրտնարտադրությունը և այլն։ Միաժամանակ կլիմաքսով տառապող մարդկանց մոտ նշվում է հուզական անկայունություն, իսկ տրամադրության անկումային ֆոնը հաճախ ուղեկցվում է չպատճառաբանված տագնապով։ Հիվանդները դառնում են դյուրագրգիռ, հեշտ բռնկվող։ Տառապում են անքնությամբ, իսկ մակերեսային և անհանգիստ քունը հաճախ ուղեկցվում է մղձավանջային երազներով։

Հղիության շրջանը կանանց մոտ ուղեկցվում է մի շարք էնդոկրին վերափոխումներով, որոնք, անշուշտ, ազդեցություն են թողնում հղի կնոջ վրա։ Տեղ են գտնում հուզական տատանումները, դյուրագրգռությունը, ոչ հազվադեպ համի ու հոտի աղավաղումները, սրտխառնությունը, փսխումները և այլն։

Հետծննդյան շրջանը կարող է բարդանալ նաև ինֆեկցիաներով

(հատկապես սեպսիսով), որոնք ասթենիզացիայի ենթարկված օրգանիզմում հեշտությամբ հոգեկան խանգարումներ է առաջացնում։

Էնդոկրին հիվանդությունների դեպքում առաջացած հոգեկան խանգարումների բուժումը։ Էնդոկրին հիվանդությունների ժամանակ առաջացած նյարդահոգեկան խանգարումները, որպես օրենք, պետք է բուժել էնդոկրինաբանի ամենաակտիվ մասնակցությամբ։ Նման դեպքերում բավական է նշանակել ներզատիչ գեղձի խանգարված ֆունկցիան վերականգնող համապատասխան բուժում, որպեսզի նրա հետևանքով առաջացած նյարդահոգեկան խանգարումների ընթացքը փոխվի։ Այստեղ, իհարկե, չպետք է մոռանալ սիմպտոմատիկ բուժման, ինչպես նաև համախտանշաբանական բուժման մասին, որտեղ կարևոր տեղ է գրավում պսիխոտրոպ դեղամիջոցների կիրառումը։

Գլուխ 20

ՊՍԻԽՈԳԵՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Հոգեկան բացասական ապրումները, անբարենպաստ իրավիճակները հոգեկան գործունեության ժամանակավոր դարձունակ խանգարումների պատճառ կարող են դառնալ, որոնք անվանվում են պսիխոգեն հիվանդություններ (այդ հիվանդություններն անվանվում են նաև «պսիխոգեն ռեակցիաներ», «իրավիճակային ռեակցիաներ», «ռեակտիվ պսիխոզներ», «ռեակտիվ վիճակներ» և այլն)։

Պսիխոգեն հիվանդությունների առաջացման գործում մեծ նշանակություն ունեն հիվանդի սոմատիկ (մարմնական) վիճակի նախահիվանդագին փոփոխությունները, օրգանիզմի թուլացումը, ինֆեկցիաների, ինտոքսիկացիաների, գանգուղեղային վնասվածքների, անոթային և այլ ու այլ պատճառներից առաջացած ասթենիզացիան, երկարատև անքնությունը և այլն։

Պսիխոգեն հիվանդությունների կլինիկական յուրահատկությունը հիմնականում պայմանավորված է հոգեցունց գործոնի բնույթով (ձև, ուժ, տևողություն), հիվանդի անհատական առանձնահատկություններով, նախահիվանդագին կերտվածքով, նյարդային համակարգի վիճակով։

Պսիխոգեն հիվանդությունները երկու հիմնական խմբի են բաժանվում՝ նևրոզներ և ռեակտիվ պսիխոզներ։

ՆԵՎՐՈԶՆԵՐ

Նևրոզները հոգեկան ապրումներով պայմանավորված և համեմատաբար բարորակ ընթացող հիվանդություններ են, հիմքում ունենալով բարձրագույն նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարում։

«Նևրոզ» տերմինը առաջին անգամ օգտագործել է Կելենը (Quelen) 1776 թ.՝ այդ անվամբ բնորոշելով նյարդային համակարգի խանգարմամբ պայմանավորված հիվանդությունները։ Հետագայում Պինելը նևրոզների խմբում է դասել խլությունը, կուրությունը, փսխումները և այլն։ Ախտաբանական անատոմիայի զարգացման հետ կապված՝ նևրոզների անվան տակ սկսում են հասկանալ մորֆոլոգիական հիմք չունեցող բազմաթիվ հիվանդություններ։ Անցյալ դարի վերջում Ներշնման և հիպնոսի հաջողությունները հանգեցրին այն բանին, որ նևրոզներն սկսեցին դիտել որպես պսիխոգեն հիվանդություններ։ Ֆրեյդը և նրա հետևորդները տվել են նևրոզների հոգեվերլուծական տեսությունը, որի համաձայն նևրոզի առաջացումը բացատրվում է դեռևս վաղ մանկական հասակից բավարարություն չստացած հակումներով ու բնազդներով (որտեղ հիմնական դերը պատկանում էր սեռական բնազդին)։

Պավլովը գտնում էր, որ նևրոզի ախտաֆիզիոլոգիական հիմքը նյարդային հիմնական պրոցեսների (դրդման կամ արգելակման) գերլարման հետևանքով առաջացած բախումն է։

Նևրոզների առաջացման պատճառները բազմազան են ու բազմաթիվ։ Դրանց շարքն են դասվում հոգեկան երկարատև բացասական ապրումները (ընտանեկան և աշխատանքային տևական կոնֆլիկտներ, անհաջող ամուսնություն, ամուսնալուծություն և այլն), ինչպես նաև գերհոգնածությունը, երկարատև անքնությունը, քրոնիկական հիվանդությունները, մասնավորապես՝ հարբեցողությունը, թմրամոլությունը, ֆիզիկական հյուծվածությունը, սոմատոգեն ծագում ունեցող այլևայլ շատ խանգարումներ։ Նևրոզի առաջացումը հատկապես հեշտանում է այն դեպքում, երբ պսիխոգեն և սոմատոգեն գործոնները միատեղ են հանդես գալիս։ Այդ գործում որոշակի դեր են խաղում բարձրագույն նյարդային գործունեության տիպային առանձնահատկությունները։ Եթե թույլ տիպերի մոտ նևրոզը կարող է առաջանալ ոչ այնքան դժվարին իրավիճակի պայմաններում, ուժեղ տիպերի մոտ անհրաժեշտ են լինում երկարատև և առավել զորեղ գործոններ, որպեսզի բարձրագույն նյարդային գործունեությունը խաթարվի։

Նևրոզների համար բնորոշ են համարվում հիվանդության առաջացման պատճառ համարվող հոգեծին տրավմայի առկայությունը, կլինիկական ախտանշանների շարքում հուզական և սոմատիկ-վեգետատիվ

խանգարումների գերակշռումը և հիվանդության ֆունկցիոնալ բնույթն ու դարձունակությունը։

Նևրոզների խմբում առանձնացվում են կլինիկական հետևյալ ձևերը՝ նևրասթենիա, հիստերիա և կպչուն (սևեռուն) վիճակի նևրոզ։ Վերոհիշյալ հիմնական ձևերից բացի առանձնացվում են նաև դեպրեսիվ, վախի, սպասման, հիպոխոնդրիկ, ներֆին օրգանների նևրոզներ և այլն։

Նևրասթենիա։ Նևրոզների ամենատարածված ձևերից է, որն առաջին անգամ որպես հիվանդության առանձին ձև նկարագրել է անցյալ դարի 70-ական թվականներին ամերիկացի բժիշկ Բիրդը։

Նևրասթենիայի առաջացման պատճառներից են երկարատև ու ձգձգվող, ոչ սուր բնույթ կրող հիվանդությունները, գերլարվածությունը, մտավոր և ֆիզիկական գերհոգնածությունը, անքնությունը, ինչպես նաև հուզական բացասական ապրումները, կանոնավոր հանգստի փոփոխությունը, որոնք հասցնում են նյարդային համակարգի հյուծման։

Հիվանդությունը մեծ մասամբ առաջանում է թույլ և անկայուն նյարդային համակարգ ունեցող անձնավորությունների մոտ։

Նևրասթենիայի բնորոշ ախտանշաններից են՝ բութ գլխացավերը, ծանրության զգացումը գլխում, և հատկապես դյուրագրգռությունն ու անզսպվածությունը, որը շատ շուտ մարում և փոխվում է նյարդային թուլության։ Հիվանդների մշտական գանգատներից են՝ մոռացկոտությունը (որը հիմնականում ուշադրության ցրվածության արդյունք է), աշխատունակության անկումը, ընդ որում աշխատելը դառնում է դժվարին ու հոգնեցուցիչ։ Քունը խանգարվում է, դառնում մակերեսային, անհանգիստ ու մղձավանջային երազներով լի։ Նման քունը չի հանգստացնում հիվանդին, ու նա առավոտյան արթնանում է չթարմացած, հոգնած, վատ տրամադրությամբ։

Նևրասթենիայի ժամանակ կարևոր դրսևորում է հանդիսանում զգացմունքային-հուզումնալից վիճակը, որը հաճախ կարող է ընդունել դեպրեսիվ երանգ։ Նման հիվանդների մոտ զգացմունքները խիստ անկայուն են։ Նրանք թուլահոգի են, հեշտությամբ հուզվող. տրամադրությունը հաճախ ընկնում է, ուղեկցվելով ներքին լարվածության, տագնապի ու վախի երևույթներով։

Ոչ հազվադեպ հանդիպող ախտանշաններից են ասթենո-հիպոխոնդրիկ և դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ վիճակները։ Հիվանդների գերակշռող մասը գերզգայուն է դառնում օրգանիզմի և ներքին օրգանների ամենաչնչին խանգարումների հանդեպ։ Գանգատվում են սրտի շրջանի ցավերից, սրտի խփոցներից կամ «նվաղումից», աղեստամոքսային ոլորտի

շրջանում եղած անախորժ զգացումներից, մեջքի ցավերից, սեռական թուլությունից և այլն։

Նևրասթենիային բնորոշ են վեգետատիվ խանգարումները, որոնք կարող են արտահայտվել ծայրանդամների սառեցմամբ, գերքրտնարտադրությամբ, ոչ հազվադեպ՝ սուբֆեբրիլ ջերմությամբ, երակազարկի և զարկերակային ճնշման անկայունությամբ, արտահայտված դերմոգրաֆիզմով, ինչպես նաև ջլային ռեֆլեքսների փարձրացմամբ, ձեռքերի մատների դողով, մկանային ցավերով, մաշկի առանձին հատվածների զերզգայնությամբ, տարազգայնությամբ և այլ երևույթներով։

Վերոհիշյալ ախտանշաններն անպայման չէ, որ բոլոր հիվանդների մոտ նույնությամբ արտահայտվեն։ Դա առիթ է տվել առանձնացնելու նևրասթենիայի երկու ձևեր՝ հիպերսթենիկ և հիպոսթենիկ։

Հիպերսթենիկ ձևի դեպքում առկա են արտահայտված դյուրագրգռությունը, անհամբերությունը և հուզումնային բռնկումները, որոնք արագ մարում են, տեղի տալով արցունքներին ու զղջման։ Բնորոշ է նաև արտահայտված գերզգայնությունը հատկապես աղմուկի ու բարձր ձայների, պայծառ լույսի, ուժեղ հոտերի, նույնիսկ մթնոլորտային ճնշման ու տատանումների հանդեպ։ Այս ձևի դեպքում սոմատո-վեգետատիվ խանգարումներն ավելի արտահայտված են լինում։

Հիպոսթենիկ ձևն արտահայտվում է ընդհանուր թուլությամբ, թորշոմածությամբ, արագ հոգնածությամբ, քնկոտությամբ։ Նման հիվանդների տրամադրությունը մեծ մասամբ անկումային է, շարժողական ոլորտը թեթևակի արգելակված։ Գանգատվում են հիշողության թուլությունից, ուշադրության կենտրոնացման դժվարությունից, սեռական թուլությունից, ախորժակի բացակայությունից, քնի խանգարումից։

Նևրասթենիան կարող է տևել մի քանի ամսից մինչև մի քանի տարի հատկապես այն դեպքում, երբ հիվանդածին գործոնները դեռևս շարունակվում են գոյություն ունենալ։ Նևրասթենիայի ձգձգվող ընթացքի դեպքում խոսքը գնում է արդեն անձի նևրոտիկ զարգացման մասին։ Նման հիվանդների մոտ նևրասթենիային բնորոշ ախտանշանները զուգորդվում են բնավորության գծերի որոշակի ախտաբանական զարգացմամբ։

Հիստերիկ նևրոզ։ Հիստերիա անունը ծագում է հունական արգանդ բառից, քանի որ հիվանդության առաջացումը վերագրվել է «արգանդի աննորմալ վիճակին»։ Երկար ժամանակ տեղ են գտել սնոտիապաշտական որոշ գաղափարներ, որոնց համաձայն «չար ոգիները», «դևերը», իբր թե մտնելով մարդու մարմնի մեջ, նրան հիվանդացրել են։

Ելնելով այդ բոլորից՝ նման հիվանդների բուժման զանազան միջոցներ են կիրառվել, որոնք գիտական բժշկությունից շատ հեռու են եղել։

Ֆրեյդը հիստերիայի առաջացման գործում մեծ տեղ է տվել ենթագիտակցական մակարդակով տեղի ունեցող պրոցեսներին։ Այսօր ապացուցված է, որ հիստերիան նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ հիվանդություն է, որը կանանց մոտ համեմատաբար ավելի հաճախ է հանդիպում։ Այն կարող է առաջանալ հոգեկան հանկարծակի ծանր ապրումներից կամ հոգեկան տրավմա առաջացնող, բայց երկարատև իրադրության պայմաններում, հատկապես բնավորության հիստերիկ գծեր ունեցող անձնավորությունների մոտ, հիմքում մեծ մասամբ ունենալով հոգեկան ինֆանտիլիզմը, ներշնչումն ու ինքնաներշնչումը։

Հիստերիկ նևրոզի կլինիկական նշանները չափազանց բազմազան են ու խայտաբղետ։ Բավականին հաճախ հանդիպող ախտանշաններից են՝ հույզերի անզսպվածությունը, տրամադրության արագ տատանումները։ Հիստերիկ նևրոզով տառապող հիվանդները խիստ դյուրահույզ են, տպավորվող ու ցուցամոլ։ Կամակորությունը, արտաքին տպավորություն թողնելու, շրջապատի ուշադրության կենտրոն դառնալու ձգտումը, ստախոսությունը, ձևամոլությունը հիստերիայի ժամանակ հաճախ հանդիպող ախտանշաններից են։ Աչքի են զարնում նաև եսակենտրոնությունը, անլրջությունը, մակերեսային ու հակասական դատողությունները։ Քիչ դեպքեր չեն հանդիպում, երբ հիստերիկ նևրոզով տառապող հիվանդները նմանակեղծում են նյարդային կամ սոմատիկ այս կամ այն հիվանդությունը, ցավային համախտանիշը, իրենց ներկայացնում են որպես ծանր հիվանդներ, շրջապատից վշտացած ու փիրավորված, դժբախտ անձնավորություններ։ Նրանք չնչին պատճառներից, ընտանեկան մանր վեճերից, աշխատանքային աննշան գժտություններից ուժեղ ռեակցիաներ են տալիս, բարձրաձայն ու հեկեկոցներով լաց լինում, կոկորդում զգալով սեղմոցներ ու խեղդոցներ («հիստերիկ գունդ» (globus hystericus), երբեմն ցուցադրական ձևով դիմում են ինքնավնասումների և նույնիսկ ինքնասպանության փորձերի։

Հիստերիկ նևրոզով տառապող հիվանդները խիստ ներշնչվող են։ Բավական է, որ նման հիվանդը ուշագնացության նոպայի ականատես լինի, որպեսզի ինքը ևս նոպա ունենա։ Ուշագնացության նոպաները մեծ մասամբ հանդիպում են հիստերիայի ծանր ձևերի դեպքում։

Հիստերիկ նոպային սովորաբար նախորդում է հուզմունք կամ հոգեկան ցնցում։ Այն ցուցադրական բնույթ է կրում, անպայման ծանոթների, մոտիկների և այլ մարդկանց ներկայությամբ է առաջանում և

էպիլեպսիային հակառակ երբեք ո՛չ քնի մեջ և ո՛չ էլ մենության մեջ չի լինում։ Նոպան սկսում է պարզ գիտակցության ֆոնի վրա, որը նոպայի ընթացքում կարող է նեղանալ (մթագնել)։

Հիվանդը զգուշությամբ վայր է ընկնում, որպեսզի իրեն չվնասի (որով և տարբերվում է էպիլեպսային ցնցումային մեծ նոպայի ժամանակ հանկարծակի վայր ընկնելուց)։ Սկսվում են քառսային բնույթի լայնաթափ, բարդ ու բազմաձև շարժումներ։ Հիվանդը ոտքերով հարվածում է հատակին, կոտրատում, կսմթում ու կծոտում իր ձեռքերն ու մարմինը, մազերն է պոկում, հագուստը պատռում։ Տնքում կամ բղավում է, հեկեկում է՝ աղաղակում, երգում, արտասանում. միաժամանակ թավալվում է, ծռմռվում, ամբողջ մարմնով կորանում է, հենվելով ծոծրակին ու կրունկներին (հիստերիկ աղեղ)։ Նոպայի ժամանակ բբերի՝ լույսի հակազդման ռեակցիան, էպիլեպսային ցնցումային մեծ նոպային հակառակ, պահպանվում է։ Նոպայից հետո հիվանդը գանգատվում է թուլությունից, ջարդվածությունից, լրիվ կամ մասնակիորեն հիշելով կատարվածի մասին։

Վերջին տարիներին հիվանդության ախտաձևափոխման (պաթոմորֆոզ) հետ կապված՝ ինչպես շատ հիվանդությունների, այնպես էլ հիստերիայի կլինիկական պատկերը փոխվել է. այն ընթանում է ատիպիկ կամ աբորտիվ ձևով՝ արտահայտվելով ջղաձգական ծիծաղի, լացի ու հեկեկոցների, բարձրաձայն հառաչանքների, հևոցների, շնչարգելության, սրտի շրջանի ցավերի, ամբողջ մարմնի դողոցի և շատ ու շատ այլ ձևերով։

Հիստերիայի դեպքում կարող են դիտվել նաև զգացողական, սոմատո-վեգետատիվ բազմաթիվ խանգարումներ։ Դրանցից են՝ մարմնի տարբեր մասերի զանազան դողերը, պարեզներն ու պարալիզները (աստազիա-աբազիա), խոսելու անկարողությունը (մուտիզմ), ձայնի կորուստը (աֆոնիա), խուլ-համրությունը (սուրդոմուտիզմ), կուրությունը (ամավրոզ), համի, հոտի զգացողության կորուստը, մաշկային տանջող քորը, զանազան տարազգայնությունները, ինչպես նաև սրտի գործունեության, շնչառության, ստամոքս-աղիքային ոլորտի բազմաթիվ խանգարումներ։ Նման հիվանդների մոտ հազվադեպ չեն հիստերիկ բընույթի սրտխառնություններն ու փսխումները, ախորժակի բացակայությունը (անորեքսիա), զկրտոցները, հազը և այլն։ Բարեբախտաբար այդ

բոլորը ֆունկցիոնալ բնույթ է կրում, և համալիր բուժումը (պսիխոֆարմակո-ֆիզիոթերապիա) լավ արդյունք է տալիս։

Կպչուն վիճակների ներքոզ։ Նևրոզների այս ձևի դեպքում հիվանդների մոտ առաջանում են նրանց համար խորթ մտքեր, հիշողություններ, կասկածանքներ ու վախ, անհաղթահարելի հակումներ ու գործողություններ, որոնց անմտությունն ու հիվանդագին բնույթը գիտակցելով ու հասկանալով հանդերձ, ցանկանում են դրանցից ազատվել, բայց չեն կարողանում։

Նման երևույթներ կարող են առաջանալ նաև առողջ կամ բնավորության պսիխասթենիկ գծեր ունեցող մարդկանց մոտ, որոնք պատահական ու կարճատև բնույթ են կրում։ Օրինակ, որևէ երաժշտություն հաճախ չի հեռանում մարդու մտքից նույնիսկ այն ժամանակ, երբ այդ մասին այլևս չեն ուզում մտածել։ Երբեմն մարդու մոտ որևէ միտք է առաջանում, որը որոշ ժամանակ, նրա կամքից անկախ, դառնում է կպչուն ու ձանձրալի։ Դեպքեր են հանդիպում, երբ ոմանք իրենց ցանկությունների իրագործումը կապում են որոշակի ծիսակարգերի ու գործողությունների հետ։

Այլ պատկեր է կպչուն վիճակների նևրոզով տառապող հիվանդների մոտ։ Այն առավելապես առաջանում է ասթենիզացիայի ենթարկված անձնավորությունների մոտ, որտեղ կարևոր ելակետ են համարվում աֆեկտիվ ուժեղ ապրումները՝ հատկապես վախը։

Նման դեպքերում հիվանդները գիտակցում են կպչուն այդ վիճակների անիմաստությունն ու անհեթեթությունը, դրանց նկատմամբ քննադատորեն են մոտենում, սակայն գիտակցության մեջ բռնի ձևով ներմտած ու արմատացած հիվանդագին այդ երևույթների դեմ չեն կարողանում պայքարել ու դրանք հաղթահարել։

Կպչուն վիճակները խիստ շատ են ու բազմազան։ Առավել հաճախ հանդիպում են կպչուն վախերը (ֆոբիաներ)՝ վախ բարձրությունից (գիպսոֆոբիա), բաց տարածությունից, հրապարակներից ու փողոցներից (ագորաֆոբիա), փակ տարածությունից, շենքերից (կլաուստրոֆոբիա), սուր առարկաներից (օքսիֆոբիա), կեղտոտվելուց (միզոֆոբիա), կպչուն համոզվածություն սեփական մարմնի, դեմքի տգեղության, այլանդակության վերաբերյալ (դիսմորֆոֆոբիա), այս կամ այն հիվանդությամբ վարակվելուց (բակտերիոֆոբիա), սրտային հիվանդությամբ հիվանդանալուց (կարդիոֆոբիա), քաղցկեղով հիվանդանալուց (կանցերոֆոբիա), սիֆիլիսով կամ սպիդով հիվանդանալուց (սիֆիլոֆոբիա, սպիդոֆոբիա), խելագարվելուց (լիսոֆոբիա), մահից (թանատոֆոբիա), կպչուն վախ առաջանալուց (ֆոբոֆոբիա) և այլն։

Կպչուն մտքերը հաճախ միահյուսվում են դրանք հաղթահարելու

պաշտպանողական կպչուն բնույթի ծիսակարգերով (ռիտուալներ). օրինակ, հիվանդները վարակվելուց վախենալու դեպքում ամեն անգամ որևէ առարկայի կամ մարդու ձեռք տալուց հետո անպայման լվացվում են, մահից վախենալու դեպքում ձգտում են մշտապես մարդկանց շրջապատում գտնվել, որպեսզի կարիքի դեպքում նրանք իրենց օգնեն։

Պաշտպանական նշանակություն են ստանում նաև սիմվոլիկ բնույթի զանազան ծիսակարգերը։ Դրանք իրենցից յուրատեսակ գործողություններ կամ մտքեր են ներկայացնում, որոնց օգնությամբ հիվանդը կարողանում է հաղթահարել հատկապես կպչուն վախերը։ Օրինակ, մի հիվանդ, երբ լսել է վիշտ կամ դժբախտություն բառերը, մտովի մի քանի անգամ կրկնել է. «ինձ համար չէ» և դրանով իրեն «ապահովագրել է» վիշտ կամ դժբախտություն ունենալուց։ Մի այլ դեպքում, երբ փողոցով գնացող հիվանդի առջևից ավտոմեքենա է անցել, նա անպայման խաչակնքել է (չնայած հավատացյալ չի եղել), որպեսզի «չարը խափանվի» կամ չցանկացած մարդուն հանդիպելիս կսմթել է իր մարմինը կամ որևէ այլ շարժում է կատարել։

Կպչուն վիճակների նևրոզի դեպքում ոչ պակաս հազվադեպ են հանդիպում նաև կպչուն հիշողություններն ու մտքերը։ Նման դեպքերում հիվանդները անհաղթահարելի ձևով վերհիշում են իրենց անցած կյանքի բացասական, տհաճ երևույթները։

Կարող են հանդիպել կպչուն մտքեր իրենց կատարած այս կամ այն գործողության ավարտման վերաբերյալ. օրինակ, տնից դուրս գալուց հետո արդյո՞ք գազն անջատել են, կամ բնակարանի դուռը փակել, որը և հավաստիանալու ու նորից ստուգելու պատճառ է դառնում։

Կպչուն վիճակները կարող են արտահայտվել նաև **կպչուն հակումների** ու **գործողությունների** ձևով։ Օրինակ, հիվանդներից մեկն ամեն անգամ ճաշ պատրաստելիս հազիվ է իրեն զսպել, որպեսզի կաթսայի մեջ ջարդված ապակու կտորներ չլցնի. մի այլ հիվանդի մոտ երեխայի գլխին մուրճով հարվածելու անհաղթահարելի մղում է առաջացել։

Կպչուն գործողություններով տառապող հիվանդները չնայած գիտակցում և աշխատում են իրենց հաղթահարել, բայց անկարող են լինում որևէ շարժում կամ գործողություն չկատարել։ Օրինակ, գլուխը շարժել, վիզը ձգել, ձեռքերով ինչ-որ շարժումներ կատարել, իսկ հիվանդներից մեկը, որը մանկավարժ էր, ամեն անգամ դասարան մտնելիս հենց դռան առջև պետք է կքանստեր։

Կպչուն վիճակների նևրոզի դեպքում կպչունության հետ միասին առաջանում են նաև ասթենիկ բնույթի ախտանշաններ՝ դյուրագրգռու-

թյուն, արագ հոգնածություն, քնի խանգարում, ախորժակի բացակայություն։ Նրանց մոտ տրամադրությունը մեծ մասամբ լինում է ընկած, ինքնամփոփ են, շրջապատում տեղի ունեցող երևույթները նրանց համարյա թե չեն հետաքրքրում. ուշադրությունն ամբողջովին կենտրոնացած է հիվանդության, իրենց վիճակի անհուսալիության վրա։

Կպչուն վիճակների նևրոզը երբեմն կարող է քրոնիկական ընթացք ընդունել՝ հասնելով մինչև անձի նևրոտիկ զարգացման։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Նևրոզների բուժման գործում միշտ պետք է հիշել, որ դրանք ոչ միայն նյարդային համակարգի, այլև ամբողջ օրգանիզմի հիվանդություն են, և որ դրանց հիմքում հոգեկան տրավմաներից բացի, ընկած են նաև մարմնային մի շարք գործոններ (զանազան քրոնիկական հիվանդություններ, ֆիզիկական հյուծվածություն, հիպո-ավիտամինոզներ և այլն)։ Այդ տեսակետից նևրոզների բուժումը պետք է տարվի համալիր ձևով, հիմնակապն շեշտը դնելով արտաքին պայմանների փոփոխության, նևրոզ առաջացնող պատճառների և հոգեկան ապրումների վերացման, նյարդային համակարգի, ինչպես նաև ամբողջ օրգանիզմի ու առանձին օրգանների խանգարված աշխատանքի կարգավորման վրա։ Պետք է ստեղծել աշխատանքի և հանգստի նորմալ ռեժիմ։ Զափազանց լավ է, գոնե բուժման շրջանում, հիվանդներին հեռու պահել տհաճություններից, ընդհարումներից ու բախումներից, ինչպես նաև ժխորից, մտավոր և ֆիզիկական գերլարումից։ Հիվանդի համար պետք է ստեղծել առողջ ու հանգիստ մթնոլորտ, բարյացակամ վերաբերմունք, վստահություն, անշուշտ, հաշվի առնելով նևրոզի ձևը և յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում անհատական մոտեցում ունենալ։

Բոլոր դեպքերում բուժական կարևոր միջոցառում է պսիխոթերապիան, մասնավորապես՝ ռացիոնալ պսիխոթերապիան։ Ներշնչման միջոցով կատարվող հոգեկան այդ ներգործության դեպքում բազմակի զրույցների նպատակը հիվանդներին համոզելը, բացատրելը, ոգևորելն ու մխիթարելն է և միտքն իր հիվանդագին ապրումներից հեռացնելը։ Լավ արդյունքներ են ստացվում նաև հիպնոսային քնի վիճակում կատարվող ներշնչումից, ինչպես նաև աուտոգեն մարզման ձևով անցկացվող ինքնաներշնչումից։

Նևրոզների բոլոր ձևերի ժամանակ համալիր բուժման բաղադրամա-

սեր են համարվում ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաները (էլեկտրա-, լուսա- և ջրաբուժումը), էլեկտրաքնաբուժումը, ասեղնառեֆլեքսաբուժումը, բուժական ֆիզկուլտուրան, առավոտյան մարմնամարզությունը, ջրային շփումները, լոգանքները, մաքուր օդում քայլելը և այլն։

Այդ բոլորին զուգընթաց վիտամինների, հորմոնալ պատրաստուկների և օրգանիզմի տոնուսը բարձրացնող ու նյարդային համակարգը հանգստացնող դեղամիջոցների օգնությամբ կարգավորվում և ամրացվում է հիվանդի ինչպես մարմնական, այնպես է նյարդային ու հոգեկան վիճակը։

Ժամանակակից հոգեդեղաբանության զարգացումը մեծ հնարավորություններ է ստեղծել նևրոզների առավել արդյունավետ բուժման համար։

Նևրասթենիայի հիպերթենիկ ձևի դեպքում հիմնականում օգտագործվում են արգելակիչ ազդեցություն ունեցող դեղամիջոցներ՝ էլենիում (խլոզեպիդ, լիբրիում)՝ 10 մգ, նոզեպամ (տազեպամ, օքսազեպամ)՝ 10 մգ, ֆենազեպամ՝ 0,5 մգ, բրոմի պատրաստուկներից՝ բրոմիզովալ (բրոմուրալ)՝ 300 մգ, սեդուքսեն (սիբազոն, ռելանիում, վալիում)՝ 5 մգ և այլն։

Նևրասթենիայի հիպոսթենիկ ձևի դեպքում կարելի է օգտագործել տրիոքսազին՝ 300 մգ, մեզապամ (ռուդոթել)՝ 10 մգ, տիդոնակրբ՝ 5 մգ, սիդնոֆեն՝ 5 մգ, կենսախթանիչներից՝ ալոեի մզվածք՝ 10 մլ միջմկանային ներարկում, նոոտրոպիլ (պիրացետամ)՝ 400 մգ կամ 20 % լուծույթ 5 մլ միջմկանային ներարկում, սապարալ՝ 50 մգ, ացեֆեն՝ 10 մգ և այլ տրանկվիլիզատորներ։ Կպչուն վիճակների նևրոզի դեպքում լավ արդյունք է ստացվում 10 % 15 մլ գլյուկոզայի և 0,5 % 1 մլ ֆրենոլենի, 10 մգ էլենիումի, 20 մգ էգլոնիլի, 10 կամ 25 մգ սոնապաքսի, 10 մգ նեուլեպտիլի, բելատամինալի և այլ դեղամիջոցների կիրառումից։

Հիստերիկ նևրոզի ժամանակ լավ արդյունք է առաջանում կալցիումի քլորիդի 10 % լուծույթի, բելատամինալի, բրոմի, վալերիանայի արմատի և այլ պատրաստուկների ու դեղամիջոցների կիրառումից։ Հիստերիկ ռեակցիաների (համրություն, խուլ-համրություն, կուրություն, պարալիզներ և այլն) դեպքում օգտագործվում են ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման մեթոդը, էֆիրային նարկոզ, զանազան տրանկվիլիզատորներ, ինչպես նաև ֆիզիոթերապևտիկ արարողություններ (գալվանացում, մերսում, լոգանքներ, բուժական ֆիզկուլտուրա և այլն)։ Այդ բոլորին զուգընթաց լայն ձևով կիրառվում է ռացիոնալ, հիպնոսային ներշնչում, «նարկոպսիխոթերապիա»։

Նևրոզով տառապող հիվանդների մոտ հաճախ տեղ է գտնում դեպրեսիվ համախտանիշը։ Նման դեպքերում ընդհանուր բուժմանը զուգահեռ պետք է նշանակել հակադեպրեսանտներ (ամիտրիպտիլին՝ 25 մգ հաբեր կամ 1 % լուծույթ, մելիպրամին՝ 25 մգ հաբեր կամ 1,25 % լուծույթ, ազաֆեն՝ 25 մգ, պիրազիդոլ՝ 25 մգ և այլն)։

Նևրոզների բուժման գործում հսկայական նշանակություն ունի քնի կարգավորումը։ Այդ նպատակով լավ է երեկոյան զբոսանքը, քնելուց առաջ ոտքերի տաք լոգանքները, ինչպես նաև քնաբերների օգտագործումը՝ նիտրազեպամ (ռադեդորմ)՝ 5 մգ, բարբիտալ՝ 300 մգ, ամինազին՝ 25 մգ, բրոմիզովալ՝ 300 մգ, էլեկտրաքնաբուժում և այլն։

Նևրոզների բուժման կարևոր գործոն է աշխատանքային թերապիան։ Նևրոզով տառապող հիվանդին երկար ժամանակ անաշխատունակության թերթ տալը և հատկապես ոչ տեղին հաշմանդամության տեղափոխելը կարող է հասցնել անցանկալի հետևանքների՝ ֆիքսելով ու խորացնելով նևրոզային գանգատները, որոշ դեպքերում նույնիսկ պատճառ դառնալով յատրոգենիայի առաջացման։

Նևրոզների կանխարգելման գործում մեծ նշանակություն ունի բնավորության ճիշտ դաստիարակումը, օրգանիզմի և նյարդային համակարգի կոփումը, ինչպես նաև վնասակար սովորությունների, հատկապես ալկոհոլամոլության և թմրամոլության դեմ տարվող պայքարը։

Նևրոզների դատահոգեբուժական փորձաքննությունը դժվարություն չի ներկայացնում, քանի որ այդ հիվանդությունների դեպքում հիվանդները միշտ էլ ի վիճակի են ղեկավարել իրենց ու հաշիվ տալ իրենց կատարած արարքներին։

ՌԵԱԿՏԻՎ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Ռեակտիվ պսիխոզները պսիխոգեն ծագում ունեցող ֆունկցիոնալ քնույթի հոգեկան այնպիսի խանգարումներ են, որոնք առաջանում են հոգեկան ծանր ցնցումներից ու ապրումներից, հուզային ծանր ստրեսներից։ Ռեակտիվ պսիխոզների առաջացման գործում նշանակություն ունի մի կողմից հոգեցունց գործոնի բնույթը՝ ուժը և տևողությունը, իսկ մյուս կողմից՝ անձի անհատական առանձնահատկություններն ու նյարդային համակարգի վիճակը։ Օրինակ, ռեակտիվ պսիխոզները համեմատաբար ավելի հեշտությամբ են առաջանում պսիխոպաթների, ծանր ինֆեկցիայի կամ ինտոքսիկացիայի հետևանքով նյարդային համակարգի

հյուծվածության ենթարկված անձնավորությունների, գանգուղեղային վնասվածքով և մարմնական այլ հիվանդություններով տառապողների մոտ։ Այդ գործում քիչ դեր չի խաղում նաև տարիքային գործոնը։ Ապացուցված է, որ սեռական հասունացման («պուբերտատ») և հետզարգացման («կլիմաքս») շրջաններում ռեակտիվ պսիխոզներն ավելի հեշտությամբ են առաջանում։

Ռեակտիվ պսիխոզների կլինիկական պատկերը աչքի է զարնում իր բազմաձևությամբ։ Բնորոշ է նաև դարձունակությունը, երբ պսիխոզ առաջացնող պատճառը վերացնելուց հետո լավանում է նաև հիվանդի հոգեկան վիճակը։

Ռեակտիվ պսիխոզները բաժանվում են երկու խմբի՝ սուր (աֆեկտիվ-շոկային) ռեակցիաներ և ձգձգվող ռեակտիվ պսիխոզներ։

ՍՈՒՐ ՊՍԻԽՈԳԵՆ (ԱՖԵԿՏԻՎ-ՇՈԿԱՅԻՆ) ՌԵԱԿՑԻԱՆԵՐ

Սուր պսիխոգեն ռեակցիաները սկսվում են հանկարծակի, կյանքին վտանգ սպառնացող, ստրեսային բնույթ կրող հոգեկան տրավմաներից (երկրաշարժ, հրդեհ, ջրհեղեղ, նավաբեկություն, ռմբակոծություն, հարազատի անսպասելի կորուստ և այլն)։

Սուր պսիխոգեն ռեակցիաները կլինիկորեն արտահայտվում են երկու ձևով՝ հիպերկինետիկ և հիպոկինետիկ։

Հիպերկինետիկ ձևը կամ ռեակտիվ գրգռվածությունը բնորոշվում է հանկարծակի սկսվող և քառասային բնույթ կրող շարժողական արտահայտված գրգռվածությամբ (շարժողական փոթորիկ)։ Գիտակցության խանգարման (նեղացման) ֆոնի վրա ընթացող շարժողական այդ գրգռվածությունն ուղեկցվում է վախի ու տագնապի երևույթներով, անմիտ ու չգիտակցված արարքներով։ Կողմնորոշման խանգարման հետևանքով հիվանդներն այս ու այն կողմ են վազում, չեն նշմարում այդ ցոպերին առկա փրկվելու ճանապարհը, աննպատակ փախուստ են կատարում և մի վտանգից փրկվելով անգիտակցաբար իրենց նետում են ավելի ծանր վիճակի մեջ։ Օրինակ, երկրաշարժի ժամանակ մայրը թողնելով կողքին քնած երեխային, իրեն նետում է դեպի դուռը, բայց իրադրության մեջ չկողմնորոշվելու պատճառով դռան փոխարեն լուսամուտից դուրս է նետվում։ Սուր հոգեկան խանգարման այդ վիճակը կարճատև է (րոպեներից մինչև մեկ ժամ), վերջանում է անհիշությամբ։

Հիպոկինետիկ ձևը կամ ռեակտիվ ստուպորը բնորոշվում է հան-

կարծակի սկսվող շարժողական արգելակմամբ, որը ծանր դեպքերում կարող է հասնել մինչև լրիվ անշարժության (աֆեկտիվ ստուպոր)։ Այդ վիճակում հիվանդը չի խոսում, լրիվ անտարբեր է դառնում շրջապատի իրադարձությունների նկատմամբ, լայն բացված աչքերով անվերջ նայում է մի ուղղությամբ, գիտակցությունը լինում է նեղացած և հաճախ, չնայած առկա ահռելի վտանգին, ի վիճակի չի լինում փախչել, բղավել կամ պաշտպանվել (հուզական պարալիզ)։ Ռեակտիվ ստուպորը նույնպես կարճատև է՝ (րոպեներից մինչև ժամեր), վերջանում է անհիշությամբ։

Սուր պսիխոզեն ռեակցիայի ինչպես հիպերկինետիկ, այնպես էլ հիպոկինետիկ ձևերը ուղեկցվում են անոթավեգետատիվ մի շարք խանգարումներով (դեմքի գունատություն, երակազարկի արագացում, քրտնարտադրություն, լուծ, ակամա միզարձակություն և այլն)։

ՁԳՁԳՎՈՂ ՌԵԱԿՏԻՎ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Ձգձգվող ռեակտիվ պսիխոզները զարգանում են աստիճանաբար, երկարատև ներգործող հոգեկան բացասական ազդակների հետևանքով։ Անշուշտ, նշանակություն ունեն նաև ղրացուցիչ, օրգանիզմը, և հատկապես նյարդային համակարգը, հյուծող անբարենպաստ գործոնների առկայությունը, ինչպես նաև բնավորության նախահիվանդագին գծերը, անձի կազմվածքային առանձնահատկությունները։

Ռեակտիվ պսիխոզների կլինիկական ձևերից են՝ ռեակտիվ դեպրեսիան, ռեակտիվ պարանոիդը, ինդուկցված զառանցանքը, ռեակտիվ հիստերիկ պսիխոզները և այլն։

Ռեակտիվ դեպրեսիա։ Ռեակտիվ դեպրեսիան պսիխոգեն խանգարումների ամենահաճախ հանդիպող ձևերից է։ Հիվանդությունն արտահայտվում է տրամադրության անկմամբ ու ընկճվածությամբ։ Հիվանդների դեմքը տխուր է ու թախծալի։ Առկա է հոգեշարժական արգելակում, որը ծանր դեպքերում երբեմն կարող է հասնել մինչև դեպրեսիվ ստուպորի։ Հիվանդները մեկուսացած են, մեծ մասամբ գլուխը քաշ գրցած, հայացքը մի կետի հառած ու կորացած, նստած են մահճակալի վրա կամ պառկած։ Հարցերին պատասխանում են դժկամությամբ, ցածրաձայն ու միապաղաղ։ Մտքերն ամբողջովին կենտրոնացած են հիվանդության պատճառ հանդիսացող հոգեկան տրավմայի, իրենց համար ստեղծված ողբերգական և անհուսալի իրադրության վրա։ Իրենց ապա-

կան պատկերացնում են ամենամռայլ գույներով։ Այդ հարցերի մասին խոսում են լացակումած, հաճախ հառաչելով, ոչ հազվադեպ արտահայտելով ինքնամեղադրման, իսկ երբեմն էլ ինքնասպանության մտքեր։ Համոզված են, որ ստեղծված իրավիճակի ամենամեղավորը իրենք են, որ իրենք «անուշադիր են եղել, ճիշտ չեն վարվել» և այլն։ Նրանք դադարում են իրենց հետևել, լվացվել, սանրվել։ Երբեմն արտահայտում են հիպոխոնդրիկ մտքեր։ Ձեն սնվում, արագ նիհարում են։ Քունը խանգարվում է։ Դիտվում են նաև վեգետատիվ մի շարք խանգարումներ (երակազարկի արագացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում, սրտի շրջանի ցավեր և այն)։

Հիվանդությունը համեմատաբար երկար է տևում և մեծ մասամբ կախված է այն բանից, թե ինչ դեր է խաղացել պսիխոգեն ազդակը հիվանդության առաջացման գործում։

Հոգեկան տրավման վերացնելուց և համապատասխան բուժում անցկացնելուց հետո հիվանդությունը վերջանում է լրիվ առողջացմամբ, երբեմն անձի հետ պսիխոզային ոչ երկարատև ասթենիզացիայով։

Ռեակտիվ պարանոիդ։ Ռեակտիվ պարանոիդը հոգեկան ապրումների հետևանքով առաջացած զառանցանքային պսիխոզ է, որը հիմնականում արտահայտվում է հետապնդման, թունավորման, վերաբերման զառանցական մտքերով։ Հիվանդներն սկսում են կասկածել, որ շրջապատի մարդիկ իրենց նկատմամբ վատ են տրամադրված, իրենց կասկածանքով են նայում, միմյանց հետ ինչ-որ «հայացքներ են փոխանակում, նշաններ են անում», հետապնդում են իրենց, հետևում նրանց ամեն մի քայլին, դավեր նյութում և այլն։ Շրջապատում կատարվող իրադարձությունները նրանք զառանցանքային ձևով են մեկնաբանում. Նրանց թվում է, թե մարդիկ իրենց մասին ինչ-որ բաներ են քչփչում, վատություն են ուզում անել։ Զառանցական մտքերը երբեմն կարող են ուղեկցվել ցնորքներով (ցնորազառանցանքային համախտանիշ)։

Ցնորքները հիմնականում լսողական բնույթ են կրում։ Հաճախ լսում են իրենց հարազատների լացի ձայնը, օգնության կանչեր։ Լսում են նաև սպառնալիքներ իրենց հասցեին, խոսակցություններ նրանց դեմ նյութվող դավերի ու նրանց նկատմամբ նախատեսվող հաշվեհարդարի մասին։ Հիվանդների մոտ ցնորազառանցանքային այդ ապրումները հիմնականում նրանց նկատմամբ ստեղծված իրադրությամբ են պայմանավորված, որը և արտացոլվում է զառանցանքների բովանդակության մեջ։

Հիվանդների վարքը համապատասխանում է զառանցանքային ապրումներին։ Նրանք տխուր են, տագնապալից, երբեմն գրգռվում են, հան-

գիտակ չեն կարողանում նստել, գտնվում են սպասողական-լարված վիճակում, սնվում են վատ, հաճախ սննդի նկատմամբ նույնպես կասկածամտություն ցուցաբերելով (թունավորման զառանցանք)։ Քունը խանգարվում է, դառնում անհանգիստ և մղձավանջային երազներով հարուստ։

Ռեակտիվ պարանոիդը, երբ հատկապես ձգձգվող բնույթ է կրում, հարկ է լինում տարբերակել շիզոֆրենիայի նույնանուն ձևից։

Տարբերակիչ ախտորոշմանն օգնում է ոչ միայն հիվանդության ախտածին գործոն համարվող հոգեցունց անբարենպաստ վիճակի ու պսիխոզի անմիջական կապի առկայությունը, այլ նաև այդ իրավիճակի արտացոլումը հիվանդի զառանցանքներում, դրանց տարածվելու և լայնանալու հակում չունենալն ու կոնկրետությունը։ Պակաս նշանակություն չունի նաև զառանցական ապրումների հուզական տոգորվածությունը։ Ախտորոշման գործում որոշիչ դեր է խաղում հիվանդի անձի պահպանվածությունը, շիզոֆրենիային բնորոշ հուզակամային և այլ ախտանշանների բացակայությունը, ինչպես նաև հիվանդության դարձունակությունը, անձի հետռեակտիվ ասթենիայով։

Ռեակտիվ պարանոիդը կարող է տևել շաբաթներից մինչև 1—2 ամիս, որը կախված է հոգեկան տրավմայի բնույթից ու տևողությունից։

Հոգեկան խանգարման վիճակից դուրս գալուց հետո հիվանդների մոտ միաժամանակ առկա է լինում անձի հետռեակտիվ ասթենիա։

Ինդուկցված զառանցանք։ Ինդուկցված զառանցանքը հոգեկան այնպիսի խանգարում է, որի դեպքում զառանցական մտքերը հիվանդից փոխանցվում են առողջին, և վերջինս սկսում է հավատալ ու կիսել հիվանդի արտահայտած զառանցական մտքերն ու հայացքները, որոնք մեծ մասամբ հայցամոլական բնույթ են կրում։ Զառանցական մտքերի նման փոխանցման համար նպաստավոր պայմաններ են համարվում հիվանդ ինդուկցողի և ինդուկցվողի մտերմությունը, ինդուկցողի ակտիվությունն ու հեղինակությունը (դա հաճախ ընտանեկան բնույթ է կրում, երբ հոգեկան հիվանդությամբ տառապում է ընտանիքի որևէ հեղինակավոր անդամ), ինդուկցողի արտահայտած զառանցական մտքերի աֆեկտիվ հագեցվածությունը, ինչպես նաև ինդուկցվողի ցածր մակարդակը, մտավոր սահմանափակությունը, ներշնչելիությունը և իրադրությունը ճիշտ գնահատելու անկարողությունը։ Այդ բոլորը հիմք են դառնում, որպեսզի հիվանդի զառանցանքը ինդուկցվողի համար դառնա հիմնավորված համոզմունք, ի վերջո հասնելով նույնանման զառանցանքի։

Ինդուկցված զառանցանքը հազվադեպ է հանդիպում։ Բուժումը լավ արդյունք է տալիս, մանավանդ, երբ հիվանդը մեկուսացվում է ինդուկցողից։

Ռեակտիվ հիստերիկ պսիխոզներ։ Հիստերիկ պսիխոզները ռեակտիվ վիճակների բավականին հաճախ հանդիպող տարատեսակներից են։ Ռեակտիվ այս վիճակները բնորոշվում են կլինիկական բազմաձև ախտանշաններով ու դրանց խայտաբղետությամբ։

Ըստ կլինիկական պատկերի առանձնացվում են մի քանի ձևեր, որոնցից են՝ գիտակցության մթնշաղային վիճակը, պսևդոդեմենցիան, գանզերյան համախտանիշը, պուերիլիզմը, ռեակտիվ հիստերիկ ստուպորը և այլն։

Հիստերիկ մթնշաղային վիճակը բնորոշվում է գիտակցության նեղացմամբ, կողմնորոշման խանգարմամբ և շրջապատի ընկալման դժվարացմամբ։ Հիվանդների ուշադրությունը և աֆեկտիվ ապրումները հիմնականում կապված են հոգեկան տրավմա առաջացնող իրադրության հետ։ Հիվանդները կարծես թե նորից են վերապրում այդ իրադրությունը. նրանք լաց են լինում, բղավում են, թաքնվում։ Երբեմն առաջանում են վառ պատրանքներ ու ցնորքներ, կտրտված զառանցական մտքեր։ Հիստերիկ մթնշաղային վիճակում գտնվող հիվանդների վարքը բավականին ցուցադրական է, չնայած որ նրանք ամբողջովին կլանված են իրենց հիվանդագին ապրումներով։ Նրանց շարժուձևը, կեցվածքը արտահայտում է հոգեկան ցնցման իրավիճակը։ Իսկ երբեմն էլ հիվանդները ցուցաբերում են հոգեկան ցնցում առաջացնող պատճառին հակառակ վարքագիծ. օրինակ, ամուսնուն կորցրած կինը ճաշի պատրաստություն է տեսնում, ասելով, որ շուտով ամուսինը աշխատանքից տուն կգա, սոված է, պետք է ճաշի։ Գիտակցության հիստերիկ մթնշաղային վիճակը կարող է տևել ժամերից մինչև օրեր։ Գիտակցությունը պարզվելուց հետո նրանք ոչինչ չեն հիշում կատարվածի մասին։

Պսևդոդեմենցիան կամ կեղծ թուլամտությունը նույնպես բնորոշվում է գիտակցության յուրատեսակ նեղացմամբ։ Այդ վիճակում գտնվող խելամիտ մարդը դրսևորում է գիտելիքների և ունակությունների այնպիսի պատկեր, որը նմանվում է թուլամտության։ Սակայն ի տարբերություն իսկական թուլամտության, որն առաջանում է ուղեղի օրգանական ծանր հիվանդություններից և աստիճանաբար է զարգանում, պսևդոդեմենցիան սուր ձևով է սկսվում, առաջընթաց չէ և վերջանում է առողջացմամբ։

Պսևդոդեմենցիայի դեպքում ամենահասարակ հարցերին հիվանդները տալիս են ոչ ճիշտ, անմիտ պատասխաններ, հանձնարարությունները սխալ են կատարում՝ թույլ տալով անմիտ արարքներ։ Բարձրագույն կրթություն ունեցող մարդը չի կարողանում գրել ու կարդալ, չգիտի իր ծննդյան թիվը, տարիքը, հասցեն և այլն։ Ամենահասարակ թվաբանական գործողություններ չի կարողանում կատարել, անգամ չի տարբերում իր մարմնի մասերը։ Պսևդոդեմենցիայով տառապող հիվանդները ցրված են, ուշադրությունը դժվար է լինում կենտրոնացնել, անհոգ են, հաճախ՝ դեմքին անմիտ արտահայտություն, իսկ երբեմն էլ՝ անմիտ ժպիտ։

Հոգեցունց իրավիճակը վերացնելու և համապատասխան բուժում կատարելու դեպքում հիվանդները առողջանում և լրիվ դուրս են գալիս հոգեկան խանգարման վիճակից։

Կանզերյան համախտանիշը, որ նկարագրվել է գերմանացի հոգեբույժ Գանզերի կողմից, իր կլինիկական պատկերով շատ նման է պսևդոդեմենցիային։ Այս համախտանիշը հիմնականում հանդիպում է կալանավորների մոտ, մենախցում և արտահայտվում է գիտակցության մթնշաղային սուր սկսվող խանգարմամբ։ Այդ համախտանիշին բնորոշ են ոչ տեղին, անմիտ խոսելը, անմիտ վարքը, ոչ տեղին, անմիտ արարքները։ Հիվանդը չի կարողանում պատասխանել իրեն տրված ամենահասարակ հարցերին, բերանի փոխարեն քիթն է ցույց տալիս, քթի փոխարեն՝ ականջը։ Լուցկին և ծխախոտը նրան տալիս և ծխել առաջարկելիս, լուցկին դնում է բերանը՝ ու ծխախոտով այն ցանկանում է վառել. հաճախ չի կարողանում ինքնուրույն հագնվել, չի կարողանում ժամացույցը ձեռքին կապել և այլն։ Հիվանդների մոտ դիտումնավորության տպավորություն թողնող այդ վարքագիծը հաճախ կասկած է հարուցում հիվանդության շինծու բնույթի (սիմուլյացիա) մասին, մանավանդ, որ այն բանտի պայմաններում է առաջանում և միայն կլինիկական հետազոտության պայմաններում է հնարավոր լինում ճիշտ ախտորոշել ու բուժել։ Գանզերյան համախտանիշը սուր ընթացք ունի, տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս, վերջանում է լրիվ առողջացմամբ ու հետագա ամնեզիայով։

Պուերիլիզմը (լատին. puerilismus— երեխայամտություն) արտահայտվում է գիտակցության հիստերիկ բնույթի նեղացման ֆոնի վրա զարգացող մանկական վարքով։

Պուերիլիզմի ժամանակ հոգեկան տրավմայի ազդեցության տակ հիվանդի գիտակցությունից դուրս է մղվում ներկա իրավիճակը և նրա

մոտ սկսվում է դրսևորվել մանկական վարք։ Սկսում են խոսել մանկան ձայնով, թոթովելով, բոլորին դիմում են «քեռի», «մորաքույր» անուններով, լաթի կտորներից տիկնիկ են սարքում, նրանով խաղում ու հրճվում, կամ հասակավոր տղամարդը փայտի կտորին է «հեծնում» ու «ձի-ձի» է խաղում։ Հիվանդների վարքագիծը նույնպես դառնում է երեխայական. քայլում են փոքր քայլերով, փայլուն առարկա տեսնելիս ձգտում են դեպի այն, փոքր առիթներից երեխայի նման հրճվում են, իսկ ցանկությունը չկատարելիս՝ շուտ նեղանում, լաց են լինում։ Որոշ դեպքերում ցուցաբերում են քմահաճություն ու կամակորություն։ Պուերիլիզմը հոգեբանական յուրատեսակ պաշտպանողական ռեակցիա է, որի ժամանակ տեղի է ունենում անձի հետընթաց և որը հանգեցնում է օնտոգենետիկ զարգացման ավելի ցածր աստիճանի դրսևորման։ Հիվանդության խորացման դեպքում այն կարող է ձգձգվող բնույթ ստանալ կամ փոխվել կաշկանդվածության (ստուպորի)։

Հիստերիկ ստուպորը բնորոշվում է հոգեշարժական արգելակմամբ, որն առաջանում է պսիխոգեն սուր իրադրության պայմաններում (կալանք, ուժեղ ընդհարում, կեղծիքի բացահայտում և այլն) որպես ինքնուրույն ռեակցիա կամ որպես հիստերիկ այս կամ այն ռեակցիայի շարունակություն։ Հիստերիկ ստուպորը բնորոշվում է համրությամբ և անշարժությամբ։ Առկա են պասիվ նեգատիվիզմի երևույթներ։ Ի տարբերություն կատատոնիկ ստուպորի, հիստերիկ ստուպորի դեպքում հիվանդների դիմաշարժումներն արտահայտիչ են, մեծ մասամբ թախծալից, մռայլ, ինչը համապատասխանում է նրանց աֆեկտիվ ապրումներին։ Հոգեկան խանգարում առաջացնող պատճառի հարցը շոշափելիս վեգետատիվ նկատելի ռեակցիաներ են առաջանում (երակապարկի և շնչառության արագացում, դեմքի արյունալցում և այլն)։ Վատ անվելու պատճառով հիվանդները հյուծվում են։ Հիստերիկ ստուպորի տևողությունը տարբեր է՝ կախված հոգեծին գործոնից։ Ստուպորային վիճակից դուրս գալուց հետո որոշ դեպքերում հիվանդների մոտ ասթենիկ վիճակ է առաջանում։

Յատրոգենիան (jatres— բժիշկ, genes— առաջացած) հիվանդագին վիճակ է, որն առաջանում է բժշկի, իսկ ոչ հազվադեպ՝ նաև միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի կողմից՝ հիվանդի նկատմամբ թույլ տրված սխալ արտահայտություններից, անզգույշ խոսքից, վարվելաձևից։ Սովորաբար հիվանդները մշտապես ուշադիր հետևում են բժշկի զննմանը, նրա ասածներին, անգամ դեմքի արտահայտությանը՝ երբ խոսք է գը-

նում հիվանդության ախտորոշման, բուժման, կանխարգելման մասին։ Յատրոգենիան հատկապես հեշտ է առաջանում կասկածամիտ, իրենց առողջության վրա դողացող, հեշտ ներշնչվող, սենզիտիվ և այս կամ այն պատճառից ասթենիայի ենթարկված անձնավորությունների մոտ։ Յատրոգենիան կարող է արտահայտվել կպչուն վախերի, դեպրեսիվ վիճակների, հիպոխոնդրիկ ապրումների, գերարժեք մտքերի և այլ ձևերով։ Գրականության մեջ բերվում է հետաքրքիր օրինակ, երբ բժիշկը անզգուշաբար հիվանդին ասում է, որ նրա մոտ «ոչ թե սիրտ է, այլ լաթի կտոր»։ Այդ խոսքերը լսելուց հետո հիվանդը խիստ վախեցած հազիվ տուն է հասնում, պառկում անկողնում և մահվան է սպասում։

Յատրոգեն բնույթի հիվանդային վիճակների կանխարգելման գործում մեծ նշանակություն ունի բուժանձնակազմի բարձր կուլտուրան և դեոնտոլոգիայի կանոնների խիստ պահպանումը։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ռեակտիվ պսիխոզների բուժումը տարվում է համալիր ձևով, որտեղ կարևոր պայման է համարվում հիվանդության պատճառ հանդիսացող ախտածին գործոնի վերացումը և շրջապատող միջավայրի բարելավումը։

Սուր պսիխոգեն ռեակցիաների կարճատևության պատճառով հաճախ բժշկական միջամտության կարիք չի զգացվում, քանի որ մինչ այդ հիվանդն արդեն ինքնաբերաբար դուրս է գալիս հոգեկան խանգարման վիճակից։

Այնուամենայնիվ, սուր պսիխոգեն ռեակցիայի հիպերկինետիկ ձևի դեպքում, եթե հնարավոր է լինում այդ օգնությունը ժամանակին կազմակերպել, պետք է նշանակել շարժողական գրգռվածությունը կանխող և աֆեկտիվ լարվածությունը, վախն ու տագնապը հանող դեղամիջոցներ (ամիդազին հարվածային՝ 100—150 մգ դեղաչափով, մինչև հիվանդի հանգստանալը)։

Հիպոկինետիկ ձևի դեպքում կարելի է կիրառել ամֆետալ-կոֆեինային ապարգելակում, ռաուշ նարկոզ։

Հիվանդին հոգեկան սուր խանգարման վիճակից հանելուց հետո, ըստ անհրաժեշտության, անց է կացվում ընդհանուր համալիր բուժում, որտեղ հիմնական շեշտը դրվում է համախտանշական բուժման վրա։

Ռեակտիվ դեպրեսիայի դեպքում պետք է նշանակել հակադեպրեսանտներ՝ ամիտրիպտիլին (տրիպտիզոլ)՝ 25 մգ կամ 1 % լուծույթ,

պիրազիդոլ՝ 25 մգ, ազաֆեն՝ 25 մգ։ Բավականին լավ արդյունք է ստացվում հակադեպրեսանտների և տրանկվիլիզատորների զուգակցված բուժումից (տե՛ս նևրոզների բուժումը)։

Ռեակտիվ զառանցանքային պսիխոզների ժամանակ կիրառվում են հանգստացնող ազդեցություն ունեցող նեյրոլեպտիկներ՝ ամինազին՝ 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ, տիզերցին՝ 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ, քլորպրոտիքսեն՝ 15—20 մգ։ Խորհուրդ է տրվում այդ բոլորով հանդերձ տրիֆտազինի (ստելազին) 0,2 % լուծույթի 5—10 մգ կամ հալոպերիդոլի 0,5 %— 5 մգ լուծույթի օրը 3 անգամ միջմկանային ներարկում (Գ. Յ. Ավրուցկի)։

Հիստերիկ պսիխոզների դեպքում, եթե առկա է հոգեշարժական գրգռվածություն, ըստ Գ. Յ. Ավրուցկու, լավ արդյունք է առաջացնում ամինազինի կամ տիզերցինի (25—50 մգ), 2% 3 մլ դիմեդրոլի և 25%— 7—10 մլ ծծմբաթթվային մագնեզիումի զուգակցված միջմկանային ներարկումը, կամ 5%— 10 մլ բարբամիլի և 10 %— 10 մլ գլուկոնաթթվային կալցիումի զուգակցված միջմկանային ներարկումը։

Ստուպորային և պսևդոդեմենտ վիճակների դեպքում լավ արդյունք է առաջացնում ամիտալ-կոֆեինային ապարդելակումը։ Հիստերիկ ստուպորի դեպքում խորհուրդ է տրվում նաև գլուկոնաթթվային կալցիումի կամ կալցիումի քլորիդի 10 % լուծույթների ներարկումներ, ուղեկցված ռացիոնալ պսիխոթերապիայով, սինդրոկարբի հարվածային դեղաչափ՝ օրական 30—40 մգ։ Առաջարկվում է նաև տրանկվիլիզատորների միջոցով կատարվող կուրսային բուժում (տե՛ս նևրոզների, մասնավորապես՝ հիստերիկ նևրոզի բուժումը)։

Ռեակտիվ պսիխոզների դատահոգեբուժական գնահատականը։ Ռեակտիվ պսիխոզների դեպքում իրավախախտումները հազվադեպ են հանդիպում։ Այնուամենայնիվ, եթե հանցագործությունը կատարվել է ռեակտիվ պսիխոզի վիճակում, ապա նման հիվանդները ճանաչվում են անմեղսունակ և պատասխանատվության չեն ենթարկվում։

Հաճախ ռեակտիվ վիճակներն առաջանում են իրավախախտում կատարելուց հետո, որը կապված է ծանր հոգեկան տրավմա պատճառող իրավիճակի հետ։ Նման դեպքերում քրեական գործը կասեցվում է, և հիվանդը բուժման է ենթարկվում։ Առողջանալուց հետո նա պատասխանատվության է ենթարկվում ընդհանուր հիմունքներով։

Գլուխ 21

ՊՍԻԽՈՊԱԹԻԱՆԵՐ

Պսիխոպաթիան անձի ախտաբանական խառնվածք է, որը բնորոշվում է հոգեկան ֆունկցիաների անհերդաշնակությամբ և դրանով պայմանավորված վարքի անհամապատասխանությամբ, կոնֆլիկտայնությամբ:

Ինչպես նշում է Գ. Շնայդերը, պսիխոպաթները կամ իրենք են տառապում իրենց բնավորության աննորմալությունից, կամ էլ ուրիշներին են տառապանքի մատնում:

«Պսիխոպաթիա» տերմինի հոմանիշներն են «պաթոլոգիական անձնավորություններ», «բնավորության անոմալիաներ», «պսիխոպաթ կոնստիտուցիաներ», իսկ ոմանք պսիխոպաթիաներն անվանում են բնավորության այլանդակություններ: Հուզակամային անկայունությունը պսիխոպաթ բնավորության հիմնական գծերից է և ավելի է նպաստում կոնֆլիկտային իրավիճակների առաջացմանը: Չնայած բանականությունը պսիխոպաթիայի դեպքում մնում է պահպանված, բայց նույնիսկ բարձր ինտելեկտը (պսիխոպաթիաների շրջանում հանդիպում են նաև տաղանդավորներ) հնարավոր չի դարձնում լիովին շտկել պսիխոպաթ բնավորությունը, և ավելին, պսիխոպաթ մտածողությունը դառնում է սուբյեկտիվ և միակողմանի (պսիխոպաթների աֆեկտիվ մտածողություն):

Պսիխոպաթիայի ձևավորմանը մասնակցում են երկու գործոն. նյարդային համակարգի բնածին կենսաբանական անլիարժեքությունն ու արտաքին միջավայրի ազդեցությունը:

Վարքագծի այս կամ այն աննշան շեղումների առկայությունը չի կարող պսիխոպաթիայի ախտորոշման հիմք հանդիսանալ: Նման դեպքերում խոսվում է բնավորության գծերի շեշտվածության (բնավորության ակցենտուացիայի) մասին, որոնք նորմայի ծայրահեղ տարբերակներն են, երբ բնավորության առանձին գծեր չափից ավելի են ընդգծված: Դրա հետևանքով դրսևորվում է ընտրողական խոցելիություն որոշ հոգեծին գրգիռների նկատմամբ, մինչդեռ այլ գրգիռների հանդեպ ի հայտ է գալիս լրիվ կայունություն:

«Շեշտավորված անձնավորություն» տերմինը մտցրել է գերմանացի հոգեբույժ Կ. Լեոնհարդը (1968), առաջարկելով շեշտավորվածության ձևերի դասակարգումը. հիպերթիմիկ, աֆեկտիվ-անկայուն, աֆեկտիվ-

հուզավառային, հուզական, տագնապալից, բծախնդիր, ինտրավերտիվ, զրգռվող, ցուցամոլ, էքստրավերտիվ, կպչուն, դիսթիմիկ։

Ա. Ե. Լիչկոն առաջարկել է «բնավորության շեշտվածություն» տերմինը և իր դասակարգումը (1980)։

Շեշտվածությունը զարգանում է բնավորության ձևավորման շրջանում և հարթվում տարիքի հետ։ Շեշտվածության ժամանակ սոցիալական անհարմարվողականությունը կամ լիովին բացակայում է կամ էլ լինում է անցողիկ։

Պսիխոպաթիաներն անհրաժեշտ է տարբերել ինչպես նորմայի սահմաններում բնավորության անհատական տարբերակներից, այնպես էլ հոգեկան հիվանդություններից։

Պսիխոպաթիաներին ի տարբերություն բնավորության անհատական տարբերակների բնորոշ են հետևյալ առանձնահատկությունները.

1) անձի պաթոլոգիական առանձնահատկությունների հարաբերական կայունություն, դրանց հետզարգացման չնչին հնարավորություններով.

2) անձի հոգեախտաբանական առանձնահատկությունների ամբողջական արտահայտվածություն, երբ անձի ոչ թե առանձին գծերը, այլ ողջ հոգեկան կառուցվածքն է ախտաբանական.

3) բնավորության ախտաբանական առանձնահատկությունների այն աստիճանի արտահայտվածություն, երբ խանգարվում է անձի վերաբերմունքը շրջապատի հանդեպ և համապատասխանաբար՝ նորմալ փոխհարաբերությունները մարդկանց հետ։

Այս չափանիշներն արտացոլում են պսիխոպաթ անձնավորության ամենաընդհանուր, էական, բնութագրական առանձնահատկությունները և հիմնավորված են Պ. Բ. Գանուշկինի աշխատություններով։

Պսիխոպաթիաները պսիխոզներից տարբերվում են նրանով, որ վերջիններիս բնորոշ են հոգեկան գործունեության արտահայտված խանգարումների ախտանշաններն ու համախտանիշները. օրինակ, զառանցաք, ցնորք, գիտակցության մթագնում և այլն։ Բացի այդ, պսիխոպաթիաները չունեն հիվանդության ընթացք, այսինքն՝ հիվանդության սկիզբ, զարգացում, ելք, ավարտ։ Պսիխոպաթիան տվյալ անձնավորության բնավորության ողջ կյանքի ընթացքում տևական կայուն պաթոլոգիական վիճակ է։

Ներկայումս չկա պսիխոպաթիաների համընդհանուր դասակարգում։ Այս հարցում ամենից ավելի ճանաչված են Պ. Բ. Գանուշկինի, Գ. Շնայ-

դերի, Է. Կրեպելինի, Կ. Կրեչմերի, Օ. Վ. Կերբիկովի աշխատությունները։ Նրանց կողմից նկարագրվել են պսիխոպաթիաների ավելի հաճախ դիտվող ձևերը։

ՊՍԻԽՈՊԱԹԻԱՆԵՐԻ ՁԵՎԵՐԸ

Պսիխոպաթիայի սկզբնական նշաններն արտահայտվում են մանկական և պատանեկան տարիքում, սակայն սեռական հասունացման շրջանում պսիխոպաթիկ հատկանիշները կարող են մեղմանալ կամ լրիվ անհետանալ (դեպսիխոպաթիզացում) կամ, ընդհակառակն, կտրուկ սրանալ՝ ընդհուպ մինչև ծանր պսիխոպաթիայի ձևավորումը։

Առանձնացվում են պսիխոպաթիաների հետևյալ ձևերը.

Ասթենիկ պսիխոպաթները բնութագրվում են այնպիսի գծերով, ինչպիսիք են արագ առաջացող հոգնածությունը, զգայունությունը, տպավորվողությունը։ Ասթենիկները չափազանց անվստահ են, ամաչկոտ, հեշտությամբ շփոթվում են, հուզվում։ Դրանք «միմոզանման» անձնավորություններ են, որոնց հունից կարող է հանել ամեն մի մտավոր և ֆիզիկական լարվածություն, կոպտություն, կյանքի դժվարություն։ Վախենալով այդ ամենից, նրանք խուսափում են լայն շփումներից, ձգտում ստվերում մնալ, առանձնանալ հասարակությունից, ամփոփվել իրենց մեջ։ Դա շիզոիդ պսիխոպաթի կամ շիզոֆրենիայով հիվանդի ինքնամփոփություն չէ, որոնց մոտ առաջանում է երևակայությունների, ցնորքների, ցնորազառանցանքային ապրումների իրենց ուրույն ներաշխարհը, այլ անպաշտպան, խոցելի անձնավորության ինքնամփոփություն է, որին յուրահատուկ են նույն հետաքրքրությունները, զգացմունքները, մտքերը, արարքները, ինչ և բոլոր մարդկանց, բայց որոնք իրենց անլիարժեքության, արագ հոգնելիության մշտական զգացման հետևանքով չեն կարող ակտիվորեն մասնակցել իրենց շրջապատի կյանքում և ինքնապաշտպանման նպատակով ստիպված են հեռու մնալ նրանից։ Նրանք վախենում են առաջիկա դժվարություններից, վախենում են ծաղրի առարկա դառնալուց, մշտապես տագնապահար սպասում են դժբախտությունների, տհաճությունների։

Ասթենիկ պսիխոպաթները հաճախ գանգատվում են վատ ինքնազգացողությունից, գլխացավերից, թուլությունից, սրտի խփոցից, մարմնի տարբեր մասերում տհաճ զգացումներից, գլխապտույտից, ընկճված տրամադրությունից. նրանց մոտ նշվում են զարկերակային ճնշման տատանումներ։

Վերոհիշյալ ասթենիկ բնույթի ախտանշաններն ավելի են արտահայտվում կյանքի ստերեոտիպի (բնակարանի, մասնագիտական գործունեության, աշխատավայրի) փոփոխությունների դեպքում, այն ժամանակ, երբ կենցաղի սովորական դրվածքը հանգստացնում է, նպաստում որոշակի հավասարակշռվածությանը։

Պսիխասթենիկ պսիխոպաթները բնավորության շատ գծերով նմանվում են ասթենիկ պսիխոպաթներին, սակայն նրանց մոտ գլխավորը տագնապալից կասկածամտությունն է։ Նրանք մանրաղնին վերլուծության են ենթարկում ցանկացած արարք, գործողություն, խոսակցություն, ձեռնարկվող կամ ծրագրվող իրադարձություն։ Յուրաքանչյուր որոշում երկարատև քննարկվում է, «մշակվում», ընդունվում կամ հետաձգվում մեծ տատանումներից հետո։ Սեփական վարքի, ծրագրերի և դրանց իրականացման ճշտության վերաբերյալ մշտական կասկածները հաճախ անհաղթահարելի դժվարություններ են առաջացնում և պսիխասթենիկ անձնավորության կյանքը կատարյալ տառապանք դարձնում։ Ինքնավերլուծության հակումը բերում է անցյալի իրադարձությունների մշտական վերհիշմանը, սխալների փորփրմանն ու հայտնաբերմանը, ինքնանախատինքների և ինքնախարազանման։ Դա է՛լ ավելի է նպաստում ինքնավստահության նվազմանը, որը դրդում է պսիխասթենիկներին մեկուսանալ ակտիվ կյանքից, անընդհատ խորհել, թե ինչ են իրենք անում և ինչ է կատարվում իրենց շուրջը։ Սա հանգեցնում է անպտուղ իմաստակման, «մտավոր որոճքի» (Պ. Ժանե), չափազանց ուժեղացած ինքնաստուգման ձգտման։

Դժվարությունները իրական կյանքում պսիխասթենիկները հաճախ փոխհատուցում են այն բանով, որ մտովի, երազանքներում իրենց պատկերում են ուժեղ, կամային, միաժամանակ մշտապես վախենում են իրենց առողջության համար։ Ասթենիզացիայի ժամանակ տագնապալի կասկածամտության հետ կապված, դեկոմպենսացիայի դեպքում նրանց մոտ առաջանում են տարբեր սեռական վիճակներ (մտքեր, վախ, ծանր հիվանդության առաջացման երկյուղ), որոնք կարող են բերել հիպոխոնդրիկ համախտանիշի զարգացմանը։

Իրենց առօրյան հեշտացնելու նպատակով պսիխասթենիկները ջանում են տանն ու աշխատավայրում ստեղծել հստակ կարգուկանոն, որի պայմաններում հաճախ պետք չի լինում ընդունել տանջալից որոշումներ և դրանով իսկ գոնե ինչ-որ չափով չեզոքացնում են իրենց տագնապալի կասկածամտությունը։

Փոքրվող (էպիլեպտոիդ) պսիխոպաթները, ըստ է. Կրեպելինի, աչքի

են ընկնում հուզական ուժեղ գրգռականությամբ։ Ամենաչնչին առիթը կարող է առաջացնել աֆեկտիվ արտահայտված զերզգայական ռեակցիա, լինի դա զայրույթ, վախ, ուրախություն, չարություն և այլն։ Երբեմն զերզգայական նոպաներն այնպիսի ուժգնության են հասնում, որ տեղի է ունենում գիտակցության մթագնում (պաթոլոգիական աֆեկտ)՝ առաջանում է հոգեշարժական գրգռվածություն և կորչում է ըմբռնելու, տեղի ունեցածի համար հաշիվ տալու և իրենց գործողությունները ղեկավարելու ընդունակությունը։ Նման իրավիճակներում նրանք դառնում են վտանգավոր շրջապատի համար, կարող են կատարել զանազան ագրեսիվ արարքներ, ընդհուպ մինչև սպանություններ։

Գրգռվող պսիխոպաթների տրամադրությունը խիստ անկայուն է, ավելի հաճախ՝ մռայլ. պարբերաբար առաջանում են դիսֆորիկ վիճակներ։ Տաքարյունությունը, դյուրագրգռությունը, մռայլությունը, դաժանությունը պայմանավորում են նրանց վարքը, և նրանց ռեակցիան ու արարքները դարձնում անկանխատեսելի, անսպասելի, ուղղման չենթարկվող։ Նրանք շուտ են ընդհարվում, անընդունակ են տևական նպատակաուղղված գործունեության, չեն դիմանում աշխատանքին, հաճախ փոխում են աշխատավայրը։ Ցանկացած սահմանափակում է՛լ ավելի է դաժանացնում նրանց, ի հայտ բերում անզիջողություն, կոպտություն։ Չնայած նրանք բավականին ակտիվ են, սակայն կենսական դժվարությունների դեպքում, անհաջողությունների ժամանակ հեշտությամբ հուսահատվում են, ոչ հազվադեպ դիմելով ինքնավնասումների և նույնիսկ՝ ինքնասպանության փորձերի։ Նրանք հակում ունեն դեպի ալկոհոլը, պերվերզիաները և սեռական էքսցեսները։

Որոշ դեպքերում 30—40 տարեկան հասակում բնավորության պսիխոպաթային գծերը հարթվում են, այլ դեպքերում, անբարենպաստ սոցիալական գործոնների պայմաններում, հանգեցնում սոցիալական լրիվ դեզադապտացիայի։

Հիպերթիմիկ պսիխոպաթները բնութագրվում են մշտապես բարձր տրամադրությամբ, լավ ինքնազգացողությամբ։ Նրանք անհոգ, բարեսիրտ մարդիկ են, աչքի են ընկնում ակտիվությամբ, գործունյա են և ձեռներեց։ Նրանք շարժուն են և շատախոս, հակված են գերագնահատել իրենց անձն ու հնարավորությունները, սակայն մի փոքր մակերեսային են, թեթևամիտ, շուտ ոգևորվող՝ ինչպես անձնական կյանքում, այնպես էլ աշխատանքում։ Նրանք աչքի են ընկնում ճարպկությամբ, հեշտ են հասնում իրենց նպատակներին, վայելում կյանքի բարիքները։ Սակայն չափից ավելի ինքնավստահությունը, առաջնության հասնելու

ձգտումը, մշտական հուզական գերակտիվությունը հաճախ կոնֆլիկտային իրավիճակներ են ստեղծում։ Դյուրագրգիռ լինելով, հիպերթիմիկները նույնքան արագ էլ հանդարտվում են, բայց ընդհանուր առմամբ հարմարվում են մարդկանց, կոլեկտիվի հետ։ Նրանք հաճախ «իրենց շրջապատի ոգին» են, լավ, համարձակ կազմակերպիչներ, երբեմն դիմում են խիզախման (ռիսկի), որը հաճախ տարբեր պատահարների է հասցնում։ Ստեղծելով աղմուկ ու իրարանցում, նրանք մշտապես ինչ-որ իրադարձությունների կենտրոնում են, գիտեն բոլոր նորությունները, մասնակցում են բոլոր ձեռնարկումներին, բայց այս ամենը հաճախ անցողիկ բնույթ է կրում։ Նրանց կյանքը պայծառ է, բայց առանց խոր հետաքրքրությունների և մտերմությունների։

Հիպոթիմիկ պսիխոպաթները (դիսթիմիկները) աչքի են ընկնում տրամադրության մշտական ընկճված երանգով։ Նրանք «բնածին հոռետեսներ են» (ըստ Պ. Բ. Գանուշկինի), մեղմ, փափկասիրտ, սիրալիր մարդիկ, շատ բարեսիրտ են ու նրբազգաց։ Հիպոթիմիկները մշտապես տանջվում են իրենց անբիարժեքության, ոչնչության զգացումից, իրենց համարում անընդունակ, անպետք, անընդհատ զբաղվում են ինքնանընվաստացմամբ։ Նրանք կյանքից ոչ մի լավ բան չեն սպասում, անհաջողությունների, դժբախտությունների, անկարգությունների համար առաջին հերթին իրենց են մեղադրում։ Ամեն ինչում միայն վատն են տեսնում։ Նրանց ոչ մի բան իսկապես չի ուրախացնում, և եթե նույնիսկ ընտանիքի, ընկերների ներկայությամբ կենսուրախ են, ծիծաղում են, դա միայն արհեստական դիմակ է, որի հետևում քողարկված են հուսալքությունն ու տխրությունը։ Երբեմն ընկճված տրամադրության ֆոնի վրա դիտվում են բազմաթիվ հիպոխոնդրիկ գանգատներ, բայց պսիխոթերապևտիկ զրույցները բարենպաստ ազդեցություն են թողնում, միայն կարճ ժամանակով։

Հիստերիկ պսիխոպաթները հիմնականում ղեկավարվում են ամեն գնով շրջապատի ուշադրության կենտրոնում գտնվելու ձգտմամբ, որն էլ համարվում է նրանց բոլոր ցանկությունների հիմնական իմաստը։ Այդ ձգտումն արտահայտվում է ամեն ինչում. արտաքին տեսքում, որը կրում է վառ, աչքի զարնող բնույթ (դիմահարդարություն, սանրվածք, հագնվելու ոճ), արտասովոր արարքներում, դիմաշարժության, շարժուձևի, խոսքի մեջ։ Ամեն ինչ նախանշված է արտաքին ազդեցության համար, պայմանավորված «ճանաչման արժանանալու ծարավով»։

Դիտվում է բնավորության ծայրահեղ անկայունություն, փոփոխականություն։ Նրանց կարծիքները, վարքը, զգացմունքները կախված են

իրավիճակից։ Հիստերիկները ձգտում են երևալ ավելին, քան իրականում կան (Յասպերս), երբեմն դիմում են կեղծ վկայությունների, ինքնակրպարտման՝ ամեն գնով իրենց նշանակությունը, առաջատար դերը ցույց տալու նպատակով։ Նրանց ձեռնարկած ինքնասպանության շինծու փորձերը, որոնք երբեմն ճակատագրական են դառնում, նույն նպատակին են ծառայում։ Ոմանք ձգտում են ընդգծել իրենց հիվանդությունների անսովորությունը, որոնց ընթացքում փորձում են ցուցադրել անտանելի տառապանքները հաղթահարելու ճիգերը (հիստերիկ նոպաներ, համբուրություն, կուրություն, ոտքի վրա կանգնելու և քայլելու անկարողություն, անդամալուծություն, աղիքային անանցանելիություն, շնչառության խանգարում և այլն։ Մյուսներն ընդգծում են իրենց հասարակական հատուկ դիրքը, մասնակցությունը կարևոր դեպքերին։ Այդ ամենն արվում է անսովոր զգայնությամբ, թատերականությամբ, ցուցադրաբար՝ շրջապատի ներկայությամբ։

Հիստերիկ պսիխոպաթիայով տառապող անձանց մտածողությունը մակերեսային է, վարքը ենթարկվում է հույզերին, դատողությունն ու զգացմունքները հաճախ պարադոքսալ են, դուրս են գալիս ընդունված նորմաների սահմաններից։ Հիստերիկ պսիխոպաթների մոտ բացակայում են հստակ սահմանները երևակայության և իրականության, ֆանտազիայի և ռեալության, հարթմնի տեղի ունեցածի և երազում տեսածի միջև։ Դրանից բխում է երևակայամոլության, ստելու հակումը, պաթոլոգիական ստախոսությունը («պսևդոլոգիա ֆանտաստիկա»), երբ հիվանդների պատմածներում ճշմարտությունը միահյուսվում է մտացածինի հետ, երբ ցանկալին ներկայացվում է որպես իրականություն, երբ ամեն ինչ կամայականորեն խեղաթյուրվում է։ Այդ կարգի պսիխոպաթներն այնքան են ընտելանում իրենց իսկ երևակայության արգասիք հանդիսացող իրավիճակներին, որ իրենք էլ են սկսում հավատալ դրանց։

Անբարենպաստ իրադրության ազդեցության տակ հիստերիկ պսիխոպաթների մոտ առաջանում են նևրոզներ, դաշտանադադարի շրջանում հաճախ արվում են բնավորության ախտաբանական գծերը։ Սոցիալական լավ պայմաններում հնարավոր է տևական կոմպենսացիա։

Անկայուն պսիխոպաթները անկամ, թույլ բնավորության տեր մարդիկ են, հեշտությամբ ընկնում են շրջապատի ազդեցության տակ, ընկերների կամքին են ենթարկվում, հեշտ և արագ ընդօրինակում են ուրիշներին։ Նրանք չունեն խոր գիտելիքներ, չեն հաստատում ամուր մրտերմական կապեր, մի խմբից հեշտությամբ անցնում են մյուսին, ա-

ռանց երկմտանքի փոխում են որոշումներն ու նպատակները։ Դպրոցում վատ են սովորում, չնայած մտավոր ունակությունները կարող են վատ չլինել, չեն ներկայանում դասերին։ Նույն տեղում երկար չեն աշխատում պարապուրդների և աշխատանքային կարգապահության խախտումների հետևանքով։ Նրանք փնտրում են հաճույքներ և թեթև կյանք, զբաղվում հարբեցողությամբ, մոլեխաղերով, օգտագործում թմրանյութեր, վարում անկանոն ապրելակերպ, ստեղծելով պատահական կապեր, քանի որ տանել չեն կարողանում միայնությունը։ Անուշադրության մատնվելով՝ «անկայուններն» ստիճանաբար գլորվում են կյանքի «անդունդը», կատարում են գողություններ, խուլիգանություն, խարդախություն, դառնում հանցագործներ, թմրամոլներ, հարբեցողներ։ Իսկ բարենպաստ սոցիալական պայմանները՝ հարազատների հոգատարությունն ու վերահսկողությունը, նրանց սահմանած խիստ ռեժիմը նպաստում են զգալի կոմպենսացիային։

Շիզոիդ պսիխոպաթները մի կողմից ամաչկոտ են, երկչոտ, խոցելի, նրբազգաց, մյուս կողմից՝ անտարբեր, չոր, մանրախնդիր, մռայլ կամ համառ, դաժան, բարձրագույն նպատակներին հասնելու մեջ՝ հաստատակամ։ Բայց նրանց բոլորին միավորում է մեկ ընդհանուր գիծ՝ աուտիզմը։ Այսպես, թե այնպես նրանք հիշեցնում են շիզոֆրենիայով հիվանդներին։ Բոլորի մոտ դիտվում է զգացմունքների սառնություն, տարօրինակություններ, որոնք արտահայտվում են ինչպես մտածելակերպի, այնպես էլ վարքի, շարժումների, գործողությունների ոլորտում։ Նրանց շարժումները անբնական են, սեթևեթ, ոչ այնքան համաչափ, դիմախաղը զուրկ է աշխուժությունից։ Հետաքրքրությունները, ձգտումները միակողմանի են, հաճախ՝ յուրօրինակ, արտասովոր։

Կապերը շրջապատի հետ սահմանափակ են, ընտրովի, հաճախ ուղեկցվում են լարվածության, շփոթվածության զգացմամբ. անմարդամոտ են կամ էլ՝ ձևականորեն մարդամոտ (որը պայմանավորված է անհրաժեշտությամբ)։ Իրենց առջև դրված խնդիրների լուծումից հետո այդ կապերն ու ծանոթությունները ի չիք են դառնում։ Շիզոիդները նոր ծանոթություններ չեն փնտրում, մտերիմ ընկերները մեկ-երկուսն են։ Նրանք ծածկամիտ են, երբեք չեն կիսվում իրենց ներքին ապրումներով, չեն արտահայտում իրենց զգացմունքները։ Նրանց արտահայտությունները նարճ են ու կտրուկ, երբեմն վատ հասկանալի, քանի որ պաճուճապարդ են արտահայտում իրենց մտքերը՝ հաճախ դիմելով սիմվոլներին, դատարկաբանությանը։ Ազատ ժամանակը նվիրում են «աուտիստական»

զբաղմունքներին՝ ընթերցանությանը, միայնակ զբոսանքներին, բնությամբ զմայլվելուն։

Շիզոիդ բնավորության հիմքը, ըստ Կրեչմերի, այսպես կոչված, պսիխէսթեզիկական համամասնությունն է, այսինքն՝ գերզգայնության (հիպերէսթեզիայի) և զգացմունքային սառնության (անեսթեզիայի) զուգակցումը։ Հիպերէսթեզիայի գերազանցման դեպքում խոսքը գնում է զգայական շիզոիդների մասին՝ միմոզանման, խոցելի, իսկ անեսթեզիան (զգացմունքային սառնությունը) հատուկ է էքսպանսիվ շիզոիդներին։

Զգայական շիզոիդները «գերնրբազգաց», հիվանդագին զգայնություն ունեցող, վարքագծի նորմերը պահպանող, հոգեկան հավասարակշռությունը խոր վերապրող անձնավորություններ են։

Էքսպանսիվ շիզոիդները սթենիկ, կամային անձնավորություններ են, որոնք հաշվի չեն նստում մյուսների հետ։ Հաճախ դրանք մեծամիտ, սառը, սկզբունքային մարդիկ են, ընդունակ չեն ազդումակցության և անտարբեր են առանձին մարդու ճակատագրին։

Ե՛վ զգայական, և՛ էքսպանսիվ շիզոիդները հոգեցունց իրավիճակների ազդեցության տակ կարող են դեկոմպենսացվել, արտահայտելով գրեթե խելացնոր մտքեր, սակայն անձի կառուցվածքը կոնֆլիկտների լուծումից հետո չի փոխվում, հիվանդագին դինամիկա, սովորաբար, չի դիտվում։

Պարանոյալ պսիխոպաթները բնութագրվում են նեղ հետաքրքրություններով, մտածողության միակողմանիությամբ։ Նրանք էգոցենտրիկ են, տառապում են արտահայտված մեծամտությամբ։ Այն ամենը, ինչ սերտորեն կապված է նրանց ու նրանց շահերի հետ, ուշադրության արժանի է թվում։ Նրանք համառորեն պաշտպանում են իրենց համոզմունքները, եթե նույնիսկ բոլորին էլ ակնհայտ է դրանց անճշտությունը, և տրամաբանական հետևություններն ու փաստարկները բոլորովին էլ չեն կարող սասանել նրանց վճռականությունը դրված խնդրի իրականացման գործում։ Սթենիկ են, համառ, կասկածամիտ. յուրաքանչյուրը, ով համաձայն չէ իրենց հետ, արժանանում է թշնամի, չարակամ, նախանձ կոչմանը։ Պարանոյալ պսիխոպաթների արժանիքները և ճշմարտացիությունը չճանաչելը հանգեցնում են շրջապատի մարդկանց հետ, ընդհարումների ենթադրվող թշնամիների դեմ պայքարի։ Ինհաջողությունները նրանց չեն կանգնեցնում, այլ նոր ուժ են տալիս այդ պայքարում, որը կարող է երկար շարունակվել, առավել ևս, որ պարանոյալ պսիխոպաթների տրամադրության ֆոնը իջած է՝ լարվածության երանգով։ Ֆիքսվելով վիրավորանքների վրա, չցուցաբերելով բավարար

քննադատական վերաբերմունք, նրանք վրեժի ծրագրեր են մշակում, մեկը մյուսի հետևից բողոքներ գրում, որոնք ամբողջական հատորներ են կազմում (հայցամոլներ, դատամոլներ) և այս ամենը հաճախ արդարության համար պայքարի տեսք է ընդունում՝ «հանուն արդարության»։

Պարանոյալ պսիխոպաթների հիմնական կլինիկական հատկանիշը գերարժեքային մտքերի ձևավորումն է։ Դրանց բովանդակությունը կարող են կազմել նրանց կարծիքը իրենց բարձր դիրքի և կարևոր նշանակության մասին, բարենորոգչական, խանդի, վերաբերման, մելամաղձոտ գաղափարները։ Ի տարբերություն զառանցանքների, դրանք սերտորեն կապված են ռեալ իրադարձությունների հետ, ունեն կոնկրետ բովանդակություն, սակայն դրանց հիմնավորումը հաճախ միակողմանի բնույթ է կրում. որպես ապացույց է վերցվում այն, ինչ շահավետ է իրենց, և ընդհակառակն, ուշադրության չեն արժանանում էական հանգամանքները, եթե դրանք չեն ամրապնդում պարանոիկների հայացքները։

Սեռական աղավաղումներ (պերվերզիաներ)։ Սեռական աղավաղումները կարող են առաջանալ տարբեր պսիխոպաթիաների ժամանակ, բայց ավելի հաճախ դրանք դիտվում են գրգռվող, անկայուն, հիստերիկ պսիխոպաթների մոտ, ինչպես նաև տարբեր հիվանդությունների ժամանակ (շիզոֆրենիա, նևրոզներ, էնդոկրին հիվանդություններ, գլխուղեղի օրգանական ախտահարումներ և այլն)։ Սովորաբար պսիխոպաթների մոտ սեռական աղավաղումների ձևավորման համար նախապայման է հանդիսանում վաղ զարգացող և ուժեղ սեռական գրգռելիությունը։ Մեծ նշանակություն ունի նաև միջավայրի ազդեցությունը, ալկոհոլիզմն ու թմրամոլությունը. որոշակի դեր կարող է խաղալ տարիքը (երիտասարդ, նախածերունական և ծերունական հասակ, երբ պերվերզիվ մղումներն ուժեղանում են)։ Սեռական աղավաղումներից են՝

Հոմոսեքսուալիզմ. հակում միևնույն սեռին պատկանող անձանց հանդեպ։ Կանանց մոտ դա լեսբիականությունն է, տրիբադիան, տղամարդկանց մոտ՝ պեդերաստիան, արվամոլությունը։ Սադիզմ՝ սեռական բավարարվածություն, որն առաջանում է սեռական հարաբերությունը զուգընկերոջը տանջելու հետ ուղեկցելու ձևով (ընդհուպ մինչև գազանային խոշտանգումներն ու նույնիսկ սպանությունները)։ Մազոխիզմ՝ սեռական բավարարվածություն զուգընկերոջ կողմից՝ նվաստացումների ու տվայտանքների ենթարկվելու ձևով։ Տրանսվեստիզմ՝ սեռական բավարարվածություն հակառակ սեռի հագուստը կրելու միջոցով։ Էքսհիբիցիոնիզմ՝ սեռական բավարարվածություն հակառակ սեռի անձանց ներ-

կայությամբ սեռական օրգանները ցուցադրելով։ Ֆետիշիզմ՝ հակառակ սեռին պատկանող հագուստի առանձին առարկաները (սպիտակեղեն, կոշիկ և այլն) հավաքելով. սա բնորոշ է տղամարդկանց։ Պեդոֆիլիա՝ սեռական հակում երեխաների հանդեպ։ Ինցեստ՝ սեռական հակում մերձավոր բարեկամների հանդեպ։ Գերոնտոֆիլիա՝ սեռական հակում ծերունիների հանդեպ։ Նեկրոֆիլիա՝ սեռական հակում դիակների հանդեպ։ Սոդոմիա՝ սեռական հակում կենդանիների հանդեպ։ Պիգմալիոնիզմ՝ սեռական հակում արձանների հանդեպ։ Նարցիսիզմ (աուտոէրոտիզմ)՝ ինքնատիրահարվածություն, սեռական գրգռումն առաջանում է սեփական մարմինը զննելիս կամ դրա արտացոլումը հայելու մեջ նայելիս։ Սկոտոֆիլիա, վիզիոնիզմ՝ սեռական գրգռումն առաջանում է սեռական հարաբերություն, միզարձակություն կամ դեֆիկացիա գաղտնի նայելիս։ Օնանիզմ՝ սեռական օրգանների մեխանիկական գրգռում սեռական բավարարվածություն ստանալու նպատակով (ֆիզիկական օնանիզմ) կամ տարփանքի հասնել էրոտիկ թեմաներով ուժեղ երևակայության միջոցով (հոգեկան օնանիզմ)։

ՊՍԻԽՈՊԱԹԻԱՆԵՐԻ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ

Պսիխոպաթիաները կարող են լինել բնածին և ձեռքբերովի։ Բնածին պսիխոպաթիաների մասին խոսում են սաղմի կամ պտղի վրա վնասակար նյութերի ազդեցության դեպքում. նշանակություն ունեն ժառանգական գործոնը, ծննդաբերական վնասվածքները, վաղ հետծննդյան շրջանի ախտաբանությունը, տիֆիլիսն ու ալկոհոլամոլությունը, բեղմնավորումը հարբած վիճակում (ֆրանսիացի հեղինակների «շաբաթ օրվա երեխաները»), էմբրիոպաթիաները, ինֆեկցիաներն ու թունավորումները։ Պսիխոպաթիայի ձևավորմանը մեծապես նպաստում են շրջապատի անբարենպաստ պայմանները (դաստիարակությունը, հոգեկան տրավմաները)։ Ըստ Օ. Վ. Կերբիկովի, որոշ դեպքերում զարգացման գործում գլխավորը կոնստիտուցիոնալ գործոնն է («կորիզային պսիխոպաթիաներ»), այլ դեպքերում՝ շրջակա միջավայրի հոգեծին ազդեցության գործոնը («քնավորության հիվանդագին զարգացում»)։ Սակայն վիճելի է մնում այն հարցը, թե հոգեծին վնասվածքի ազդեցության տակ առաջացած անձի պաթոլոգիական զարգացումը կարելի՞ է արդյոք որակավորել որպես պսիխոպաթիա։

Պսիխոպաթիայի մասին ուսմունքի առաջացման սկզբնական շրջանում դա դիտվում էր որպես բնածին հիվանդագին կառուցվածք (մարմ-

նակազմություն), անփոփոխ և միջավայրի ազդեցությանը չենթարկվող։ Սակայն 19-րդ դարի վերջում բժշկության մեջ ձևավորվում է զարգացման գաղափարը։ Ստեղծվում է պսիխոպաթիաների դինամիկայի մասին ուսմունք (Պ. Բ. Գանուշկին) և մեծանում ուշադրությունը անձի պաթոլոգիական զարգացման ձեռքբերովի ձևերի հանդեպ։ Ներկայումս առաջատար է համարվում այն տեսակետը, որի համաձայն պսիխոպաթիաների կլինիկական պատկերը իր դրսևորման անփոփոխ չի մնում և ենթակա է որոշակի փոփոխման։

Պսիխոպաթիաների բնածին ձևերի դինամիկան հիմնականում բնութագրվում է քանակական կարգի փոփոխություններով, այսինքն՝ պսիխոպաթիկ առանձնահատկությունների ուժեղացմամբ կամ թուլացմամբ։ Դա արտահայտվում է տրամադրության տատանումներով, հոգեկան սրբավմպների դեպքում ցուցաբերվող հիվանդագին ռեակցիաներով և անձի պաթոլոգիական զարգացմամբ։

Հոգեախտաբանական առանձնահատկությունների նման սրացումներ առաջանում են պսիխոպաթ անձնավորության համար անբարենպաստ հանգամանքների (ալկոհոլի չարաշահման, մարմնական հյուծման) ազդեցության տակ, երբեմն էլ՝ առանց որևիցե կողմնակի գործոնի։ Դրանք համարվում են դեկոմպենսացիայի վիճակներ, որոնք կարող են առաջանալ նաև անցումային շրջաններում (մանկական, արբունքի, կիլմաքսի), դաշտանի, հղիության, ծննդաբերության ժամանակ։ Եվ ընդհակառակը, տարիքի հետ պսիխոպաթիային բնորոշ բնավորության անհամաչափ զարգացման գծերը կարող են հարթվել։

Բնավորության ձեռքբերովի պաթոլոգիական զարգացումը երեխայի կամ դեռահասի մոտ սերտ կապի մեջ է գտնվում կոլեկտիվում կամ ընտանիքում դաստիարակության դրվածքի հետ, ընդ որում առկա է անձի փոփոխությունների ձևի համապատասխանություն՝ կապված սխալ դաստիարակության առանձնահատկությունների հետ։ Նման դեպքերում անձի պսիխոպաթիկ գծերի ձևավորումը տեղի է ունենում ըստ պաթոլոգիական ռեակցիաների ֆիքսման մեխանիզմի։ Այսպես, եթե երեխան ենթարկվում է նվաստացումների, անտեղի խիստ պատիժների, դուրգուրանքի չի արժանանում, դա նպաստում է անձի զարգացման արգելակային ձևի կազմավորմանը։ Երեխայի բոլոր ցանկությունների կատարումը, նրա արարքների նկատմամբ մշտապես ցուցաբերվող հիացմունքը, նրան ներշնչելը, որ ինքը սովորական չէ, տաղանդավոր է, նրպաստում է եսասիրության ու եսամոլության զարգացմանը, միշտ ուշա-

դրության կենտրոնում գտնվելու ձգտմանը, այսինքն՝ անձավորության հիստերիկ գծերի ձևավորմանը։ Հետևաբար, միջավայրի անբարենպաստ պայմանները, հատկապես մանկական և դեռահաս տարիքում, երբ ձևավորվում են բարձրագույն նյարդային գործունեության առանձնահատկությունները, կարող են հանգեցնել այնպիսի շեղումների, որոնք առկա են բնածին պսիխոպաթիայի ժամանակ։ Իսկ դա հանգեցնում է նրան, որ հեռավոր փուլերում ախտաբանական զարգացումն իր կլինիկական պատկերով չի տարբերվում բնածին պսիխոպաթիայից։ Բայց ի տարբերություն պսիխոպաթիայի, անձի ախտաբանական կերտվածքի սկզբնական փուլը ձևավորվում է որոշակի ժամանակահատվածում. հենց այդ ժամանակից սկսած դրսևորվում են բնավորության ախտաբանական գծերը, ի հայտ է գալիս պսիխոպաթներին բնորոշ վարքագիծը. դա, այսպես կոչված, «նախապսիխոպաթային» վիճակն է։ Այս փուլում դեռահասը տարբեր միջավայրերում իրեն տարբեր կերպ է պահում. դպրոցում ցուցաբերում է արգելակվող պսիխոպաթներին բնորոշ վարքագիծ, քանի որ համադասարանցիները ծաղրում են ու նեղում նրան, իսկ հասակակից հարևանների հետ հարաբերությունները լավ են, և նա չի ցուցաբերում պսիխոպաթիկ որևէ առանձնահատկություն։

Ինչպես կորիզային պսիխոպաթիայի, այնպես էլ անձի ախտաբանական զարգացման (ձեռքբերովի) դրսևորման գործում կարևոր դեր է խաղում արբունքի շրջանը։ Այս շրջանում արդեն արտահայտվող պսիխոպաթիկ առանձնահատկությունների դեպքում սկսվում է դրանց կայունացում կամ, ընդհակառակն, անձը դառնում է ներդաշնակ, տեղի է ունենում նրա բնավորության աղավաղված գծերի մեղմացում («դեպսիխոպաթիա»)։ Այդ պատճառով էլ մինչև արբունքի շրջանի ավարտը անհրաժեշտ է մեծ զգուշությամբ ախտորոշել պսիխոպաթիան։

Անձի պսիխոպաթիկ առանձնահատկությունների արտահայտվածության աստիճանը գնալով խորանում է, դրսևորվելով թռիչքաձև ու հասցընելով պսիխոպաթիկ ինքնատիպ մի շղթայի. անձի պսիխոպաթիկ հատկանիշները նպաստում են կոնֆլիկտների առաջացմանը, որոնք իրենց հերթին դառնում են ախտաբանական հոգեծին հակազդման պատճառ. վերջինս էլ հանգեցնում է անձի պսիխոպաթիկ հատկանիշների ծանրացմանը։ Սա բնորոշ է ինչպես «կորիզային» պսիխոպաթիային, այնպես էլ անձի ախտաբանական զարգացմանը։

Պսիխոպաթիայի կամ անձի ախտաբանական զարգացման ախտորոշման համար կարևոր են ոչ այնքան հիվանդի ասածները, նյարդաբանական, էլեկտրաուղեղագրի կամ փորձարարական հոգեբանական հետազոտության տվյալները (դրանք կարող են ոչինչ էլ չտալ), որքան առօրյա կյանքում տարբեր աղբյուրներից ստացված օբյեկտիվ վկայությունները:

Բնածին պսիխոպաթիաներն ու ախտաբանական զարգացումները անհրաժեշտ է տարբերակել գլխուղեղի օրգանական վնասվածքների, էպիլեպսիայի, շիզոֆրենիայի և այլ հիվանդությունների դեպքում առկա պսիխոպաթանման վիճակներից: Այդ հիվանդությունները կարող են առաջացնել անձի պսիխոպաթացում, երբ հիվանդության կլինիկական պատկերն արտահայտում է պսիխոպաթանման բնավորություն: Սակայն այդ պսիխոպաթանման վիճակները ցուցաբերում են տարբեր հիվանդություններին բնորոշ ախտանիշներ: Այսպես, շիզոֆրենիայի հասարակ ձևի ժամանակ անձի ու բնավորության փոփոխությունները հիշեցնում են պսիխոպաթիա, սակայն տարբերակման դեպքում հայտնաբերվում են շիզոֆրենիային բնորոշ ինչպես արգասավոր, այնպես էլ բացասական ախտանշաններ, որոնք վկայում են շիզոֆրենային դեֆեկտի ձևավորման մասին: Նման դեպքերում անամնեզն ու կլինիկական հետազոտությունը թույլ են տալիս հայտնաբերել հիվանդության սկիզբն ու դրա հետ կապված բնավորության յուրահատուկ փոփոխությունը:

Պսիխոպաթիան կարող է զարգանալ նաև այն դեպքերում, երբ վաղ մանկական տարիքում կրած վարակիչ հիվանդությունները, թունավորումները, վնասվածքները՝ չթողնելով ուղեղի տեսանելի անմիջական օրգանական ախտահարումներ, խախտել են նրա հետագա ճիշտ զարգացումը:

Անձի պաթոլոգիական զարգացման և պսիխոպաթիաների համար բնորոշ են հակվածությունը ալերգիկ ռեակցիաների հանդեպ, ինչպես նաև դիսֆորիաները: Նրանք վատ են տանում ալկոհոլային խմիչքները (նույնիսկ փոքր քանակությամբ):

Պսիխոպաթիաների բուժումը ներառում է ինչպես դեղորայքային թերապիան, այնպես էլ բժշկամանկավարժական միջոցառումներն ու հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային ապահովումը: Խորհուրդ է տրվում պսիխոթերապիայի և հոգեբանական ներգործման լայն կիրառում: Մեծ նշանակություն ունեն մասնագիտական ճիշտ կողմնորոշումը, տվյալ

անձին համապատասխանող զբաղմունքի ճիշտ ընտրությունը, շրջապատը։ Հոգեզեղաբանական բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ, որ պսիխոպաթիաների դեպքում դեղորայքների հանդեպ կարող է լինել փոփոխված հակազդեցություն։ Աֆեկտիվ լարվածությամբ, տագնապով, դիսֆորիաներով ընթացող սրացումների ու դեկոմպենսացիաների ժամանակ օգտագործվում են նեյրոլեպտիկներ (ամինազին՝ օրը 50 մգ, ստելազին՝ օրը 5—20 մգ, նեուլեպտիլ՝ օրը 10—20 մգ), սեդատիվ ազդեցությամբ հակադեպրեսանտներ (ամիտրիպտիլին, ազաֆեն՝ օրը 25—75 մգ), տրանկվիլիզատորներ (էլենիում, սեդուքսեն՝ օրը 5—10 մգ, մեպրոբամատ՝ օրը 200—300 մգ)։ Պսիխոտրոպ միջոցների փոքր դեղաչափերի համակցումը մեղմ հակադեպրեսանտների և հանգստացնող դեղամիջոցների հետ նվազեցնում է աֆեկտիվ լարվածությունը և նպաստում սոցիալ-աշխատանքային հարմարմանը։

Աշխատանքային փորձաքննություն։ Պսիխոպաթիաների ժամանակ աշխատունակության կորուստը կարող է առաջանալ դեկոմպենսացիաների դեպքում և կրել ժամանակավոր բնույթ. նման դեպքերում հիվանդին տրվում է հիվանդության թերթիկ։ Զգզվող դեկոմպենսացիաների դեպքում հիվանդներին տրվում է երրորդ խմբի հաշմանդամություն։

Դատահոգեբուժական գնահատականը։ Պսիխոպաթները հիմնականում մեղսունակ են ճանաչվում, քանի որ չեն կորցնում իրենց գործողություններին հաշիվ տալու և դրանց ղեկավարելու ընդունակությունը։

Հազվադեպ՝ արտահայտված հիվանդագին վիճակների դեպքում (գիտակցության մթնշաղային վիճակներ, ծանր դեկոմպենսացիաներ), հիվանդները ճանաչվում են անմեղսունակ։

Գլուխ 22

ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Գլխուղեղի անոթային հիվանդությունները հաճախակի և առաջնակարգ տեղ են գրավում կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական ծագում ունեցող ախտահարումների շարքում։ Դա բխում է ոչ միայն նրանց հաճախականությունից, այլ նաև հիվանդության առաջընթաց բնույթից ու ծանրությունից։

Գրականության մեջ տվյալներ կան այդ հիվանդության «երիտասարդացման» մասին։

Աթերոսկլերոզը բազմապատճառային հիվանդություն է։ Գիտության վերջին տվյալների համաձայն նրա պատճառագիտության և ախտածնության գործում դեր են խաղում ինչպես ներծին, այնպես էլ արտածին բազմաթիվ գործոններ։ Կոնստիտուցիոնալ-ժառանգական, հասակային և ներծին այլ գործոններից բացի, աթերոսկլերոզի առաջացման գործում մեծ դեր է խաղում ճարպային փոխանակության խանգարումը, որի հետևանքով առաջանում է հիպերխոլեստերինեմիա։

Արտածին պատճառների մեջ որոշակի նշանակություն ունի տևական նստակյաց կյանքը, թերշարժունությունը, հուզական երկարատև լարվածությունը, չափից ավելի ուտելը, հատկապես խոլեստերինով հարուստ սննդանյութերի շարաշահումը, ինչպես նաև քրոնիկական թունավորումները (հատկապես ալկոհոլ, ծխախոտ և այլն)։

Վերոհիշյալ բոլոր պատճառները օժանդակում են անոթների պատերի ինտիմայի վնասմանը, ճարպակալմանը, շարակցական հյուսվածքի աճին ու կրակալմանը։ Դրա հետևանքով անոթների պատերը հաստանում ու կարծրանում են, որը առաջ է բերում անոթների առանցքի նեղացում, հետևաբար նաև այդ անոթով սնվող համապատասխան հյուսվածքի արյան մատակարարման խանգարում։

Գլխուղեղի անոթային բազմաձև խանգարումներն աչքի են զարնում իրենց յուրահատկությամբ, որը պայմանավորված է ինչպես հիվանդության ծանրությամբ ու երկարատևությամբ, այնպես էլ համեմատաբար բարձր մահացության տոկոսով։

Գրականության տվյալների համաձայն այդ հիվանդության ժամանակ հանդիպող օրգանական խանգարումների մոտավորապես 3/4 դեպքերը ոչ պսիխոզային բնույթի հոգեկան խանգարումներ են։ Պսիխոզային բնույթ չկրող այդ հոգեկան խանգարումներն արտահայտվում են նևրոզանման, պսիխոպաթանման վիճակների և օրգանական համախտանիշի ձևով։

Սույն գլխում շարադրվում է գլխուղեղի անոթային ծագում ունեցող միայն երեք հիվանդությունների՝ աթերոսկլերոզի, հիպերտոնիայի և հիպոտոնիայի մասին։

ԳԼԽՈՒՂԵՂԻ ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶ

Աթերոսկլերոզը օրգանիզմի քրոնիկական հիվանդություն է, որն առավելապես առաջանում է տարեց մարդկանց մոտ։ Այն բնորոշվում է զարկերակային անոթների ախտահարմամբ, որոնք համեմատաբար ավելի վաղ ու ավելի հաճախ են վնասվում։

Ուղեղային աթերոսկլերոզի սկզբնական շրջանը բնորոշվում է նևրոզանման պատկերով։ Հիվանդները գանգատվում են գլխացավից, գլխապտույտից, արագ հոգնածությունից, աշխատունակության անկումից։ Ամենավաղ ախտանշաններից է համարվում հիշողության թուլացումը։ Հատկապես աչքի է զարնում ընթացիկ դեպքերի ֆիքսացիայի թուլացումը (ֆիքսացիոն ամնեզիա), մինչդեռ անցյալ դեպքերի վերարտադրումը համեմատաբար լավ է պահպանված։ Հիվանդները գիտակցում են իրենց այդ արատը, գանգատվում են մոռացկոտությունից, մոռանում են իրադարձությունների հետևողականությունը, տարեթվերը, իրերի, ծանոթների, երբեմն նույնիսկ հարազատների անունները։ Հաճախ ծոցատետրեր են պահում, ամեն ինչ գրում են՝ չմոռանալու համար։ Ուղեղային աթերոսկլերոզի առավել ծանր դեպքերում ֆիքսացիոն ամնեզիայի հետ մեկտեղ հիվանդները մոռանում են նաև անցյալը (ռետրոգրադ ամնեզիա), ցուցաբերելով կոնֆաբուլատոր բնույթի կեղծ հիշողություններ (կորսակովյան համախտանիշ)։

Տուժում է նաև մտածողության ֆունկցիան։ Դանդաղում է մտքերի հոսքը, դժվարանում է ըմբռնման պրոցեսը։ Հատկապես բնորոշ է հանգամայնությունը, որի ժամանակ հիվանդը անտեսելով գլխավորն ու կարևորը, կանգ է առնում երկրորդական հարցերի, մանրուքների վրա։

Ուղեղային աթերոսկլերոզի բնորոշ ախտանշաններից է թուլահոգությունը։ Նման հիվանդները դառնում են հուզականորեն անկայուն, միաժամանակ շուտ ազդվող ու լալկան։ Հաճախակի կինոֆիլմ դիտելիս, գիրք ընթերցելիս, որևէ պատմություն կամ երաժշտություն լսելիս, որտեղ առկա են հուզական պահեր ու պատկերներ, հեշտությամբ լաց են լինում։ Բնորոշ է նաև քնի խանգարումը։ Այն դառնում է մակերեսային ու կարճատև ընդհատումներով։ Նման հիվանդները հաճախ երեկոյան շուտ քնում են, գիշերն արթնանում և այլևս չեն կարողանում քնել։

Բավականին բնորոշ են բնավորության գծերի աստիճանաբար զարգացող սրացումը և պսիխոպաթիանման խանգարումները։ Հիվանդները դառնում են դյուրագրգիռ, քմահաճ, մռայլ, աֆեկտիվ անկայուն ու կռվարար։

Ուղեղային աթերոսկլերոզը երկարատև հիվանդություն է, ընթանում է պարբերաբար լավացումներով ու վատացումներով։ Իսկ ոչ բարորակ ընթացքի դեպքում հասցնում է մինչև անձի և բանականության իջեցման (աթերոսկլերոզային էնցեֆալոպաթիա, «պարցիալ» կամ «լակունար» թուլամտությամբ)։

Ուղեղային աթերոսկլերոզը հակում ունի բարդանալու ախտաբանական այնպիսի վիճակներով, ինչպիսիք են ասթենո-դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ, կպչուն-վախային և այլ համախտանիշները։ Կարող են հանդիպել նաև բազմաձև հոգեկան խանգարումներ։ Այդ խանգարումները առավել հաճախ արտահայտվում են դեպրեսիվ, հիպոխոնդրիկ, զառանցանքային, ինչպես նաև գիտակցության խանգարման և էպիլեպսանման ցնցումային համախտանիշների ձևով։

Ասթենո-դեպրեսիվ համախտանիշը ուղեղի աթերոսկլերոզի ժամանակ բավականին հաճախ է հանդիպում։ Նման հիվանդների մոտ աթերոսկլերոզին բնորոշ ախտանշանները և հատկապես համարյա թե միշտ հանդիպող ասթենիան զուգորդվում են տրամադրության անկմամբ, տագնապով ու թախիծով, ոչ հազվադեպ՝ նաև ինքնամեղադրման ու ինքնանվաստացման մտքերով։

Որոշ դեպքերում ասթենո-դեպրեսիվ վիճակը կարող է բարդանալ **հիպոխոնդրիկ մտքերով**, վերափոխվելով ասթենո-հիպոխոնդրիկ կամ դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի։ Նման հիվանդներն ամբողջովին տարվում են իրենց գանգատներով, անընդհատ դիմում են բժիշկներին, իրենց համարում ծանր, անբուժելի հիվանդներ։

Աթերոսկլերոզային ծագում ունեցող **պարանոիդ համախտանիշի** դեպքում հիվանդներն արտահայտում են հետապնդման, թունավորման, վերաբերման, վնասի ու կորստի, ոչ հազվադեպ նաև խանդ/ զառանցական մտքեր։ Այդ զառանցանքներին ժամանակ առ ժամանակ կարող են միանալ նաև լսողական բնույթի ցնորքներ՝ թխկոց-շրխկոցների, խշշոցների, կանչերի, մեկնաբանող ձայների և այլ ձևերով։

Ուղեղային արտահայտված աթերոսկլերոզը կարող է բարդանալ **էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներով**, ինչպես նաև ոչ հաճախ հանդիպող՝ գիտակցության պարոքսիզմալ բնույթի մթնշաղային վիճակներով։

Ոչ հազվադեպ կարող են տեղ գտնել նաև գիտակցության **դելիրիումային բնույթի խանգարումներ**, որոնք ալկոհոլային ծագում ունեցող դելիրիումին հակառակ բնորոշվում են տեսողական ցնորքների խամրությամբ ու աղքատությամբ՝ տևելով մի քանի օր։

Ոչ պակաս կարևոր տեղ են գրավում գիտակցության տարբեր բնույթի խանգարումներով ընթացող սուր պսիխոզները, որոնք կարող են արտահայտվել ընդհուպ մինչև սոպոր և կոմա։ Հատկապես պետք է նշել ուղեղային արյունազեղումներից հետո առաջացած հետիենսուլտային թուլամտության մասին, որն ունի առաջընթաց բնույթ, ծանր դեպքերում հասնում է մինչև պսևդոպարալիզային համախտանիշի (երբ խոր թուլամտությունն ընթանում է տրամադրության էյֆորիկ ֆոնի վրա՝ ուղեկցված հիշողության կոպիտ խանգարումներով, անմիտ մեծամոլական զառանցանքներով ու քննադատության բացակայությամբ)։

Ուղեղի աթերոսկլերոզի սկզբնական շրջանի ամենահաճախ հանդիպող նևրոզանման վիճակը պետք է տարբերակել նևրասթենիայից։ Նման դեպքերում որոշակի նշանակություն ունի ասթենիայի ֆոնի վրա ընթացող հիշողության թուլությունը, որտեղ աչքի է զարնում հատկապես ֆիքսացիոն ամնեզիան, անցյալի հիշողության համեմատաբար պահպանումով հանգերձ։ Բնորոշ են համարվում նաև պաթոլոգիական հանգամայնությունը, ինչպես նաև թուլահոգությունը։ Աթերոսկլերոզային ծագմամբ ասթենիայի համար հատկանշական են համարվում մարմնային այնպիսի դրսևորումներ, ինչպես օրինակ՝ ներքին օրգանների աթերոսկլերոզային փոփոխությունները, նյարդաբանական ախտանշանները, աչքի հատակի փոփոխությունները և այլն։ Կարևոր է համարվում նաև անձի յուրահատուկ փոփոխությունը (քմահաճություն, եսասիրություն), ուղեկցված աֆեկտիվ անկայունությամբ և բանականության իջեցման սկսվող նշաններով։

Ուղեղային աթերոսկլերոզի և ծերունական թուլամտության տարբերակիչ ախտորոշման դեպքում տարիքային գործոնից բացի (մի դեպքում 50—60, մյուս դեպքերում 70 և բարձր տարիք) կարևոր նշանակություն ունի թուլամտության կլինիկական արտահայտության ձևը։ Ի տարբերություն տարածուն բնույթի ծերունական թուլամտության, աթերոսկլերոզային թուլամտությունը օջախային բնույթ է կրում, որը ձևավորվում է ի հաշիվ հիշողության թուլացման։ Աթերոսկլերոզային թուլամտության դեպքում հիվանդի անձը համեմատաբար պահպանված է, նա զգում է իր հիվանդագին վիճակը, որն իր արտահայտությունն է գտնում նրա վարքի մեջ։

Բուժումը։ Ուղեղային աթերոսկլերոզի բուժման գործում մեծ նշանակություն ունեն ժամանակին կիրառվող կանխարգելիչ միջոցառումները (ապրելակերպի, աշխատանքի, հանգստի, քնի և սննդի օգտակար ռե-

ժիմ, ճարպեր և ածխաջրատներ պարունակող սննդամթերքների սահմանափակում, ծխելու և խմելու բացառում, ֆիզիկական և հատկապես հոգեկան տրավմաների կանխում և այլն)։

Կարևոր նշանակություն ունի նյութափոխանակության կարգավորումը։ Այդ առումով կարելի է նշանակել նյութափոխանակությունը կարգավորող այնպիսի կենսախթանիչ դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են՝ ամինալոնը (գամալոն)՝ 250 մգ, նոոտրոպիլը (պիրացետամ)՝ 400 մգ, ցերեբրոլիզինը՝ 5 մլ միջմկանային ներարկումների ձևով, էնցեֆաբոլը (պիոիդիտոլ)՝ 50 մգ, ացեֆենը՝ 100 մգ և այլն։

Հակասկլերոզային դեղամիջոցներից կարելի է նշանակել մեթիոնին՝ 250 մգ, ցետամիֆեն՝ 250 մգ, պոլիսպոնին՝ 100 մգ, միսկլերոն՝ 250 մգ, սոուգերոն (ցինարիզին)՝ 25 մգ, կավինտոն՝ 5 մգ, B խմբի վիտամիններ (B1, B6, B12, B15), վիտամին A, C, E, գլուտամինային թթու՝ 0,25 և այլն։ Լավ արդյունք է ստացվում սեդատիվ դեղամիջոցների կիրառումից (սեդուքսեն՝ 5 մգ, էլենիում՝ 5 մգ, ֆենազեպամ՝ 0,05 մգ, գրանդաքսին՝ 50 մգ և այլն)։

Անոթային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների դեպքում պետք է կիրառել համախտանշաբանական բուժում, ինչպես նաև սիրտանոթային, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ հիպոտենզիվ դեղամիջոցներ։

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Հիպերտոնիկ հիվանդությունը բավականին տարածված հիվանդություններից է։ Այն, ինչպես և ուղեղային աթերոսկլերոզը, առավելապես հանդիպում է տարեց մարդկանց մոտ, չնայած կարող է առաջանալ նաև երիտասարդ հասակում։ Հիվանդության առաջացման գործում տարիքային գործոնից բացի, նշանակություն ունի ժառանգականությունը, անձի նախահիվանդագին կերտվածքը, ալկոհոլի, գանգուղեղային վնասվածքի, պսիխոգեն և այլ վնասաբեր գործոնների առկայությունը։

Հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ հանդիպող հոգեկան խանգարումները կարող են լինել ինչպես կարճատև՝ ու անցողիկ, այնպես էլ տևական։ Հիվանդության սկզբնական շրջանի ամենահաճախ հանդիպող ախտանշաններից են գլխացավերը, գլխապտույտները, ընդհանուր թուլությունը, արագ հոգնածությունը, աշխատունակության անկումը։ Հիվանդների տրամադրությունը մեծ մասամբ ընկած է, նրանք հուզականորեն դառնում են անկայուն։ Միաժամանակ դյուրագրգիռ են, լարված,

որոնք հաճախ զարկերակային ճնշման բարձրացման պատճառ են դառնում։ Հիշողությունը որոշ չափով տուժում է։

Հիվանդության զարգացմանը զուգընթաց ուղեղային անոթների տարբեր աստիճանի սպազմներով բնորոշվող գլխացավերը ավելի ուժեղ ու տևական են դառնում, մեծ մասամբ տեղակայված լինելով քունքային շրջանում։ Զարկերակային ճնշման կայուն բարձրացումը, դրա հետ կապված սրտի աշխատանքի ռիթմի խանգարումները, սրտի շրջանի տհաճ զգացումները, ցավերն ու սեղմոցները, հաճախակի գլխապտույտները, ծանրության զգացումը գլխում՝ հիվանդներին դարձնում են լարված ու անհանգիստ. առաջանում են կպչուն բնույթի վախեր (վախ հանկարծամահությունից, ուղեղի կաթվածից)։ Քունը դառնում է մակերեսային ու անհանգիստ։ Առաջանում են բազմաթիվ հիպոխոնդրիկ գանգատներ։

Հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ կարող են առաջանալ մի շարք հոգեախտաբանական համախտանիշներ, որոնցից են պարոքսիզմալ համախտանիշը (անոթային կրիզ)՝ ուղեկցված ուժեղ գլխացավով ու գլխապտույտով, գիտակցության կարճատև խանգարումներով։ Նման դեպքերում կարող են հանդիպել խոսքի աղավաղման, գրելու ունակության խանգարման երևույթներ, տեսողության վատացում և այլն։

Պարոքսիզմալ համախտանիշը կարող է անհետևանք անցնել և վերջանալ հիվանդի լրիվ առողջացմամբ։ Որոշ դեպքերում պարոքսիզմից հետո ասթենիկ վիճակ է առաջանում, որը տևում է քավականին երկար։

Ասթենո-դեպրեսիվ համախտանիշը արտահայտվում է տրամադրության անկումային ֆոնի վրա ընթացող ասթենիկախտանշաններով (գլխացավ, գլխապտույտ, արագ հոգնածություն, աշխատունակության անկում և այլն)։

Ասթենո-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի դեպքում ասթենիկ ախտանշանները զուգակցվում են հիպոխոնդրիկ մտքերով (չհիմնավորված զանազան գանգատներ իրենց առողջության վերաբերյալ), հաճախ բարդանալով տրամադրության անկմամբ (դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտանիշ)։

Կեղծ ուռուցքային համախտանիշի դեպքում հիվանդության կլինիկական պատկերը նման է գլխուղեղի ուռուցքի ժամանակ առկա ախտանշաններին՝ տևական գլխացավեր, գիտակցության տարբեր աստիճանի արտահայտված շշմածություն՝ ուղեկցված խոսքի և շարժումների ակտիվության իջեցմամբ, հոգեկան բոլոր պրոցեսների դանդաղեցմամբ

ու դժվարացմամբ, հիշողության արտահայտված խանգարմամբ, ինչպես նաև բանականության իջեցմամբ։

Կեղծ պարալիզային համախտանիշը առաջանում է հիպերտոնիկ կրիզից հետո և իր կլինիկական պատկերով հիշեցնում է պրոգրեսիվ պարալիզը։ Հիվանդները էյֆորիկ են, բարեհոգի։ Առկա են հիշողության արտահայտված խանգարումներ, աշխատունակության խիստ անկում։ Հիվանդների մոտ հետաքրքրության շրջանակները սահմանափակված են միայն կենցաղային հարցերով, քննադատությունը լրիվ իջած է։ Երբեմն արտահայտում են անձի գերագնահատման, մեծամոլական մտքեր։

Փիտակցության խանգարումները հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ սկսվում են հանկարծակի, ուղեկցվում են զարկերակային ճնշման խիստ բարձրացմամբ։ Գիտակցության մթագնումը կարող է արտահայտվել ցնորքներով ուղեկցվող և ատիպիկ ձևով ընթացող դելիրիումային վիճակի ձևով։ Այդ վիճակից հիվանդները դուրս են գալիս տեղի ունեցածի նկատմամբ մասնակի ամնեզիայով։

ՀԻՊՈՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Հիպոտոնիկ հիվանդության դեպքում հոգեկան զանազան խանգարումներ կարող են դիտվել, որոնք հիմնականում պայմանավորված են հիպոտոնիկ կրիզներով։

Այդ խանգարումներից ամենահաճախ հանդիպող հոգեախտաբանական համախտանիշներից է ասթենիան (գլխացավեր, գլխապտույտներ, ականջներում աղմուկ, ընդհանուր թուլություն, թորշոմածություն, արագ հոգնածություն և այլն)։ Կարող են հանդիպել նաև դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-տագնապային վիճակներ, մթնաշաղային բնույթ կրող գիտակցության կարճատև խանգարումներ։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԵՎ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՆ

Հիպերտոնիկ հիվանդության բուժումը պետք է կատարել համալիր ձևով, որտեղ սկզբից ևեթ պետք է վերացնել այն բոլոր վնասաբեր ազդակները, որոնք հիվանդի մոտ առաջացնում են աֆեկտիվ լարվածություն և զարկերակային ճնշման բարձրացում։ Դրանցից են՝ հիվանդի ընտանեկան, աշխատանքի ու հանգստի հարցերի կարգավորումը, սնունդի ճիշտ ռեժիմը, մարմնամարզությունը, ինֆեկցիաների, ինտոքսիկա-

ցիաների, հոգեկան ապրումների և վնասաբեր այլ ազդակների կանխումը և վերացումը։

Դեղամիջոցային բուժման ժամանակ պետք է հաշվի առնել հիպերտոնիկ հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը, հիվանդի անձի անհատական առանձնահատկությունները։ Դեղամիջոցներից կարելի է կիրառել մագնեզիում սուլֆատի 25 % լուծույթ, էուֆիլին՝ 150 մգ հաբերի կամ 2,4 % լուծույթի ձևով, դիուրետին՝ 300 մգ, դիակարբ՝ 150 մգ, ռեզերպին՝ 0,1 մգ, ադելֆան՝ 0,1 մգ, հիպոթիազիդ՝ 25 մգ, կլոֆելին՝ 0,15 մգ, դիբազոլ՝ 20 մգ կամ 1 % լուծույթ, քրիստեպին, ասկորբինյան թթու՝ 0,5 գ կամ 5 % լուծույթ և այլն։

Սպազմոլիտիկ ազդեցություն ունեն նաև կենտրոնական նյարդային համակարգը հանգստացնող դեղամիջոցները (սեդուքսեն՝ 5 մգ, խլոզեպիդ՝ 10 մգ, գրանդաքսին՝ 50 մգ, տազեպամ՝ 10 մգ, նոզեպամ՝ 10 մգ, օքսիլիդին՝ 20 մգ և այլն)։

Կարևոր բուժիչ մեթոդ է պսիխոթերապիան, քնի կարգավորումը (էունոկտին՝ 10 մգ, ռադեդորմ՝ 5 մգ, ամինազին՝ 25 մգ և այլն)։

Հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումների դեպքում հիպոտենզիվ և հանգստացնող դեղամիջոցներից բացի կիրառվում է նաև համախտանշաբանական համապատասխան բուժում, մեծ զգուշությամբ օգտագործելով նեյրոլեպտիկներ, հակադեպրեսանտներ և այլն։

Հիպոտոնիկ հիվանդության դեպքում առաջին հերթին պետք է վերացնել ախտածին գործոնը։ Դեղամիջոցներից կարելի է կիրառել կենտրոնական նյարդային համակարգի տոնուսը բարձրացնող ու ակտիվացնող պատրաստուկներ (ժենշեն, չինական կիտրոնաթուփ, պանտոկրին, ացեֆեն՝ 100 մգ, կոֆեինի 10 % լուծույթ, սիդնոկարբ՝ 5 մգ, սիդնոֆեն՝ 5 մգ, ցենտեդրին՝ 10 մգ, վիտամին C, B_1, կենսախթանիչներ և այլն)։ Մեծ նշանակություն ունի բուժական ֆիզկուլտուրան, աշխատանքի ու հանգստի ճիշտ ռեժիմի կազմակերպումը։

Դատահոգեբուժական գնահատականը: Անոթային հիվանդությունների ժամանակ մեղսունակության հարցի որոշումը կախված է հիվանդության արտահայտվածության աստիճանից և հոգեկան խանգարումների առկայությունից։

Ուղեղի աթերոսկլերոզով, հիպերտոնիայով և հիպոտոնիայով տառապող անձինք, եթե չունեն արտահայտված հոգեկան խանգարումներ, ճանաչվում են իրավունակ և մեղսունակ։ Թուլամտության և հոգեկան

արտահայտված խանգարումների դեպքում նման անձնավորությունները ճանաչվում են անմեղսունակ և ոչ պատասխանատու իրենց կատարած իրավախախտումների համար։

Գլուխ 28

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ԵՎ ԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Տարիքային հետզարգացման շրջանում օրգանիզմի ծերացման, խամրման ու մի շարք ախտաբանական փոփոխությունների հետ կապված երբեմն հոգեկան խանգարումներ կարող են առաջանալ, որոնք ընդունված է անվանել տարիքային հետզարգացման կամ տարիքային ուշ շրջանի պսիխոզներ։

Տարիքային հետզարգացման պսիխոզները երկու հիմնական խմբերի են բաժանվում՝ նախածերունական (ինվոլուցիոն) և ծերունական պսիխոզներ։

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ (ԻՆՎՈԼՈՒՑԻՈՆ) ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Նախածերունական հասակում (50—60 տարեկան) հանդիպող հոգեկան խանգարումներ են, որոնք պայմանավորված են օրգանիզմում տեղի ունեցող տարիքային մի շարք փոփոխություններով, մասնավորապես սեռական գեղձերի ֆունկցիայի հետաճմամբ։

Հիվանդության առաջացմանն օժանդակող լրացուցիչ գործոններ են համարվում հոգեկան տևական ապրումները, ինչպես նաև սոմատիկ ձգձգվող հիվանդությունները։

Նախածերունական պսիխոզները որպես ինքնուրույն հիվանդություններ առաջին անգամ նկարագրել է 1896 թ. Կրեպելինը։

Նախածերունական պսիխոզների ժամանակ տեղ են գտնում գլխուղեղի օրգանական փոփոխությունների ֆոնի վրա զարգացող ֆունկցիոնալ բնույթի խանգարումներ։ Այդ պսիխոզները երբեմն ունենում են շարորակ ու տևական ընթացք՝ հասցնելով թուլամտության։ ավելի հաճախ են հիվանդանում։

Ինվոլուցիոն պսիխոզների մի քանի ձևեր կան։

ցիաների, հոգեկան ապրումների և վնասաբեր այլ ազդակների կանխումը և վերացումը։

Դեղամիջոցային բուժման ժամանակ պետք է հաշվի առնել հիպերտոնիկ հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը, հիվանդի անձի անհատական առանձնահատկությունները։ Դեղամիջոցներից կարելի է կիրառել մագնեզիում սուլֆատի 25 % լուծույթ, էուֆիլին՝ 150 մգ հաբերի կամ 2,4 % լուծույթի ձևով, դիուրետին՝ 300 մգ, դիակարբ՝ 150 մգ, ռեզերպին՝ 0,1 մգ, ադելֆան՝ 0,1 մգ, հիպոթիազիդ՝ 25 մգ, կլոֆելին՝ 0,15 մգ, դիբազոլ՝ 20 մգ կամ 1 % լուծույթ, քրիստեպին, ասկորբինյան թթու՝ 0,5 գ կամ 5 % լուծույթ և այլն։

Սպազմոլիտիկ ազդեցություն ունեն նաև կենտրոնական նյարդային համակարգը հանգստացնող դեղամիջոցները (սեդուքսեն՝ 5 մգ, խլոզեպիդ՝ 10 մգ, գրանդաքսին՝ 50 մգ, տազեպամ՝ 10 մգ, նոզեպամ՝ 10 մգ, օքսիլիդին՝ 20 մգ և այլն)։

Կարևոր բուժիչ մեթոդ է պսիխոթերապիան, քնի կարգավորումը (էնոնոկտին՝ 10 մգ, ռադեդորմ՝ 5 մգ, ամինազին՝ 25 մգ և այլն)։

Հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումների դեպքում հիպոտենզիվ և հանգստացնող դեղամիջոցներից բացի կիրառվում է նաև համախտանշաբանական համապատասխան բուժում, մեծ զգուշությամբ օգտագործելով նեյրոլեպտիկներ, հակադեպրեսանտներ և այլն։

Հիպոտոնիկ հիվանդության դեպքում առաջին հերթին պետք է վերացնել ախտածին գործոնը։ Դեղամիջոցներից կարելի է կիրառել կենտրոնական նյարդային համակարգի տոնուսը բարձրացնող ու ակտիվացնող պատրաստուկներ (ժենշեն, չինական կիտրոնաթուփ, պանտոկրին, ացեֆեն՝ 100 մգ, կոֆեինի 10 % լուծույթ, սիդնոկարբ՝ 5 մգ, սիդնոֆեն՝ 5 մգ, ցենտեդրին՝ 10 մգ, վիտամին C, B_1, կենսախթանիչներ և այլն)։ Մեծ նշանակություն ունի բուժական ֆիզկուլտուրան, աշխատանքի ու հանգստի ճիշտ ռեժիմի կազմակերպումը։

Դատահոգեբուժական գնահատականը։ Անոթային հիվանդությունների ժամանակ մեղսունակության հարցի որոշումը կախված է հիվանդության արտահայտվածության աստիճանից և հոգեկան խանգարումների առկայությունից։

Ուղեղի աթերոսկլերոզով, հիպերտոնիայով և հիպոտոնիայով տառապող անձինք, եթե չունեն արտահայտված հոգեկան խանգարումներ, ճանաչվում են իրավունակ և մեղսունակ։ Թուլամտության և հոգեկան

արտահայտված խանգարումների դեպքում նման անձնավորությունները ճանաչվում են անմեղսունակ և ոչ պատասխանատու իրենց կատարած իրավախախտումների համար։

Գլուխ 28

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ԵՎ ԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Տարիքային հետզարգացման շրջանում օրգանիզմի ծերացման, խամրման ու մի շարք ախտաբանական փոփոխությունների հետ կապված երբեմն հոգեկան խանգարումներ կարող են առաջանալ, որոնք ընդունված է անվանել տարիքային հետզարգացման կամ տարիքային ուշ շրջանի պսիխոզներ։

Տարիքային հետզարգացման պսիխոզները երկու հիմնական խմբերի են բաժանվում՝ նախածերունական (ինվոլուցիոն) և ծերունական պսիխոզներ։

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ (ԻՆՎՈԼՈՒՑԻՈՆ) ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Նախածերունական հասակում (50—60 տարեկան) հանդիպող հոգեկան խանգարումներ են, որոնք պայմանավորված են օրգանիզմում տեղի ունեցող տարիքային մի շարք փոփոխություններով, մասնավորապես սեռական գեղձերի ֆունկցիայի հետաճմամբ։

Հիվանդության առաջացմանն օժանդակող լրացուցիչ գործոններ են համարվում հոգեկան տևական ապրումները, ինչպես նաև սոմատիկ ձգձգվող հիվանդությունները։

Նախածերունական պսիխոզները որպես ինքնուրույն հիվանդություններ առաջին անգամ նկարագրել է 1896 թ. Կրեպելինը։

Նախածերունական պսիխոզների ժամանակ տեղ են գտնում գլխուղեղի օրգանական փոփոխությունների ֆոնի վրա զարգացող ֆունկցիոնալ բնույթի խանգարումներ։ Այդ պսիխոզները երբեմն ունենում են շարորակ ու տևական ընթացք՝ հասցնելով թուլամտության։ Կանայք ավելի հաճախ են հիվանդանում։

Ինվոլուցիոն պսիխոզների մի քանի ձևեր կան։

Ինվոլուցիոն մելամաղձություն: *Ամենահաճախ հանդիպող ձևերից է։ Բնորոշվում է անկումային տրամադրությամբ (դեպրեսիա), թախծի ֆոնի վրա ընթացող տագնապալից անհանգստությամբ։ Տագնապաթախծային այդ անհանգստությունը հիմնականում պայմանավորված է ինքնամեղադրման, հիպոխոնդրիկ, նիհիլիստական՝ ընդհուպ մինչև աշխարհի կործանման զառանցանքներով։ Հիվանդներն իրենց մեղադրում են զանազան հանցագործությունների մեջ, լացակումած ձևով իրենց նախկին կյանքի ամենաչնչին զանցանքները մեծացնում ու վեր են ածում ծանր ինքնամեղադրման մտքերի, մեղանչում են, վախի ու տագնապային անհանգստության վիճակում սպասում հատուցման ժամին։ Խոսում են իրենց ու հարազատներին սպառնացող անխուսափելի դժբախտության, ընտանիքի կործանման մասին։ Շարժողական անհանգստությամբ, ներքին լարվածությամբ ու տագնապով ուղեկցվող իրարանցումային վիճակում (թախծի պոռթկում՝* raptus melancholicus*) հոգոցներ հանելով, անընդհատ ձեռքերն են տրորում, հարվածում գլխին, կրծքին, ծնկներին, երբեմն ճանկռոտում ու վնասում են իրենց, մազերն են պոկում, անընդհատ նույնատիպ արտահայտություններով օգնություն են հայցում կամ պահանջում, որ իրենց պատժեն։ Շատ հաճախ ինքնասպանության մտքեր են ունենում և ստեղծված «անելանելի» վիճակից դուրս գալու միակ ելքը գտնում են ինքնասպանության մեջ։*

Դիտվում են նաև հիպոխոնդրիկ, նիհիլիստական զառանցական մտքեր. հայտնում են, որ իրենք հիվանդ են անբուժելի հիվանդությամբ, սիֆիլիսով, թոքախտով, վարակել են շրջապատին, իրենց մարմինը նեխել է, իրենք արդեն մեռել են (կոտարի համախտանիշ)։ Երբեմն հանդիպող շարժողական արգելակման դեպքում հիվանդները միևնույն դիրքում պառկում կամ նստում են անկողնում, հարցերին դժվարությամբ են պատասխանում, նորից արտահայտելով ինքնամեղադրման, նվաստացման, ինքնասպանության մտքեր։ Երբեմն դիտվում են նաև պարանոիդ բնույթի զառանցական մտքեր։ Հիվանդները դառնում են խիստ կասկածամիտ, շրջապատի երևույթները մեկնաբանում են զառանցանքային ձևով, որոնք, այնուամենայնիվ, շաղկապվում են ինքնամեղադրման մտքերի հետ։ Երբեմն կարող են հանդիպել լսողական պատրանքներ. շրջապատի խոսակցությունները հիվանդների կողմից ընկալվում են որպես իրենց հասցեին ուղղված պարսավանք, կշտամբանք ու նախատինք։

Ուշադրության արժանի է հիվանդների սոմատիկ վիճակը։ Նրանք

զառամյալ մարդու տեսք ունեն, ալեհեր են, դեմքը կնճռոտված։ Նիհար-ում են, հաճախ հրաժարվում սննդից։

Ինվոլուցիոն մելամաղձությունը երկարատև ընթացք ունի։ Եթե բարորակ դեպքերում մի քանի ամիս անց հիվանդությունը առողջացմամբ չի վերջանում, ապա այն ընդունում է քրոնիկական ընթացք, տևելով շատ ամիսներ և նույնիսկ տարիներ, արտահայտվելով դեպրեսիվ ֆոնի վրա ընթացող ընդհանուր ակտիվության և անձի իջեցմամբ։

Ինվոլուցիոն մելամաղձությունը պետք է տարբերակել մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլից։ Տարբերակիչ ախտորոշման գործում որոշիչ չափանիշ է համարվում տագնապով ու վախով ուղեկցվող շարժողական գրգռվածությունը (գրգռված մելամաղձություն), հիպոխոնդրիկ-նիհիլիստական, ինչպես նաև պարանոիդ բնույթի զառանցական մտքերի առկայությունը։ Ինվոլուցիոն մելամաղձության դեպքում բացակայում են Վ. Պ. Պրոտոպոպովի նկարագրած մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզին բնորոշ սոմատո-վեգետատիվ ախտանշանները։ Մեծ նշանակություն ու՛ի նաև տարիքային գործոնը, քանի որ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզը երբեք չի սկսվում նախածերունական հասակում։ Վերջապես ախտորոշիչ նշանակություն ունի նաև հիվանդության ընթացքի պարբերականության բացակայությունն անցյալում։

Ինվոլուցիոն պարանոիդը բնորոշվում է գիտակցության պարզության ֆոնի վրա աստիճանաբար զարգացող զառանցական մտքերով։ Այդ զառանցանքները հիմնականում կրում են կողոպտման, սնանկացման, կորստի, աղքատացման, երբեմն խանդի ու հետապնդման բնույթ։ Բնորոշ է համարվում նաև այն, որ այդ զառանցանքի մեջ են ներքաշվում նեղ շրջանի մարդիկ (ընտանիքի անդամներ, հարևաններ, բարեկամներ, գործընկերներ, որոնց հետ հիվանդը ամենօրյա շփման մեջ է գտնվում)։ Զառանցանքի թեման սովորաբար կենցաղային նեղ շրջանակի սահմաններից դուրս չի գալիս («փոքր շրջանի զառանցանք», որը որոշ հեղինակներ անվանում են «խոհանոցային զառանցանք»)։ Հիվանդները համոզված են, որ իրենց նկատմամբ վատ տրամադրված մարդիկ ամեն կերպ աշխատում են նրանց վնաս պատճառել. իրենց բացակայությամբ մտնում են բնակարանները, գողություն կատարում, իրերն են փչացնում, սննդանյութի մեջ կեղտ են գցում, բանալիների անցքերով, պատի կամ լուսամուտների ճեղքերով բնակարանի մեջ գազ են բաց թողնում և այլն։ Հիվանդների վարքը պայմանավորված է նրանց զառանցական մտքերով։ Նրանք իրենց բնակարանի դռների վրա բազմաթիվ, հաճախ գաղտնի փականքներ են ամրացնում, լարված ուշադրությամբ

հետևում են շրջապատի անցուդարձին, դառնում են խիստ կասկածամիտ, կորցնում վստահությունը անգամ հարազատների նկատմամբ։ Լրտեսում են կարծեցյալ թշնամիներին, նրանց վրա բազմաթիվ բողոքներ են գրում՝ արտակարգ ակտիվություն ցուցաբերելով իրենց հիվանդագին համոզմունքները հաստատելու գործում։ Պահանջում են պատասխանատվության ենթարկել, պատժել այդ «թշնամիներին»։ Որոշ հիվանդների մոտ դիտվում են նաև ցնորքներ։ Ոմանք լսում են ձայներ՝ իրենց բնակարանի պատի մյուս կողմից, լսում են հարևանի տանը հավաքված թշնամիների ձայնը, որոնք դավեր են լարում իրենց դեմ. երբեմն զգում են բնակարանում բաց թողնված գազերի հոտը կամ ճաշի մեջ գցված թույնի հետևանքով ճաշի փոխված համը։ Այդ բոլորը հաստատում է նրան, որ տանը ամեն ինչ փակի տակ են դնում։ Վերոհիշյալ հոգեախտանշանները խորանում են հատկապես այն ժամանակ, երբ հիվանդագին այդ մտքերին է միանում նաև խանդի զառանցանքը։ Նրանք մշտապես հետևում են ամուսնու կարծեցյալ սիրածներին, հաճախ բացահայտում են նրանց համատեղ կազմակերպված որոգայթները։ Մշտապես գտնվում են լարված վիճակում, դառնում են ինքնամփոփ, մարդկանցից խուսափող, իսկ որոշ մասն էլ՝ ագրեսիվ ու վտանգավոր շրջապատի համար։

Ինվոլուցիոն պարանոիդը քրոնիկական ընթացք ունի. ժամանակ առ ժամանակ կլինիկական պատկերը փոխվում է, նկատվում է որոշ լավացում, ախտանշանների մեղմացում։ Հետագայում հիվանդի վիճակը նորից կարող է սրանալ, դրսևորելով նախկին կլինիկական պատկերը։

Ինվոլուցիոն պարանոիդը պետք է տարբերակել շիզոֆրենիայի պարանոիդ ձևից։ Նման դեպքում նշանակություն ունի հիվանդների արտահայտած զառանցանքների կոնկրետությունը, անձի՝ շիզոֆրենիային բնորոշ փոփոխությունների (մտածողության ճեղքվածություն, ամբիվալենտություն և պարաֆիմիայի ձևով արտահայտվող հուզական աղավաղումներ) բացակայությունը, ինչպես նաև հոգեկան ավտոմատիզմի ու վերջապես տարիքային գործոնի և շիզոֆրենիային բնորոշ դեֆեկտային վիճակի զարգացման բացակայությունը)։

Ինվոլուցիոն (ուշացած, երկրորդային) **կատատոնիան** համեմատաբար հազվադեպ հանդիպող ձևերից է։ Հաճախ զարգանում է հետապընդման, վերաբերման, ինչպես նաև հիպոխոնդրիկ, ինքնանվաստացման բնույթի զառանցանքների ֆոնի վրա։ Բնորոշվում է ստուպորի հասնող շարժողական արգելակմամբ։ Հիվանդները լրիվ կամ մասնակի կաշկանդված են, չեն խոսում (մուտիզմ), ցուցաբերում են մկանային լար-

մածություն, նույնատիպ («ստերեոտիպ») շարժումներ ու դիրքեր, նեգատիվիզմի երևույթներ։ Հրաժարվում են սնվել։

Տարբերակիչ ախտորոշման հարցում տարիքային գործոնից բացի մեծ նշանակություն ունի ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակումը, երբ հիվանդը դուրս է բերվում արգելակված վիճակից, սկսում է խոսել և արտահայտել նախածերունական հոգեկան խանգարմանը բնորոշ չհամակարգված զառանցական մտքեր՝ հատկապես ինքնամեղադրման, հիպոխոնդրիկ զառանցանքներ։

Ինվոլուցիոն հիստերիան նախածերունական հասակում մեծ մասամբ կանանց մոտ է հանդիպում, կապված դաշտանադադարի հետ։ Հիվանդությունը բնորոշվում է դյուրագրգռությամբ, հուզական արտահայտված անկայունությամբ, լալկանությամբ, կամակորությամբ, շատ հաճախ ցուցադրական վարքով։ Մանր դեպքերում կարող են դիտվել զգացողական ու վեգետատիվ զանազան խանգարումներ, տարազգայնություններ, պարեզներ ու պարալիզներ, նույնիսկ հիստերիկ բնույթի ուշագնացության նոպաներ։ Տևողությունը բավականին երկար է. վերջանում է լավացմամբ։

Բուժումը: Ինվոլուցիոն պսիխոզների բուժումը հիմնականում համախտանշաբանական բնույթ է կրում։

Ինվոլուցիոն մելամաղձության դեպքում առաջին հերթին պետք է սահմանել խիստ հսկողություն՝ ինքնասպանության փորձերը կանխելու նպատակով։ Դեղանյութեր նշանակելիս պետք է հաշվի առնել հիվանդի տարիքը, սոմատիկ վիճակը։

Դեղանյութերից կարելի է նշանակել ոչ մեծ դեղաչափերով հակադեպրեսանտներ՝ մելիպրամին (տոֆրանիլ)՝ 25 մգ, 1,25 % լուծույթ, ամիտրիպտիլին՝ 25 մգ, 1 % լուծույթ, պիրազիդոլ՝ 25 մգ, ազաֆեն՝ 25 մգ, ինչպես նաև հակադեպրեսիվ ազդեցություն ունեցող նեյրոլեպտիկներ (տիզերցին՝ 25 մգ, 2,5 % լուծույթ, էգլոնիլ՝ 200 մգ)։

Երբ դեպրեսիան զուգորդվում է վախի ու տագնապի երևույթներով, նպատակահարմար է հակադեպրեսանտների և ոչ մեծ դեղաչափերով նեյրոլեպտիկների զուգակցված բուժում (ամինազին՝ 25 մգ, 2,5 % լուծույթ, հալոպերիդոլ՝ 1,5 մգ, 0,5 % լուծույթ և այլն)։ Ինվոլուցիոն մելամաղձության դեպքում բավականին արդյունավետ է էլեկտրացնցումային բուժումը։

Ինվոլուցիոն պարանոիդի և կատատոնիայի դեպքում ցուցված է նեյրոլեպտիկների մեծ դեղաչափերով տարվող բուժումը (ամինազին՝ օրական մինչև 300 մգ, տրիֆտազին՝ մինչև 80 մգ, մաժեպտիլ՝ մինչև 100

մգ, հալոպերիդոլ՝ մինչև 50 մգ)։ Հատկապես լավ արդյունք է ստացվում նեյրոլեպտիկների և ինսուլինի զուգակցված բուժումից։

Ինվոլուցիոն հիստերիայի դեպքում նշանակվում են տրանկվիլիզատորներ (էլենիում, սեդուքսեն և այլն), ինչպես նաև մեղմ նեյրոլեպտիկներ (էտապերազին՝ 10 մգ, սոնապաքս՝ 10 մգ և այլն)։

ՇԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Շերունական պսիխոզները հաճախ առաջանում են 70—80 տարեկան հասակում, բացառությամբ այն ատիպիկ դեպքերի (Պիկի հիվանդություն և Ալցհեյմերի հիվանդություն), որոնք սկսվում են ավելի վաղ, նախածերունական տարիքում։

Շերունական պսիխոզների առաջացմանը նպաստող գործոններ են համարվում արտաքին բնույթի զանազան վնասաբեր ազդակները, մասնավորապես ինֆեկցիաները, ինտոքսիկացիաները, մարմնական ծանր հիվանդությունները, հոգեկան ծանր տրավմաները և այլն։

Շերունական պսիխոզները զարգանում են աստիճանաբար, աննկատելի։ Սկզբնական շրջանում առաջանում են անձի փոփոխություններ, հատկապես՝ բնավորության գծերի սրացում։ Հիվանդները դառնում են անուշադիր, ցրված ու մոռացկոտ։ Հետզհետե ի հայտ են գալիս նաև տարօրինակություններ, այնուհետև՝ հոգեկան խանգարման ակնհայտ ախտանշաններ, ուղեկցված բանականության հարաճուն իջեցմամբ, որն ի վերջո կարող է հասնել մինչև խոր թուլամտության։

Հանդիպում են ծերունական պսիխոզի հասարակ, կոնֆաբուլատոր, դելիրիումային ձևերը, ինչպես նաև Պիկի և Ալցհեյմերի հիվանդությունների ատիպիկ տարբերակները։

Շերունական պսիխոզի հասարակ ձևը (ծերունական թուլամտություն) բնորոշվում է դանդաղ զարգացող ընթացքով, որը կարելի է բաժանել երեք փուլի՝ սկզբնական, թուլամտության և հյուծանքի («մարազմ»)։

Սկզբնական փուլը բնորոշվում է դանդաղ ձևով զարգացող յուրատեսակ թուլամտությամբ, որն արտահայտվում է կեղծ հիշողություններով ուղեկցվող մտապահման աճող թուլությամբ (ֆիքսացիոն ամնեզիա)։ Հիվանդները կորցնում են ընթացիկ դեպքերը հիշելու ունակությունը։ Մոռանում են անունները, թվերը, հենց նոր ասվածն ու կատարվածը։ Հիշողության աստիճանաբար աճող թուլությունը արդեն այն աստիճանի է հասնում, որ հիվանդները մոռանում են իրերի, առարկաների անունները, շրջապատի մարդկանց, անգամ իրենց հարազատների

անունները, իսկ ավելի ուշ դադարում են ճանաչել իրենց մոտիկներին ու հարազատներին։ Առաջանում է տեղի և ժամանակի լրիվ ապակողմնորոշում։

Անձի ծերունական բնույթի փոփոխությունները գնալով ավելի արտահայտված են դառնում։ Հիվանդների մոտ տեղ են գտնում եսամոլությունը, կամակորությունը, չարակամությունը և փնթիությունը։

Անձի մակարդակի իջեցումը արտահայտվում է նաև բնազդների ապարգելակմամբ։ Նրանք դառնում են շատակեր, չնայած իմպոտենցիայով են տառապում, սակայն սեռական սանձարձակություններ են թույլ տալիս հատկապես փոքրահասակների նկատմամբ՝ մանկապղծություն (պեդոֆիլիա), կատարելով քրեական հանցագործություններ։

Հիվանդության խորացմանը զուգահեռ տուժում է նաև բանականությունը՝ հասնելով արտահայտված թուլամտության։ Առաջանում է նորը յուրացնելու դժվարություն, դատողության և քննադատական մակարդակի իջեցում։

Խիստ ձևով տուժում են բարձրագույն հույզերը։ Հիվանդները դառնում են բութ, շրջապատի նկատմամբ լրիվ անտարբեր. նրանց չի մտահոգում անգամ իրենց հարազատների վիշտն ու դժբախտությունը։ Նրանք դառնում են փնթի. իրենց չեն հետևում կենցաղում։ Աչքի է զարնում նրանց ժլատությունը. հավաքում են ամեն տեսակի իրեր, թաքցնում, հաճախ մոռանալով տեղը։ Խիստ բնորոշ է գիշերային անհանգստությունը. գիշերները չեն քնում, անընդհատ ոտքի վրա են, խրատանցման մեջ, անիմաստ գործողություններ են կատարում, իրերն են հավաքում ու կապոտում, շրջապատին խանգարում, իսկ ցերեկները, գիշերային անքնությունից հետո՝ քնկոտ են ու թորշոմած։ Տնային պայմաններում նրանց պահելը բավականին դժվար է դառնում։ Հաճախ դուրս են գալիս տնից, թափառում՝ չկարողանալով հետ վերադառնալ, տունը գտնել։

Հիվանդների մոտ զարգացող թուլամտության ֆոնի վրա ոչ հազվադեպ դիտվում են հետապնդման, թալանի, վնասի զառանցական մտքեր։ Կարող են հանդիպել նաև լսողական ցնորքներ։

Ծերունական պսիխոզի հասարակ ձևի վերջին փուլը բնորոշվում է ֆիզիկական և հոգեկան հյուծանքով։ Թուլամտությունը զարգանալով այն աստիճանի է հասնում, որ հիվանդները դադարում են լրիվ հասկանալ շրջապատի ամենատարրական երևույթները, չեն կարողանում խոսել, փորձում են ուտել, բերանն են տանում ձեռքն ընկած ամեն ինչ, չտարբերելով ուտելին և ոչ ուտելին։ Իրենց սպասարկել չեն կա-

բողանում, մշտապես պառկած են, միզում և կեղտառում են անկողնում։ Այդ բոլորն ուղեկցվում է ֆիզիկական ծայրաստիճան արտահայտված հյուծվածությամբ (կախեքսիա), սնուցման խանգարմամբ, պառկելախոցերով։ Հաճախ մահանում են հիմնական հիվանդությանը միացող մարմնական մի այլ հիվանդությունից (թոքերի բորբոքում, կաթված)։

Սերունական պսիխոզի կոնֆաբուլատոր ձև (Վերնիկեյի պրեսբիոֆրենիա)։

Սերունական թուլամտության այս ձևը հիմնականում ընթանում է հիշողության կոպիտ խանգարումներով։ Հիվանդները հիշողության առկա բացը լրացնում են իրենց կյանքից վերցրած իրական դեպքերի հուշերով կամ ֆանտաստիկական, հնարած նկարագրություններով (պսևդոռեմինիսցենցիա և կոնֆաբուլացիա)։ Նրանց այդ վիճակը այնպիսի տպավորություն է ստեղծում, որ մոռանալով ներկան, իրականը, նրանք կարծես թե վերադառնում են իրենց անցյալին ու սկսում են ապրել այդ անցյալ կյանքով։ Այսպես, օրինակ, հայտնում են, որ դպրոցը մեկ տարի առաջ են ավարտել, հիմա 19 տարեկան են, ամուսնական ճանապարհորդությունից մի քանի օր առաջ են վերադարձել։ Համոզված ասում են, որ աշխատում են, հայտնում են աշխատանքի վայրը, զբաղեցրած պաշտոնը և այլն։ Հիվանդների մոտ ֆանտաստիկական այդ նկարագրություններն անընդհատ փոխվում են։ Նրանց տրամադրությունը առավելապես բարձր է։ Շատախոս են, բարեհոգի։ Իրենց պահում են երիտասարդի նման, հագնվում են վառ գույնի հագուստներ, կռտրտվում են, կատակում, ծիծաղում։

Սերունական պսիխոզի դելիրիումային ձևը (սուր պրեսբիոֆրենիա) *բնորոշվում է գիտակցության մթագնման ֆոնի վրա ընթացող ոչ արտահայտված ու աղքատ տեսողական ցնորքներով ու պատրանքներով։ Գրդրգռվածությունը նույնպես ուժեղ արտահայտված չէ, չնայած գիշերները հիվանդների վիճակն ավելի է ծանրանում։ Դելիրիումը երբեմն կարող է ընդունել մասնագիտական կամ փնթփնթային, շրթնաշշնջային բնույթ։*

Սերունական պսիխոզի դելիրիումային ձևը զարգանում է այն դեպքում, երբ ծերունական թուլամտությունը բարդանում է արտածին որևէ վնասաբեր ազդակով, որը և ծերունական թուլամտությանը տալիս է էկզոգեն պսիխոզի երանգ։ Նույն այդ լրացուցիչ գործոններն էլ, եթե ժամանակին հնարավոր չի լինում վերացնել, ոչ հազվադեպ հիվանդների մահվան պատճառ են դառնում։

ԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈԶԻ ԱՏԻՊԻԿ ՁԵՎԵՐԸ

Ծերունական պսիխոզի ատիպիկ ձևերից են Պիկի հիվանդությունը և Ալցհեյմերի հիվանդությունը։ Նրանք ատիպիկ են համարվում, քանի որ հանդիպում են նախածերունական հասակում, բայց դասվում են ծերունական պսիխոզների շարքը, քանի որ հիմքում ունեն ծերունական պսիխոզներին բնորոշ ուղեղի ապատճական զարգացող պրոցես։

Որոշ հեղինակներ այդ հիվանդությունները դասում են ուղեղի օրգանական ախտահարումների շարքը։

Պիկի հիվանդություն. նկարագրել է գերմանացի հոգեբույժ Պիկը, որի անունով էլ կոչվում է այդ հիվանդությունը։

Հիվանդությունն առաջանում է նախածերունական՝ 50—60 և նույնիսկ ավելի վաղ տարիքում, պայմանավորված է զարգացող թուլամտությամբ և գլխուղեղի կեղևի, հատկապես ճակատային և քունքագագաթային բլթերի ապատճային փոփոխությունների հետ կապված՝ օջախային ախտանշաններով։

Ենթադրություն կա այս հիվանդության ժառանգական բնույթի մասին։

Պիկի հիվանդությամբ կանայք ավելի հաճախ են հիվանդանում, քան տղամարդիկ։

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է զարգացող թուլամտությամբ ուղեկցվող՝ բնավորության ու վարքի փոփոխություններով։ Ի տարբերություն թուլամտություն առաջացնող օրգանական մի շարք հիվանդությունների, երբ բանականությունն իջնում է հիվանդության վերջին շրջաններում, Պիկի հիվանդության ժամանակ բանականությունը սկսում է տուժել հենց սկզբից։ Հիվանդները թույլ են տալիս անմիտ արարքներ, չհասկանալով ու չգիտակցելով այն։ Միաժամանակ տեղի է ունենում մտավոր պրոցեսների աղքատացում, դատողության իջեցում և քննադատական ընդունակության կորուստ։ Հիվանդները մեծ մասամբ դառնում են թորշոմած ու պասիվ. միաժամանակ անձեռներից են ու ոչնչով չհետաքրքրվող։ Կորցնում են սովորական դարձած գործողություններ կատարելու ունակությունը (ապրաքսիա), ցուցաբերում են ճանաչողության զանազան ձևի խանգարումներ (ագնոզիա)։ Բնորոշ ախտանշաններ են համարվում նույնատիպությունը կամ ստերեոտիպիան (մինչև գործողությունների ու վարքի աննպատակ կրկնողություն)։

Խանգարվում է նաև խոսելու ակտը, ընդհուպ խոսելու ունակության

կորուստը։ Ավելի ուշացած շրջաններում տեղ են գտնում նաև հիշողության զանազան խանգարումներ, հատկապես ամնեստիկ աֆազիա։ Բավականին բնորոշ է համարվում հիվանդների հակումը դեպի աննպատակ թափառումները։

Պիկի հիվանդության դեպքում հիվանդի անձը խիստ փոխվում է, որ կարող է արտահայտվել ապարգելակմամբ, էյֆորիայով, գերսեռայնությամբ կամ ընդհակառակ՝ թորշոմածությամբ, բթությամբ, անգործությամբ։

Հիվանդության ընթացքը դանդաղ է ու երկարատև (6—8 տարի)։ Այն հարաճուն է և հասնում է մինչև հոգեկան լրիվ քայքայման (տոտալ թուլամտություն), արտահայտված կախեքսիայի (հոգեկան և ֆիզիկական մարազմ)։

Ալցհեյմերի հիվանդություն։ Առաջին անգամ նկարագրել է գերմանացի հոգեբույժ Ալցհեյմերը, որի անունով էլ կոչվում է հիվանդությունը։

Հիվանդությունն սկսվում է նախածերունական (50—60, երբեմն նույնիսկ 45 տարեկան) հասակում։ Կանայք ավելի հաճախ են հիվանդանում, քան տղամարդիկ։ Տևողությունը միջին հաշվով 8—10 տարի է։

Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ ուղեղի ախտաանատոմիական պատկերը շատ նման է ծերունական թուլամտության ախտաբանական անատոմիային, սակայն այստեղ զարգացող ծանր թուլամտությունն ուղեկցվում է կեղևային ֆունկցիայի օջախային զանազան խանգարումներով (աֆազիա, ագնոզիա, ապրաքսիա և այլն) ու նյարդաբանական մի շարք ախտանշաններով։ Գրականության մեջ ակնարկներ կան այս հիվանդության ժառանգական բնույթի մասին։

Հիվանդությունն սկսվում է ծերունական բնույթի փոփոխություններով, հատկապես հիշողության կոպիտ խանգարումներով, որոնք հասնում են մինչև արտահայտված ամնեստիկ ապակողմնորոշման։ Հիվանդները կորցնում են կյանքում ձեռք բերած ունակությունները, դառնում են ցրված, անտարբեր ու անօգնական։

Աստիճանաբար ի հայտ են գալիս աֆատիկ խանգարումներ (ամնեստիկ աֆազիա, շարժողական աֆազիա, ապրաքտիկ խանգարումներ, լոգոկլոնիա, ագնոստիկ խանգարումներ, ինչպես նաև ագրաֆիա, ակալկուլիա և այլն)։ Բնորոշ է նաև նյարդաբանական այլ ախտանշանների առկայությունը (պարկինսոնիզմ, խորեանման հիպերկինեզներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ)։

Վերը նշված աֆատո-ագնոզա-ապրաքտիկ (ԱԱԱ) համախտանիշի

առկայությունը, առկա մյուս ախտանշանների հետ միասին, հնարավորություն է տալիս վստահորեն ենթադրել Ալցհեյմերի հիվանդության առկայության մասին։

Երբեմն կարող են դիտվել պսիխոտիկ վիճակներ՝ կասկածամտության, խանդի, կորստի, թունավորման, հետապնդման, կողոպուտի զառանցական մտքերով, ինչպես նաև հոգեշարժական գրգռվածություն՝ իմպուլսիվ գործողություններով։

Հետաքրքիր է այն, որ Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ ձևաված թուլամտությունը հենց հիվանդության սկզբից տոտալ ու հարաճուն բնույթ ունի, սակայն հիվանդների մոտ երկար ժամանակ պահպանված է մնում իրենց անկարողության զգացումը։

Հիվանդության վերջին շրջանում թուլամտությունն էլ ավելի է խորանում. հիվանդները դադարում են խոսել, շարժվել, վերանում են անդամ անպայման ռեֆլեքսները, խանգարվում է կլման ակտը, հանդես են գալիս արտաբրգային մկանային կարկամածություն, կոնտրակտուրաներ, ինչպես նաև՝ ծանր կախեքսիա։ Զարգացող ընդհանուր խամրումը հասնում է ֆիզիկական և հոգեկան մարազմի ու մահվան։

Ծերունական պսիխոզները որոշ դեպքերում համեմատաբար դժվար է տարբերակել աթերոսկլերոզային թուլամտությունից, մանավանդ, եթե վերջինս ընթանում է առանց օջախային կոպիտ ախտանշանների։ Նման դեպքերում պետք է նկատի ունենալ, որ եթե ծերունական պսիխոզը ըսկըրվում է 70-ից բարձր տարիքում, ապա ուղեղային աթերոսկլերոզը ավելի վաղ հասակում է հանդիպում։ Աթերոսկլերոզային թուլամտության դեպքում անձի քայքայումն այնպես խոր չի արտահայտված, ինչպես ծերունական թուլամտության ժամանակ։

Աթերոսկլերոզային թուլամտությանը բավականին բնորոշ է պաթոլոգիական հանգամանությունն ու հուզական աֆեկտը (թուլահոգությունը), իսկ առավել կարևոր է այն, որ հիվանդները գիտակցում են իրենց հիվանդագին վիճակը, որը բացակայում է ծերունական թուլամտությամբ տառապող հիվանդների մոտ։ Աթերոսկլերոզի դեպքում թուլամտությունը առավելապես օջախային (պարցիալ) բնույթ է կրում, իսկ ծերունական թուլամտության ժամանակ այն ավելի խորն է ու տարածուն (տոտալ) բնույթի, կապված ուղեղի ախտանատոմիական դիֆուզ փոփոխությունների հետ։ Վերջապես, ի տարբերություն ծերունական թուլամտության, աթերոսկլերոզային թուլամտության ժամանակ հիվանդությունը համեմատաբար բարորակ ձևով է ընթանում։

Գլխուղեղի սիֆիլիսային ծագում ունեցող թուլամտությունից տար-

բերակելու համար, համապատասխան անամնեզից բացի, ախտորոշիչ կարևոր նշանակություն ունեն բացասական սերոլոգիական ռեակցիաները ինչպես արյան, այնպես էլ ողնուղեղային հեղուկի մեջ։

Բուժումը: Սերունական պսիխոզով տառապող հիվանդների նրկատմամբ առաջին հերթին անհրաժեշտ է խնամքի ճիշտ կազմակերպում։ Քանի որ նրանք անմաքրասեր են, միզում և կեղտոտում են անկողնում, ուստի նրանց մարմնի, սպիտակեղենի, անկողնու հիգիենիկ վիճակին խիստ պետք է հետևել։ Պետք է հետևել նաև սնվելուն։

Կիրառվում է ախտանշաբանական ընդհանուր ամրացնող բուժում։ Կարիքի դեպքում կարելի է նշանակել ուղեղային նյութափոխանակությունը լավացնող դեղամիջոցներ. նոոտրոպիլ (պիրացետամ)՝ 0,4 գ, ամինալոն (գամալոն)՝ 0,25 գ, պիրիդիտոլ (էնցեֆաբոլ)՝ 0,1 գ և այլն։ Անհանգստության և գրգռվածության դեպքում կարելի է նշանակել փոքր դեղաչափերով նեյրոլեպտիկներ։

Դատահոգեբուժական գնահատականը: Ինվոլուցիոն պսիխոզով տառապող հիվանդները իրավախախտումներ կատարելու դեպքում դատահոգեբուժական փորձագետ հանձնաժողովի կողմից ճանաչվում են անմեղսունակ և իրենց կատարած հանցագործությունների համար ոչ պատասխանատու։

Սերունական պսիխոզների դեպքում, երբ առկա են հոգեկան խանգարումներ, թուլամտություն, ապա նման հիվանդները նույնպես ճանաչվում են անմեղսունակ և անիրավունակ։

Գլուխ 24

ՕԼԻԳՈՖՐԵՆԻԱ

Օլիգոֆրենիա անունը ծագում է հունարեն oligos— սակավ, թույլ և phren— միտք, խելք բառերից, որ նշանակում է սակավամտություն կամ մտավոր թերզարգացում։

Է. Կրեպելինի առաջարկած (1915 թ.) օլիգոֆրենիա անվան տակ հասկացվում էր տարբեր ախտապատճառներից առաջացած, սակայն համեմատաբար միանման կլինիկական պատկեր ունեցող ախտաբանական վիճակ, որը հիմնականում արտահայտվում է բանականության թերզարգացմամբ։

Օլիգոֆրենիայի առաջացման պատճառները բազմաթիվ են ու բազ-

մազան։ Դրանց շարքն է դասվում ներարգանդային շրջանում պտղի զանգուղեղի ախտահարումը, որի պատճառ կարող են համարվել ծանր տոքսիկոզները, տոքսոպլազմոզը, կարմրախտը, ռեզուս-անհամատեղելիությունը և այլն։ Կարևոր պատճառներ են՝ նյութափոխանակության խանգարումները, ծնողների ալկոհոլամոլությունն ու սիֆիլիսը, քրոմոսոմային անոմալիաները, միկրոցեֆալիան, հիդրոցեֆալիան։ Նշանակություն ունեն նաև ծննդաբերական ասֆիքսիան ու վնասվածքները, հետծննդյան շրջանի առաջին ամիսների և նույնիսկ առաջին տարիների կրած ինֆեկցիաները (մենինգիտ, էնցեֆալիտ), ինտոքսիկացիաները, գանգուղեղային վնասվածքները և այլն։

Օլիգոֆրենիայի առաջին նշանները ի հայտ են գալիս երեխայի կյանքի ամենավաղ շրջանից սկսած, որոնք արտահայտվում են պատճառ չունեցող անվերջ ճչոցներով ու լացով, կամ պասիվությամբ, թոշոմածությամբ ու մեծ մասամբ քնած լինելով։ Նման դեպքերում դիտվում է նաև ֆիզիկական և հոգեկան ուշացած ու դանդաղ զարգացում։ Այդպիսի երեխաները ուշ են քայլում, խոսում. ծնողներին չեն ճանաչում, խաղալիքներով չեն հետաքրքրվում։

Օլիգոֆրենիան հաճախ զուգորդվում է ֆիզիկական արատներով, տհասությամբ (ինֆանտիլիզմ), նյարդաբանական կոպիտ ախտանշաններով, ցնցումային նոպաներով և այլն։

Ըստ ծանրության օլիգոֆրենիան բաժանվում է երեք աստիճանի՝ խոր (ապուշություն, իդիոտիա), միջին (իմբեցիլություն) և թեթև (դեբիլություն)։

Ապուշությունը օլիգոֆրենիայի ամենախոր աստիճանն է, որը հաճախ զուգակցված է լինում ֆիզիկական արատներով։ Ապուշության ժամանակ խոսքը բացակայում է. հիվանդները միայն անորոշ ձայներ են արձակում։ Ապուշների մոտ պայմանական ռեֆլեքսներ մշակելը խիստ դժվար է, համարյա թե անհնար։ Հիմնականում գերակշռում են անպայման ռեֆլեքսները (երբ սոված են կամ անկողնում արտաթորած, մրոտած, սկսում են ճչալ, լաց լինել, անորոշ ձայներ արձակել)։ Բնորոշ է շարժողական անհանգստությունը, որն արտահայտվում է միօրինակ շարժումներով (անընդհատ ճոճվել, սենյակում միօրինակ շարժվել, մատները ծծել և այլն)։ Նրանք հակված են երբեմն աֆեկտիվ դրսևորումների, որի ժամանակ բղավում են, կծոտում իրենց ձեռքերը, հանկոտոտում գեմքը։ Բայց սովորաբար ապուշները պասիվ են, շրջապատի երևույթներին համապատասխան ռեակցիա տալու անընդունակ, անգամ խաղալիքներով չհետաքրքրվող։

Գոյություն ունի ապուշության երկու տարբերակ. էրեթիկական (գրգռվող), երբ գերակշռում է ապարգելակումը (հիվանդներն անվերջ էջում են, բղավում, լաց լինում) և տորպիդային՝ արգելակված, թորշոմած (երբ գերակշռում է արգելակումը. նման երեխաները ժամանակի մեծ մասն անց են կացնում քնած. նրանց արթնացնում են ուտեցնելու կամ մաքրելու համար)։

Իմբեցիլությունը միջին աստիճանի օլիգոֆրենիան է։ Ի տարբերություն ապուշության, իմբեցիլները չնայած կարողանում են խոսել, սակայն նրանց բառապաշարը շատ աղքատ է (մինչև 200—300 բառ)։ Նրանց խոսքը հիշեցնում է նոր խոսել սկսող երեխայի. խոսում են բառերը հաճախ սխալ արտասանելով, դանդաղամիտ են, մտածողությունը խիստ պարզունակ է ու կոնկրետ։ Վերացական մտածողությունը բացակայում է։ Իմբեցիլները խիստ սահմանափակ գիտելիքներ ունեն. հաշվել չեն կարողանում. լավագույն դեպքում կարող են հաշվել մատների վրա մի քանի միավորի սահմաններում։ Նրանք հաճախ գույները չեն տարբերում, իրերի և առարկաների էությունն ու նպատակը չեն հասկանում։ Ասացվածքների և առածների փոխաբերական իմաստը իմբեցիլների համար լրիվ անմատչելի է։ Ընդհանրացումներ ու դատողություններ չեն կարողանում կատարել։ Հիշողությունը խիստ թույլ է, ուշադրությունը՝ անկայուն։

Իմբեցիլները կարող են ցուցաբերել որոշակի հուզականություն։ Նրանք կապված են հարազատներին, իրենց խնամողներին, որոնց տեսնելիս ուրախանում են։ Նրանց մի մասը էյֆորիկ է, բարեհոգի, ամաչկոտ ու վախկոտ։ Մյուսները կամակոր են ու շար. նրանք կարող են նեղանալ, զայրանալ, դառնալով ագրեսիվ շրջապատի մարդկանց, հատկապես՝ թույլերի ու փոքրերի նկատմամբ։

Իմբեցիլները ինքնուրույն կյանք չեն կարող վարել, մշտական հսկողության ու խնամքի կարիք ունեն։ Նրանց մոտ երբեմն հնարավոր է որոշ կենցաղային ունակություններ մշակել (ինքնուրույն ուտել, խմել, բնական կարիքները հոգալ, հասարակ ֆիզիկական աշխատանք կատարել), որ կատարում են հսկողության տակ, անփույթ և անմաքուր։

Ծերիլությունը համարվում է օլիգոֆրենիայի թեթև աստիճանը։ Այստեղ բառապաշարը համեմատաբար ավելի մեծ է, խոսքը՝ աղքատ, քիչ արտահայտիչ ու շաբլոն բնույթ կրող։ Նման երեխաները հանրակրթական դպրոցների նույնիսկ տարրական դասարաններում շատ թույլ են սովորում, հաճախ կրկնում են դասարանները, սակայն օժանդակ դպրոցում համեմատաբար ավելի հեշտ են սովորում, կարողանում են

ավարտել այն։ Համեմատաբար լավ մեխանիկական հիշողություն ունենալու շնորհիվ հասարակ թվաբանական գործողությունները (գումարում, հանում) կարողանում են կատարել մեծ դժվարությամբ։ Մտածողությունը դեբիլների մոտ կոնկրետ է. նրանք աչքի են ընկնում ցածր ըմբռնողությամբ, հաճախ դժվարանում են գլխավորը առանձնացնել, ընդհանրացումներ ու եզրակացություններ անել։ Ասացվածքների և առածների իմաստը դժվարությամբ են հասկանում։

Այդ բոլորով հանդերձ դեբիլները հաճախ ցուցաբերում են ջանասիրություն, որը և օգնում է նրանց որևէ արհեստ ձեռք բերելու։

Կենցաղային ոչ բարդ հարցերում նրանք վատ չեն կողմնորոշվում, հատկապես՝ թեթև դեբիլները։ Նրանք կարող են ինքնուրույն կյանք վարել, ֆիզիկական աշխատանքով զբաղվել, արհեստ ձեռք բերել, ակտիվ ձևով հարմարվել շրջապատի միջավայրին, անգամ ամուսնանալ, ընտանիք կազմել։

Դեբիլները բնավորությամբ խիստ ներշնչվող են, շուտ վիրավորվող ու նեղացկոտ։ Միաժամանակ կամակոր են ու համառ։ Նրանց մոտ նկատվում է ինքնատիրապետման և հակումների զսպման թուլություն։ Չնչին առիթներից կարող են բռնկվել, ագրեսիվ արարքներ կատարել։ Դեբիլների շարժուձևը աններդաշնակ է, պահվածքն ու քայլվածքը՝ անշնորհք։ Նրանց մոտ հաճախ տեղ են գտնում ֆիզիկական զանազան արատներ, կենտրոնական նյարդային համակարգի դեֆեկտներ։

Գործնական հոգեբուժության բնագավառում՝ աշխատանքային, զինվորական և դատահոգեբուժական փորձաքննության հարցերի հետ կապված, հաճախ դեբիլության աստիճանը որոշելու անհրաժեշտություն է առաջանում, որը կարող է լինել թեթև, չափավոր արտահայտված և խոր։ Եթե խոր աստիճանի դեբիլությունը իր կլինիկական արտահայտվածությամբ համարյա թե մոտենում է իմբեցիլության սահմանագծին, ապա թեթև աստիճանի դեբիլությունը ոչ հազվադեպ հիշեցնում է մանկավարժական բարձիթողություն ու մոտենում է նորմայի սահմաններին։

ՕԼԻԳՈՖՐԵՆԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Օլիգոֆրենիայի կլինիկական ձևերը շատ են ու բազմազան։ Ստորև նկարագրվում են առավել տարածված ձևերից մի քանիսը։

Ժառանգական գործոններով պայմանավորված օլիգոֆրենիա։ Միկրոցեֆալիա։ Բնորոշվում է համաչափ փոքր գանգով ու դրան համապատասխան փոքր ու չզարգացած ուղեղով։ Միկրոցեֆալիայի դեպ-

քում սակավամտության ստիպմանը ապուշության կամ արտահայտված ֆմբեցիլության է հասնում։

Գալակտոզեմիա։ Կրծքով կերակրվող երեխաների մոտ ածխաջրատային փոխանակության խանգարման հետևանքով առաջացած խոր սակավամտություն է, որ կապված է օրգանիզմում գալակտոզան ճեղքող ֆերմենտի պակասության հետ։ Չճեղքված գալակտոզան կուտակվելով օրգանիզմում՝ ազդում է մի շարք օրգանների, այդ թվում՝ նաև ուղեղի վրա, արգելակելով նրա զարգացումը։

Ֆենիլկետոնուրիա (ֆենիլպիրոխաղողաթթվային օլիգոֆրենիա)։ Պայմանավորված է ֆենիլալանին հիդրոկսիլազա ֆերմենտի ժառանգական բնույթ կրող անբավարարությամբ, որի հետևանքով սննդի հետ օրգանիզմ մտնող ֆենիլալանին ամինաթթուն լրիվ չի քայքայում, և օրգանիզմում ֆենիլխաղողաթթու է կուտակվում։ Վերջինիս թունավոր ազդեցության հետևանքով երեխայի ուղեղի և ամբողջ օրգանիզմի զարգացման կանգ է առաջանում։

Հիվանդության նշանները ի հայտ են գալիս ամենավաղ տարիքում, երբ դեռ երեխան կրծքով է կերակրվում։ Կանխարգելիչ նշանակություն ունի ֆենիլալանին չպարունակող հատուկ դիետայի նշանակումը։

Տեյ-Սաֆսի ամավրոզային (տեսակոստային) ապուշություն։ Բնորոշվում է հարաճուն ձևով զարգացող սակավամտությամբ և տեսողության անկմամբ։ Հիվանդությունն սկսվում է կյանքի առաջին ամիսներին և պայմանավորված է պաթենխիմատոզ օրգանների և ուղեղի ներբջջային լիպոիդային փոխանակության խանգարմամբ։ Հարաճուն ու մինչև խոր սակավամտության հանող բանականության իջեցումը ուղեկցվում է ծանր կախեքսիայով, պարալիզներով ու կուրությամբ։

Քրոմոսոմային ծագում ունեցող օլիգոֆրենիա։ Քրոմոսոմային ծագում ունեցող օլիգոֆրենիան պայմանավորված է քրոմոսոմների թվի խանգարմամբ։ Քրոմոսոմային ծագում ունեցող օլիգոֆրենիայի տարբեր ձևեր կան, որոնցից մի քանիսի նկարագրությունը տրվում է ստորև։

Դաունի հիվանդություն։ Քրոմոսոմային անոմալիա է, կապված այն բանի հետ, որ 21-րդ աուտոսոմը չի ճեղքվում և քրոմոսոմների քանակը 46-ի փոխարեն մնում է 45։ Այդ հիվանդները արտաքնապես նման են մեկը մյուսին։ Մեծ մասը ցածրահասակ է, կարճ ծայրանդամներով, կլոր ու լայն դեմքով։ Բնորոշ ախտանշաններ են համարվում իրարից հեռու և շեղորեն դետեղված աչքերը, վերին կոպերի հաստացումը, փոքր

(«կոճականման») քիթը և կարմրավուն այտերը։ Բերանը նույնպես փոքր է, կիսաբաց, լեզուն մեծ, ակոսներով ու ծալքերով ծածկված («աշխարհագրական») լեզու։ Ատամները փոքր են ու սակավաթիվ, իսկ ականջները՝ փոքր ու ձևափոխված։ Ձեռքերի մատները լայն են ու կարճ (հատկապես՝ բութ մատն ու ճկույթը)։ Բնորոշ ախտանշան է համարվում մկանային տոնուսի անկումը, հոդերի հիվանդագին արտահայտված շարժունությամբ։ Սեռական օրգանները թերզարգացած են, կրիպտորխիզմի երևույթներով։ Բանականությունը կարող է իջնել դեբիլության-իմբեցիլության մակարդակի։

Շերեշևսկի–Տերների համախտանիշ. պայմանավորված է մեկ X քրոմոսոմի պակասությամբ (46-ի փոխարեն, 45 քրոմոսոմ է)։ Բացակայում է նորմայում կանանց համար բնորոշ սեռական քրոմատինը։ Հիվանդանում են միայն իգական սեռին պատկանող անձինք։

Շերեշևսկի-Տերների համախտանիշին բնորոշ է ցածր հասակը, կարճ ու լայն պարանոցը, սեռական տհասությունը և չքերությունը։ Չնայած բանականությունը երբեմն կարող է նույնիսկ չտուժել, սակայն առավել հաճախ դիտվում է թեթև արտահայտված մտավոր թերզարգացում։

Կլայնֆելտերի համախտանիշ. պայմանավորված է քրոմոսոմների ընդհանուր քանակի ավելացմամբ (46-ի փոխարեն, 47 է և ավելի, հիմնականում ի հաշիվ X քրոմոսոմների ավելացման)։ Ախտահարվում են միայն տղամարդիկ։

Կլայնֆելտերի համախտանիշը բնորոշվում է բարձր հասակով, երկար ծայրանդամներով, թերսեռայնությամբ (ներքինիություն), երկսեռության նշաններով (կանացի տեսակի ճարպակալում, կնաբաղձություն), անպտղությամբ։ Բանականության իջեցման մակարդակը կարող է հասնել մինչև արտահայտված դեբիլության։

Արտածին ծագում ունեցող օլիգոֆրենիա։ Օլիգոֆրենիայի այս ձևի հիմքում ընկած են մի շարք արտածին վնասաբեր գործոններ, որոնցից են՝ սիֆիլիսը, տոքսոպլազմոզը, հիդրոցեֆալիան, ծնողների ալկոհոլամոլությունը, ծննդաբերական վնասվածքները, հետծննդյան շրջանի մենինգիտները, էնցեֆալիտները, գանգուղեղային վնասվածքները և այլն։

Բնածին սիֆիլիսով պայմանավորված օլիգոֆրենիա։ Այս դեպքում ուղեղի թերզարգացումը պայմանավորված է պտղի ներարգանդային սիֆիլիսային ախտահարմամբ։ Պտուղը սիֆիլիսով վարակվում է մորից՝ ընկերքի միջոցով։ Բնածին սիֆիլիսի դեպքում ախտահարվում են մի շարք օրգաններ, այդ թվում՝ հատկապես գանգուղեղը, դառնալով ծանր օլիգոֆրենիայի պատճառ։

Բնածին սիֆիլիսով պայմանավորված օլիգոֆրենիայի ժամանակ հանդիպում են նյարդաբանական մի շարք ախտանշաններ, հատկապես Արգայլ-Ռոբերտսոնի ախտանշանը, ջլային ռեֆլեքսների իջեցումը կամ լրիվ անհայտացումը, օջախային զանազան խանգարումներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ, պսիխոպաթանման վարք և այլն։

Կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունեն հիվանդի մարմնական ախտանշանները՝ հետչինսոնյան կիսալուսնաձև ատամներ, թամբաձև քիթ, յուրահատուկ եղջերաբորբ ու միջին ականջի բորբոքում, ծայրանդամների ծռվածություն («թրաձև սրունքներ»)։ Ախտորոշման հարցում մեծ նշանակություն ունեն նաև լաբորատոր քննության տվյալները, հատկապես արյան և ողնուղեղային հեղուկի յուրահատուկ արտահայտված ռեակցիաները։

Տոքսոպլազմոզ։ Ինֆեկցիոն մակաբուծային (պրոտոզոային) հիվանդություն է, որ կարող է լինել բնածին և ձեռքբերովի։ Բնածին տոքսոպլազմոզը ընկերքի միջոցով մորից փոխանցվում և վնասում է սաղմին ու պտղին։ Հիվանդությունը կարող է առաջանալ նաև նորածնության առաջին շրջանում վարակման հետևանքով։

Տոքսոպլազմոզի դեպքում հիմնականում ախտահարվում են գլխուղեղը և աչքերը։ Բնորոշ ախտանշան է համարվում հիդրոցեֆալիան (հանդիպում է նաև միկրոցեֆալիա), որը զուգակցվում է խոր արտահայտված իմբեցիլության կամ ապուշության աստիճանի հասնող մտավոր թերզարգացմամբ, ցնցումային նոպաներով։ Բնորոշ են նաև ակնային խանգարումները, գանգի ձևախախտումը, ներուղեղային կրակալումը, ինչպես նաև ֆիզիկական և մարմնական բազմաթիվ արատները։

Հիդրոցեֆալիա։ Գլխուղեղի ծանր ջրակալում է, որն առաջանում է արտածին զանազան վնասաբեր պատճառներից (գլխուղեղն անմիջականորեն ախտահարող ինֆեկցիաներ, ռեզուս-անհամատեղելիություն և այլն)։

Հիվանդությունն արտահայտվում է ներգանգային ճնշման խիստ բարձրացմամբ, որի հետևանքով առաջանում է թեթև դեբիլությունից մինչև ապուշության հասնող մտավոր թերզարգացում։

Բնորոշ են համարվում գլխի խիստ մեծացումը՝ ուռուցիկ ճակատով և գանգոսկրի կարերի բաժանմամբ, նյարդաբանական օջախային նշանները, էպիլեպսանման նոպաները, տեսողության վատացումը, էնդոկրին խանգարումները և այլն։ Այդ հիվանդները մեխանիկական համեմատաբար լավ հիշողության շնորհիվ բավական բառապաշար ունեն,

թվաբանական գործողությունները կարողանում են կատարել առանց դժվարության։

Օլիգոֆրենիայի ծանր ձևերի ախտորոշումը դժվարություն չի հարուցում, մանավանդ եթե առկա է լավ անամնեզ, հատկապես ֆիզիկական և հոգեկան (մասնավորապես բանականության) զարգացման ընթացքի մասին մանրամասն ու ստույգ տեղեկություններ, որոնք հնարավորություն են տալիս հեշտությամբ ախտորոշել այն։

Ավելի բարդ է նոզոլոգիական հարցի որոշումը, որտեղ կարևոր դեր է խաղում հիվանդության ախտածնության հարցի լուսաբանումը։ Այստեղ անամնեզից և հիվանդի օբյեկտիվ քննությունից բացի, որոշիչ նշանակություն ունեն լաբորատոր (այդ թվում հատկապես շճաբանական) քննության տվյալները։

Հաճախ հարկ է լինում օլիգոֆրենիան տարբերակել թուլամտությունը առաջացնող այլ հիվանդություններից։ Նման դեպքերում միշտ պետք է հիշել, որ օլիգոֆրենիան դրսևորվում է վաղ մանկական հասակից, կայուն է, ոչ հարաճուն և մեծ մասամբ ուղեկցվում է ֆիզիկական և մարմնական զանազան արատներով ու խանգարումներով, իսկ օրինակ, մանկական հասակի շիզոֆրենիան՝ օլիգոֆրենիային հակառակ, կյանքի առաջին շրջանից չեն սկսվում, հարաճուն են, ունեն այդ հիվանդություններին բնորոշ կլինիկական ախտանշաններ և աստիճանաբար հասցնում են ձեռքբերված գիտելիքների և ունակությունների կորստի (թուլամտության), որով և հնարավորություն է ստեղծվում տարբերակել սակավամտությունից։

Ավելի դժվար է օլիգոֆրենիայի թեթև ձևերի (դեբիլության տարբեր աստիճանների) սահմանազատումը ոչ բարձր բանականության նորմալ տարբերակներից։ Բանականության նման անբավարարություն կարող է առաջանալ մանկական հասակի երկարատև ընթացք ունեցող հիվանդությունների, մանկավարժական բարձիթողության ժամանակ։ Նման դեպքերում այդպիսի երեխաների մոտ բառապաշարը իրենց հասակին համապատասխան բավականին հարուստ է։ Մանրամասն զրույցները նրանց մոտ բացահայտում են ձևոք բերած որոշակի գիտելիքներ և ունակություններ։ Կոնկրետ մտածողության փոխարեն առկա են վերացական հասկացողություններ ու դատողություններ։

Վերջապես տարբերաախտորոշիչ նշանակություն ունեն քրոնիկական հիվանդությունների ժամանակ առաջացած անձի ասթենիզացիայի բուժման դրական արդյունքները, իսկ մանկավարժական բարձիթողության դեպքում՝ մանկավարժական համապատասխան մոտեցումը, ներ-

գործումը և ուսուցումը, որով հնարավորություն է ստեղծվում այդ երեխաներին վերադարձնել իրենց տարեկիցների շրջանն ու վերականգնել նրանց մանկավարժական հետամնացությունը։

ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

Օլիգոֆրենիայի բուժումը տարվում է համալիր ձևով՝ բժշկական, մանկավարժական և աշխատանքային։

Բժշկական միջոցառումներից առաջին հերթին այնտեղ, որտեղ հրնարավոր է, պետք է կիրառել պատճառածագումային բուժում, ուղղված հիվանդություն առաջացնող պատճառի դեմ։ Մեծ նշանակություն ունի նյարդային բջիջների հասունացումը խթանող և ուղեղային նյութափոխանակությունը լավացնող դեղանյութերի կիրառումը (ցերեբրոլիզին 1 մլ ներերակային սրսկում, ամինալոն (գամալոն)՝ 250 մգ, նոոտրոպիլ (պիրացետամ)՝ 400 մգ, պիրիդիտոլ (էնցեֆաբոլ)՝ 100 մգ, B խմբի վիտամիններ (B_1, B_6, B_{15})։ Կիրառվում է նաև ջրազրկող բուժում (երբ առկա է ներգանգային ճնշման բարձրացում)՝ դիակարբ՝ 250 մգ, ծծմբաթթվային մագնիում՝ 25 % միջմկանային կամ ներերակային ներարկումների ձևով, էուֆիլին՝ 2,4 % ներերակային ներարկումների ձևով։ Ներծծող բուժում՝ բիոխինոլ՝ 1—3 մլ, լիդազա՝ 1 մլ, ալոե՝ 1—2 մլ միջմկանային ներարկումների ձևով։ Հանգստացնող դեղամիջոցներից կիրառվում են բրոմի պրեպարատներ, նեյրոլեպտիկներ (ամինազին՝ 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ միջմկանային կամ ներերակային, նեուլեպտիլ՝ 10 մգ, սոնապաքս 10 մգ և այլն), ինչպես նաև փոքր տրանկվիլիզատորներ՝ ռելանիում, սեդուքսեն, սիբազոն՝ 5 մգ, էլենիում՝ 10 մգ և այլն։ Զափազանց կարևոր նշանակություն ունի բուժմանկավարժական միջոցառումների կիրառումը մանկական հասակում, իսկ հետագայում՝ աշխատանքային ռեժիմը (աշխատանքային հարմարեցված արհեստանոցներում, գյուղատնտեսության բնագավառում)։ Օլիգոֆրենի կատարած աշխատանքը ոչ միայն նյութական օգուտ է տալիս նրան, այլ նաև որոշ չափով զարգացնում է նրա բանականությունը։

Առավել բարդ, բայց շնորհակալ խնդիր է թեթև օլիգոֆրենների, հատկապես դեբիլների ուսուցումն ու դաստիարակումը։ Քիչ դեպքեր չեն հանդիպում, երբ նման օլիգոֆրենները օժանդակ դպրոցներում հաջողությամբ սովորելուց հետո կարողանում են լավ աշխատել։

Մեծ նշանակություն ունի կանխարգելակող միջոցառումների պրոպագանդումը ազգաբնակչության շրջանում։

Զգուշանալ կարևոր է հղի կնոջ մոտ ինֆեկցիոն հիվանդությունների, թմրամոլության ու թունամոլության, հատկապես ալկոհոլային խմիչքների չարաշահման վտանգավոր հետևանքների լուսաբանումը։

Մեծ անելիքներ ունեն կանանց կոնսուլտացիաները, որտեղ մի շարք քննություններից բացի, որպես օրենք, կատարվում են Վասերմանի ռեակցիան, տոքսոպլազմոզի, շաքարի, ռեզուս-գործոնի քննությունները։

Կարևոր նշանակություն ունի ծննդօգնության լավացումը, ծննդի ժամանակ շնչահեղձության և գանգուղեղային վնասվածքների կանխումը։

Վերջապես ոչ պակաս կարևոր նշանակություն ունի վաղ մանկական հասակի հիվանդությունների դեմ տարվող պայքարը։

Դատահոգեբուժական գնահատականը։ Օլիգոֆրենիայի արտահայտված ձևերի դատահոգեբուժական գնահատականը առանձնապես դժվարություն չի ներկայացնում, քանի որ նրանց ախտորոշումը և անմեղսունակության հարցը ինքնըստինքյան հասկանալի է։

Որոշակի հետաքրքրություն է ներկայացնում օլիգոֆրենիայի թեթև աստիճանը (դեբիլություն)։ Նման դեպքերում դեբիլության արտահայտվածության աստիճանից ու կատարված հանցանքի ձևից է կախված այն հարցը, թե հետազոտվողը որքանով է կարողացել կողմնորոշվել, ղեկավարել ու հաշիվ տալ իրեն իր կատարած գործքների համար։ Այդ հարցերի ճիշտ լուծումից է կախված մեղսունակության և անմեղսունակության վերաբերյալ որոշում կայացնելը։

Սահմանային մտավոր հետամնացություն։ Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման համաձայն օլիգոֆրենիային մոտեցող զարգացման դանդաղեցումները որակավորվում են որպես սահմանային մտավոր հետամնացություն (IQ 70—80 սահմաններում)։ Դրանք միջանկյալ տեղ են գրավում դեբիլության և նորմայի միջև։ Որոշ հեղինակներ դրանք հիվանդագին վիճակների ինքնուրույն խումբ են համարում։ Գ. Ս. Սուխարևան (1965 թ.) առաջարկում է այդ վիճակները գնահատել որպես «հոգեկան զարգացման տեմպի ժամանակավոր դանդաղեցում»։

Սահմանային մտավոր հետամնացության առաջացման պատճառները բազմազան են։ Դրանցից են՝ բանականության բնածին անբավարարության թեթև վիճակները, ինչպես նաև վիճակներ, որոնք առաջանում են հետծննդյան շրջանում, արտաքին գործոնների ազդեցության տակ՝ փաստորեն հանդիսանալով երկրորդային զարգացման դանդաղեցում։

Զարգացման երկրորդային դանդաղեցման առաջացման գործում դեր կարող են խաղալ գլխուղեղի վաղաժամ օրգանական վնասվածքի մնացորդային երևույթները, պսիխոգեն և միկրոսոցիալական գործոնները, ինչպես նաև զգայարանների և զգայական օրգանների արատները, որոնց պատճառով ուղեղը լիարժեք զարգացման համար չի ստանում բավարար ինֆորմացիա և լիարժեք զարգանալու հնարավորություն։

Մի շարք դեպքերում, երբ զարգացման դանդաղեցումը կախված է մանկավարժական բարձիթողությունից և հոգեսոցիալական զարգացման վատ պայմաններից (կուլտուրական ցածր մակարդակ ունեցող կարիքավոր ընտանիքի երեխաներ, «Մաուգլիի համախտանիշ», «մանկատների երեխաներ», որբ երեխաներ, երկար ժամանակ հիվանդանոցային պայմաններում գտնվող երեխաներ՝ «հոսպիտալիզմ») կարող է նպաստել բանականության զարգացման հարաբերական առաջընթաց, այլ դեպքերում բանականության զարգացման կանգը մնում է կայուն։

Սահմանային մտավոր հետամնացության հիմքում ընկած է դիզոնտոգենեզը (հոգեկան ֆունկցիաների զարգացման անօրինաչափությունը), իսկ նրա կլինիկական պատկերը ձևավորվում է՝ կախված այն բանից, թե վնասաբեր ազդակը երեխայի զարգացման որ փուլում է ներգործել։

Դիզոնտոգենեզի առանձնահատկություններից ելնելով Վ. Վ. Կովալյովը (1979 թ.) բանականության անբավարարության սահմանային ձևերը 4 խմբի է բաժանում.

1. հոգեկան զարգացման դանդաղեցմամբ կամ աղավաղմամբ պայմանավորված դիզոնտոգենեզային ձևեր.

2. օնտոգենեզի վաղ փուլերում գանգուղեղի օրգանական վնասվածքով պայմանավորված էնցեֆալոպաթիային ձևեր.

3. զգայարանների և զգայական օրգանների արատների հետ կապված բանականության անբավարարություն.

4. դաստիարակության անբավարարության և վաղ մանկությունից սկսած ինֆորմացիայի պակասի հետևանքով առաջացած բանականության անբավարարություն։

Ախտապատճառային տարբեր գործոններով պայմանավորված զարգացման դանդաղեցումները համախտանշաբանական որոշակի ու հստակ յուրահատկություններ չունեն։

Սահմանային մտավոր հետամնացության ախտորոշումը, որը հիմնվում է բանականության քանակական գնահատականի վրա, անբավարար է, քանի որ այն չի արտացոլում այդ վիճակների որակական բո-

յոր առանձնահատկությունները, հատկապես զարգացման անհավասարաչափության կամ մասնակի արատով ուղեկցվող զարգացման ժամանակավոր դանդաղեցման դեպքում։

Մտավոր հետամնացության սահմանային ձևերի կլինիկական ամենաբնորոշ հատկանիշներ են համարվում՝ 1. պսիխոֆիզիոլոգիական հիմնական ֆունկցիաների (շարժողական, խոսքի, ինքնասպասարկման, մաքրասիրության ունակությունների և այլն) ուշացած զարգացումը. 2. հուզական տհասությունը, հետաքրքրությունների պրիմիտիվությունը, ինքնահակողության թուլությունը. 3. վնասվածքի մասնակիությունը, հոգեկան գործունեության առանձին կողմերի զարգացման անհավասարաչափությունը. 4. զարգացման դանդաղեցման հաճախակի դիտվող ժամանակավոր բնույթը, որը վկայում է գլխուղեղում օրգանական կոպիտ խանգարումների բացակայության մասին։

Զարգացման դանդաղեցում առաջացնող գործոններից կախված կարելի է զանազանել բնածին ենթադերիլություն («սուբդեբիլություն»), նիմար անձեր, հոգեկան տհասություն, մանկական վաղաժամ ինֆանտիլության ոչ հարաճուն տարբերակ և այլ ձևեր կապված գլխուղեղի վաղաժամ օրգանական վնասվածքի մնացորդային երևույթների հետ, ձգձգվող սոմատիկ հիվանդությունների հետ, իրավիճակային և պսիխոգեն գործոններով պայմանավորված զարգացման դանդաղեցում (մանկավարժական բարձիթողություն, սոցիալական և հուզական ընկճվածություն), զարգացման դանդաղեցում, որը պայմանավորված է սենսոր դեպրիվացիայով (խլություն, համրություն)։

Օլիգոֆրենիային մոտեցող զարգացման դանդաղեցման բուժումը և կանխարգելումը շատ բանով համապատասխանում է օլիգոֆրենիայի բուժ-կանխարգելիչ միջոցառումներին, բայց այս դեպքում անհրաժեշտ է նաև մեծ ուշադրություն դարձնել բուժ-կանոնավորողական և վերականգնողական միջոցառումներին (ուսուցման և դաստիարակության հատուկ ձևեր, հուզական, հոգեսոցիալական ընկճումը և անապատանությունը հաղթահարող միջոցառումներ և այլն)։

Պրոգնոզը հիմնականում պայմանավորված է ախտապատճառային գործոններով և բուժ-կանխարգելիչ կանոնավորողական միջոցառումներով։

ՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հոգեկան հիվանդությունները շատ հաճախ հիվանդին անաշխատունակ են դարձնում, զրկում բանակում պարտադիր ծառայության հընարավորությունից, ազատում են դատական պատասխանատվությունից և սահմանափակում քաղաքացիական իրավունակությունը։ Գործնական հոգեբուժության բնագավառում այդ հարցերի ճիշտ և ժամանակին լուծումը կարևոր նշանակություն ունի։

Փորձագիտական քննություն կատարելու կարևոր պայման է հոգեբույժի որակավորումը, հոգեկան հիվանդությունների կլինիկային լավ տիրապետելը, ինչպես նաև այդ հարցերի վերաբերյալ գոյություն ունեցող օրենքների ու հրահանգների հետ ծանոթ լինելը։

ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հոգեկան սուր խանգարումների դեպքում հիվանդին տրվում է անաշխատունակության թերթիկ մինչև 4 ամիս ժամանակով (բժշկական հսկողական հանձնաժողովի գիտությամբ)։ Հիվանդությունը երկարաձգվելու և անաշխատունակությունը շարունակվելու դեպքում հաշմանդամության խումբը որոշելու նպատակով բժշկական հսկողական հանձնաժողովի որոշմամբ հիվանդն ուղարկվում է բժշկական աշխատանքային փորձագիտական հանձնաժողովի (ԲԱՓՀ) քննության։ Եթե ԲԱՓՀ-ը համոզվում է, որ հիվանդությունը մոտ ապագայում բարորակ ելք կունենա, ապա թույլ է տալիս անաշխատունակության թերթիկը շարունակել մինչև հիվանդի առողջանալը, հակառակ դեպքում որոշում է հաշմանդամության խումբը։

Գոյություն ունի հաշմանդամության երեք խումբ։

1-ին խումբը տրվում է այն դեպքում, երբ հիվանդը ոչ միայն աշխատունակությունն է կորցրել, այլ ինքն իրեն խնամել ու ղեկավարել չի կարող, մշտական խնամքի ու հսկողության կարիք ունի։

2-րդ խումբ տրվում է հիվանդի մասնագիտական որակավորման կորստի դեպքում, երբ նա անընդունակ է նաև մի նոր մասնագիտություն ձեռք բերել։ Նման դեպքերում թույլատրվում է աշխատել կամտնային պայմաններում, կամ հոգեբուժական հիմնարկներին կից գործող բուժիչ-աշխատանքային արհեստանոցներում։

3-րդ խումբ տրվում է այն դեպքում, երբ հիվանդը աշխատունակությունը մասնակիորեն կորցրել է, իր մասնագիտությամբ այլևս չի կարող աշխատել, բայց ցածր որակի կամ թեթև աշխատանք կարող է կատարել։ Ընդ որում այդ նոր աշխատանքը պետք է ընտրել այնպես, որ հիվանդին դուր գա և օգնի (փաստորեն դառնալով յուրօրինակ աշխատանքային բուժում)։

ԶԻՆՎՈՐԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Զորակոչի ենթակա բոլոր զինակոչիկները անկախ նրանից, թե իրենց առողջության վերաբերյալ զանգատներ ցուցաբերում են թե ոչ, զինվորական կոմիսարիատներում գործող բժշկական հանձնաժողովի կողմից (որտեղ մի շարք մասնագետների թվում մասնակցում է նաև հոգեբույժ) մանրազնին քննության են ենթարկվում։ Նյարդահոգեկան առողջության վերաբերյալ նույնիսկ փոքր կասկածի դեպքում նրանք ուղարկվում են համապատասխան նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր կամ հիվանդանոց՝ զինվորական փորձաքննության։

Փորձաքննության ընթացքում, որ միջին հաշվով կարող է տևել մինչև 30 օր, հետազոտվողները կլինիկալաբորատոր բազմակողմանի ու մանրակրկիտ քննության են ենթարկվում, կարիքի դեպքում՝ քննությանը մասնակից դարձնելով նաև այլ մասնագետների, որպեսզի հիվանդին ոչ մի վրիպում թույլ չտրվի։

Փորձաքննության գործին բավականին օգնում են ներկայացվող բժշկական և այլ փաստաթղթերը (քնութագրեր, տեղեկանքներ, հիվանդության պատմության քաղվածքներ և այլն)։

Փորձաքննությունն անց է կացնում հատուկ բժշկազինվորական հանձնաժողովը, որը եզրակացություն է տալիս տվյալ հետազոտվողի նյարդահոգեկան առողջության վերաբերյալ։

Փորձագիտական հանձնաժողովի տված եզրակացության հիման վրա զինվորական կոմիսարիատը որոշում է տվյալ զինակոչիկի զինվորական ծառայության պիտանելիության, տարկետում տալու, բուժման ուղարկելու և այլ հարցերը։

Դեպքեր են լինում, երբ բանակի շարքերում գտնվող զինծառայողն է հիվանդանում։ Նման դեպքերում նրանք անմիջապես համապատասխան բուժհիմնարկ են ուղարկվում, որտեղ կազմակերպվում է նրանց բուժումը։ Իսկ հիվանդությունը ծանրանալու կամ չարորակ ու վտանգա-

վոր բնույթ կրելու դեպքում, նրանք զինվորական փորձաքննության են ենթարկվում, որը և որոշում է նրանց հետագա ծառայությունը շարունակելու հարցը։

ԴԱՏԱՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Դատահոգեբուժական փորձաքննությունն ավելի բարդ ու կարևոր է, քանի որ այն միաժամանակ զբաղվում է թե՛ բժշկական և թե՛ իրավական հարցերի լուծմամբ։

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը նշանակվում է առողջապահության համապատասխան օրգանի հրամանով և կազմված է 3 հոգուց՝ նախագահ, անդամ և զեկուցող։

Դատահոգեբուժական փորձաքննություն նշանակելու հիմք են համարվում այն դեպքերը, երբ դատաքննչական օրգաններում կասկած է առաջանում հանցագործի, տուժողի կամ վկայի հոգեկան առողջության մասին, հետաքննության ընթացքում բացահայտվում է տարօրինակ վարք ու անմիտ ցուցմունքներ, հանցագործը, տուժողը կամ նրանց հարազատները հիմնավորված միջնորդություն են ներկայացնում, առկա է արտաքուստ հասկանալի պատճառներ չունեցող ու չհիմնավորված հանցագործություն, նշվում է նախկինում կրած հոգեկան հիվանդություն, ինչպես նաև հոգեբուժական բուժհիմնարկներում հաշվառման մեջ լինելը կամ հոգեբույժի հսկողության տակ գտնվելը։

Դատահոգեբուժական փորձաքննությունը նշանակվում է դատաքննչական մարմինների որոշմամբ։ Այդ որոշման մեջ փորձագիտական հանձնաժողովի առջև հարց է դրվում հետազոտման ենթակա անձի մոտ որոշել հոգեկան առողջության վիճակը և մեղսունակության կամ անմեղսունակության հարցը, ինչպես հանցագործությունը կատարելիս, այնպես էլ փորձաքննության ժամանակ։

Դատահոգեբուժական փորձաքննության համար հետազոտվողի հոգեբուժական քննությունից բացի անհրաժեշտ են նաև իրավախախտման հետ կապված որոշ նյութեր (քրեական գործ՝ հանցագործության մանրամասն նկարագրությամբ, վկաների ցուցմունքներ, զանազան փաստաթղթեր, նամակներ, հետազոտվողի մանրամասն բնութագիր և այլն)։

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովն իր աշխատանքում ղեկավարվում է 22 Քրեական օրենսգրքի 11-րդ հոդվածով, որտեղ նշվում է. «Քրեական պատասխանատվության ենթակա չէ այն անձը, որը հանրորեն վտանգավոր արարք կատարելու

պահին գտնվելիս է եղել անմեղսունակության վիճակում, այսինքն՝ խրոնիկական հոգեկան հիվանդության, հոգեկան գործունեության ժամանակավոր խանգարման, տկարամտության կամ այլ հիվանդագին վիճակի հետևանքով չէր կարող հաշիվ տալ իրեն իր գործողությունների համար կամ ղեկավարել այդ գործողությունները։ Այդպիսի անձի նկատմամբ՝ դատարանի նշանակմամբ, կարող են կիրառվել սույն օրենսգրքի 53—56 հոդվածներով նախատեսված բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցները։

Պատժի ենթակա չէ նաև այն անձը, որը հանցագործությունը կատարել է մեղսունակության վիճակում, սակայն մինչև դատարանի կողմից դատավճիռ կայացնելը հիվանդացել է հոգեկան հիվանդությամբ, որը զրկել է նրան իր գործողությունների համար իրեն հաշիվ տալու կամ այդ գործողությունները ղեկավարելու հնարավորությունից։ Այդպիսի անձի նկատմամբ, դատարանի նշանակմամբ, կարող են կիրառվել բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ, իսկ առողջանալուց հետո նա կարող է ենթակա լինել պատժի»։

Դատահոգեբուժական փորձաքննության ընթացքում հարց կարող է ծագել նաև հարբած վիճակում կատարված իրավախախտումների մասին։ Նման դեպքերում դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը ղեկավարվում է ՀՀ Քրեական օրենսգրքի 12-րդ հոդվածով, որտեղ նշվում է. «Հարբած վիճակում հանցագործություն կատարած անձը քրեական պատասխանատվությունից չի ազատվում։ Դատարանը, պատիժ նշանակելու հետ միաժամանակ, սույն օրենսգրքի 57 հոդվածի համապատասխան, կարող է որոշում կայացնել խրոնիկական ալկոհոլիկ կամ թմրադեղամոլ ճանաչված անձին հարկադրաբար բուժելու մասին»։

Կան դատահոգեբուժական փորձաքննության հետևյալ ձևերը՝

Ամբուլատոր փորձաքննություն. անց է կացվում ամբուլատոր պայմաններում, հետազոտվողի մեկանգամյա քննությամբ։ Ամբուլատոր քննությունը կարող է եզրակացություն տալ հոգեպես առողջների կամ հոգեբուժական հիվանդանոցում նախկինում բուժված ու կասկած չհարուցող հոգեկան հիվանդությունների դեպքում։ Այդ հարցում շատ են օգնում քրեական գործում եղած զանազան փաստաթղթերն ու հիվանդության պատմության քաղվածքները։

Ամբուլատոր պայմաններում հետազոտվողի մոտ հոգեկան հիվանդության ախտորոշման դժվարության դեպքում դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովի համապատասխան եզրակացությամբ

նոր փորձաքննություն է առաջարկվում ստացիոնարի պայմաններում։

Ստացիոնար փորձաքննություն. անց է կացվում հոգեբուժական դիսպանսերում կամ հիվանդանոցում՝ այդ նպատակով կազմակերպված հատուկ դատահոգեբուժական բաժանմունքում։ Ստացիոնար փորձաքննության տևողությունը մինչև մեկ ամիս է։ Եթե մեկ ամսվա ընթացքում հետազոտվողի մոտ հնարավոր չի լինում վերջնականապես որոշել հոգեկան հիվանդությունը, դատահոգեբուժական փորձաքննության պատճառաբանված եզրակացությամբ և դատաքննչական համապատասխան մարմնի գրավոր թույլտվությամբ փորձաքննության ժամկետը երկարացվում է։ Ստացիոնարի պայմաններում հետազոտվողը ոչ միայն կլինիկալաբորատոր բազմակողմանի ու մանրազնին քննության է ենթարկվում, այլ նաև հնարավոր է լինում մշտապես հետևել նրա վարքագծին, ցնցումային նոպաների առկայության դեպքում որոշել այդ նոպաների բնույթը, հաճախականությունը և այլն։

Փորձաքննություն ֆենչի առանձնասենյակում։ Այս դեպքում փրավախախտողի, տուժողի կամ վկայի հետաքննության ժամանակ, երբ քննչի մոտ մասնագիտական ինչ-որ հարցեր լուսաբանելու կամ խորհուրդ տալու անհրաժեշտություն է առաջանում, ապա փորձագետ-հոգեբույժ է հրավիրվում, որը և տեղում քննչին օգնում է ճիշտ կողմնորոշվելու (անշուշտ, իր կարծիքը հայտնելով գրավոր)։

Փորձաքննություն դատարանում։ Նշանակվում է այն դեպքում, երբ չնայած դատահոգեբուժական փորձաքննություն է կատարվել, սակայն դատական նիստի ժամանակ ծագած որոշ հարցերի պարզաբանման անհրաժեշտություն է առաջանում, կամ երբ հետաքննության ժամանակ դատահոգեբուժական փորձաքննություն չի կատարվել և դատական պրոցեսի ընթացքում ամբաստանյալի հոգեկան առողջության վերաբերյալ կասկած է առաջանում, կամ վերջապես, երբ հետաքննության ժամանակ կատարված դատահոգեբուժական փորձաքննության եզրակացությունը դատարանում պաշտպանելու և հաստատելու անհրաժեշտություն է առաջանում։

Հեռակա փորձաքննություն։ Այս դեպքում դատահոգեբուժական փորձաքննությունը կատարվում է առանց հետազոտվողի, միայն քրեական գործի տվյալներով։ Նման անհրաժեշտություն է առաջանում այն ժամանակ, երբ հետազոտվողին հնարավոր չի լինում ներկայացնել փորձաքննության, կամ երբ կտակների ու նվիրատվությունների հարցը այս կամ այն անձի մահից հետո վիճարկման է ենթարկվում ժառանգորդների կողմից։

Հետմահու փորձաքննություն: Հեռակա և հետմահու փորձաքննությունների ժամանակ դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը մանրամասն վերլուծելով քրեական գործի տվյալները (վկաների ցուցմունքներ, բնութագրեր, օրագրեր, նամակներ, երկտողեր և այլն) որոշում է կայացնում, թե արդյո՞ք տվյալ հետազոտվողը տառապել կամ չի տառապել հոգեկան հիվանդությամբ և ինչպիսի իրավունակ վիճակում է գտնվել:

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը եզրակացության է հանգում՝ ելնելով երկու կարևորագույն չափանիշներից՝ բժշկական և իրավաբանական:

Բժշկական չափանիշը պատասխանում է այն հարցին, թե հետազոտվողը ինչպես հանցագործությունը կատարելիս, այնպես էլ փորձաքննության ժամանակ տառապել կամ տառապում է, արդյո՞ք, որևէ հոգեկան հիվանդությամբ: Հիվանդության առկայության դեպքում ցույց է տալիս այդ հիվանդության բնույթը, ընթացքը: Բժշկական չափանիշը իր մեջ ընդգրկում է հոգեկան հիվանդությունների ընդհանրացման հարցերը՝ «քրոնիկական հոգեկան հիվանդություն», «հոգեկան գործունեության ժամանակավոր խանգարում», «թուլամտություն» և «հիվանդագին այլ վիճակ»:

Իրավաբանական չափանիշը պատասխանում է այն հարցին, թե հետազոտվողը ինչպես հանցագործությունը կատարելիս, այնպես էլ փորձաքննության ժամանակ կարողացե՞լ է կամ կարո՞ղ է, արդյոք, հաշիվ տալ իր կատարած արարքներին ու ղեկավարել իր գործողությունները:

Դատահոգեբուժական փորձաքննության բոլոր տվյալների ու եզրակացության հիման վրա ձևակերպվում է համապատասխան ակտ: Ակտում նշվում է փորձաքննության ժամանակն ու տեղը, փորձագիտական հանձնաժողովի կազմը: Այնուհետև հետազոտվողի մասին անձնագրային որոշ տվյալներ գրելուց հետո ցույց է տրվում, թե ում հանձնարարությամբ է կատարվում փորձաքննությունը, գործի բնույթը և փորձաքննությանն առաջադրած հարցերը:

Ակտի երկրորդ մասում նշվում են հետազոտվողի անամնեզային տեղեկությունները, օբյեկտիվ քննության տվյալները և հոգեկան վիճակի մանրամասն նկարագիրը: Ակտի եզրափակիչ մասն ավարտվում է եզրակացությամբ, որտեղ նշվում է հետազոտվողի հոգեկան առողջության վիճակը, մեղսունակության կամ անմեղսունակության հարցը, մանրամասն ու հասկանալի ձևով հիմնավորելով այն և պատասխանելով փորձաքննության առջև դրված հարցերին:

Անմեղսունակության վիճակում կատարած հանցանքի համար հետազոտվողը ազատվում է դատական պատասխանատվությունից և ենթարկվում է հարկադրական բուժման։ Հարկադիր բուժումը նշանակվում է դատարանի որոշմամբ, դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովի ներկայացրած ակտի հիման վրա։ Հոգեկան հիվանդության բնույթից ու սոցիալական վտանգավորության աստիճանից, ինչպես նաև կատարված հանցագործության ծանրությունից կախված, հարկադրական բուժումը կարելի է իրագործել հոգեբուժական հիվանդանոցում՝ ընդհանուր հիմունքներով, ուժեղացրած և խիստ ռեժիմ ունեցող հոգեբուժական հիվանդանոցներում կամ բաժանմունքներում։

Հարկադրական բուժումը տարբերվում է պատժից։ Եթե պատժի նպատակը հանցագործի մեղքի քավումը, սոցիալական վերադաստիարակումը և ուղղումն է, ապա հարկադրական բուժման նպատակը հիվանդին բուժելը և հասարակությանը նրա վտանգավոր արարքներից պաշտպանելն է։

Հակառակ պատժին, որն ունի որոշակի ժամկետ, հարկադիր բուժման դեպքում ժամկետը կախված է հիվանդության ծանրությունից ու ընթացքից։ Այդ առումով նրանք վեց ամիսը մեկ վերաքննության են ենթարկվում։ Հոգեկան հիվանդության լավացման դեպքում, երբ հիվանդներն այլևս վտանգ չեն ներկայացնում շրջապատի կամ իրենց անձի համար, դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովի նոր ակտով ու դատարանի որոշմամբ հանվում են հարկադրական բուժումից և թողնվում ընդհանուր հիմունքներով բուժման, կամ եթե հոգեկան առողջության վիճակը թույլ է տալիս, դուրս են գրվում համապատասխան շրջանային հոգեբույժի հսկողության տակ։

Այն դեպքում, երբ հանցագործությունը կատարվել է հոգեպես առողջ և մեղսունակ վիճակում, սակայն հետաքննության ընթացքում մեղադրյալը հիվանդացել է հոգեկան հիվանդությամբ, ապա դատարանի համապատասխան որոշմամբ նա հարկադրական բուժման է ենթարկվում մինչև առողջանալը, որից հետո քրեական գործը շարունակվում է։ Իսկ եթե հիվանդությունը ձգձգվում և առաջընթաց բնույթ է սկսում կրել, նման հիվանդների վիճակը դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովի կողմից հավասարեցվում է հոգեկան հիվանդության, և նրանք հարկադրական բուժման են ենթարկվում։ Ճիշտ նույնպիսի մոտեցում է լինում արդեն դատապարտված և ուղղիչ աշխատանքային գաղութում իրենց պատիժը կրող ազատազրկվածների նկատմամբ։

Դատահոգեբուժական հանձնաժողովը զբաղվում է նաև քաղաքացիական գործերով, որոնցից է իրավունակության հարցը:

Իրավունակություն հասկացողությունը իրենից ներկայացնում է անձի իրավական վիճակը, այսինքն՝ ընտրելու և ընտրվելու իրավունքը, պայմանագիր կնքելու, կտակ գրելու, դատարանում և այլուր իր իրավունքները պաշտպանելու իրավունքը և այլն:

Հոգեկան ծանր ու վատ կանխագուշակում ունեցող, քրոնիկական հիվանդությամբ տառապող անձինք անիրավունակ են համարվում:

Իրավունակության հարցերի փորձաքննությամբ դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը կարող է զբաղվել միայն դատարանի որոշմամբ:

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովի եզրակացության համաձայն, երբ դատարանը հետազոտվողին ճանաչում է անիրավունակ, նրա նկատմամբ խնամակալություն է նշանակվում: Խնամակալը ոչ միայն հիվանդի իրավական հարցերով է զբաղվում ու նրա գործարքներն իրականացնում, այլև հետևում է հիվանդի բուժման, կենցաղային և այլ հարցերին:

Չի բացառվում այն հանգամանքը, որ հոգեկան հիվանդները հիվանդ վիճակում կարող են զանազան գործարքներ կատարած լինել, ու երբ պարզվի, որ այդ գործարքները կատարվել են անիրավունակ վիճակում, ապա դրանք չեղյալ են համարվում: Անօրինական է համարվում նաև այն ամուսնությունը, երբ ամուսնացող կողմերից մեկը կամ երկուսն էլ ամուսնության ժամանակ անիրավունակ են եղել: Անիրավունակ հիվանդը զրկվում է նաև ծնողական իրավունքից: Անշուշտ, նրման դեպքերում ձևական մոտեցում ունենալու փոխարեն պետք է հաշվի առնել հիվանդության ծանրությունը, ելքի կանխագուշակումը, երեխայի նկատմամբ եղած վերաբերմունքը և այլն: Հետագայում բուժումից հետո, երբ հիվանդը առողջանում է, ապա դատարանը մինչ այդ անիրավունակ ճանաչած հիվանդի իրավունքները, դատահոգեբուժական նոր փորձաքննությունից հետո, կարող է վերականգնել ու նրան ճանաչել իրավունակ:

ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՌԱՐԱՆ

Աբազիա— քայլելու ունակության կորուստ
Աբասնս— վայրկենական մտակորուստ
Աբստինենցիա— խումար, ժուժկալության շրջան, թմրանյութային քաղց
Աբուլիա— կամազրկություն
Ավտոմատիզմ— ինքնավարություն
Ակալկուլիա— հաշվելակորուստ, հաշվելու ունակության կորուստ
Ակաթիզիա— շարժողական անհանգստություն, դիրքափոփոխ անհանգստություն
Ակինեզիա— շարժում կատարելու ունակության կորուստ
Ակոազմ— ոչ խոսքային տարրական լսողական ցնորք
Ակրոմեգալիա— ծայրագերաճ
Ալկոհոլիզմ— ալկոհոլամոլություն
Ամբիվալենտություն— հակասական հույզեր
Ամնեցիա— խելազրկություն
Ամնեզիա— հիշակորուստ, անհիշություն
Ա. անտերոգրադ— առաջընթաց հ.
Ա. կատաթիմ— հոգեանկումային հ.
Ա. ռետրոգրադ— հետընթաց հ.
Ա. ֆիքսացիոն— մոտ անցյալի հ.
Անգիոգրաֆիա— անոթագրություն
Անեքֆորիա— վերհիշության խանգարում
Անեսթեզիա— անզգայացում
Անորեքսիա— ախորժակակորուստ, ախորժակազրկություն
Ապաթիա— անտարբերություն
Ապաթիզո-աբուլիկ— անտարբեր-կամազուրկ
Ապերցեպցիա— անընկալություն
Արիթմոմանիա— հաշվելամոլություն, թվամոլություն
Ասթազիա— կանգնելակորուստ, կանգնելու ունակության կորուստ
Աուրա— նախանշան, նախասկիզբ
Աուտիզմ— ինքնամփոփություն
Աուտոմետամորֆոպսիա— մարմնաբնկալման (սեփական). խանգարում
Աֆազիա— խոսելակորուստ
Ա. մոտոր— շարժական խ.
Ա. ամնեստիկ— հիշակորստային խ.
Աֆեկտ— հուզական կարճաժամ պոռթկում
Աֆոնիա— խլաձայնություն, ձայնակորուստ

Բարատրավմա— ճնշավնասվածք
Բուլիմիա— սովածություն, քաղցի սուր զգացում

Գրանդ մալ— էպիլեպսային ցնցումային մեծ նոպա

Դեբիլ— խելապակաս
Դեբիլություն— խելապակասություն
Դեգրադացիա— անձի քայքայում, իջեցում

Դեզորիենտացիա— ապակողմնորոշում, կողմնորոշման կորուստ
Դելիրի (դելիրիում)— գիտակցության մթագնում
Դ. ալկոհոլային (դելիրիում տրեմենս)— սպիտակ տենդ
Դ. տենդային— տենդային դ.
Դ. մուսիտիրային— մոթմոթոցային դ., փնթփնթային դ., շրթնաշշնչային դ.
Դեժա վյու— արդեն տեսած
Դեմենցիա— ձեռք բերովի թուլամտություն
Դեպերսոնալիզացիա— սեփական անձի օտարացում, խորթացում
Դեպրեսիվ ստուպոր— հոգեանկումային ընդարմացում
Դեպրեսիա— տրամադրության անկում, ընկճվածություն
Դ. նեյրոլեպտիկային— նյարդաարգելակային ը.
Դ. ռեակտիվ— ռեակտիվ, հոգեծին ը.
Դեռեալիզացիա— իրական աշխարհի խորթացում, օտարացում
Դեֆեկտ— 1. պակասություն, դեֆեկտ, 2. անձի աղքատացում
Դիզարթրիա— խոսելախանգարում
Դիսմեգալոպսիա— չափատեսության խանգարում
Դիզոնտոգենեզ— վաղ (սաղմնային) զարգացման խանգարում
Դիպսոմանիա— պարբերական հարբեցողություն
Դիսթիմիա— տրամադրության խանգարում
Դիստրոֆիա ադիպոզոգենիտալային— ճարպասեռային սնուցախանգարում
Դրոմոմանիա— թափառամոլություն, շրջմոլիկություն (տես նաև՝ պորիոմանիա)
Եվնուխոիդիզմ— ներքինակերպություն

Էյֆորիա— երանավետ զմայլվածության հոգեվիճակ (հոգեզմայլ վիճակ)
Էկվիվալենտ հոգեկան— հոգեկան համարժեք
Էքզալտացիա— հուզավառություն, գերզմայլվածություն
Էքստազ— հիացմունք, մոլեգնության հասնող հիացմունք, հափշտակվածություն
Էնցեֆալոպաթիա— ուղեղախտություն
Էմոցիա— հույզ, զգացմունք
Էպիլեպսիա— էպիլեպսիա, ընկնավորություն, թալալ
Էխոլալիա— խոսքակրկնություն,
Էխոմիմիա— դիմախաղակրկնություն
Էխոէնցեֆալոգրաֆիա— էխոէնցեֆալոգրաֆիա, արձագանքաուղեղագրություն
Ժամե վյու— երբեք չտեսած
Իդեատոր ավտոմատիզմ— մտքերի ակամա ընթացք
Իդիոտ— ապուշ
Իդիոտիա— ապուշություն
Իլուդիա— պատրանք, խաբկանք (աղավաղված ընկալում)
Իմբեցիլ— խելազուրկ
Իմբեցիլություն— խելաղրկություն
Իմպուլսիվ արարք— ինքնաբեր, անակնկալ արարք
Ինվոլուցիոն պսիխոզ— նախածերունական պսիխոզ
Ինկոհերենցիա— անիմաստ, անկապ բառատարափ

Իպոխոնդրիա— չպատճառաբանված հիվանդագին գանգատներ
Ինտելեկտ— բանականություն, ինտելեկտ, խելք
Ինտերմիսիա— ընդմիջում, հիվանդության ժամանակավոր դադար
Ինֆանտիլիզմ— թերաճություն
Լոգոպեդիա— խոսելաբուժություն (գիտություն խոսելախանգարման և բուժման մասին)
Լոգոկլոնիա— վանկակրկնություն
Լոգոնևրոզ— կակազություն
Լոգոպեդ— լոգոպեդ, խոսելաբույժ
Լունատիզմ— լուսնոտություն (տե՛ս նաև սոմնամբուլիզմ)
Լուցիդային— պարզ, լուսավոր, գիտակցական
Կարֆոլոգիա— մատնաքաղ (անիմաստ բռնողական շարժումներ ձեռքի մատներով)
Կատալեպսիա— դիրքագամում
Կատատոնիա— շարժագամում, դիրքագամություն, շարժախտ
Կլեպտոմանիա— գողամոլություն
Կվերուլանտություն— բողոքամոլություն, հայցամոլություն
Կոնֆաբուլացիա— չգիտակցված հորինամոլություն
Կորեկտուրային փորձ— սրբագրական փորձ
Կրանիոգրաֆիա— գանգի ռենտգենագրություն
Կրետին— տհաս, տկարամիտ
Կրետինիզմ— տհասություն, տկարամտություն
Կրիպտոմնեզիա— կեղծ հիշողություն
Կոպրոլալիա— հայհոյանք, կեղտախոսություն
Կոպրոֆագիա— կեղտակերություն
Հալուցինացիա— ցնորք, զգայախաբություն
Հ. ակոատիկ— լսողական ց.
Հ. վերբալ— ձայնային, խոսքային ց.
Հ. հիպնագոգիկ— քնելու պահին առաջացող ց.
Հ. հիպնապոմպիկ— արթնանալու պահին առաջացող ց.
Հ. տեսողական— տեսողական ց.
Հ. հրամայողական— հրամայական ց.
Հ. հոտառական— հոտառական ց.
Հալուցինոզ— ցնորագարություն
Հիդրոցեֆալիա— գլխի ջրակալում
Հիպերբուլիա— կամային ակտիվության բարձրացում
Հիպերեսթեզիա— զերզգացողություն
Հիպերկինեզիա— ակամա զերշարժունություն, անիմաստ շարժումներ
Հիպերթիմիա— կայտառ տրամադրություն
Հիպերմնեզիա— հիշողության սրացում
Հիպոբուլիա— կամային ոլորտի թուլացում
Հիպոթիմիա— տրամադրության անկում, ընկճված տրամադրություն
Հիպոմնեզիա— հիշողության թուլություն
Մակրոպսիա— խոշորատեսություն

Մանիա— մոլուցք, մոլեգարություն
Մանիակալ վիճակ— մոլեգար վիճակ, կենսախինդ վիճակ
Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզ— մոլեգարանկումային պսիխոզ
Մարազմ— մարմնահոգեկան հյուծանք
Մելանխոլիա— թախծոտություն, մելամաղձություն
Մենտիզմ— ակամա մտահոսք
Մետամորֆոպսիա— տեսողական աղավաղված ընկալում
Միկրոպսիա— փոքրատեսություն
Մուտիզմ— չխոսկանություն, խոսելամերժություն

Նարկոլեպսիա— քնի նոպաներ
Ներասթենիա— նյարդաթուլություն
Ներիտ— նյարդաբորբ
Ներոզ— նյարդախտ
Ներոպաթիա— նյարդաախտություն
Նեգատիվիզմ— մերժողական վարք
Նեոլոգիզմ— բառահորինում

Նիզոֆրենիա— շիզոֆրենիա, հոգեճեղքում

Պարաբուլիա— կամային ակտիվության աղավաղում
Պարամնեզիա— հիշողության աղավաղում
Պարալոգիկ մտածողություն— աղավաղված ծուռ տրամաբանություն, մտածողություն
Պարաթիմիա— հուզական աղավաղում (անադեկվատ հույզեր)
Պարանոյալ— համակարգված զառանցանք
Պարանոիդ— խելացնոր զառանցանք
Պարաֆրենիա— հոգեխախտում, ֆանտաստիկ զառանցանք
Պարեյդոլիա— տեսողական ֆանտաստիկ բնույթի պատրանք
Պերսևերացիա— մտագամություն, կպչուն միտք
Պերցեպցիա— ընկալում
Պետիտ մալ— էպիլեպսային ցնցումային փոքր նոպա
Պիրոթերապիա— ջերմաբուժություն
Պիրոմանիա— հրկիզամոլություն, կրակամոլություն, հրդեհամոլություն
Պնևմոէնցեֆալոգրաֆիա— օդաուղեղագրություն
Պոլիմպսեստ— ալկոհոլային հիշակորուստ
Պոլիներիտ— բազմանյարդաբորբ
Պորիոմանիա— թափառամոլություն (տե՛ս նաև դրոմոմանիա)
Պորոպսիա— հեռավորության տեսախախտում
Պսեդոդեմենցիա— կեղծ թուլամտություն
Պսևդոդիպսոմանիա— կեղծ պարբերական հարբեցողություն
Պսևդոհալուցինացիա— կեղծ ցնորք
Պսևդոամինեզիա— աղավաղված հիշողություն
Պսիխասթենիա— հոգեթուլություն
Պսիխոզ— հոգեգարություն, հոգեախտ

Պսիխոպաթիա— հոգեախտություն
Պրեսբիոֆրենիա— ծերունական թուլամտություն
Պուերիլիզմ— մանկավարք, մանկանմանություն

Ռապտուս— ուժգին պոռթկում (թախծի բռնկում գրգռվածությամբ)
Ռեաբիլիտացիա— վերականգնում
Ռեադապտացիա— վերահարմարողականություն
Ռնմիսիա— հիվանդության նվազում, թուլացում
Ռեոէնցեֆալոգրաֆիա— ալիքաուղեղագրություն
Ռեպրոդուկցիա— վերարտադրում
Ռետենցիա— մտապահում
Ռիտուալ— ծիսակարգ, ծեմ

Սենեստոպաթիա— տարազգացողություն (տհաճ զգացողություններ մարմնում)
Սիմվոլիկ մտածողություն— սիմվոլիկ մտածողություն
Սինդրոմ— համախտանիշ
Սոմնամբուլիզմ— գիշերաշրջիկություն- լուսնոտություն
Սպազմոֆիլիա— ջղաձգահակում, կծկանքահակում
Սթրես— գերհոլզ
Ստուպոր— ընդարմացում, կաշկանդվածություն
Ս. դեպրեսիվ— հոգեանկումային ընդարմացում
Ս. կատատոնիկ— դիրքաձևվածային ը.
Սուտյաժնիկություն— բողոքամոլություն, դատամոլություն

Տախիկինեզիա— արագաշարժություն
Տկսթ— փորձ
Տրանս— ավտոմատացված, ենթագիտակցական գործողություններ
Ցերեբրասթենիա— ուղեղաթուլություն
Ցիկլոթիմիա— անկայուն տրամադրություն (մերթ մոլուցքային, մերթ անկումային)
Ցիկլոֆրենիա— տե՛ս մոլեգաթ անկումային պսիխոզ

Օքնուֆիլացիա— գիտակցության թեթևակի կարճատև մթագնում
Օլիգոֆազիա— խոսքի աղքատություն, սակավախոսություն
Օլիգոֆրենիա— սակավամտություն, թերամտություն
Օնեյրոիդ կատատոնիա— երազանման շարժազամություն
Օրթոստատիկ կոլապս— ուղղադիրքային կոլապս

Ֆոբիա— կպչուն, սևեռուն վախ
Ֆոտոպսիա— աչկայծող տեսողական տարրական ցնորք
Ֆրուստրացիա— հուսախաբություն, նպատակափլուզում

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Նախաբան 3

1 ՄԱՍ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն. Հոգեբուժության առարկան և նրա խնդիրները . . . 5
Գլուխ 1. Հոգեբուժության պատմության համառոտ ակնարկ . . . 8
Գլուխ 2. Հոգեկան հիվանդությունների ախտանշաններ . . . 17
Ընկալման խանգարումներ 18
Հիշողության խանգարումներ 26
Բանականության (ինտելեկտի) խանգարումներ 30
Մտածողության խանգարումներ 34
Հուզական ոլորտի խանգարումներ 43
Կամային խանգարումներ 49
Գիտակցության խանգարումներ 52
Գլուխ 3 Հոգեախտաբանական համախտանիշներ 53
Աստենիկ համախտանիշ 55
Հիստերիկ համախտանիշ 56
Կպչունության (սևեռունության) համախտանիշ . . . 56
Սենեստոպաթիկ համախտանիշ 57
Հիպոխոնդրիկ համախտանիշ 57
Դիսմորֆոմանիայի—դիսմորֆոֆոբիայի համախտանիշ . . 58
Մանիակալ համախտանիշ 59
Դեպրեսիվ համախտանիշ 59
Կոտարի համախտանիշ 60
Ճնորագարություն (հալուցինոզ) 61
Հոգեզգայական (պսիխոսենսոր) խանգարման համախտանիշ . . 61
Դեռեալիզացիայի (իրականության բացասման) համախտանիշ . . 62
Գեպերսոնալիզացիայի (անձի բացասման, ապատանհատականացման) համախտանիշ 62
Պարանոյալ համախտանիշ 62
Պարանոիդ համախտանիշ 63
Հոգեկան ավտոմատիզմի (Կանդինսկի-Կլերամբոյի) համախտանիշ . 64
Պարաֆրեն համախտանիշ 65
Շարժողական խանգարման համախտանիշներ 65
Գիտակցության խանգարման համախտանիշներ . . . 68
Դելիրիում 69
Ամենցիա 70
Ծնելորդի խանգարում 72
Գիտակցության մթնշաղային վիճակ 73
Ցնցումային համախտանիշներ 74
Կորսակովյան (ամնեստիկ) համախտանիշ 74
Բանականության (ինտելեկտի) խանգարման համախտանիշներ . . 75
Ապաթիկո-աբուլիկ (անտարբերակամազրկային) համախտանիշ . . 76
Պսիխոօրգանական համախտանիշ (օրգանական պսիխոսինդրոմ, էնցեֆալոպաթիկ համախտանիշ) 77

Գլուխ 4. Հոգեկան հիվանդների հետազոտման մեթոդները . . . 78
Գլուխ 5. Հոգեկան հիվանդությունների էթիոպաթոգենեզն ու դասակարգումը . 97
Գլուխ 6. Հոգեկան հիվանդների բուժման հիմունքները 101
Հոգեդեղաբանություն 101
Ինսուլինային թերապիա 110
Պիրոթերապիա (ջերմաբուժություն) 112
Էլեկտրացնցումային թերապիա 113
Պսիխոթերապիա 114
Աշխատանքային-վերականգնողական բուժում 120
Պսիխոհիգիենա, պսիխոպրոֆիլակտիկա 121
Գլուխ 7. Հոգեբուժական օգնության կազմակերպումը 122
Թմրաբանական օգնության կազմակերպումը 128
Գլուխ 8. Հոգեկան հիվանդների անհետաձգելի օգնության կազմակերպումը . 131
Պսիխոտրոպ դեղամիջոցներից առաջացած թունավորումները և անհետաձգելի օգնությունը 133

2 ՄԱՍ ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Գլուխ 9. Սիմպտոմատիկ պսիխոզներ 136
Հոգեկան խանգարումները որոշ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ . 143
Հոգեկան խանգարումները սոմատիկ հիվանդությունների ժամանակ . 157
Սիմպտոմատիկ պսիխոզների բուժումը 161
Գլուխ 10. Սիֆիլիսային պսիխոզներ 163
Ուղեղի սիֆիլիս 163
Պրոգրեսիվ պարալիզ 166
Գլուխ 11. Ալկոհոլամոլություն և ալկոհոլային պսիխոզներ . . . 169
Հասարակ և ախտաբանական հարբածություն 170
Ալկոհոլամոլության կլինիկան 172
Ալկոհոլամոլությունը պատանեկան հասակում 177
Ալկոհոլամոլությունը կանանց մոտ 178
Բուժումը 179
Դիպսոմանիա 183
Ալկոհոլային պսիխոզներ 184
Գլուխ 12. Թմրամոլություն (նարկոմանիա) 193
Թմրամոլության կլինիկական ձևերը 194
Բուժումը 194
Գլուխ 13. Թունամոլություն (տոքսիկոմանիա) 199
Թունամոլության կլինիկական ձևերը 200
Բուժումը 204
Գլուխ 14. Էպիլեպսիա . . . . . .
Կլինիկան 209
Պատճառագիտությունն ու ախտածագումը 218
Տարբերակիչ ախտորոշումը 220
Բուժումը 221
Գլուխ 15. Շիզոֆրենիա 226
Ախտանշաբանությունը 229
Համախտանշաբանությունը (սինդրոմոլոգիա) 233

Կլինիկական ձևերը 234
Շիզոֆրենիայի ընթացքի ձևերը 240
Պատճառագիտությունն ու ախտածագումը 240
Տարբերակիչ ախտորոշումը . . . . . .
Բուժումը . . . . . .
Գլուխ 16. Մանիակալ դեպրեսիվ պսիխոզ 251
Կլինիկական պատկերը 253
Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի խառը և ատիպիկ ձևերը 257
Բուժումը 259
Գլուխ 17. Գանգուղեղային վնասվածքներ 261
Գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքները 264
Բուժումը 268
Գլուխ 18. Ուղեղի ուռուցքների ժամանակ հանդիպող հոգեկան խանգարումները 270
Գլուխ 19. Էնդոկրին ծագում ունեցող պսիխոզներ 273
Էնդոկրին որոշ հիվանդությունների դեպքում հանդիպող հոգեկան խանգարումների առանձնահատկությունները 274
Գլուխ 20. Պսիխոգեն հիվանդություններ 278
Նևրոզներ 279
Բուժումը 286
Ռեակտիվ պսիխոզներ 288
Սուր պսիխոգեն ռեակցիաներ 289
Ձգձգվող ռեակտիվ պսիխոզներ 290
Բուժումը 296
Գլուխ 21. Պսիխոպաթիաներ 298
Պսիխոպաթիաների ձևերը 300
Պսիխոպաթիաների պատճառագիտությունը, դինամիկան 308
Ախտորոշումն ու բուժումը 311
Գլուխ 22. Անոթային հիվանդություններով պայմանավորված հոգեկան խանգարումներ 312
Գլխուղեղային աթերոսկլերոզ 314
Հիպերտոնիկ հիվանդություն 317
Հիպոտոնիկ հիվանդություն 319
Բուժումը և պրոֆիլակտիկան 319
Գլուխ 23. Նախածերունական և ծերունական պսիխոզներ 321
Նախածերունական (ինվոլուցիոն) պսիխոզներ 321
Ծերունական պսիխոզներ 326
Ծերունական պսիխոզի ատիպիկ ձևերը 329
Գլուխ 24. Օլիգոֆրենիա 332
Օլիգոֆրենիայի կլինիկական ձևերը 335
Բուժումը և կանխարգելումը 340
Գլուխ 25. Հոգեբուժական փորձաքննություն 344
Աշխատանքային փորձաքննություն 344
Զինվորական փորձաքննություն 345
Դատահոգեբուժական փորձաքննություն 346
Ցերմինաբանական բառարան 358

Մարիետա Ալբերտի Մելիք-Փաշայան
Վահան Հովհաննեսի Հովհաննիսյան

ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Դասագիրք բժշկական ինստիտուտի բոլոր ֆակուլտետների ուսանողների համար

Հրատ. խմբագիրներ՝ Գ. Մ. Գասպարյան, Է. Հ. Նազարյան
Տեխն. խմբագիր՝ Ռ. Ե. Ախիրյան
Նկարիչ՝ Վ. Ա. Ջրաղացպանյան
Գեղ. խմբագիր՝ Գ. Խ. Գյուլամիրյան
Վերստուգող սրբագրիչ՝ Ա. Ի. Արշակյան

ИБ — 3557
Հանձնված է շարվածքի՝ 16. 08. 1994 թ.։
Ստորագրված է տպագրության՝ 9. 12. 1994 թ.։
Չափը՝ 60×84 1/16։ Թուղթ՝ № 2։ Տառատեսակը՝ «Գրքի սովորական»։ Տպագրությունը՝ բարձր։ Հրատ. 18,8 մամ., պայմ. 20,93 մամ., տպ. 21,2 գուն. թ. օտ.։ Գատվեր՝ 180։ Տպաքանակ՝ 3000։ Գինը՝ պայմանագրային։

«Էույա» պետական հրատարակչություն, Երևան—9, Իսահակյան 28։
ՀՀ կառավարության առընթեր
հրատարակչության թիվ 6 տպարան։
Երևան, Թումանյան փող. 23/1։