

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

ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

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

**«ԼՈՒՅՍ» ՊԵՏԱԿԱՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿԶՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆ, 1994**

ԳՐԱՆՈՍՆԵՐ՝ 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.— Ծ., 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 խընդիրները: Երոշակի 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, դինվորական և դատահոգեբուժական փորձաքննությունների, իսկ առանձին հիվանդությունների դեպքում՝ դատահոգեբուժական գնահատականի հարցերը: Դասագիրքը նախատեսված է բժշկական ինստիտուտի բոլոր ֆակուլտետների ուսանողների համար:

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 ցածինները, որտեղ գիտական նորագույն նվաճումներին համահունչ լուսաբանված են հոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառների և ախտածնության, ընդհանուր ախտաբանական օրինաչափությունների, կլինիկական պատկերի, ընթացքի ու ելքի հարցերը:

Շարադրված են հարկվիճիկական հետազոտությունների ժամանակակից մեթոդները, հոգեդեղաբուժության հիմնական սկզբունքները: Բավականին մանրամասն լուսաբանված են պսիխոթերապիայի հարցերը, որտեղ հիմնական շեշտը դրված է հիվանդ մարդու անձի յուրահատկություններին բացահայտման, լինչպես նաև հիվանդության ընթացքի, ռեսիդիւտացիայի 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 մեթոդներին կիրառումը: Այդ բոլորի հստակ կիրառմամբ է պայմանավորված հիվանդի հոգեկան վիճակի, հիվանդության ճիշտ ախտորոշումը և պատճառածագումնային լիարժեք բուժման իրականացումը:

Հոգեկան հիվանդությունների հասկացության հիմքում դրված է նույնզորգիական 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 չլուսաբանված 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 համարիլ օբյեկտիվ և հնարավորին չափ ճշգրիտ ու ընդհանուր ճանաչում գտած պատկերացում տալ հոգեբուժության մասին, ներկայացնելով նրա ադդիտական 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 քաջատրությամբ: Նրանք գտնում են, որ դասագրքում արժարժված որոշ հարցեր ու պրոբլեմներ կարող էին ավելի լայնորեն լուսաբանվել, սակայն դա չի արվել դասագրքի համեմատաբար փոքրածավալ լինելու պատճառով:

Հեղինակները երախտագիտությամբ կընդունեն քննադատական դործնական բնույթի բոլոր դիտողություններն ու առաջարկությունները:

Ն Ե Ր Ա Ծ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

ՀՈԳԵՐՈՒԹՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՐԿԱՆ ԵՎ ՆՐԱ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

Պսիխատրեիա (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 անպատեխիության, չրավունակության և գործունակության հարցերով), զինվորական հոգեբուժություն, որն ուսումնասիրում է բանակում առաջացած հոգեկան հիվանդությունների առանձնահատկությունները և զինվորական հոգեբուժական փորձաքննության հարցերը, հոգեբուժական աշխատանքային վորձաբեկություն, 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 դրսևորման և զարգացման ընդհանուր օրինաչափությունները, հիվանդների հետազոտման մեթոդները, դասակարգման սկզբունքները, ռեաբիլիտացիայի հիմնահարցերը: Մասնավոր հոգեբուժությունն ուսումնասիրում է հոգեկան առանձին հիվանդությունները, ներդները, ինչպես նաև մարմնական (սոմատիկ) հիվանդությունների հոդի 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 (Գրիգինգեր):

Հոգեկան հիվանդությունները դրսևորվում են իրական աշխարհի

աղավաղված ընկալման, հիշողության խանգարման, դատողությունների խեղաթյուրման, առանց օբյեկտիվ պատճառների տրամադրության փոփոխման, գիտակցության մթագնման, շմեկնաբանված 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:

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 գերբնական ուժերի ծնունդ, համարվել աստծո պատժի կամ ողորմածության դրսևորում: Դրանով էլ պայմանավորված է եղել հոգեկան հիվանդների նկատմամբ հասարակության վերաբերմունքը: Այսպես, զրոգրոված անձանց համարել են աստծո կողմից պատժված, նրանց նրկատմամբ ցուցաբերել բացասական վերաբերմունք և հաճախ էլ ֆիզիկական հաշվեհարդար տեսել, իսկ լուսկյաց, 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 «գուրս են մղել» շար 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), թու- նավորությունները, ծերունական հասակը: Նա գտնում էր, որ այդ հի- վանդությունները բուժելի են, այդ իսկ նպատակով առաջարկում էր պահպանել հանգստի վիճակ, համապատասխան սննդակարգ, ընդունել յոգանքներ, թուլացնող և փախեցուցիչ միջոցներ:

Բժշկությունը բուռն զարգացման հասավ հին Հռոմում, սակայն հոգեբուժության ասպարեզում գիտական միտքը Հիպոկրատի ուսումնա- սիրություններից այն կողմ շանցավ: Նույնիսկ հունա-հռոմեական բժր- կության ականավոր ներկայացուցիչ Գալենը (մ. թ. 2-րդ դար) էա- կան ազդեցություն չունեցավ հոգեկան հիվանդությունների ուսմունքի վրա:

Հռոմեական կայսրության անկմամբ սկսվեց միջնադարյան մռայլ ժամանակաշրջանը, երբ գիտությունը հաջորդեցին կրոնական հավատա- լիքները: Հոգեկան խանգարումները դիտվեցին բացառապես կախարդ- վելու կամ շար ուժերի՝ մարմնի մեջ ներթափանցելու արդյունք, իսկ հո- գեկան հիվանդների վրա ներգործելու միակ ուղին նրանց տանջահա- րումն ու այրումն էր խարույկի վրա:

Ֆրանսիական մեծ հեղափոխությունից հետո հաղթանակեցին մար- գասիրական գաղափարները, փոխվեց հոգեկան հիվանդների հանդեպ հասարակության վերաբերմունքը: Այդ գործում մեծ էր ֆրանսիացի ականավոր բժիշկ Պիենըի և նրա աշակերտ էսկիբրոլի դերը, որոնք առա- ջարկեցին հոգեկան հիվանդների նկատմամբ կիլոառել «ոչ թե զսպու- ալլ՝ բուժում» սկզբունքը: Եվրոպայում առաջին անգամ հոգեկան խա- վարումներով տառապողները ճանաչվեցին որպես հիվանդներ, իսկ բանտանման փակ կացարանները վերափոխվեցին հիվանդանոցների: Պիենըի ջանքերի շնորհիվ հիվանդները շղթաներից ազատվեցին: Էսկի- բրոլը սկիզբ դրեց հոգեբուժական հիվանդանոցներում հիվանդների կազ- մակերպված բուժմանը, իսկ անգլիացի բժիշկ Կոնոլին (19-րդ դարի 30- ական թթ.) առաջարկեց վերացնել կաշկանդող բոլոր տեսակի միջոց- ները (զսպաշապիկներ, կապկպումներ և այլն): ԱՄՆ-ում մարդասիրա- կան հիմքերի վրա ստեղծված նյարդահոգեբուժական ծառայության գոր- ծում մեծ դեր խաղաց ամերիկացի հոգեբույժ Բ. Ռաշը:

Իդեալիստական փիլիսոփայության (Կանտ, Հեգել, Ֆիխտե) տիրա- պետող ազդեցությամբ Գերմանիայում ձևավորվեց «պսիխիկներ» դըպ- րեցը, որի ներկայացուցիչները գտնում էին, որ հոգեկան հիվանդու- թյունները կապված են հոգու հետ: Հակառակ դրան, «սոմատիկներ!»



Նկ. 1. Յ. Պինել (1745—1826)

կարծիքով՝ այդ հիվանդությունների պատճառը օրգանիզմում տեղի ունեցող խտաբանական փոփոխություններն են:

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

Ֆրանսիացի հայտնի հոգեբույժ Մորելը եկավ այն եզրահանգման, որ հոգեկան խանգարումների հիմնական պատճառը ժառանգական նախատրամադրվածությունն է, որն ամրապնդվում և խորանում է սերթնդեսերունդ: Նա գտնում էր, որ հիվանդությունները, մասնավորապես,

ալկոհոլամոլությունը, տուբերկուլոզը, սիֆիլիսը ժառանգական ճանապարհով հետագա սերունդների հոգեկան ներաշխարհում նյարդային տեղաշարժերից մինչև պսիխոպաթիայի, հոգեկան հիվանդությունների, լերջապես, ապուշության և այլասերման (դեգեներացիայի) զարգացմամբ նախատրամադրող գործոններ են համարվում: Մորելին հաջորդեցին Խրանսիայում՝ Մանյանը, Իտալիայում՝ Լոմբրոզոն, Գերմանիայում՝ Իրաֆտ-Էբինգը, Ռուսաստանում՝ Զիծը:

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

Կրեպելինի առաջարկած հիվանդաբոսական (նոզոլոգիական) սկզբունքների շնորհիվ հոգեբուժությունը մերձեցավ ընդհանուր բժշկությանը՝ նպաստելով հոգեբուժական հիմնարկներում հիվանդների խրամքի և ընդհանուր սոմատիկ (մարմնական) բուժման ներդրմանը:

Այդ ժամանակաշրջանում գերմանական հոգեբուժության բնագա-

վառում ձևավորվեցին հոգեբանական տարբեր ուղղութիւններ 2. Ֆրեյդի գլխավորութեամբ: Ըստ Ֆրեյդի, մարդու վարքի դրսևորման հարցում առաջատար դերը պատկանում է անգիտակցականին, որն էլ հակադրվում է գիտակցականին: Նա առանձնացնում է հոգեկան ուորտի երեք մակարդակ՝ «նա» (անգիտակցական), «ես» (գիտակցական), «գեր-ես» (բարոյական): Անգիտակցականը հակումների, բնազդների ամբողջութիւնն է, որոնցից առաջատար նշանակութիւն ունի սեռականը: Անգիտակցականի (բնազդների) և գիտակցականի (բնազդները զսպող ուժի) հակադրութիւնը հանգեցնում է «կոմպլեքսների» առաջացման: Ըստ Ֆրեյդի, այդպիսի ներանձնական հակադրութեան դրսևորումներն են վաղ մանկական հասակում ձևավորված «էդիպի» և «էլեկտրայի» կոմպլեքսները, այսինքն՝ երեխայի փոխկապվածութիւնը հակառակ սեռի ծնողի հետ: Հետագա կյանքի ընթացքում այդ կոմպլեքսները դուրս են մղվում գիտակցութիւնից, սակայն պահպանվում են անգիտակցական ոլորտում և առաջացնում ներդոներ ու պտիխոզներ: Առաջացած կոմպլեքսների բացահայտման և թուժման համար Ֆրեյդի կողմից առաջարկված է հոգեվերլուծութեան (պսիխոանալիզի) մեթոդը: Այդ մեթոդի համաձայն հոգեվերլուծութեան ճանապարհով վերացվում է անգիտակցական ոլորտի ազդեցութիւնը: Անգիտակցական ապրումները գիտակցվում են հիվանդի կողմից և այդպիսով կորցնում իրենց ճնշող ազդեցութիւնը: Այդ ապրումների մասին հնարավոր է դառնում իմանալ հիվանդի ազատ ասոցիացիաների, երազների, վրիպումների մեկնաբանման ճանապարհով:

Ֆրեյդի դասական հոգեվերլուծութեան տեսութեան հետագա զարգացման արդյունքը եղավ Յունգի և Ադլերի ուսմունքը: Այսպես, ըստ Յունգի ներդրը առաջանում է այն դեպքում, երբ շի փրագործվում «իշխման» ձգտումը: Զգտելով հաղթահարել Ֆրեյդի պանսեքսուալիզմը՝ հորնին, Ֆրոմը և ուրիշներ առաջատար նշանակութիւնը տվել են սոցիալական ներգործութիւններին, երեխայի դաստիարակութեան հիմնահարցերին:

Ըստ նեոֆրեյդիստների ներդոների և պսիխոզների զարգացման հիմքում ընկած է անհատի կողմից իր բնածին ոչ լիարժեքութեան գիտակցումը: Մարդասիրական հոգեվերլուծութեան (հումանիստական պսիխոանալիզ) նպատակը սեփական ներաշխարհի ճանաչումն է, «ես»-ի կորցրած ազատութեան վերականգնումը:

Ֆրեյդիզմը մեծ ազդեցութիւն թողեց պսիխոլոգիանալի ուղղութեան զարգացման վրա՝ մեծ նշանակութիւն տալով նախախոսակցական (պրե-



Նկ. 2. Է. Կրեպիկո (1856—1926)

վերբայ) շրջանում երեխայի հուզական կյանքին: Այնպիսի ապրումները, ինչպիսիք են վախը, անհանգստությունը, անվստահությունը մոր և երեխայի շփոթեցված փոխհարաբերություններում ախտածին ազդեցություն ունեն և հետագայում կանոնավորման չեն ենթարկվում:

Մարմնակազմային-ժառանգական (կոնստիտուցիոն-գենետիկ) ուղղության հիմնադիրներից մեկը՝ Կրեյմերը 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 բոլորի արտահայտություն գոյություն ունեցող սոցիալական բարքերի շեմ և մարդու հոգեկան գործունեության իռացիոնալ սկզբնավորման 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 նրկրորդ կեսի և 20-րդ դարասկզբի ռուս հոգեբույժներ Ի. Մ. Բախնսկին, Ն. Պ. Մերժենսկին, Վ. Խ. Կանդինսկին, Վ. Մ. Բեխտերևը, Մ. Ի. Աստլաժատուրովը, Ս. Ս. Կորսակովը, Վ. Պ. Սերբսկին, Ի. Բ. Գանուշկինը և ուրիշներ:

Հոգեբուժության մեջ նոզոլոգիական ուղղության հիմնադիրներից են Ի. Ս. Կորսակովի ծանրակշիռ դերի մասին նշվեց 1897 թվին կացած բժիշկների միջազգային 12-րդ գիտաժողովում, որտեղ ալկոհոլային բազմանյարդաբորբային (պոլիներիտային) պսիխոզը կոչեցին

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

Հոգեբուժության կլինիկական և կազմակերպչական բնույթի տեսական հարցերի ուսումնասիրությանն առանձնահատուկ տեղ են հատկացրել Վ. Պ. Օսիպովը, Վ. Ա. Գիլյարովսկին, Մ. Օ. Գուրեիչը, Վ. Ա. Զիստովիչը, Ա. Հ. Մեհոպրյանը, Ա. Դ. Զուրաբաշվիլին, Ա. Վ. Սնեժնևսկին, Վ. Մ. Բանշչիկովը, Դ. Ս. Օզերեցկովսկին, Ֆ. Վ. Բասինը և ուրիշներ: Մանկական հոգեբուժության զարգացման ուղղությամբ մեծ ջանքեր են ներդրել Տ. Պ. Սիմսոնը, Գ. Ե. Սուխարևան, Վ. Վ. Կովոլյովը 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 աններդաշնակ 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 «Զերմանց միլիթարություն» բժշկարանում մեծ ուշադրություն էր դարձնում հոգեբուժական (պսիխոթերապիա), այն հանձնարարելով անգամ մարմնական հիվանդությունների ժամանակ: Էպիլեպսիայի, շիզոֆրենիայի, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի և պսիխոզեն 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 արևմրտակավրոպական բժշկագիտության անմիջական ազդեցությամբ: Հա-



Ազ. Չառ. Ա. Ա. ՄԻԿԻԱՐՅԱՆ (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 սկսվում է 1945 թվականից, երկրորդ համաշխարհային պատերազմի ավարտից հետո, և կապված է Ա. Մեհրաբյանի հայրենիք վերադառնալու, Կ. 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 (վարիշներ՝ 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 բուժականխարգելակիչ մի շարք այլ մասնագիտացված կարիներներ: Կազմակերպվել են նաև մասնագիտացված ստացիոնարներ, ի դեմս ներոզների 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 հետադասարան փրճակների ուսումնասիրության և քուժման հարցերով:

1980-ական թվականներից սկսած Հայաստանում հոգեբուժական մասնակալների 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 քննադատությամբ: Տեխնիկապես հագեցված կլինիկաներում և լաբորատորիաներում կարևոր ուսումնասիրություններ են կատարվել շիզոֆրենիայի, էպիլեպսիայի, թմրամոլության և արևոհումայության, ինֆեկցիաների, գանգուղեղային վնասվածքների, անձի և գիտակցության, իսկ Հայաստանում մեծ աղետ համարվող երկրաշարժի հետ կապված հոգեժին (պսիխոզեն) և այլ նյարդահոգեկան հիվանդությունների կլինիկաախտաժնային, քլջաժնային, 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. ըստեղծված 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 հազուստը, 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, օրտեղ իրագործված է գիտաուսումնական, բուժարտադրական գործունեության ինտեգրացումը, տարբեր ծառայությունների կոմպլուտերիզացիան, դարձել է հոգեկան առողջության կենտրոն, իսկ նրա տնօրեն Ա. Ուելիք-Փաշայանին՝ մոտ 40 նորարարական ներդրումների կապակցությամբ, շնորհվել է միջազգային բիզնեսի մագիստրոսի կոչում:

Գ Լ Ո Ւ խ 2

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

174278
Մարդն արտաքին աշխարհը ճանաչում է հոգեկան պրոցեսների շրջնորհիվ: 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:

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:

Պատրանք (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.

Աֆեկտիվ պատրանք. 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 մահիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակների դեպքում, երբ նման հիվանդները իրենց շրջապատի մարդկանց դեմքերը ընկալում են համապատասխանաբար՝ ուրախ ու խնդալից կամ տըխուր ու թախծալից:

Վ երբ ալ (խոսք ային) 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:

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 գրտնրվող խելագարված Անուշը գետի ջրի աղմուկը ընկալում է որպես իր հասցեին ուղղված խոսքեր՝ «Արի՛, Անո՛ւշ, արի՛, տանեմ յարիդ մոտ» և այլն:

Յնորքը ընկալման խանգարում է առանց իրական օբյեկտի: Յնորքով 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 իսկություն մեջ որպես գոյություն ունեցող ռեալ իրականություն:

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



Նկ. 3. Տեսողական ցնորք-ներով տառապող հիվանդ:

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 *ակոսզմ* (հիվանդը լսում է զանգ, ղողանջ, 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 դրուշից, 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 գունադեղուկություն 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. Սեզյան 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 գանգաճան 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 «սարքավի» են, «ստիպողական»։ Հիվանդներին թվում է, թե այդ բոլորը հատուկ ձևով, ինչ-որ ճանապարհով ու հատուկ նպատակով է արվում։

Ի. Ս ե գ լ ա յ ի 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։

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

Կան ցնորքների նաև հետևյալ ձևերը.

Խոսք ա յ ի ն (վ ե բ բ ա լ). հիվանդը զանազան ձայներ ու խոսակցություններ է լսում, որոնք երբեմն հաճելի, իսկ ավելի հաճախ տհաճ ու սպառնալի բնույթ են կրում։ Այդ ձայները հաճախ ուղեկցվում են զանազան մտքերով։

Հրամայողական (խմպերատիվ). 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 սրբաբանությունը, վարքը, երբեմն նրա կատարած ամեն մի քայլը։ Այդ ձայները հաճախ կշտամբական են, երբեմն հիվանդի սխալներն ուղղելու նպատակով։ Բավականին տհաճ են ու ծանծրալի։

Հակադրական (անտագոնիստական). հիվանդը լսում է տար-



Նկ. 4. Լսողական ցնորքներով հիվանդը փակել է ականջները։

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 գրգռիչն զուգահեռ: Օրինակ, ջրածորակից գնացող ջրի աղմուկի առկայությամբ հիվանդը զանազան ձայներ ու խոսակցություններ է լսում: Զրի 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:

Ընդհանրային (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):

Հիպնապոպիկ. 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 հիպնապոպիկ, ինչպես նաև ֆունկցիոնալ ցնորքները հոգեպես առողջ մարդկանց մոտ ես կարող են հանդիպել:

Էքստրակամպի (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 ըզգում իր շրջապատից, անդամներից: Նա հաճախ դա վերագրում է միտումնավոր ձեռք բաց թողնված թունավոր գազերին, նյութերին, փաստորեն ցնորքը շողկապելով զառանցանքի հետ:

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

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 զգայախաբույթունն է, որի ժամանակ հիպնոսվողին ներշնչվում է լսել, տեսնել կամ զգալ այս կամ այն ձայնը, պատկերը, հոտը: Ցնորքներ կարելի է առաջացնել նաև արհեստական ձևով, ցրնորքների նկատմամբ կանխատրամադրված մարդկանց մոտ, որտեղ նույնպես նշանակությունների ներշնչանքը: Դրանցից են՝ կիպմանի ախտանշանը, երբ հիվանդի ականազնդերը թեթեւակի սեղմելով ու համապատասխան ձևով ներշնչելով առաջացվում է տեսողական ցնորք: Ռեյխարդի ախտանշանը, երբ ակոհոլային հարբեցատենդով տառապող հիվանդին լավացման շրջանում առաջարկվում է ուշադիր նայել ու ասել, թե ինչ է գրված նրա առջև դրված մաքուր թղթի վրա: Նա կարդում է որոշակի բառեր և նույնիսկ ամբողջ նախադասություններ: Աշաֆենբուրգի 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:



Նկ. 5. Հոտառական հալուցիացիաներով տառապող հիվանդ:

Եթե պատրանքների դեպքում մեծ մասամբ հիվանդներն են հայտնում իրենց հիվանդագին ապրումների մասին, ապա ցնորքների ժամանակ հիվանդները քննադատության բացակայության պատճառով, չհասկանալով իրենց հիվանդագին վիճակը, հաճախ մի գանգատ չեն ցուցաբերում: Նման դեպքերում ցնորքների առկայությունը որոշելու համար նշանակություն ունի անամնեզը և օբյեկտիվ դիտարկությունը: Ցնորքի քննության կախված հիվանդի վարքի մեջ դիտվում է այս կամ այն փոփոխություն: Օրինակ, տեսողական ցնորքների դեպքում հիվանդը ականապիշ ու վախեցած հայացքով նայում է ինչ-որ տեղ, աչքերն է փակում, թաքնվում է, փախչում և այլն: Լսողական ցն-

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

Պսիխոսեներ (հոգեզգայական) խանգարումներ: Զգայական խանգարում է, որն արտահայտվում է զանազան ախտանիշների ու համախտանիշների ձևով:

Կ եր զ գ ա յ ն ու թ յ ու ն (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:

Թ եր զ գ ա յ ն ու թ յ ու ն (հիպոեսթեզիա). զգացողության թուլացում: Նման հիվանդները, օրինակ, սրսկվելիս ցավ համարյա թե չեն պզու՛ն, դեմքի վրա ման եկող ճանճին չեն զգում կամ թույլ են զգում:

Ա ռ զ գ ա յ ու թ յ ու ն (անեսթեզիա). զգացողության բացակայում: Նման վիճակներ հաճախ առաջանում են վիրահատությունների ժամանակ դեղորայքի օգնությամբ, հիպնոսային ներշնչման միջոցով և այլն:

Մ ե ն ե ս ե տ ո պ ա թի ա. մաշկի վրա, մաշկի տակ, մարմնի տարբեր մասերում առաջացած զանազան տհաճ ու տանջալից այրոցներ, տաքության զգացողություն, սեղմոցներ, ծակծկոցներ, ձգվածություն, թրթռոց, քոր և այլն:

Մ ե տ ա մ ուր ֆ ո պ սի ա. ընկալվող օբյեկտի ձևի, չափի փոփոխությունն է տարածության մեջ: Մետամորֆոպսիան կարող է արտահայտվել հետևյալ ձևերով:

Խ ո շ ուր ա տ ե ս ու թ յ ու ն (մակրոպսիա). երբ ամեն ինչ ընկալվում է արտասովոր մեծ չափերով:

Մ ա ն բ ա տ ե ս ու թ յ ու ն (միկրոպսիա). երբ մակրոպսիային հակառակ ամեն ինչ փոքրացած է ընկալվում: Օրինակ, դասախոսության ժամանակ հիվանդներից մեկը հայտնում էր, որ կարծես թե ինքը գտնվում է լիբրալտների երկրում, լսարանում գտնվող ուսանողներին ընկալելով խիստ փոքրացած ձևով:

Դ ի ս մ ե գ ա լ ո պ սի ա. շրջապատի առարկաներն ընկալվում են էրկարացած, լայնացած, իրենց առանցքի շուրջը ոլորված ու ծռված:

Պ ուր ո պ սի ա. 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:

Դեռ ես չիզացիտա. 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: Դեռ ես չիզացիտա ի տարբերակներն են համարվում՝ առ դեռ տեսածի ախտանշանը (Ֆրանս. Déjà 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 (աուտոմատաֆոնոպսիա). իր մարմնի, նրա տարբեր մասերի աղավաղված ընկալումն է, երբ խանգարվում է դրանց ձևի, մեծության, կազմության, քաշի, տեղադրության շիշտ ընկալումը: Նման հիվանդը գանգատվում է իր գլխի մեծացած կամ փոքրացած, ծայրանդամները երկարած կամ կարճացած լինելուց, մարմնի տեղությունից (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 ունյն բացակայող օրգանի ցավ:

Ճնորքների պարոֆիզիոլոգիական մեխանիզմը: Ճնորքների առաջացման մեխանիզմի վերաբերյալ տարբեր տեսություններ են առաջարկվել: Պերիֆերիկ (ճայրամասային) տեսության համաձայն ցրտորքների առաջացումը կապված անալիզատորի ծայրամասային հատվածի զգացողություն ֆունկցիայի խանգարման հետ: Այս տեսությունը, սակայն, երկար չգոյատևեց, քանի որ պարզվեց, որ լսողական, տեսողական և այլ ջնորքներով տառապող հիվանդների մոտ համապատասխան զգայարանները գտնվում են առողջ վիճակում: Վերնիկեի, Կորսակովի, Գիլյարովսկու կողմից առաջ քաշված «Կենտրոնական» տեսության համաձայն, ջնորքների առաջացումը պայմանավորված է գլխուղեղի կեղծի այս կամ այն օջախի գրգռվածությամբ: Այդ ուղղության կողմնակիցները փորձարարական ճանապարհով ջնորքներ են առաջացրել ուղեղի համապատասխան կենտրոնները էլեկտրական հոսանք

քով գրգռելու միջոցով (ծոծրակային բլթի գրգռումից առաջացել են տեսողական, քունքային բլթի գրգռումից՝ լսողական ցնորքներ), կամ դեղորայքի 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 չլուսաբանված:

Պոպովի կողմից առաջարկվել է ցնորքների առաջացման աբգելակային տեսությունը: Այդ տեսության համաձայն ցնորքների առաջացման գործում նշանակություն ունի զանգուղեղի կեղևի արգելակման պրոցեսը, հիպոթալիս փուլային երևույթներով:

ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆՎԱՐՈՒՄՆԵՐ

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 օբյեկտի 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 դատողութունների 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 կենսաէնէկտրական 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 հիվանդադեմ վիճակը և հույսը չղնելով իր հիշողության վրա, ծոցատետր է օգտագործում: Նման վիճակներ կարող են հանդիպել ուղեղի անոթների սկզբոգի, գանգոլեղային 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:

Անտերոգրամնեզիա, երբ հիշողությունը դուրս է մղվում

դեպքից (զանգուղեղային վնասվածք, ստրեսային ռեակցիա) կամ հիվանդության ժամանակահատվածից հետո եղած որոշ ժամանակահատված: Օրինակ, զանգուղեղային 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 քաջն էլ հենց կոչվում է անտերոգրադ ամենեզիա:

Ռետրոգրադ ամենեզիա, երբ հիշողությունից դուրս է մղվում դեպքին կամ հիվանդությանը նախորդող որոշ ժամանակահատված: Կները նկարագրված զանգուղեղային վնասվածքի օրինակով այս դեպքում հիվանդը մոռանում է վնասվածքին նախորդող որոշ ժամանակահատված:

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

Ֆիքսացիոն ամենեզիա, հիշելու ունակության կորուստ է, որը պայմանավորված է ընկալված մոտակա դեպքերի և ինֆորմացիաների մտապահման (ֆիքսելու) թուլացմամբ:

Առաջընթաց ամենեզիա, արտահայտվում է մտապահման ունակության կորստով և հիշողության պաշարի աճող աղքատության: 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 հետզհետե օրենք»:

Հետընթաց (ռեգրեսիվ) ամենեզիա, այս դեպքում մոռացված ժամանակահատվածը աստիճանաբար վերականգնվում է հիշողության մեջ:

Ուշացած («ռետարդված») ամենեզիա, տեղի ունեցածը դեպքից անմիջապես հետո հիշվում է և որոշ ժամանակ անց դուրս է վանվում հիշողությունից:

Կատաթիմ (աֆեկտոզեն, պսիխոզեն) ամենեզիա, արտահայտվում է հոգեկան խիստ ուժեղ ապրումների հետ կապված դեպքերի մոռացության: Դա պաշտպանողական յուրատեսակ ռեակցիա է, երբ նյար-

դահողական գերլարվածության («ստրեսային») վիճակով պայմանավորված փաստը դուրս է վանվում հիշողությունից:

Ամենատիկ աֆազիա. առարկաների, իրերի անունների մոռացումն է, միաժամանակ նրանց գործածման հատկացողության պահպանմամբ: Օրինակ, չհիշելով մատիտի անունը, հիվանդը միաժամանակ պատասխանում է, որ այն զրելու համար է:

Ամենատիկ ապակազմնորոշում. այս դեպքում հիշողության կոպիտ խախտման հետևանքով հիվանդներին մոտ խանգարվում է տեղի, ժամանակի, իրադրության կողմնորոշումը: Նման հիվանդը, օրինակ, չգիտի տաբեթիվը, 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.

Պսևդոթեմինիսցենցիա, երբ հիշողության բացը (ամենեզիան) հիվանդը լրացնում է իր կյանքում տեղի ունեցած դեպքերի նրկարագրությամբ: Օրինակ, հունվարի 1-ին անգիտակից վիճակում գրտնըվող 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 (ամենեզիան) 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 լարաբքի դատապարտելի կողմը, իսկ կրիպտոմնեզիայով տառապող հիվանդը հիշողության աղավաղման պատճառով չի հիշում իր արարքը և համոզված է դրա խնդության մեջ:

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

Պ ս ե դ ո լ ո գ դ ի ա ֆ ա ն տ ա ս տ ի կ ա ն (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 ըսկըսում է հավատալ իր պատմածի իսկությունը կամ կատարված դեպքերը հասցնում է ծայրահեղ չափազանցության, ձգտելով դառնալ շրջապատի ուշադրության օբյեկտ։ Նման վիճակ կարող է դիտվել հիստերիկ ներքոգի, իսկ առավել հաճախ՝ հիստերիկ տիպի պսիխոպաթիայի դեպքում։

Կոռսակովյան 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 տեական 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 փնչ 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, որնիցն ռտանավորի կամ հեռախոսի համարի վերհիշումը և այլն։

ԲԱՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ (ԻՆՏԵԼԵԿՏԻ) ԽԱՆՊԱՐՈՒՄՆԵՐ

Բանականությունը (ինտելեկտ, «խելք»), չհանդիսանալով 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 աշխատանքությունը: Հայտնի է, օրինակ, որ տաղանդավոր ու հանճարեղ մարզկանց 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 ուժերի առանձնահատկությունները: Բանականության հատկանիշներից մեկը էրուզիան է (բազմազիտակությունը), այսինքն՝ գիտելիքների մեծ պաշարը, նրա ծավալը և բազմակողմանիությունը, որով բնորոշվում է մարդու մտահորիզոնը: Բանականության էությունը տեղի օնեցող երևույթների, նրանց պատճառական կապերի բացահայտումն է: Զարգացած բանականությունը բնորոշ է մտածողության, տրամաբանության, ստույգ դատողության ու եզրահանգումների, էական 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՝ ընածին (սակավամտություն կամ ինտելեկտի թերզարգացում, օլիգոֆրենիա) և ձեռքբերովի (թուլամտություն, դեմենցիա): Բնածին խանգարումը կամ սակավամտությունը բնորոշվում է հոգեկան հիմնական ֆունկցիաների ընածին թերզարգացմամբ, իսկ ձեռքբերովի խանգարման կամ քուլամտության գեպում զարգացած ինտելեկտը սկսում է քայքայվել ու խցնել: Այդ տարբերությունն ավելի ակնառու ցույց սալուն պատակով թուլամտությունը և սակավամտությունը կարելի է համեմատել կիսակառույց հյուղակի և ավերված ապարանքի հետ: Այդ առումով գեղեցիկ համեմատություն է արել նաև էսկիբուլը, նշելով, որ «ձեռքբերովի թուլամտությունը սնանկացած հարուստն է, իսկ ընածին 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 զանգուղեղի ախտահարումը, որի պատճառ կարող են համարվել հղիության ծանր տոքսիկոզները, քրոմոսոմային անոմալիաները, ֆենիլպիրոլիսազոդաթթվային 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, սոցիալաշխատանքային նորմալ ուժերի 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 չթխած արարքներ:

Սակավամտության 3 աստիճան գոյություն ունի՝ **թեթև** (ղեբիլություն), **միջին** (իմբեցիլություն) և **ծանր** (ապուլություն), որոնց կլինիկական պատկերը նկարագրված է օլիգոֆրենիա գլխում:

Թուլամտության (ղեմենցիա) դեպքում մտավոր նորմալ մաևարդակ 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 (լոկոնար, 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 շեն հասկանում իրենց մոտ ստեղծված դեֆեկտային վիճակը: Միաժամանակ խանգարվում է նոր գիտելիքներ ու հրմտություններ ձեռք բերելու ունակությունը: Հոգեկան ակտիվության կորուստի կամ աղավաղման հետ միասին փոխվում է հիվանդների վարքը շրջապատում. նրանք հաճախակի տարօրինակ ու շրջապատի բարոյական պահանջներին չհամապատասխանող ու շթավարարող արարքներ են կատարում: Ապարգեւակվում են նաև բնագոյային հակումները: Ակտիվանում են ցածրագույն հույզերը, ցանկություններն ու հակումները (գերսեռագայնություն (Նիպերսեքսուալիզմ), շատակերություն, ավելորդ շոայություն և այլն), որոնցով էլ հենց բնորոշվում է հիվանդի վարքը:

Մասնակի (պարջիալ կամ լսկունար) թուլամտությունը հիմնականում զարգանում է հիշողության ֆունկցիայի խանգարման կամ ուշադրությունը կենտրոնացնելու անընդունակության հետևանքով: Նման դեպքերում առաջին հերթին խիստ խշնում 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, աքն քննադատորեն են զնաոհատում և բուժօգնություն են խնդրում: Բնորոշ է նաև հուզական անկայունությունը, լականությունը, պաիխոֆեն (հատկապես դեպրեսիվ) ռեակցիաներ տալու հակվածությունը:

Մասնակի թուլամտությունը հանդիպում է գանգուղեղի օրգանական հիվանդություններին (աթերոսկլերոզ, ուռուցք, տիֆոյիս և այլն) գեպքում:

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 աղթատացման, գիտելիքների (հատկապես մասնագիտական) պաշարի մասին:

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

թխուելը, կատարելը և անհանգիստ մտածանքում, ձեռակերպել, հասկացողություններ, որոնք արտացոլեն իրենի և երևույթների էական գծերն ու հատկությունները: Մտածողության արտաքին արտահայտամիջոցներն են քառը, խոսքը: Մտածողությունը լինում է կոնկրետ-իրադրական (սխիզմացիոն) և վերացական-տրամաբանական:

Մտածողության խանգարումները կարևոր տեղ են զբաղեցնում ընդհանուր հոգեբանատաբանության մեջ: Մտածողության ախտաբանությունը՝ դիսնուրիում է (ա) ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումներով, բ) մտածողության բովանդակության (դատողությունների) խանգարումներով:

Ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումներ: Դրանց թվում են պատճառով մտածողության տեմպի փոփոխությունները, որ արտահայտվում են ասոցիացիաների դանդաղումով կամ արագացումով: Մտածողության տեմպի դանդաղելու դեպքում դիտվում են պատճառացիությունների աղքատացում, ասոցիացիաների սեղանացում, հիվանդները մեծ դժվարությամբ են կատարում ցանկացած մտավոր աշխատանք, ուշացումով են ըմբռնում ամբողջ փառասը, նրանց խոսքը չլինում է անկախաբան մասնացիաների նախադրումը հիմնականում բնորոշ է դեպրեսիվ վիճակներին:

Մտածողության անաբազումը բնութագրվում է մտքերի ընթացքի աշխատեթյամբ, հարստության, առատության: Այդ արագացումը կարող է վերածել մտքերի թռիչքի (tuga idearum)՝ երբ անհետ է գալիս որևէ մտքի թելը: Միջադրության շեղվածության պատճառով հիվանդները մի միտքը չափադատած, սկսում են մյուսը, քանի որ խոսքի մեջ թափանցում է այն ամենը, ինչն անդ պահին հիվանդը տեսնում է լսում, ընկալում է տվյալ իրադրության մեջ: Հիվանդները լինում են շատ անհանգիստ, նրանց մտածողությունը դադանում է ծակերեծացի: Ասոցիացիաների արագացումը հատուկ է մանիակալ վիճակներին:

Մտածողության ճեղքվածությունը (շիզոֆրենիա) դիտվում է շիզոֆրենիայի ժամանակ: Դրան բնորոշ է մտքերի միջև տրամաբանական կապի բացակայությունը, թեև խոսքը լինում է քերականորեն ճշգրիտ: Այսպես, օրինակ, «Պողպատը 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 Գևորգ»:

Մտքի խցանումը կամ կանգը (չպերունգ) արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդը անսպասելիորեն պապանձվում է, մտքերն անսահման դնում

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

Աուտիստական (ներամիոսի) մտածողությունը լինում է իրականությունից կտրված և պայմանավորված է հիվանդի ներաշխարհով, երեվակայությանը, հիվանդագին ապրումներով, ցնորքներով ու զառանցանքով: Հիվանդը ընկղմվում է իրականության հետ կապ չունեցող երևակայության և հիվանդագին ապրումների աշխարհը: Բնորոշ է շիզոֆրենիային և շիզոֆիզ պսիխոպաթիային:

Սիմվոլիկ (խորհրդանշական) մտածողությունն արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդները հատուկ, միայն փրենց հասկանալի իմաստ են դնում շրջապատող իրերի ու երևույթների մեջ, դրանցում տեսնելով քաներ, 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 իրրև 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, փնչպես նաև հոգեկան այլ հիվանդությունների ժամանակ:

Մտածողության պերսեկցիան 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, փնչպես նաև գլխուղեղի օրգանական ախտահարումների ժամանակ:

Մտածողության խանգարումներից է նաև դատաբկասբանությունը, 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:

Մտահոգությունը (մենտիզմ՝ մտքերի ակամա հորդահոսք)՝ մըտքերի, 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 գլխակցության խանգարումների ժամանակ: Դա վերլուծելու և համադրելու անընդունակությունն է, ասոցիացիաների անկարգ, քառսային 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 դանդաղացումը, մտքի դժվարահոսությունը, «մածուցիկությունը» բնորոշ է էպիլեպսիային և գլխուղեղի օրգանական հիվանդությունների մնացորդային երևույթներին: Իներտության, մի մտքից մյուսին անցնելու դժվարության հետ մեկտեղ հիվանդը կանգ է առնում ավելորդ մանրամասնների վրա, չկարողանալով կարևորը, էականը տալքերել երկրորդականից, անկարևորից: Որևէ բանի մասին պատմելիս հիվանդը կանգ է առնում ոչ պետքական մանրութների նկարագրության վրա, կորցնում է մտքի թելը, հիմնական գաղափարը:

Մտածողության բովանդակության խանգարումների թվին են պատկանում զառանցական մտքերը, կաշուն (սևեռուն) վիճակները և գերարժեքային մտքերը:

Առանցական մտքերը ախտաբանական հողի վրա ծաղող սխալ դատողություններ են: Դրանք ուղղման չեն ենթարկվում և չեն փոխվում՝

հակառակը համոզելիս: Հիմանդը համոզված է իր դատողությամբ, որ
մտահանգումների համարտացիության մեջ, որանց նկատմամբ քննա-
դատություն չի ցուցաբերում: Միայն ոչ ճիշտ դատողություններ կա-
րող են լինել նաև հոգեպես առողջ մարդկանց մոտ: Սակայն զրանց վրա
ի տարբերություն զառանցանքի, կարելի է ազդել, որոշակի պայման-
ներում դրանք հնարավոր է շփել, հաղթահարել (կուլտուրական մա-
կարդակի բարձրացում, կրթություն, համոզել փապտարկների մեջ բե-
ղում և այլն):

Զառանցական մտքեր պարունակող հոգեխտաբանական համախ-
տանիշները դիտվում են հոգեկան շատ հիվանդությունների ժամանակ:

Զառանցանքը լինում է առաջնային (մեկնաբանողական) և
նրկրորդային (զգացմունքային, պատկերավոր): Առաջնային
զառանցանքի համար հիմք են ծառայում փաստերը, իրադարձություն-
ները, որոնք էլ ազավաղված և ախալ մեկնաբանվում են հիվանդի կող-
մից յուրօրինակ ծուռ տրամաբանության ձևով: Այն ամենը, որը հա-
կասում է զառանցանքի կոնցեպցիային, մեկ կողմից է նկատվում որպես
անկարևոր բան:

Նրկրորդային կամ զգացմունքային պատկերավոր,
անհատու զգոպնանքը ձևավորվում է հիվանդի երեակայության, ֆան-
տազիայի ցնորքների, պսիխոսեստո խանգարումների հիման վրա:
Այստեղ տրամաբանական կապերը թույլ են, «փաստարկումները» ան-
հետևողական:

Առաջնային զառանցանքի դեպքում խանգարվում է ցեղաբանա-
պես դատողական, տրամաբանական ճանաչողությունը, զգացմունքա-
յին զառանցանքի ժամանակ՝ իրական աշխարհի առարկաների և երևույթ-
ների անմիջական ընկալումը, արտացոլումը, ինչպես նաև հույզերը:

Այսպիսով, առաջնային զառանցանքը սովորաբար լինում է համա-
կարգված, հետևողականորեն հիմնավորված հիվանդի սուբյեկտիվ, պ-
ղավաղված տրամաբանությամբ: Մինչդեռ երկրորդային զառանցանքը
լինում է չհամակարգված, կտրատված, անկայուն, անավարտ:

Առանձնացնում են հետևյալ զառանցական մտքերը:

Վերաբերման և ճշանակության զառանցանք, երբ հի-
վանդը համոզված է, թե շրջապատում գոյություն ունեցող երևույթներն
առնվում են իր հետ: Նա ամեն դեպք (մարդկանց վարքագծում և արարք-
ներում, իրերի տեղադրության մեջ, խոսակցություններում) տեսնում է
իր հասցեին ուղղված աննարկ, ազդանշաններ, սպառնալիքներ: Օրի-
նակ, եթե երկու մարդ կանգնած են կանգատում, ապա «հետևում էին

Հիվանդին հակառակն համոզելու փորձերը միայն ավելացնում են նրա «թշնամիներին» 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 ուժով, դիետա: Ոչ հազվադեպ այս զառանցանքը վերաճում է բացարձակ անհեթեթության. հիվանդը ժխտում է իր ներքին օրգանների, իր մարմնի առկայությունը («սիրտը չկա», «թոքերը արմատից պոկված են», «անոթները դատարկ են»): Սա կոչվում է եփեիլիստակա՝ կամ ժխտողական զառանցանք:

Իիսմոռֆոֆոբիա և դիսմոռֆոմանիա 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:

Իեֆեամեղադրման 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 ինքնաապանության փորձեր են կատարում:

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

Մեացոդային (ռեզիդուալ) զառանցանքը կրած սուր պսիխոզի հետևանք է, երբ հոգեփախվածության 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 ռեգիդուալ զառանցանքը հետ է զարգանում, և հիվանդի քննադատությունը լիովին վերականգնվում է:

Ի ն դ ու կ ց վ ա ծ (ներշնչված, մակածված) զառանցանքը ձևավորվում է այն առողջ մարդկանց մոտ, ովքեր երկար ժամանակ ըփում 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 է և ներշնչվող են: Համեմատաբար ավելի հաճախ ինդուկցվում են երեխաները, ընտանիքի անդամները:

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

Կպչուն վիճակները արտահայտվում են կպչուն կամ սեեռուն մըտքերի, կասկածների, հիշողությունների, պատկերացումների, ցանկությունների, վախի, գործողությունների ձևով: Կպչուն վիճակները զառանցական և գերաբծեքային 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:

Կ պ շ ու ն թ տ ք ե ռ ը (օբսեսիա) կարող են արտահայտվել այս կամ այն, ոչ հազվադեպ անհեթեթ գաղափարի ձևով, որը մշտապես պրավում է հիվանդի ուշադրությունը: Այսպես, հիվանդը անդադար մըտածում է այն մասին, թե ինչ կկատարվե, եթե լուսինը մերթ հեռանար երկրից, մերթ մոտենար:

Կ պ շ ու ն պ ա տ կ ե ռ ա ն ց ու մ ն ե ռ ի գ ե պ ժ ու մ հիվանդի ներքին

տեսագաշտում շարունակ հայտնվում են անիրական պատկերներ: Կապույտ հակումները (կոմպուլսիա) բնութագրվում են կամքին ու բանականությանը հակասող որևէ վտանգավոր գործողություն կատարելու մղումով (հիվանդներից մեկը անդադար վախենում էր, որ ինքը նրանցի ճաշի մեջ կարող է ջարդած ապակի կամ ասեղ դնել): Կապույտ հակումների տարատեսակներն են պիրոմանիան (հրեհներ ատաղացելու հակում), կլեպտոմանիան (նույնիսկ ոչ պետքական իրեր գողանալու հակում), գրոմոմանիան (շրջմուլիկություն), արիթմոմանիան (ճաշվելու կպույտ հակում):

Կապույտ վախերը (ֆորբիա) խիստ բազմազան են: Նման դեպքում հիվանդին համակում է ուժեղ երկյուղ, որը նա ոչ մի կերպ չի վիճակի չի լինում հաղթահարել: Մի դեպքում ծագում է կապույտ վախ փակ տարածություններից (կլաուստրոֆորբիա), երբ հիվանդները չեն կարողանում վերելակից օգտվել, ինքնաթիռ նստել, մնալ կողպված սենյակում: Այլ դեպքում հիվանդի մոտ առաջանում է վախ բաց տարածություններից (ագորաֆորբիա), երբ նա չի կարողանում հրապարակով քայլել կամ փողոցն անցնել: Գոլություն ունի նաև վախ ամբոխի նկատմամբ, երբ հիվանդը մաքրաշատ վայրում վախենում է շնահեղձ լինել (անտրոպոֆորբիա), վախ մահվան հանդեպ (թանատոֆորբիա), վախ թափելու կամ անբուժելի ախտով հիվանդանալու վախ (սիֆիլիոֆորբիա, կանցեռոֆորբիա): Կապույտ 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 հակասակ, ունի պաշտպանական բնույթ և հետապնդում է սեկսուալ վախը հաղթահարելու կամ մեղմելու նպատակ: Դրանք կոչվում են ծիսապարզներ (ոխտուայներ): Վերջիններս ծագում են վախերի հետ միաժամանակ: Այսպես, թանատոֆորբիա ունեցող մի հիվանդ փողոց գալուց առաջ սեղանի շուրջը ելքը անգամ պտույտ էր գործում, ագորաֆորբիայով տառապող մի այլ հիվանդ փողոցն անցնելուց առաջ մի քանի կրանիստ էր կատարում: Սկզբնական շրջանում ծիսակարգը որոշ թեթևություն է բերում հիվանդին, սակայն ավելի ուշ կորցնում է իր հանգստացնող նշանակությունը, շնայած չկատարելու դեպքում էլ ուժեղանում են տագնապը և մտավատխությունը: Ժամանակի ընթացքում ծիսակարգը, այլևս լծանելով հիվանդին, վեր է ածվում կապույտ գործողությունների:

Կապույտ գործողությունները կոչվում են ծիսակարգեր և դրանք բնորոշվում են

հիմնականում Գևորգի Կապույտի, Կապույտի խեղճի Դավանյանի գործողությամբ, տեղի, պատճառներ են ստեղծվել, որից դժվար է ավատվել (եղունգները կրծքի յուրաքանչյուր ծնով պարանոցը ձգելը, շրթունքներով լպլպացնելը և այլն)։

Գևորգի Կապույտի վիճակները հրաշարվում են թե՛ պսիխոզների և թե՛ ներոզների ժամանակ։

- սա Գևորգի Կապույտի մտքերը։ Կոչվում են այն վիճակները, երբ դրանք տարբեր գիտակցության մեջ գերակշռող տեղ են զբաղեցնում, հիվանդը որոշեց տալիս է այնպիսի մեծ նշանակություն, որ ամենևին էլ տեղին չէ։ Գերարժեքային մտքերն ունեն աֆեկտիվ հագեցվածություն, ուղեկցվում են հուզական լարվածությամբ, աչքի են ընկնում կայունությամբ։ Կարողությունները կաշուն կամ զանաչանկան մտքերի, դրանք անհեթեթ քննադատություն չունեն, քանի որ հանդիսանում են իրական դեպքերի նկատմամբ ցուցաբերած բնական հակադրություն։ Օրինակ, երբեք գերարժեքային միտք կարող է դառնալ և զբաղեցնել մարդու գիտակցությունը այն դեպքում, երբ այն առաջ է գալիս իրական գաղափարների կամ կողմնակի շարքի հիման վրա, կամ գերարժեքային վարող է դառնալ վերավորների զգացումն այն աստիճան, որ մարդը մինչև վերջ չլուծի, չի հանգստանա, իսկ վերջի գաղափարն էլ գերարժեքային է դառնում ծանր վերավորները ստանալու պատճառով։ Այսպես, եթե իրավիճակը բարեբար էլ 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 պարանոյալ շրջակի պսիխոպաթների մոտ։

Գերարժեքային մտքերը հաճախ ծագում են պսիխոպաթ անձնավորությունների, մասնավորապես պարանոյալ շրջակի պսիխոպաթների մոտ։

Գերարժեքային մտքերը հաճախ ծագում են պսիխոպաթ անձնավորությունների, մասնավորապես պարանոյալ շրջակի պսիխոպաթների մոտ։

Գերարժեքային մտքերը հաճախ ծագում են պսիխոպաթ անձնավորությունների, մասնավորապես պարանոյալ շրջակի պսիխոպաթների մոտ։

ու տհաճ բնույթի ապրումներ: Նրանք կարող են լինել ուժեղ և թույլ: Հուլզերը 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 հուլզ. օրինակ՝ ուրախություն, ոգևորություն, հույս և այլն) և, ընկհակառակը, աշխատանքի հանդեպ դրական վերաբերմունքի բացակայությունը հասցրնում է եռանդի, ինչպես նաև ձեռնարկվող գործի արդյունավետության իջեցման (ասթենիկ հուլզ. օրինակ՝ տխրություն, հուսահատություն, վախ և այլն):

Հոգեհեղաբանության, հոգեհյարգաբանության, էլեկտրաֆիզիոլոգիայի ժամանակակից նվաճումները հնարավորություն են տալիս պատկերացում կազմել հուլզերի առաջացման պրոցեսի որոշ կողմերի և նրանց իրականացման ուղիների մասին:

Հուլզերի կենսաբանական ասպեկտը ուսումնասիրվել է Գ. Հեդի և Գ. Նոլմսի, Ու. Ջեյմսի և Գ. Լանդերի, Մ. Ի. Աստվածատուրովի, Լ. Ա. Օրբելու և ուրիշների կողմից: Այսպես, համաձայն Ջեյմս-Լանդերի տեսության հուլզերն 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):

Բենոնը և Հենը պարզել են, որ հուլզերը կապված են տեսաթմբի և ենթատեսաթմբային կառուցվածքների հետ: Պայծառ գտնում է, որ հուլզական պրոցեսները կապված են հին կեղևի, հիպոկամպի, պտկային մարմինների և ենթատեսաթմբի հետ, իսկ ստացվող ինֆորմացիաների վերծանումը՝ նոր կեղևի հետ:

Զգայական պրոցեսների առաջնալուծ հիպոկամպում, ուղեղի թաղով գնում են ենթատեսաթմբի պտկային մարմիններ, այնուհետև՝ դեպի տեսաթմբի առաջնային կորիզ և գոտիագալար: Հիշյալ կառուցվածքների միջև նկարագրված հաղորդակցության համակարգը անվանվում է Պայծառի 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, տազանալի, անհանգստության, ընկճվածության ձևերով ընթացող հուլզական ապրումներով: Այդ և մի շարք ուրիշ հետազոտություններ հաստատել են տեսաթմբի, ենթատեսաթմբի և լիմբիական համակարգի նշանակությունը հուլզերի առաջացման գործում:

Հուլզերը կարող են լինել կենսական և սոցիալական:

Կենսական հուլզը հիմնված է բնագոյների վրա (սով, ծարավ, սեռական զգացում և այլն):

Սոցիալական հուլզը կապված է հասարակական պահանջմունքների բավարարվածության հետ ու կարող է արտահայտվել խմայական,

հայրենասիրական, բարոյական, գեղաագիտական 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:

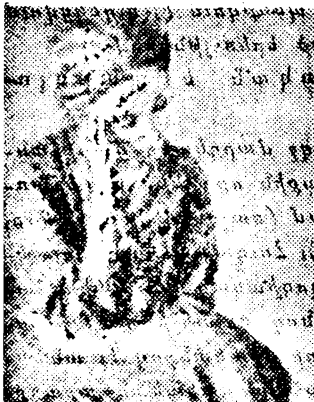
Պաթոլոգիական աֆեկտը կարճատև սուր հոգեկան խանգարում է, որն ավելի հաճախ կարող է առաջանալ ոչ լիարժեք նյարդային համակարգ ունեցող անձնավորությունների մոտ (գանգուղեղի վնասվածք, պսիխոպաթիա և այլն): Այս դեպքում բավականին թույլ ախտածին գործոնը (որին առողջ մարդը ոչ մի ռեակցիա չէր տա) հուզական բուռն ռեակցիայի հանկարծակի առաջացման պատճառ է դառնում: Երբեմն պատճառ կաթող են դառնալ նաև հուզական խիստ փրավիճակները: Նման դեպքում գիտակցությունը միազնում 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 (բուպեններից մինչև ժամ), վերջանում է խոր քնով և լրիվ կամ մասնակի ամենօրյալով:

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

կատարած արարքների համար հիվանդը ճանաչվում է անմեղսունակ և կատարի ունենալով, որ նա հանցանքը կատարելիս հաշիվ չի տվել իրեն և չի կարողացել ղեկավարել իր արարքները:

Հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ մեծ տեղ են գրավում հուշական ոլորտի խանգարումները, որոնք կարող են պատահալուվել հետևյալ ձևերով:

Մանիակալ վիճակ. բնորոշվում է տրամադրության հիվանդագին բարձրացմամբ, արտակարգ և անզուսպ ուրախությամբ,



Նկ. 6. Դեպրեսիվ վիճակում գտնվող հիվանդ:

էյֆորիան հանդիպում է ուղեղի օրգանական հիվանդությունների ժամանակ (հատկապես ճակատային և թունբային մասերում տեղակայված ուռուցք, ճակատային բլթի վնասվածքային ախտահարում, պրոցեստիվ պարալիզ, ալկոթային հիվանդություններ և այլն):

Մանիակալ վիճակը բնորոշվում է տրամադրության ան-

խանդավառությամբ, անհոգությամբ ու երջանկության զգացմամբ, որն ուղեկցվում է հակամաների ուժեղացմամբ և գրեթե անհագ եռանդով: Հիվանդը, իշխող պես ժպտալիս, էլ ամեն ինչից զրկված է:

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:

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:

կրումով, քաղաքային հողերի օգտագործումը, ընդհանրապես քիչ օգտառնալով, թշուրջը լճապարհի վրա շրջապատող երկան լի հետաքրքրություն դառնում է երազ համարի քաղաքային քաղաքը, Ակնաբուռ ձևով դա կարելի է պատկերացնել այնպես, որ հիվանդը կարծես թե արտաքին աշխարհը դիտում է սե անհոջով:

Գեպրեսիայի տարրերակ է համարվում տազնապալից դեպրեսիան: Այն դեպքում հիվանդի դեմքն արտահայտում է վախ ու ետևանալ: Նա դեմքի այլալված արտահայտությունը հետաշում է, խոսում է պառնելիքը քաղաքի բնակիչների, դժբախտությունների և անհոջանքների մասին:

Գեպրեսիվ վիճակը հանդիպում է մանիակա-դեպրեսիվ պոլիսոզի պեպրեսիվ փուլի, պոլիսոզի դեպրեսիայի, նախաձերուկական պոլիսոզի դեպրեսիվ ձևի (ինվոլյուցիոն մելանխոլիսոզի), չիզոֆրենիայի ցիր-կուլյար ձևի և այլ դեպքում:

Դիսֆորիան ընկճված, մոռյլ արամադրություն է, զուգակցված դուրազգոռնության ու բարկության, քծախնդրության ու շարության հետ: Նման հիվանդը խիստ լարված է ու մոռյլ, ամեն մի մանրուք նրա մոտ ագրեսիվ արարքների պատճառ է դառնում: Այդ վիճակում, ցան-ման բռնկման հետ կապված, հիվանդը շրջապատի համար խիստ վտանգավոր է դառնում: Տեղդությունը լինում է մի քանի բույսից մինչև օրեր: Շանդիպում է էպիլեպսիայի, գանգուղեղի օրգանական ախտահարումների դեպքում:

Գոյություն ունի դիսֆորիայի մի տարրերակ, որը պարբերական հարբեզողության (դիսսոմանիայի) պատճառ է դառնում: Նման դեպքերում դիսֆորիան սկսվելուն պես հիվանդը ձգտում է ալկոհոլային խմիչքների գործածման, որը կարծես թե նրա մոտ լիցքաթափում է մոր զայլություն ու լարվածությունը:

Հոգեական Թուլությունը բնորոշվում է հոգեական, անկայունությամբ, երբ ամենանշին պատճառներից առաջանում է հոգեմունք, լաց, արցունքներ, որը հեշտությամբ վերադարձվում է հակառակ վիճակի: Դրանք և քաղաքական հոգեների այլ վերափոխումները տեղի են ունենում շատ արագ ու հեշտ, ստեղծելով այնպիսի սպավորու-թյուն, որ նման սեհադը չի կարողանում ղեկավարել իր գաղափար-ները:

Հոգեական Թուլությունը բնորոշ է նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումներին (հիստերիա, ներասթնիա), գանգուղեղի վր-նասվածքներին և այլն:

Հոգեական Թուլության տարրերակ է համարվում Թուլահոգու-

թյուրումը, երբ ընչին պատճառներից հիվանդը նեղսրտում ու հեշտությամբ լաց է լինում: Պրա ցայտուն օրինակ է կինոնկար նայելիս կամ գիրք ընթերցելիս հուզվելն ու արտասվելը: Թույլահոգությունը կարող է հանդիպել ուղեղի անբերրակերպի, 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. հուզերի այնպիսի աղավաղում է, որի դեպքում հիվանդի զգացմունքները չեն համապատասխանում տվյալ պահին ըստեղծված իրավիճակին կամ, այլ կերպ ասած, դրական գրգռները 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 անհանգրստացնում: Նա լրիվ անտարբերությամբ է վերաբերվում իր նկատմամբ ստեղծված վիճակին, հարազատների ճակատադրին, ուրախությանն ու վշտին:

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

Հուզական բթությունը խիստ քնորոշ է շիզոֆրենիայի ելքային վիճակում գտնվող, ուղեղի օրգանական ախտահարումներով տառապող հիվանդներին:

ՀԱՅԿԱՆԻՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ

ՀԱՅԿԱՆԻՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ

ՀԱՅԿԱՆԻՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ

ՀԱՅԿԱՆԻՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ
ԲՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ԳԵՆԵՐԱԼԻՅԱՆ

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 ալելի հին ֆունկցիաներ են, որոնք ըստ եղծում 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 քննություն, 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՝ նըպատակադրում, դրդապատճառների պայքար, որոշում և ի կատար ածում:

Կամային պրոցեսներին էության գոյության ունեցող քացատրությունները սպառիչ չեն: Այսպես, վոլյունտարիստական տեսության կողմնակիցները գտնում են, որ կամքը «ներքին ակտիվության» ակտ է, հատուկ ներքին լարում, որն ընդհանուր ոչինչ չունի մկանային լարվածության հետ. դա հոգեկան ֆունկցիաների սկզբնական շրջանն է: Հուզականության տեսության կողմնակիցները գտնում են, որ կամային ակտիվության ուժը պայմանավորված է հուզերով: Ինտելեկտուալիստական տեսության կողմնակիցների կարծիքով կամային գործունեությունը դրդապատճառների և գործողությունների զուգորդությունն է:

Կամային ակտիվության ախտաբանությունը դրսևորվում է ջանքալքմունքի, հակումների և ուշադրության խանգարումներով:

Կամքի խանգարումները հոգեկան հիվանդությունների դեպքում ար-

տահայտվում են հիպերբոլիայով, հիպոթեթիկայով, հիպոթեթիկա-
լիս և պարաբոլիս:

Հիպերբոլիան (կամային ակտիվության ուժեղացում) բնորոշվում է արտակարգ ակտիվությամբ, որը կարող է հասնել մինչև հոգեշարժա-
կան գրգռվածության: Ուժեղանում են նաև բիոլոգիական ու սոցիալա-
կան ծագում ունեցող հակումներն ու կրքերը: Նման հիվանդը անընդ-
հատ ոտքի վրա է, շառժան մեջ, շատահոս, շատակեր, գերսեռագա-
յուն (հիպերսեքսուալ): Մշտապես ձգտում է գործելու, միանգամից կա-
րող է ձեռնարկել մի քանի գործ, բայց շատ հաճախ ոչ մեկը չհասցնե-
լով մինչև վերջ: Հիպերբոլիան կարող է հանդիպել մանիակալ-դեպ-
րիսիվ պսիխոզի մանիակալ փուլի և մի շարք այլ հոգեկան խանգա-
րումների դեպքում՝ որպես համախտանիշ:

Հիպոբոլիան (կամային ակտիվության թուլացում) բնորոշվում է ակտիվության իջեցմամբ, թորշոմոսությամբ և որոշ անտարբերությամբ:
Նման հիվանդի մոտ շրջապատի հետ կոնտակտը սահմանափակ է: Հի-
պոբոլը պասիվ է, խուսափում է շրջապատի հետ ակտիվ շփման մեջ
մտնելուց, որևէ աշխատանք կատարելուց, չի ցուցաբերում ձեռներե-
ցության, ինքնուրույնություն, քլախոս է, անվճռական, սննդի, սեռական
և այլ հակումներն իջած: Հիպոբոլիան կարող է հանդիպել մանիակալ-
դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի, ներդոնների, ասթենիկ վիճակ-
ների դեպքերում:

Արտիան (կամային ակտիվության քաղաքացիություն, կամադրիս-
թիուն) բնորոշվում է կամային գործողություններ կատարելու ընդունա-
կության քաղաքացիությամբ (ցանկությունների ու ձգտումների լրիվ բն-
ցականություն, ինչպես նաև արտահայտված անտարբերություն և ան-
գործություն): Բացակայում են հոգեկան խնայող, ինքնապաշտպանու-
թյան և այլ հակումները: Արտիան կարող է դիտվել ինտելեկտի իջեց-
մամբ, ուժաթիվությամբ, գործունեության թուլացմամբ, տեղեկցվող մի շարք
հոգեկան, քրոնիկական, հիպոնոթիզանների դեպքում (որպես ելքային
փոփոխություն): Արտիան զգալիորեն մոխրանում արժեքային
և արտիան (կամային ակտիվության աղաղակություն) հիպոնոթիզանի
արտահայտվում է հակումների փանդարվածությամբ, անկարողություն
մոխրանալու: Հակապարբերականություն և նպատակադրականություն չունեցող,
չգիտակցված և աղդու ձգտումներ, նե, ակտիվ թուլություն: Հոգեկան
տարրական գործունեություն:

Հակումների շարքին են պատկանում հոգեկան այլ իմպուլսները,
որոնք ուղեկցվում են ինտելեկտի, ինքնապաշտպանության, սե-

ուսկան և պրն). Մարդու մար հագնւմենքը զօհավարժում և համարապարտախիսն դրսևորման են ենթարկվում կամքի կողմից:

Հակամեծերի խանգարումները քաղաքական են և բարձրական: Հոգեբուժության քննարկարարում հաճախակի են հանդիպում: Դրանց շարքն են պատկանում գործառնութունը (կենսագործմանիս), հոգեկամութունը (պիրութմանիս), շրջմութիւնութունը (գործմամանիս), հայհոյամութունը (կրպորյաիս), շատակերութունը (պոլիֆագիս), եղունգակրծումը (օնխոֆագիս), ինքնախնդումը (աուտոմատիսյագիս), սեռական զանազան ազավաղումները (պերմերգիաներ), և արն (պվելի մանրամասն նկարագրութունը տես Փոխիսպարթիաները գլխում):

Ուշագործութունը արտաքին արխաճի երևութները և քաղաքականում տեղի ունեցող պրոցեսների նկատմամբ որոշակի ուղղութմութուն և նկատարութմութուն օգտի առկայութիւնը օգտի հոգեկան ֆունկցիս է:

Ուշագործության ֆիզիոլոգիական մեխանիզմներն Ա. Ա. Ուստոմաչևը դոմինանտի սկզբունքի քաղաքարժում է ուղեղում գրգռականութիւնը գերելիս օգտի առկայութիւնը րոն և քաղաքականում մյուս գրգռութիւնը (բն) զնանխայտա միտում ու մարմնորոշումն մեծ (քաղաքականում): Ուշագործութունը կարող է լինել ուշ կամածին (պատկն) և կամածին (ակտիվ):

Ուշ կամածին ուշագործության դեպքում տվյալ երևութի վրա ուշագործության կենտրոնացումը ինքնաբերարար է առաջանում:

Կամածին ուշագործութունը բնորոշվում է կամային գործունեութիւնը և կապված է նախառակարված հարցի փոտակցարար լուծման հետ (ուշագործութիւնն ամբողջապես կենտրոնացվում է ձեռնարկված գործի վրա):

Ուշագործութիւնը կարող է լինել կայուն և անկայուն: Կայուն ուշագործութիւնը դեպքում անյն երկար ժամանակ կենտրոնացած է լինում որոշակի օբյեկտի վրա, որը պայմանավորված է կամքի լարումով: Կամ արժյալ գործի նկատմամբ առաջացած հետաքրքրութիւնը: Անկայուն (ցրված) ուշագործութիւնը բնորոշվում է նրա հաճախակի շեղումներով: Աման փոխակ կարող է փոփել երկրզների, անձի ասթենիզացիս չի գանգոգեղի օրգանական վնասումների դեպքում: Ուշագործության շեղման գեպքում մշտապես մի օբյեկտից ու գործունեութիւն ձևից մյուսսին է փոխանցվում: Դիտվում է մանիակալ-դեպրեսիվ աթիլոտի մասնակալ փուլում:

Շաբժողական խանգարումները բնորոշվում են շարժողական քաղաք

գրողվածության կամ արգելակման ձևով, զուգորդված վարքի փոփոխությանն ենթարկվում:

Շարժողական գրողվածությունը մեկուսացված ձևով չի արտահայտվում, այլ միահյուսվում է հոգեկան մյուս ֆունկցիաների (հատկապես հուզական և մտածողության) խանգարման հետ, որը և ընդունված է անվանել հոգեշարժական գրողվածության համախտանիշ: Նման դեպքում հիվանդը անհանգիստ է, գրողված, մշտապես շարժման մեջ. ցուցաբերում է անմիտ վարք, հաճախ կատարում է անհեթեթ գործողություններ: Նշվում է նաև ասոցիացիաների արագացում — խոսակցական գրողվածություն: Հոգեշարժական գրողվածությունը կարող է հանդիպել մի շարք հոգեկան հիվանդությունների հատկապես սուր շրջաններում, որոնցից են, օրինակ, մանիակալ, հերեֆրենիկ, կատատոնիկ, դելիրիումային, ամենտիվ և հոգեշարժական գրողվածության 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 խթանի արգելակմամբ (մուտիզմ): Ստուպորի հետևյալ ձևերը կան՝ կատատոնիկ, դեպրեսիվ, պսիխոզեն և այլն (տե՛ս «Համախտանիշներ» գլխում):

ԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Գիտակցությունը հոգեկան արտացոլման բարձրագույն ձևն է, ինտեգրացնող ֆունկցիան, որն ապահովում է հոգեկան գործունեության նյալակցված, 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 դժվարությունների 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, կտրուկված ընկալում:

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

3. Գիտակցության միջանկյունն ընդգրկող ժամանակահատվածի ներկատմամբ լրիվ կամ մասնակի ամենագիտ:

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 պրանք առանձին-առանձին դիտվում են հոգեկան շատ հիվանդությունների ժամանակ:

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

Գ Լ Ե Ի Թ 8

ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽՈՏԱՆԻՇՆԵՐ

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 (տիպորում): 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. Ասթենիկ համախտանիշ, որը հոգեկան գործունեության առավել թեթև խանգարում է և հոգեկան մի շարք խանգարումներ նրանով են լուրջացվում: 2. Աֆեկտիվ համախտանիշներ, որոնք հանդիպում են շատ հիվանդությունների ժամանակ, ընդ որում մանիակալ համախտանիշը դեպ-

գիտել, ախարհի շինքի ղրակողման վրա թրինակ անձի գերավածքի փոփոխությունները, ապինքն՝ պոխոպարացողը (դա՛ն հեղատիվ փոփոխություն է)։ շիզոֆրենիայի և դիսթրեֆի ամենուկերոզի սկզբնական շրջանում պատեր ձևով են շինողադրուհում, ապինքն (պոգիտել) փոփոխությունների վրա։ Այդ նույն ձևով էլ մանկավարժ-գեղարտիվ պոխոզի դեպրեսիան տարբերվում է շիզոֆրենիայի ժամանակ հոգեկանի էներգետիկ պոտենցիալի անկման ֆոնի վրա առաջացած դեպրեսիայից։

ՅԳՄՈՇԱՄԱՍԻՃ ԲՂԴՅՆՍԻՃ

Համախտանիշները, որոնց պոգիտել, առաջահայտություններով միաձման են, ապինքն՝ բաղկացած լինելով միեկույն աարբերից, կարող են դքսերովել ամենաաարբեր հիվանդությունների ժամանակ։ Սակայն հեղատիվ խանգարումների շնորհիվ համախտանիշը յուրաքանչյուր հիվանդության շրջանակներում նոգոլոգիական յուրահատկություն է ձևոք բերում։ Գոյություն չունի թուլամտություն ընդհանրապես, այլ կա կոնկրետ՝ ծերունական թուլամտություն, էպիլեպսիան թուլամտություն, պարալիզային թուլամտություն։ Նույնը կարելի է նշել նաև մյուս համախտանիշների վերաբերյալ։

Ստորև շարադրվում են առավել կարևոր և հաճախ հանդիպող հոգեախտաբանական համախտանիշները։

Համախտանիշները, որոնց պոգիտել, առաջահայտություններով միաձման են, ապինքն՝ բաղկացած լինելով միեկույն աարբերից, կարող են դքսերովել ամենաաարբեր հիվանդությունների ժամանակ։ Սակայն հեղատիվ խանգարումների շնորհիվ համախտանիշը յուրաքանչյուր հիվանդության շրջանակներում նոգոլոգիական յուրահատկություն է ձևոք բերում։ Գոյություն չունի թուլամտություն ընդհանրապես, այլ կա կոնկրետ՝ ծերունական թուլամտություն, էպիլեպսիան թուլամտություն, պարալիզային թուլամտություն։ Նույնը կարելի է նշել նաև մյուս համախտանիշների վերաբերյալ։

ԱՄՈՐԵՆԿ ՀԱՄԱՄՏԱՆԻՑ

Շատ հաճախ է հանդիպում, բնորոշվում է ինքնաղագցման վատացմամբ, արագ հոգնածությամբ, աշխատունակության անկմամբ։ Հիվանդները դառնում են պոպիվ, անտարբեր։ Նշվում է հոգեկան ֆունկցիաների հատկապես հիշողության և ուշադրության թուլացում։ Ընդ որոշ է նաև հուզական անկայունությունը, գլուրկադրողությունը։ Հաճախակի են գլխացավերը, քնի խանգարումը ոքն արտահայտվում է ցերեկային քնկրտությամբ կամ չգծավանդային երազներով ուղեկցվող գիշերային անհանգեստ քնով։

Հիվանդների գերակշռող մասը գերողայուն է դառնում օրգանիզմում և ներքին օրգաններում տեղի ունեցող ամենաշնչին խանգարումների հանդեպ։ Ուժեղ ձայնը, պայծառ լույսը նրանք չեն կարողանում հանդուրժել («հիպերնոսթիա»)։ Այդ բոլորը կարող են ուղեկցվել վեգետատիվ մի շարք խանգարումներով (ծայրակդամների բաղեցման զգացում, երակագարկի և գարկերակային ճնշման անկանոնություն, լրաշին րեֆլեքսների բարձրացում, արտազանություն և պլն)։

դի համար խորթ են, կաշուն կամ սեւեռուն բնույթ են կրում. նա քննադատորեն է մոտենում ու հատկանում դրանց անհեթեթությունը, ցանկանում է ազատվել դրանցից (որով և տարբերվում է զառանցական մտքերից), բայց չի կարողանում:

Կաշունությունը 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:

Կաշունության դեպքում հաճախ ախտանշանները միմյանց վրա բարդվելու հատկություն ունեն, օրինակ, կաշուն վախը բարդանում է կաշուն գործողություններով կամ զանազան ծիսակարգերով (ոխտուալներ), որով հիվանդները ցանկանում են իրենցից վանել վախը:

Կաշունության համախտանիշը հանդիպում է կաշուն վիճակների ներքո, պսիխոպաթիայի որոշ ձևերի, շիզոֆրենիայի և հոգեկան աջ հիվանդությունների ժամանակ:

ՍԵՆՏՍՈՂԱԹՒԿ ԼԱՄԱՍՏԱՆԻՇ

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: Սանր դեպքերում հիվանդն զգում է իր ներքին օրգանների աշխատանքը, արյան շրջանառությունը, հաճախ տազնապալից ձևով մտածելով իր հիվանդության անբուժելիության մասին: Օրյեկտիվ քննության ժամանակ հիվանդի սոմատիկ վիճակի կոզմից ախտաբանական փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում: Շատ հաճախ սենտսողաթիվ վիճակները պատճառ են դառնում ազդեցության, հիպոխոնդրիկ և այլ բնույթի զառանցական մտքերի առաջացման:

ԼԻՊՈՄՈՂԻԻԿ ԼԱՄԱՍՏԱՆԻՇ

Արտահայտվում է սեփական առողջության եկատմամբ չհիմնավորված զանազան գանգատներով:

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

Արտահայտվում է կրիտիկական անստանշանների երրորդությանը (անը-
րամագրության բարձրացում, մտածողության պրոցեսների արագացում
և հոգեշարժական գրգռվածություն)։
Տրամադրության բարձրացումն անստանշանություն է՝ խիստ ուրախ վի-
ճակով։ Նման հիվանդները մշտապես ծայրայիվ ու ծիծաղելով կատա-
կում են, որատոհմ, երգում, բանաստեղծություններ հորինում, արտա-
մանում։ Իրենց համարում են երջանիկ ու անհոգ։

Մտածողության պրոցեսները (բանողիացիաները)՝ արագացած են.
վիճակները հասում են խիստ արագ, մի միտքը փոքրացած վրա է հասնում
հաջորդը և այդպես շարունակ, անաբաջելիվ մի վիճակ, որ կոչվում է
լիմբիկ ինիշք («ֆոֆա իդեարում»)։ Մտածողության արագացումն իր
ծրեկապով արտահայտությունն է՝ դառնում խոսքի կոդից։ Նման հի-
վանդները շատ ակտիվ են, մի միտքից շեղվում, մի թեմայից անց-
նում են մյուսին, շատ հաճախ արտահայտելով թեթևալիկաբան (սինդրո-
մալ) անձր՝ գեղարվեստական մտքեր և պատկերներ։
Դա ճարձողական ոլորտի կոդից դիտվում է արտահայտված գրգռվա-
ծություն և ներքին հասկացումներ են ոտքի վրա, շարժման մեջ, մոտենում
են բոլորին, ցանկանում են օգնել, որի արդյունքը լինում է՝ ախ, որ
իրենց շուրջը միայն ժխոր ու քաոս են ստեղծում։ Բոլոր հակումները
ուժեղացած են, իսկ ուշադրությունը սրացած։

ԵԶՐԹՈՒ ՀԱՄԱՐՏԱՆԻՇ

Գլխի մեջ նույն միտքի ցանցան մասն և մասն (մտաբանություն) մտաբան
վում։ Այս ցեղերում ևս առկա է պառանջանները երրորդություն, միայն
հակառակ բնույթի (արամագրության անկում, մտածողության դանդա-
ղացում և հոգեշարժական արգելակում)։
Տրամադրության անկման ժամանակ հիվանդները անապառվ են
պանջալից թախիժով, նրանց դեմքն արտահայտում է վիշտ ու տառա-
պանք։ Արգակալը նրանց կոդից ընկալվում է մոռյլ գունդերով։
Տրամադրության անկումը մշտապես ուղեկցվում է մտածողության
(բանողիացիաների) արգելակմամբ։ Մտածում և խոսում են դանդաղ,
գլխարկությամբ ու քաժքաժան, հաճախակի հապախելով ու հոգացնել հա-
նելով։ Արտահայտվում են ինքնաքննադրման և ինքնանվաստացման
մտքեր։ Այդ բոլորի հետևանքով առաջանում են ինքնապակասության
մտքեր ու փորձեր։

Որոշ դեպքերում հիվանդների մոտ առաջանում է հրազական բնու-

զգայնություն. նրանց մոտ իշխում, երբեմն էլ վերանում են զգացմունք-ները հարազատների նկատմամբ (anesthesia psychica dolorosa): Զգաց-մունքների այդ կորուստը նրանք գիտակցում են, ծանր են վերապրում— ու հազվադեպ դիմելով ինքնասպանության: Այդ դեպքում տրամադրու-թյան անկումն ուղեկցվում է սրտաբղալի սեղման ու ճմլման տհաճ զգացողությամբ— սրտային թախիծ (anxietas praecordialis): Մանր դեպքերում թախիծը կարող է ուղեկցվել անհանգստությամբ ու գրգռված մոլուցքային մեխամաղձության վիճակով— թախծի պոռթկում (raptus melancholicus): Դա խիստ ծանր վիճակ է, և հիվանդները այդ վիճա-կից դուրս գալու միակ ելքը հաճախ գտնում են ինքնասպանության մեջ:

Դեպրեսիվ համախտանիշին բնորոշ երրորդության երրորդ ախտա-նշանը հոգեշարժական արգելակումն է: Նման դեպքերում հիվանդները դառնում են դանդաղաշարժ, մեծ մասամբ նստած են կամ պառկած: Մանր դեպքերում հոգեշարժական արգելակումը կարող է հասնել միջևե-րնդարմացման (դեպրեսիվ ստուպոր):

Դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում նշվում է նաև հոգեկան բուլքո-ֆոնեկցիաների, հատկապես հակումների թուլացում, որի ցայտուն ար-տահայտություն է համարվում սննդից հրաժարվելը, ինքնասպանության փորձերը:

ԿՈՏԱՐԻ ՀԱՄԱՆՏԱՆԻՇ

Այս դեպքում դեպրեսիվ ֆոնի վրա ընթացող հիպոխոնդրիկ— նիհի-լիստական (ժխտողական) զառանցական մտքերը զուգակցվում են փոթ-խարիության հասնող պարաֆրենային բնույթի ֆանտաստիկական (աշ-խարհի կործանման, տանջալից անմահության) զառանցանքներով: Հի-վանդները հայտնում են, որ ոչ միայն իրենց ներքին օրգաններն են նե-խած, որ իրենք սիրտ, թոքեր, ուղեղ չունեն, արդեն մահացած դիակ են, այլ իրենց գործած բազմաթիվ մեղքերի համար դատապարտված են հա-վիտենական տանջանքի: Նրանք համոզված են, որ հազարավոր ու մի-լիոնավոր տարիներ պետք է շարժարվեն ու տանջվեն: Գտնում են, որ հիթե նույնիսկ նրանց մարմինը նեխի ու ոչնչանա, կամ այն այրեն կրա-կի բոցերի մեջ, միևնույն է, նրանք չեն ազատվի տառապանքից, քանի որ նրանց «հոգին դժոխքի պայմաններում սաղսափելի տանջանքների է ենթարկվելու»:

Հուզական համախտանիշները հանդիպում են մանիակալ-դեպրե-սիվ պսիխոզի, նախածերունական (ինվուլուցիոն) պսիխոզի, էկզոգեն

(ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն, պսիխոզեն) ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների, շիզոֆրենիայի, էպիլեպսիայի, գանգուղեղի օրգանական վնասվածքների դեպքում:

ԾՆՈՐԱԳԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (ՀԱՍՈՒՑԻՆՈՋ)

Բնորոշվում է գիտակցության պարզության ֆոնի վրա ընթացող, առավելապես լսողական ցնորքներով: Բազմաքանակ այդ ձայները մեծ մասամբ արտահայտվում են մենախոսողությունների, հարց ու պատասխանների ձևով: Որոշ դեպքերում ձայները մեկնաբանող, իսկ երբեմն էլ հրամայողական լոռուք 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 փրենց այդ լսողական ցնորքների հիվանդագին լինելը:

Մանր դեպքերում լսողական ցնորքները կարող են զուգորդվել զանաչական մտքերով, ընդունելով ցնորագառանցանքային համախտանիշի բնույթ:

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

Հանդիպում է այլոհոլամոլության, ուղեղի սիֆիլիսի, շիզոֆրենիայի և այլ հոգեկան խանգարումների դեպքում:

ՀՈԳԵԶԳԱՑԱԿԱՆ (ՊՍԻՊՈՍԵՆԱՌ) ԽԱՆԳԱՐՈՒՄԸ ՀԱՄԱՅՏԱՆԻՇ

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 (ընկալվում — 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:

[illegible]

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

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՎՏՈՄԱՏԻԶՄԻ (ԿԱՆԴԻՆՍԿԻ-ԿԱՐԱՄԲՈՅԻ) ՀԱՄԱՆՍԱՆԻՇ

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 վերոհիշյալ ախտանշանները 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 տարրերակները.

Ի դ ե ա տ ո ռ (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 սեփականություն:

Ս ե ն ե ս թ ո պ ա տ ի կ ավտոմատիզմ: Արտահայտվում է հիվանդ-

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

Կի նե սթե տիկ (շարժողական) ավտոմատիզմ: Երբ, ըստ հիվանդների, նրանց շարժումներն ու գործողությունները կորցնում են իրենց պատկանելիությունը, դադարում են նրանց սեփականը լինելուց, դառնում են դոսից ղեկավարվող ու «սարքովի»:

Կինեթետիկ ավտոմատիզմներից են նաև Սեշլայի 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 ալլ հիվանդությունների դեպքում:

ՊԱՐԱՆՐԵՆ ՀԱՄԱՍՏԱՆԻՇ

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 խսկական 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 (պրոդրոսիվ պարալիզ, ժերոնական պսիխոզ և այլն) դեպքերում:

ԵԱՐԺՈՂԱԿԱՆ ԽԱՆՎԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՍՏԱՆԻՇՆԵՐ

Շարժողական խանգարման համախտանիշները հանդես են գալիս երկու իրար հակադիր միեմանների ձևով՝ զրգովածություն և ընդարմացում (ստուպոր):

Կատատոնիկ գրգռվածությունը արտահայտվում է անհմաստ 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, քառասլին, հաճախ նույնատիպ (ստերեոտիպ) բնույթի գրգռված վիճակում։ Ենթադրվում է, որ 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 ծայրահեղամեների միօրինակ թափահարումը, մարմնի զալարումներն ու սեփեկ շարժումները, դիմացինի դիմախաղերի ու շարժումների կրկնողությունը (էխոմիմիա, էխոպրաքսիա), աննպատակ ինքնավնասումները (մազերի միօրինակ պոկում, մաշկի ճանկոտում և այլն)։

Հեբեֆրենիկ գրգռվածությունը բնորոշվում է անմիտ, հիմարալուն վարքով։ Շարժողական և խոսակցական գրգռվածությունն ուղեկցվում է անհեթեթ կեցվածքներով, ուսույուններով ու ծամածոություններով, 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 գրգռվածություն նկարագրությունը տե՛ս գլուխ 3-ում. «Մանիակալ համախտանիշ»։

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

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



Նկ. 7. Մոմանման ձկուճուքը:



Նկ. 8. Գլխահոցի արտաանշան:

է՝ առաջագրվածին հակառակ): Դիտվում է նաև գլխանոցի արտանշանը, երբ հիվանդը խալաթով (գլխանոցի նման) փաթաթված անշարժ նստում է, իսկ սաղմնային դիրքի արտանշանի դեպքում հիվանդը լարված մկաններով երկար ժամանակ սաղմնային դիրք ընդունած նստած է կամ պառկած. կնճիթի արտանշանի ժամանակ հիվանդի դեպի դուրս ձգված շրթունքները երկար ժամանակ մնում են նույն վիճակում, իսկ Պավլովի արտանշանի դեպքում շխոսող և ընդարմացած վիճակում գրտնըվող հիվանդը գիշերվա թացարձակ լուծից անսպասելիորեն անկողնից 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 զգայախաբուծյուններով:

Դեպքերի մեծ մասով ստույգորեն դեպքերի մասնակ հանդիպող ժանր վիճակ է, որի դեպքում շարժողական արգելակումը հասնում է մինչև լրիվ կաշկանդվածության: Նման դեպքերում հիվանդը դադարում է նաև խոսել, արտաքին գրգիռներին հակազդել: Կատատոնիկ ստույգորից տարբերվում է դեմքի թախծալի արտահայտությամբ, նեզատիվիզմի, մոմանման ճկունության և շիզոֆրենիայի կատատոնիկ ձևին բնորոշ այլ ախտանիշների բացակայությամբ: Դեպքերի մեծ մասով կարող է հանդիպել մանիակալ-դեպրեսիվ պոլիտոպի և այլ բնույթ կրող դեպրեսիաների ժամանակ:

Պսիխոգեն ստույգորեն առաջանում է կյանքին վտանգ սպառնացող աղետներից (երկրաշարժ, ջրհեղեղ, հրդեհ, ուժեղ ծնունդ, 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, թախծ 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 ստույգորեն տևում է կարճ (մի քանի րոպեից մինչև ժամեր): Գիտակցության նեղացման հետևանքով առկա է մասնակի կամ լրիվ ամենազգացողականություն:

Ստույգորային վիճակների դեպքում ախտորոշիչ կարևոր նշանակություն ունի ամիսալ-կոֆեինային ապարգելակումը, որի ժամանակի հայտ են գալիս հիվանդությանը բնորոշ ախտանշաններ:

ԳԻՏԱԿԳՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽԱՏԱՆԻՇՆԵՐ

Գիտակցության խանգարման առավել տարածված համախտանիշներից մեկը շղմածությունն է:

Շղմածությունը 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 ուղացած են, ցածրաձայն, հեմառոտ: Հանձնարարությունները կատարում են մասնակիորեն, ուղացումով, դանդաղ: Ամեն ինչի նկատմամբ անտարբեր են, ըզգացմունքները՝ թորշոմած, հայացքը՝ մտամոլոր ու անխմաստ: Ուղարկությունը ցրված է, դժվար է հնարավոր լինում կենտրոնացնել: Հիշողությունը թուլացած է, մտապահումն ու վերհիշելը՝ խիստ դժվարացած: Հիվանդները որոշ շափով արգելակված են, ոչնչով չեն զբաղվում ու չեն հետաքրքրվում:

Շշմածության թեթև աստիճանը կոչվում է օբնուրիացիա (հուն. *numes* — ամպ): Այս դեպքում գիտակցությունը ժամանակ առ ժամանակ կարճատև մշուշապատվում ու նորից պարզվում է (նման այն բանին, երբ ամպերի մի կույտ կարճ ժամանակով՝ վայրկյաններ, րոպեներ 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 քրդիոներին տալիս են թույլ ու կարճ ռեակցիաներ, փակ սովորական դրդիոներին 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, սպարոին հակառակ, քայքայվում են: Այդ վիճակում առաջանում են սիրտ-անոթային և շրնշառական զանազան խանգարումներ: Կոմա կարող է առաջանալ զանգուղեղային վնասվածքների, թունավորումների, ուրեմիայի, հիպեր-հիպոգլիկեմիայի ժամանակ:

Շշմածության տեղությունը տարբեր է (վայրկյաններից մինչև րոպեններ, ժամեր և օրեր): Հանդիպում է ինտոքսիկացիաների, ինֆեկցիաների, սիմպտոմատիկ այլ պսիխոզների, ուղեղի օրգանական հիվանդությունների (վնասվածքներ, ուռուցքներ, անոթային խանգարումներ և այլն) դեպքում:

ԴԵԼԻՐԻՈՒՄ

Բնորոշվում է գիտակցության մթաճմամբ, կողմնորոշման (տեղի, ժամանակի, շրջապատի, իրադրության) խանգարմամբ: «Ծա»-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 զգայախաբություններ: 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 դրգուված վիճակ: Երեկոյան ժամերին հիվանդների վիճակը ավելի է ծանրանում, բոլորովին շեն քնում:

Դելիրիումային վիճակը կարող է տևել ժամերից մինչև օրեր, երբեմն ուղեկցվելով գիտակցության կաթճատե պարզեցումներով ու հանդարտեցմամբ, վերջանում է մասնակի ամենգիայով:

Հանդիպում են դելիրիումի ատիպիկ երկու տարբերակները:

Փ ն թ փ ն թ ա ն կամ մ եղ մ («մուսխտիրային») 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, անհասկանալի ու անկապ խոսքեր ու բառեր արտասանելով:

Մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն («պրոֆեսիոնալ») դելիրիում, երբ ցնորքների բնույթը և հիվանդի վարքը արտահայտում է նրա աշխատանքային ու մասնագիտական գործողությունը: Օրինակ, ավտովարորդը՝ փորկ թե 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 (շրփոթ վիճակ): Հիվանդները հարցերը չեն հասկանում և չեն պատասխանում: Կողմնորոշումը ինչպես տեղի, ժամանակի, շրջապատի և իրադրության, այնպես էլ փրենց «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 խառնաբոլոր»: 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 արցունքներին:

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

Չնայած ցնորքներն ու զառանցական մտքերը բնորոշ չեն այս համախտանիշին, բայց երբեմն կարող են հատուկենտ ձևով դիտվել, ունենալով կտրտված ընույթ:

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 ամենեզիայով (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, ուր հիմնականում ուղեկցվում է ցնորազառանցանքային ֆանտաստիկական զգայախաբու-թյուններով:

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 անմիջա-կան 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 ա-րածող սպիտակ ուշաարների հոտեր: Մի այլ հիվանդ պատի վրա կախ-ված էկարը ընկալում էր որպես մի համայնապատկեր, որտեղ հակա-ռակորդ բանակները ճակատամարտի էին պատրաստվում: Հիվանդ-ների աչքերի առջև հաջորդաբար փոխվում են այդ պատկերները, որտեղ իրականը, պատրանքայինն ու ցնորայինը խառնվում են, դառնալով միա-հյուսված մի ամբողջություն: Հիվանդի մոտ առկա է լինում նաև երկա-կի կողմնորոշում: Ցնորապատրանքային ֆանտաստիկական ապրումնե-րով հանդերձ նա գիտակցում է, որ գտնվում է հիվանդանոցում, խոսում է բժշկի հետ, ճանաչում է իրեն շրջապատող հիվանդներին, ոեալ իրա-կանությունը կարողանում է ճիշտ գնահատել: Նման վիճակները երբե-մբն դիտվում են առողջ մարդկանց մոտ երսճների 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 իրադարձու-թյունները մեկնաբանվում են զառանցանքային ձևով: Շրջապատի մարդ-կանց 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 գտնու- են, որ երբեմն նույն մարդը հանդես է գալիս տարբեր դիմակներով (Ֆրեգուի ախտանշան), կամ անընդհատ փոփոխվում է շրջապատող իրիկանությունը (ինտերմիտտանորֆոզի զառանցանք): Վերոհիշյալ ախտանշանների համակցումը արտահայտում է Կապգրայի համախտանիշի կլինիկական պատկերը:

Օնեյրոիդ խանգարման դեպքում ամենզիա չի լինում կամ այն կլորում է մասնակի բնույթ:

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

ԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՄՐՆԵԱՐԱՑՈՆ ՎԻՃԱԿ

Գիտակցության մթազնման 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 դուրսդրված ցնորքներով, զառանցական մտքերով և հոգեշարժական գրգռվածությամբ:

Մթնշաղային վիճակը սկսվում և վերջանում է հանկարծակի՝ տեսնելով ոչ երկար (րոպեներից մինչև ժամեր, երբեմն՝ նաև օրեր), հետագա լրիվ ամենզիայով:

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

Ամբողջատոր ավտոմատիզմ. արտահայտվում է մեխանիկորեն կատարվող շարժումների ու գործողությունների ձևով, որի ժամանակ հիվանդը բուրրովին հաշիվ չի տալիս իրեն:

Ցուգան կարճատև ամբողջատոր ավտոմատիզմ է, որի ժամանակ հիվանդը անսպասելի սկսում է վազել կամ մի քանի անգամ պտըտվել իր առանցքի շուրջը, վերջանալուց հետո ոչինչ չհիշելով կատարվածի մասին:

Տրանսի դեպքում հիվանդը կատարում է ավելի բարդ գործողություններ, տեղից 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 մթնշաղալին վիճակները դիտվում են էպիլեպսիայի, ինֆեկցիաների, գանգուղեղի օրգանական հիվանդությունների, մասնավորապես գանգուղեղային վնասվածքների, ուռուցքների, պսիխոզեն (հիստերիկ) ռեակցիաների ժամանակ:

ՑՆՑՈՒՄԱԹՆ ՀԱՄԱՔՏԱՆԻՇՆԵՐ

Տե՛ս գլուխ 14 և 20 (Հալիեպսիա և հիստերիկ ներոպ):

ԿՈՐՍԱԿՈՎՅԱՆ (ԱՐՆԵՍՏԻԿ) ՀԱՄԱՔՏԱՆԻՇ

Բնորոշվում է հիշողության խանգարմամբ, որ հիմնականում արտահայտվում է հոգեախտաբանական ախտանշանների երրորդությամբ (ֆիքսացիոն ամենզիա, պսեդոնեմինիսցենցիա, կոնֆաբուլյացիա, ռետրոգրադ ամենզիայի երևույթներ):

Ֆիքսացիոն ամենզիան 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 շափով հիշում են մինչ հիվանդությունը տեղի ունեցած դեպքերը, տարեթիվերը, ձեռք բերած գիտելիքներն ու կյանքի փորձը:

Մտապահման վերահիշյալ խանգարումները զուգակցվում են կեղծ հիշողություններով, երբ հիվանդները հիշողության բացը ինքնաբերաբար լրացնում են իրենց կյանքում տեղի ունեցած դեպքերի նկարագրություններով (պսևդոհեմինիսցենցիա) կամ մտածածին ու հնարովի պատասխաններով (կոնֆաբրուլյացիա):

Կորսակողմյան (ամենստիկ) համախտանիշը հանդիպում է ալկոհոլային պոխխոզի (կորսակողմյան պոխխոզի պոխխոզ), գանգուղեղի օրգանական ախտահարումների (ուռուցքներ, ժերոնական պոխխոզ, ծանր ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն պոխխոզներ) դեպքում:

ԲԱՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ (ԻՆՏԵԼԵԿՏԻ) ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՆՏԱՆԻՇՆԵՐ

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

Թուլամտություն (դեմենցիա) առաջանում է ուղեղի դիֆուզ բնութթի օրգանական այս կամ այն հիվանդության դեպքում, երբ գիտելիքներն ու կյանքի փորձ ձեռք բերած մարդու մոտ բանականությունը աստիճանաբար սկսում է փչնել, 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 Լեյցհեյմերի հիվանդությունները (օրգանական թուլամտություն), ուղեղային աթերոսկլերոզը (աթերոսկլերոզային թուլամտություն), հասակային հետզարգացման պոխխոզները (ժերոնական թուլամտություն), էպիլեպսիան (էպիլեպսային թուլամտություն), շիզոֆրենիան (շիզոֆրենային թուլամտություն), պրոգրեսիվ պարալիզը (պարալիզային թուլամտություն) և այլն (տե՛ս համապատասխան հիվանդությունները):

Թուլամտությունը կարող է ընկել ընդհանուր կամ ամբողջական («տոտալ») և մասնակի կամ օջախային («պարցիալ»):

Ը ն դ հ ա ն ու ռ 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 մնում 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 աթերոսկլերոզային թուլամտությունը, երբ հիվանդների մոտ ընթացիկ դեպքերի մտապահման ունակությունը խիստ փչնում է (ֆիքսացիոն ամենզիա): 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 դնահատում և օգնություն են հայցում:

Մասնակի կամ օջախային թուլամտությունը հանդիպում է աթերոսկլերոզի 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:

ԱՊԱԹԿՈ-ԱԲՈՒԼԿ (ԱՆՏԱՐԲԵՐԱԿԱՄԱՋՐԱՍԵՒՆ) ՀԱՄԱՆՏԱՆԻՇ

Արտահայտվում է անտարբերությամբ (ապաթիա) և թորշմաժությամբ: Հիվանդները դառնում են մեկուսացած, ոչ մի հետաքրքրություն չեն ցուցաբերում շրջապատի իրադարձությունների, իրենց արտաքինի, իրենց ապագայի, փնչպես 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 հազվադեպ նաև բնազդային հակումների (սննդային, ինքնապաշտպանություն, 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-արուլիկ համախտանիշի օրինակ կարող է համարվել այն, երբ հիվանդը լրիվ անտարբերությամբ է ընդունում իր հարազատներին հասած դժբախտության լուրը: Ապաթիկո-արուլիկ համախտանիշը հանդիպում է շիզոֆրենիայի, գանգուղեղային վնասվածքների, ուռուցքների դեպքում: Այն բնորոշ է դեֆեկտային վիճակներին:

**ՊՍԻՒՈՐՈՐԳԱՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱՆՏԱՆԻՇ (ՈՐԳԱՆԱԿԱՆ
ՊՍԻՒՈՍԻՒԴՐՈՄ, ԷՆՑԵՖԱԼՈՊԱԹԻԿ ՀԱՄԱՆՏԱՆԻՇ)**

Բնորոշվում է գլխուղեղի օրգանական ծանր փոփոխություններով, որոնք հիվանդին դարձնում են ժամանակավոր կամ մշտական անալիսատունակ ու անօգնական: Այս համախտանիշը հիմնականում արտահայտվում է վալտեր-Բյուեի կոդմից նկարագրված խիտանշանների երյուրողությամբ (հիշողության թուլացում, դատողության փչեցում և աֆեկտիվ անկայունություն):

Պսիխոօրգանական համախտանիշի դեպքում առանձնացվում են հետևյալ տարրերակները:

Ա ս թ ե ն ի կ տարրերակն արտահայտվում է ֆիզիկական և հոգեկան թուլությամբ, թորշմաժությամբ, աշխատունակության իջեցմամբ: Նման հիվանդների մոտ դիտվում է նաև հուզական անկայունություն, հիշողության թուլացում, ուշադրության հյուժվածություն և անկայունություն:

Դ յ ու ռ ա բ ո ռ բ ո ջ ա յ ի ն («էքսպլոզիվ») տարրերակի դեպքում աչքի է զարնում դյուրագրգռությունը, աֆեկտիվ անկայունությունը, շրջապատի ընդհանուր նորմերի հետ անհաշտվողականությունը, զայրացկոտությունն ու շարժությունը, փակ զայրույթի պահերին ազդեցիվ վարքի հակվածությունը:

Է յ ֆ ո ռ ի կ տարրերակը բնորոշվում է տրամադրության բարձրացմամբ, որի ժամանակ հիվանդները անհիմն ուրախ են, երջանիկ ու անհոգ: Հոգեշարժական աշխատությունը երբեմն կարող է հասնել մինչև

զրգովածության: Քննադատությունը իրենց վիճակի նկատմամբ բացակայում է:

Ապա թիկ տարբերակի դեպքում առկա է հիվանդի կողմից թե՛ փր սեփական անձի և թե՛ նրա շրջապատի նկատմամբ առաջացած անտարբերություն, ալարկոտություն, հետաքրքրության շրջանի նեղացում, աշխատանքի ձգտման բացակայություն:

Պսիխոթորզանական համախտանիշի դեպքում հոգեկան վերահիշյալ ախտանշանները ոչ հազվադեպ զուգակցվում են նյարդաբանական օջախային խանգարումներով (աֆազիա, ագնոզիա, գանգուղեղային 12 զույգ նյարդերի կողմից զանազան խանգարումներ և այլն):

Պսիխոթորզանական համախտանիշը դիտվում է տարբեր ծագում ունեցող էկզոգեն-օրգանական հիվանդությունների դեպքում (ինֆեկցիաներ, գանգուղեղային վնասվածքներ, ուղեղի անոթային խանգարումներ, օւռուցքներ և այլն):

Ք լ ու խ 4

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հոգեկան հիվանդների հետազոտումը կատարվում է համալիր ձևով (հարցազրույց հիվանդի հետ, անամնեզ, օբյեկտիվ քննություն և հարկ լինիկական 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 ըստեղծել անկեղծ հարաբերությունների մթնոլորտ. հարցնել նրա առողջության, ինքնազգացման մասին և հանգիստ օւ մեղմ զրույցների միջոցով շահել նրա վստահությունը, որպեսզի նա համոզված լինի բժշկի կողմից իր նկատմամբ ցուցաբերվող ուշադիր ու բարյացակամ վերաբերման 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-

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

Կյանքի անամենեզը, որ հավաքվում է հիվանդից, միշտ չէ, որ լիարժեք է ստույգ է լինում, կամ նույնիսկ միշտ չէ, որ հիվանդը կարողանում է իր մասին անամենաստիկ տեղեկություններ հաղորդել: Նրբամիտ կոնսուլտի համար բոլորովին անմատչելի է լինում: Այդ պատճառով էլ հոգեբուժության մեջ գոյություն ունի անամենեզի երկրորդ տարբերակը (հավաքված հիվանդի հարազատներից, պաշտոնակիցներից և նրան լավ ճանաչող մարդկանցից), որ կոչվում է օբյեկտիվ անամենեզ: Օբյեկտիվ անամենեզը երբեք հիվանդի ներկայությամբ չի կարելի հավաքել:

Կյանքի անամենեզը 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:

Անամենեզում 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 հորմոնալին վերակառուցման այդ շրջանում հոգեկան խանգարման նշանները հաճախ են դրսևորվում:

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

Ընտանեկան կյանքի հաջողած 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 վնասակար սովորությունների (ծխել, խմել և այլն) վրա:

Վերջապես պետք է պարզել հիվանդի անձի նախահիվանդագին վիճակը, քնավորության գծերը (մարգամատություն, ինքնամիոփություն,

անհաշտվողականություն, գյուրաբազմություն և կոմարարություն, կասկածամտություն, թուլականություն կամ կամազրկություն, տրամադրության չպատճառաբանված տատանումներ, հեշտ վհատվողականություն կամ դժվարությունները հաղթահարելու կամք և այլն):

Հիվանդության անամենեզ. հարցազրույցի ժամանակ պետք է պարզել, թե հիվանդության առաջացմանը ինչ դրդապատճառներ են նախորդել, մանրամասն պետք է նկարագրել ներո-հոգեկան խանգարման առաջին նշանները, վերլուծել ժամին մի ախտանիշ, ժամանակահատվածական 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 նըշանակվել: Պետք է ցույց տալ նաև, թե հիվանդության սրացումների միջև ընկած ժամանակահատվածում հիվանդը ինչպիսի՞ վիճակում է գտնվել (վարք, աշխատանք, հաշմանդամություն և այլն):

Կլինիկական օբյեկտիվ քննությանը 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, դաշվածքների առկայությունը: Պետք է ուշադրություն դարձնել երակազարկի, մարմնի ջերմաստիճանի, զարկերակային ճնշման վրա:

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

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

րացած, իջած, բացակա): Ըմպանային և աչքի շաղկապենային ռեֆլեքսների վիճակը: Ախտաբանական ռեֆլեքսներ: Դերմոգրաֆիզմ (կարմիր, վարդագույն, սպիտակ) կայունությունը: Ռոմբերգի դիրքում մարմնի համասարակշռության 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, շարժունակին, գործողություններին, խոսակցությանը: Հոգեկան վիճակը պետք է ընդգրկի հիվանդի հոգեկան գործունեության բոլոր ոլորտները ու կրի նկարագրական բնութիւնը:

Զրույցի ժամանակ պետք է ուշադրություն դարձնել հիվանդի արտաքին անքնի, դեմքի արտահայտությանը (անտարբերություն, լարվածություն, սառածություն), աչքերի - արտահայտությանը (աշխույժ, խամրած, փառնապալից, թախծոտ, չար), 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, լացակամած, ուռնուկաձև, անկավախոս, չկանկավորված, ընդհանուր մեղմ), շարժողական, զգայական, հուզական երևույթներին, բառապաշարի աղքատացման, ճոռմոթության, 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 փնչպես է հասկանում իրեն տրված հարցերը և ինչպիսի՞ պատասխաններ է տալիս (ըստ էության, ստույգ, շեղակի, կցկտուր, անմիտ և այլն): Գիտակցության պարզության որոշման շափանիշ է համարվում նաև կողմնորոշումը տեղի, ժամանակի, շրջապատի, իրադրության նկատմամբ՝ որ կոչվում է ալոսփիխիկ կողմնորոշում, և կողմնորոշումը իր անձի նկատմամբ (ազգանուն, անուն, հայրանուն, տարիք, մասնագիտություն)՝ աուտոսփիխիկ կողմնորոշում:

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

կոնտակտին՝ դժվարամատչելի: Դեղի բիոմադին բնույթի խանգարման դեպքում չնայած ալոպատիսիկ կողմնորոշումը խանգարվում է, սակայն աուտոպատիսիկ կողմնորոշումը պահպանված է: Հիվանդները գտնվում են տագնապալից, շարժողական անհանգստության մեջ, ընդ որում ներքանց վարքը պայմանավորված է պատրանքացնորային զգայախաբույթյուններով: Ամենտիվ բնույթի խանգարման դեպքում թե՛ ալոպատիսիկ և թե՛ աուտոպատիսիկ կողմնորոշումը խանգարվում է: Այդ վիճակում հիվանդները չի վիճակի չեն ըմբռնելու շրջապատի իրադրությունը: Նրանք գտնվում են շփոթ ու շվարած վիճակում: Խոսքը անկապ է, շարժումները անտրամաբանական ու քառսային: Ավելի բարդ է օնեյրոդ համախտանիշի ախտորոշումը, քանի որ հիվանդներն այդ վիճակում սովորաբար լրիվ անշարժ են ու անխոս, հաճախ գտնվելով երազանման վիճակում: Նման դեպքերում պետք է ուշադիր հետևել հիվանդների դիմախաղին և վարքին (զարմանք, զմայլանք և այլն), որը պայմանավորված է նրանց պատրանքացնորային ֆանտաստիկական զգայախաբույթյուններով: Գիտակցության մթնշաղային վիճակի դեպքում գիտակցության նեղացման և կողմնորոշման խանգարման ֆոնի վրա դիտվում է արտահայտված լարվածություն՝ ուղեկցված վախի, շարույթյան, ցամառան ասֆեկտիվ, ագրեսիվ և ավերիչ լգործողություններով: 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 զգայախաբույթյուններ: Պատրանքների և ցնորքների մասին պետք է հարցնել հիվանդին: Սակայն միշտ չէ, որ նա հասկանում է իր ունեցած զգայախաբույթյունների 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 հայտնաբերելու տալիս և այլն: Լսողական ցնորքների բնույթը որոշելու համար հիվանդին պետք է հարցնել, թե որտեղից է լսում ձայները՝ դրսի՞ց, թե գլխի միջից, այդ ձայները ծանոթ են, թե՞ անծանոթ, տղամարդո՞ւ են, թե կանացի, ինչի՞ մասին են խոսում:

Տեսողական ցնորքների դեպքում, ցնորքների բնույթից կախված, հիվանդը սևեռում հայացքով մի կողմ է նայում, որտեղ ոչինչ չկա, որ գրավի նրա ուշադրությունը: Այդ դեպքում հիվանդը աչքերը չռած, քար-

սահահար նայում կամ փակում է աչքերը, թաքնվում կամ պայքարի մեջ է մտնում տեսիլքների հետ և այդ բոլորն ուղեկցվում է հոգեշարժական զոգովածությունը: 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 ուակցիան:

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

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

Պետք է ստուգել նաև հոգեզգայական (պսիխոսենսոր) խանգարումների առկայությունը (սենսոթոպաթիա, 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 հաջորդականություն է հիվանդը հայտնում իր անամնեզը և թե որքանով է այն համընկնում օբյեկտիվ անամնեզին: Այդ ճանապարհով ստուգվում է տեական 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 շորս-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 ամրողական ամնեզիա, ինչպես նաև հիշողության այնպիսի աղավաղումներ, ինչպիսիք են կրիպտոմնեզիան, արևդոռեմինիսցենցիան, կոնֆարուլացիան, կորսակովյան համախտանիշը և այլն:

Երկարատև զրույցի ընթացքում հնարավոր է լինում որոշել հիվանդի բանական ության (ինտելեկտի) մակարդակը, որ բնութամ 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 սալվառնակի և թռչունի, կղզու և թերակղզու միջև և այլն: Պետք է որոշել պատկերացումների շրջանակը բնության երևույթների, կուլտուրական, քաղաքական կյանքի, բարոյաիրավական 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 մրտածողության պրոցեսի ընթացքի վրա (արագացում, դանդաղեցում, կանգ, մտքերի հոսք, ախտաբանական հանգամայնություն, ճեղքվածություն, անկապություն, իր «մտքերի խորթացում», «օտար մտքերի» առկայություն և այլն):

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

վիճակը, կրթությունը, բանականություն 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 (մեծածախական, հետապնդման, վերաբերման, թունավորման, ֆիզիկական ազդեցության, խանդի, ինքնամեղադրման, ինքնանվաստացման, հիպոխոնդրիկ, նիհիլիստական), կապը հույզերի և ընկալման խանգարումների հետ, պարզել՝ չկա՞ն, արդյոք, կաշուն և գերարժեքային մտքեր:

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

Հոգեկան բոլոր հիվանդությունների դեպքում **ճ ու յ զ ե Ր Ր** այս կամ այն չափով ու ձևով փոփոխության են ենթարկվում, որ անհրաժեշտ է մանրամասն նկարագրել:

Զբույցի ընթացքում պետք է հետևել հիվանդի դեմքի արտահայտությանը, դիմախաղին, կեցվածքին, շարժուձևին, խոսակցության տեմպին, անգամ հազնվածքին 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 (վերգոտի ախտանշան), բերանի անկյունների իջեցում: Դեպրեսիվ հիվանդներին մեծ նրբանկատության պետք է հարցնել, թե չեն զգում, արդյո՞ք, սրտագոլի շրջանում սեղման ու ճնշման տհաճ զգացում (սրտային թախիժ), 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 հանգամայն բարձրաձայն խոսելով, հոգեշարժական

գրգռվածությունը և գործունեության ձգտմամբ: Առկա է լինում նաև անձի գերազնահատման, մեծամոլական մտքեր, ուշադրության սրվածություն և արագ շեղվելու հակում:

Տրամադրության բարձրացումից և իշեցումից 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 շարության 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 անտաշ-բերություն շրջապատի, նույնիսկ՝ իր հարազատների նկատմամբ, հետաքրքրության բացակայություն: Կարող է դիտվել նաև անհամազոր ու անհամապատասխան հուզական անառիթ 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 ուղորտի 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 ուղորտի խանգարման հարցը հետազոտելիս անպայման պետք է հետևել հիվանդի ուշադրությանը, որը կարող է լինել ակտիվ, սլասիվ, սրված կամ ցրված, ինչպես նաև արտաքին ու ներքին գրգռ-ներից 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 պը-լանների 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: Վերոհիշ-յալ հարցերի նկարագրությունը հնարավորություն կտա որոշել, թե հի-վանդի մոտ կամային ուղորտի ի՞նչ բնույթի խանգարումներ կան (հի-պեռբուլիա, հիպոբուլիա, աբուլիա): Պետք է նկարա-գրել նաև, թե չկան, արդյո՞ք, հակումների աղավաղումներ (գո-

դամոլութիւն (կլեպտոմանիա), հրկիզամոլութիւն (պիրոմանիա), հայ-հոյամոլութիւն (կոպրուլաքիա), շրջմոլիկութիւն (դրոմոմանիա), ախորժակի բացակայութիւն (անոռեքսիա), շատակերութիւն (պոլիֆագիա), կեղտակերութիւն (կոպրոֆագիա), եղունգակրծում (օնխոսֆագիա), պարբերական հարեցամոլութիւն (դիպսոմանիա), ինքնասպանամոլութիւն (սուիցիդոմանիա), ինքնախեղամոլութիւն (աուտոմոտիւացիա), ինչպէս նաև սեռական զանազան աղավաղումներ:

Շարժողական խանգարումները առավելապէս դիտվում են բուժանձնակազմի կողմից: Դրանք հիմնականում արտահայտվում են հոգեշարժական գրգռվածության և արգելակման (ստուպորի) ձևով:

Հոգեշարժական գրգռվածութեան (մանիակալ, հեբեֆրենիկ, կատատոնիկ, պսիխոզեն, հիստերիկ, էպիլեպսային, դելիրիումային, ամենտիվ) դեպքում հիվանդների մոտ պետք է նկարագրել գրգռվածության և գործողութիւնների բնույթը, դրանց ուղեկցող հոգեկան այլ խանգարումներ (հուլճերի, գիտակցութեան և հոգեկան այլ ֆունկցիաների կողմից):

Հոգեշարժական արգելակման դեպքում, երբ հիվանդը չի խոսում (մուտիզմ), պետք է փորձել նրա հետ զրավոր կամ մնջախաղային կապ հաստատել: Արգելակված հիվանդների մոտ պետք է նկարագրել բնորոշ այնպիսի ախտանշաններ, ինչպէս մոմանման ճկունութեան, Դյուպրեի օդային բարձի, կնճիթի, գլխանոցի, սաղմնային դիրքի, նեգատիվիզմի, ծամածուման, սեթեկեթութեան (մանէրականութեան) և այլ ախտանշանները:

Որոշ դեպքերում ախտորոշիչ նշանակութիւն ունի արգելակված հիվանդին ամիտալ-կոֆեինալին ապարգեւակման ենթարկելը, որի ժամանակ հնարավոր է ընդունել որոշել արգելակման կլինիկական բնույթը (կատատոնիկ, դեպրեսիվ, պսիխոզեն, հիստերիկ և այլն):

Հոգեկան վիճակի նկարագրութեան վերջում պետք է նշել նաև հիվանդի վարքի առանձնահատկութիւնները թաժանմունքում, որը դիտման է ենթարկվում բուժանձնակազմի կողմից (մարդամոտութիւն, ինքնամփոփութիւն, անհանգստութիւն, ցնորային և զառանցանքալիս ապրումներ, զանազան ծիսակարգեր (ոիտուալներ), սևեռում գործողութիւններ, ինչպէս նաև փախուստ կատարելու հակվածութիւն, ինքնավնասման և ինքնասպանութեան միտումներ ու փորձեր, անդից հրաժարվել, չքնել և այլն: Եթե հիվանդի մոտ նշվում են ցնցումային նոպաներ, ապա դրանք պետք է դիտել ու բնութագրել:

Հարկիմիկական քննութիւններ: Հոգեկան հիվանդութիւնների ախ-

տորոշման հարցում որոշակի նշանակություն ունեն հարկլիքիկական քննությունները: Դրանցից են՝ արյան և մեզի կենսաքիմիական քննությունները, Վասերմանի ռեակցիան արյան մեջ, գոտկային պունկցիան, ողնուղեղային հեղուկի քննությունը (ճնշում, գույն, թափանցիկություն, սպիտենի, շաքարի, լիմֆոցիտների (ցիտոզ) քանակ), Պանդիի, Նոյն-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 րսկրվրական 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-

պիսիսն 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 ներքին ցույց տրված օգնությունը) մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում հիվանդի հոգեկան գործունեության խանգարումների գնահատման գործում:

Նոգեբանական դիաթեզային ընդհանուր բնութագիրը հոգեկան ինվանդությունների ժամանակ: Փորձարարահոգեբանական մեթոդները բավականաչափ պարզ և մատչելի են: Դրանք կարող են կիրառվել կլինիկահոգեբանատարանական ուսումնասիրության շարունակման և խորացման նպատակով:

Կորեկտուրային փորձ. հիվանդին առաջարկվում է ստանդարտ տեքստից շնչել որևէ ճրկու տառ: Առաջադրանքի կատարման դանդաղ տեմպը բնորոշ է դեպրեսիային, ինչ-որ քափով՝ նաև ուղեղի օբզանական անոթային ախտահարումներին, արագ տեմպը՝ մանիակալ համախտանիշին: Կարևոր է նշել փորձարկվող առաջադրանքի կատարման ժամանակ հիվանդի վերաբերմունքը այդ առաջադրանքի հանդեպ:

Թվերի սթենման 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 Կրեյչիլեի. միևնույն թվի հանումը հաջորդաբար փոքրացող զամառքից, օրինակ՝ մաքսով 100-ից հանել 13, 7, 9 և այլն, արտասանելով դրանց պատասխանը՝ 87... 14... 61 և այլն, այսպես հետազոտում են հաշվելու օնակությունները, ուշադրության կայունությունը:

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

Հիվանդների մտածողության առանձնահատկությունները հայտնաբերելու համար կիրառվում են հետևյալ մեթոդները՝ առարկաների և հասկացությունների համեմատում նմանատիպ և տարբերակիչ նշանների միջոցով (օրինակ, «աղը և շաբաբ»), ասացվածքների և ալլաբանությունների փոխաբերական իմաստի բացահայտում, «պիկտագրամա» մեթոդ: Այս մեթոդները նպատակաուղղված են հայտնաբերելու ընկալման, հիշողության, խօսքի, բանականության խանգարումները:

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

էան ախտորոշումը: Այդ մեթոդները հնարավորութիւն են տալիս հայտնաբերել անձի համար նշանակալից հարաբերութիւնները, ուսումնասիրել «հիվանդութեան ներքին պատկերը», պարզել «կոնֆլիկտային ապրումների ոլորտը» և հոգեբանական կոմպենսացիայի մեխանիզմները:

Փորձարարահոգեբանական մեթոդները՝ հանդես գալով որպես հիվանդի վիճակի հոգեախտաբանական վերլուծութեան շարունակութիւն, կիրառւում են հոգեկան հիվանդութիւնների թույլ արտահայտված, դժվար տարբերակվող դեպքերում:

Հոգեախտաբանական ուսումնասիրութիւնը կիրառւում է տարբեր հոգեկան հիվանդութիւնների ժամանակ՝ հոգեկան գործունեութեան փոփոխութիւնների բնութագրման նպատակով: Այդպիսի ուսումնասիրութիւնները պահանջում են հատուկ կազմակերպված լաբորատոր պայմաններ, հոգեբանական մասնագիտական որակավորում և փորձարարական աշխատանքի որոշակի փորձ:

Կարևոր է նաև փորձարարական տվյալների վերլուծութիւնը: Փորձարարի եզրակացութիւնը հիմնված է ոչ միայն և ոչ այնքան հիվանդի գործունեութեան վերջնական արդիւնքների գնահատման, որքան առաջադրանքի կատարման առանձնահատկութիւնների վրա: Այս դեպքում պետք է ուշադրութիւն դարձնել ոչ թե այս կամ այն «ֆունկցիալի» քանակական բնութագրին, այլ՝ հոգեկան պրոցեսների կառուցվածքի տարբերութեանը նորմայի համեմատ:

Հիվանդի փորձարարական հետազոտման մեթոդների ընտրութիւնը պետք է լինի անհատական՝ համապատասխանելով առաջադրված խնդրին, հիվանդի վիճակին և կրթական մակարդակին: Ստացվող տվյալները պետք է դիտլեն 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 ուսումնասիրութիւնները ի հայտ են բերում հոգեկան պրոցեսների խանգարումների օրինաւորութիւնները, ապա փորձարարահոգեբանական ուսումնասիրութիւնները ցույց են տալիս, թե ինչպես է խանգարված հոգեկան պրոցեսների ընթացքը և կառուցվածքը:

Պայմանականորեն կարելի է առանձնացնել հոգեախտաբանական ուսումնասիրութեան գործնական խնդիրների շորս խումբ՝

1. Հոգեկան հիվանդությունների հայտնաբերում, ախտորոշում և տարբերակիչ ախտորոշում:

2. Փորձաքննական հարցեր:

3. Վերականգնողական և հոգեկան ռեհաբիլիտացիոն (կորեկցիոն) աշխատանքներ:

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

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

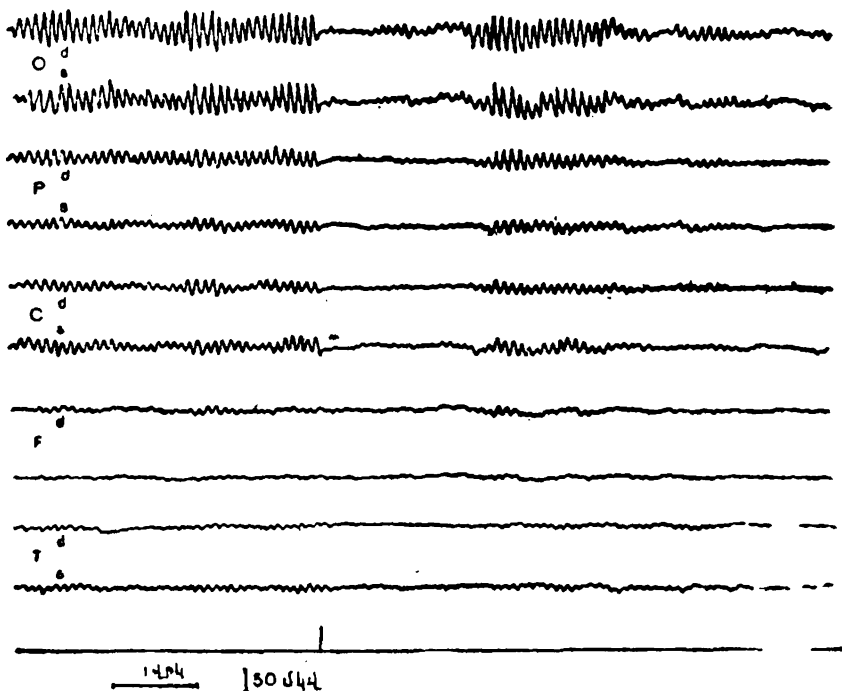
Կլինիկական ուսումնասիրության գործիքային մեթոդներ: Գլխուղեղի ֆունկցիոնալ վիճակի ուսումնասիրման և օրգանական ախտահարումների հայտնաբերման նպատակով օգտագործվում են էլեկտրոնային բարդ սարքավորումներ*:

Էլեկտրաուղեղագրիկամ էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա (էՈՒԳ կամ էէԳ): Գլխուղեղի վիճակի գնահատման առավել տարածված մեթոդներից է, որը հնարավորություն է տալիս գրանցել նրա էլեկտրաակտիվությունը գանգի շվնասված ծածկաշերտի վրայով: Առաջինը իրականացրել է գերմանացի գիտնական Բերգերը (1923 թ.): Կենսապոտենցիալները գրանցում են միլիոնավոր անգամ հզորացնող էլեկտրոնափն ուժեղացուցիչների և օսցիլոսկոպների գրանցող հարմարանք ունեցող էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆով: Հետազոտման արդյունքները հնարավորություն են տալիս դատել փնչպես գլխուղեղի կեղեի 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 հանգրստի վիճակում, այնպես էլ տարբեր գրգռիչների ազդեցության և ֆունկցիոնալ փորձանմուշների դիտարկման պայմաններում: Կիրառ-

վում են տարբեր հաճախականության և ինտենսիվության լույսի բունը-
կումներ, տարբեր բարձրության և ուժի ձայն, հիպերվենտիլացիոն
փորձանմուշ և այլն: Ներկայումս հոգեբուժության մեջ էՈՒԳ-ը կարևոր
աբժեք ունի, հատկապես էպիլեպսիայի, գլխուղեղային վնասվածքների,
օրգանական այլ ախտահարումների ախտորոշման գործում:



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

Առողջ անձանց էՈՒԳ-ն ձևավորվում է լայն սահմաններում: Նրա
հիմնական բաղադրամասերը ստորաբաժանվում են երկու խմբի՝ ռիթ-
միկ և ոչ ռիթմիկ տատանումներ:

Ռիթմիկ տատանումներն են՝

α (ալֆա) ռիթմ — 8—12 տատանում/վրկ, հանգստի ռիթմ է և սո-
վորաբար նորմայի դեպքում գրանցվում է գլխուղեղի ծոծրակային շրո-
ջանում:

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

Դ (գամմա) ռիթմ — 25—30 տատանում/վրկ և ավելի, գրանցվում է զրգոված, մասնավորապես, հուլյալին 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, հուլյալին դիսկոմֆորտի վիճակում:

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

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

Աթրոն վիճակում էՈԻԳ-ի վրա գերակշռում է 100 մկվ-ից ոչ մեծ ամպլիտուդով Ա ռիթմը: Ճակատային շրջանում գրանցվում է Բ ռիթմ մինչև 15 մկվ ամպլիտուդով: Հոգեկան ակտիվության բարձրացման դեպքում (բարդ մտավոր աշխատանք) հաճախանում է Ա ռիթմը, և փոքրանում է նրա ամպլիտուդը: Հանգստի վիճակում դիտվում են Ա ռիթմի հակառակ փոփոխություններ: Կարճատև հանկարծակի արտաքին գրյոի ազդեցությ. ժ. Ա ռիթմը 2—3 վր' ու անհետանում է, որը համապատասխանում է կոդմնորոշիչ ռեակցիային:

Հոգեբուժության մեջ էՈԻԳ-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. **Ռեֆլեքս ֆալոգրաֆիա** (ռեֆլեքտոր)՝ 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 ներզանդային, 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, թարախակույտներ):

ՌէԳ-ն ունի կորի տեսք՝ ներդաշնակ անոթազարկի հետ: Ռեֆլեքս ֆալոգրաֆային 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. **Էլաֆլեքս ֆալոգրաֆիա** (էֆՈՒԳ): Ուղեղի ուլտրաձայնային ուսումնասիրման մեթոդ է, հիմնված էխուլոկացիայի (արձագանքի արտացոլման) սկզբունքի վրա, որի ժամանակ գրանցվում են արտացոլված ուլտրաձայնային ազդանշանները ուղեղի մեղիալ (միջնային) կառուցվածքներից՝ թափանցիկ միջնապատից, երրորդ փորոքից և էպիֆիզից: Ուլտրաձայնային ազդանշանները հաղորդվում են ձախից և աջից միաժամանակ: Մավալուն պրոցեսների ժամանակ (ուռուցքներ,

հեմատոմաներ, թարախակույտներ) 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 փնպուլսի (ազդանշան) մուտքի ժամանակային տարբերությունը հնարավորություն է տալիս որոշել միջնային կառուցվածքները եղած տարածությունը և ցույց է տալիս նրանց կողմնային (լատերալ) տեղաշարժը: Այդ տեղաշարժը նորմայում չի գերազանցում 1—2 մմ: ԷնՈԷԳ կիրառվում է ուղեղի լոկալիզացված օրգանական հիվանդության ախտահարման ժամանակ:

4. Ուղեղի ռենտգենաբանական էնտադոնոլոգիան ընդգրկում է կրանիոգրաֆիան, պենետենցեֆալոգրաֆիան, 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 թրթրական թամբի փոփոխություններ: Մեթոդը հայտնաբերում է գանգի ոսկորների հաստացումն ու դեֆեկտները, օտար մարմինների առկայությունը և մի շարք այլ ախտաբանական փոփոխություններ:

Պենետենցեֆալոգրաֆիան ռենտգենաբանական ուսումնասիրման մեթոդ է ուղեղի հեղուկային տարածություն օդի կամ թթվածնի ներմուծմամբ: Այս մեթոդով հնարավոր է հայտնաբերել ուղեղի փորոքների և ենթաոստայնային (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

նորագույնացությունները, որոնք հասցնում են արյան մատակարարման խանգարման և անոթանկարի փոփոխման:

Կ ո մ պ յ ու տ ե ռ ա յ ի ն տ ո մ ո գ Ր ա ֆ ի ա ն ուղեղի շերտավոր ուսումնասիրության ռենտգենաբանական և ռենտգենադիտումնային մեթոդ է՝ էլեկտրոնային հաշվիչ մեթենայով (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 պահիոգենների հետազոտման առաջընթացին և լայն հեռանկարներ բացեցին հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման համար՝ ընդգծելով դրանց զարգացման մեջ ժառանգական գործոնի գեահատման հարցը:

Սերնդաբանական (գենետիկական) մեթոդի հիմքում ընկած է հիվանդի կլինիկաժառանգաբանական վերլուծությունը, ինչպես նաև այս կամ այն հոգեկան հիվանդությամբ կամ հոգեկան զարգացման անդամաբխայով 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 կոնկորդանսության համեմատության վրա: Միազիգոտ և երկվիգոտ 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 գենների 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:

Գ Լ ու խ 5

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԷԹԻՈԳԱԹՈԳԵՆԵԶԸ ՈՒ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Հոգեկան հիվանդությունների ուսումնասիրության հարցի քննարկմանը անհրաժեշտ է մոտենալ արտաժին (էկզոգեն) և ներժին (էնդոգեն) գործոնների փոխներգործության տեսանկյունից: Պատճառագիտական գործոնը միշտ չէ, որ կարող է հիվանդություն առաջացնել: Նրա ազդեցությունը դրսևորվում է մի շարք պայմանների ամբողջության մեջ: Ընդ 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 արտաժին գործոնը պրոպոկացիայի կարող է ենթարկել ներժին հիվանդությունը:

Հոգեկան հիվանդությունների ախտածնության ուսումնասիրություն-

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

Այսպիսով, հիվանդության առաջացման համար հիմնական ախտածին պատճառեց բացի անհրաժեշտ է նաև օրգանիզմի որոշակի ֆիզիոլոգիական վիճակ, որը նպաստում է հիվանդության առաջացմանը: Հայտնի է, որ ուղեղային աթերոսկլերոզով տառապողներից միայն աննշան քանակով անձանց մոտ է զարգանում աթերոսկլերոզային թուլամոլությունը: 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 ուսմունքի մեջ չի կարելի թույլ տալ պարզունակություն և միակողմանիություն: Դա հատկապես ցայտուն ձևով է արտահայտվում՝ կապված նեյրոֆիզիոլոգիայի, կենսաքիմիայի և հոգեդեղաբանության 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 հատկությունները հետազոտությունը:

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

վերջապես մի շարք հոգեկան հիվանդությունների առաջացման ու դարգացման գործում նախատրամադրվածություն առաջացնող կարևոր գործոն է համարվում ժառանգականությունը, որի ուսումնասիրությունը իրականացվում է կլինիկական ֆաբրանական, կենսաբանական, բժշաբանական 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 առժամբ 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 նաղուդիական սկզբունքի տեսանկյունով:

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Արտածին (էկզոգեն) հոգեկան խանգարումներ

1. Ս ի մ պ տ ո մ ա տ ի կ պ ս ի խ ո զ ն ե ռ

ա. ինֆեկցիոն պսիխոզներ

բ. սոմատոգեն բնույթի հոգեկան խանգարումներ

գ. սիֆիլիսային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումներ

2. Ի ն տ ո ք ս ի կ ա ց ի ա ն ե ր

ա. ալկոհոլամոլություն և ալկոհոլային պսիխոզներ

բ. թմրամոլություն

գ. թունամոլություն

Արտածին (էկզոգեն) օրգանական ճիվանդություններ

1. Գ ա ն դ ու ղ ե ղ ա յ ի ն վ ն ա ս վ ա ծ ք ն ե ր

ա. վնասվածքային սուր հոգեկան խանգարումներ

բ. գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքներ

2. Ու ղ ե ղ ի ա ն ո թ ա յ ի ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ր

ա. ցերեբրալ (ուղեղային) աթերոսկլերոզ

բ. հիպերտոնիայի ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ

գ. հիպոտոնիայի ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ

3. է ն դ ու կ ը ի ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ռ ի ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ

Ներծին (էնդոգեն) հոգեկան ճիվանդություններ

1. Շ ի զ ո ֆ ը ե ն ի ա

2. Մ ա ն ի ա կ ա լ-դ ե պ ը ե ս ի վ պ ս ի խ ո զ

Ներծին (էնդոգեն) օրգանական հոգեկան խանգարումներ

1. է պ ի լ ե պ ս ի ա

2. Ու շ տ ա ը ի ք ի հ ո գ ե կ ա ն խ ա ն դ ա ը ու մ ն ե ռ

ա. նախածերունական պսիխոզներ

բ. ծերունական պսիխոզներ

Պսիխոգեն ճիվանդություններ

1. Ն է ը ո զ ն ե ռ

2. Ռ ե ա կ տ ի վ պ ս ի խ ո զ ն ե ռ

Հոգեկան զարգացման խախտաբանություն

1. Պ ս ի խ ո պ ա թ ի ա

2. Օ լ ի դ ո ֆ ը ե ն ի ա

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

ՀՈԳԵԴԵՂԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հոգեդեղաբանական բուժման հասկացողությունն ստեղծվել է 20-րդ դարի 50-ական թվականներին Դեյվեյի և Դենիկների կողմից, երբ պիթ-թեզվեց ու հոգեկան հիվանդանքների բուժման համար առաջարկվեց օգտագործել քլորպրոմազին (լարգակտիլ), որը մեր երկրում հայտնի է ամֆինազին 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 հիվանդանքների «ազատ» բուժման սկզբունքի զարգացմանը: Գրգռված վիճակներին վրա ներգործման հնարավորությունը նահազրյալներ ստեղծեց հոգեբուժական բուժհիմնարկներում մեղմ խրճանայողական 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 հիվանդանքների սոցիալական ադապտացիայի հնարավորությունները: Փոխվեց հոգեբուժական հիվանդանոցների ողջ կառուցվածքն ու դրվածքը, որտեղ սկսեցին բուժվել նաև սահմանային հիվանդություններով 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. Ն ե յ ռ ո լ ե պ տ ի կ ն եր (հակապսիխոզային միջոցներ, «մեծ» տրանկվիլիզատորներ). այս դեղամիջոցները պսիխոզների ակտիվ բուժման հիմնական միջոցներն են: Նրանք ընկճում են հոգեշարժական ակտիվությունը, հանգստացնում զրգռված հիվանդին, դրսևորում հակապսիխոզային ակտիվություն, ընտրողաբար ազդելով ցնորքների, զառանցանքի, կատատոնիկ և այլ հիվանդադին խանգարումների վրա:

Նեյրուեպատիկներն ունեն նաև նեյրոտրոպ (նյարդահակ) ազդեցութիւն, որը դրսևորվում է արտաբրգային (էքստրապիրամիդալ) երեւոյթների և նյարդավեգետատիվ խանգարումների ձևով: Նեյրուեպատիկների խմբին են պատկանում՝

ա) ֆենոթիպիկ ածանցյալները (ամինազին, տիզերցին, էտապերազին, ֆրենոլոն, տրիֆտազին, նեուեպատիլ, մաժեպատիլ).

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

գ) թիոքսանտենի ածանցյալները (քլորպրոտիքսեն, թիոտիքսեն).

դ) ալլ նեյրուեպատիկներ (պիմոզիդ, ֆլուշափրիլեն, լեպոնեքս, ևուլպիրիդ).

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

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

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

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

3. Հակադեպրեսսանտներ կամ թիմոլեպատիկներ. օժտված են դեպրեսիվ վիճակները վերացնելու ունակությամբ, միաժամանակ թողնելով խթանող և հանգստացնող (սեդատիվ) ազդեցութիւն: Հակադեպրեսսանտների շարքն են դասվում

ա) եռցիկլ հակադեպրեսսանտներ (մելիպրամին, անաֆրանիլ, նովևրիլ, ամիտրիպտիլին, նորտրիպտիլին, ազաֆեն, լուդիոմիլ).

բ) մոնոամինոքսիդազի ինհիբիտորներ (ԻՄԱՈ), արգելակիչներ (իպրազիդ, նուրեզալ, տրանսամին, փնդոպան).

գ) ալլ հակադեպրեսսանտներ (պիրազիդոլ, օրիգեն).

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

5. Նոոտրոպներ. օժտված են նյարդային բջիջների մետաբոլիզմը խթանելու, կնշ-ում հյուսվածքային փոխանակութիւնը կանոնա-

վորելու ունակությամբ: Յուցված են գլխուղեղի վնասվածքների, ինֆեկցիաների և ինտոքսիկացիաների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են գիտակցության խանգարումներով և արտահայտված ասթենիայով, ինչպես նաև աթերոսկլերոզի և հետկաթվածային վիճակների դեպքում (ամիեալոն, էնցեֆալոլ, նոոտրոպիլ, պանտոգամ):

6. **Հոգեխթանիչներ** (պսիխոտիմուլյատորներ). բարձրացնում են ակտիվության մակարդակը, վերացնում հոգնածության զգացումը (ֆենամին, պերվիտին, ցենտեդին):

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

ա) ինդոլի ածանցյալներ LSD—25, բուֆոտեին:

բ) ալլ նյութեր (մեսկալին, հաշիշ):

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

I. **Հոգեհալ** (պսիխոտրոպ) դեղանյութեր՝ առավելապես սեռատիվ և արգելակող ազդեցությամբ.

1. նեյրոլեպտիկներ (պսիխոլեպտիկներ).

2. տրանկվիլիզատորներ.

3. նոքմոթիմիկներ (թիմոստաթիլիզատորներ):

II. **Հակադեպրեսսիվ, ակտիվացնող և դրդող ազդեցությամբ դեղանյութեր.**

4. հակադեպրեսսանտներ.

5. նեյրոանալեպտիկներ (պսիխոանալեպտիկներ, հոգեխթանիչներ).

6. նոոտրոպներ:

III. **Պսիխոդիսլեպտիկներ** (հալյուցինոգեններ, պսիխոտոմիմետրիկներ՝ մեսկալին, լիդերգինաթթվի ածանցյալներ). կիրառվում են ֆիտական նպատակներով պսիխոզային վիճակների տարբեր մոդելների ստեղծման համար, հիվանդների բուժման նպատակով չեն օգտագործվում:

Պսիխոտրոպ (հոգեհալ) դեղանյութերը բաժանվում են հետևյալ խմբերի.

1. **Նեյրոլեպտիկներ՝**

ա) **Նեյրոլեպտիկներ** **արգելակող** **ազդեցություն** ունեցող
բ) յամբ.

Ամինազին. գործնական հոգեբուժության բնագավառում լայն կիրառում ունի. հոգեշարժական զրգովածության ժամանակ ցուցաբերում է արագ զարգացող հանգստացնող ազդեցություն: Հակապսիխոզային ներգործության շնորհիվ դրական մեծ ազդեցություն է ցուցաբերում հատկապես ցնորազառանցանքային, մանիակալ, հերեֆրենիկ համախտանիշների բուժման ժամանակ: Կուրսային բուժումը սկսվում է 25—50 մգ, աստիճանաբար քարծրացնելով օրվա դեղաչափը մինչև 400—600 մգ: Օգտագործվում է նաև 2,5 $\frac{0}{10}$ լուծույթ միջմկանային և ներերակային ներարկումների ձևով:

Տիզերցին (նոքինան) օժտված է առավել արտահայտված հանգրստացնող և քնարեր ազդեցությամբ, քան ամինազինը: Ունի նաև հակադեպրեսիվ հատկություն: Հատկապես ցուցված է տազնապային-դեպրեսիվ, մանիակալ, սուր ցնորազառանցանքային և օնեյրոիդ-կատատոնիկ համախտանիշների դեպքում: Տրվում է ամինազինի նման դեղաչափերով:

Տերալեն (մեթիլպրոմազին). օժտված է թույլ հանգստացնող, անկսիտիտիկ և աննշան հակապսիխոզային ազդեցությամբ: Ցուցված է սենեստոպաթիաների, ֆուրիաների, կալուն վիճակների ժամանակ, ինչպես նաև ԿՆԶ-ի օրգանական ախտահարումների հոդի 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 (մեկրիլ, թիրոիդազին). օժտված է արտահայտված հանգստացնող և թույլ հակապսիխոզային ազդեցությամբ, ունի նաև թեթևակի հակադեպրեսիվ ազդեցություն, մեղմացնում է վախի, տազնապի, 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 (տրուկուալ, տառակտամ). դրական ազդեցություն ունի տազնապային-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). պտիխոտոպ ազդեցությամբ նման է ամինազինին, տիզերցինին, քլորպրոտիքսենին, դրական նեղոթ-ծություն ունի, երբ նշված դեղամիջոցների երկարատև կիրառման դեպ-քում թուլանում է վերջինների ազդեցությունը: Զի առաջացնում կողմ-նակի արտաբրգային խանգարումներ, համեմատաբար թույլ արդյու-նավետ է, քան ամինազինը՝ սուր ցնորազառանցանքային համախտա-նիշի դեպքում, սակայն ունի հանգստացնող ազդեցություն գրգռվածու-թյամբ ուղեկցվող աֆեկտիվ խանգարումների ժամանակ: Տևական օգ-տագործման դեպքում զարգանում է ագրանուլոցիտոզ, այդ պատճա-ռով էլ անհրաժեշտ է հիվանդի արյան մշտական հետազոտություն: Կի-րառվում է նույն դեղաչափերով, ինչ որ ամինազինը:

բ) Նեյրոլեպտիկներ առավելապես հակապսի-խոզային ազդեցությամբ:

Մածեպտիլ (նիոպրոպերազին). արդյունավետ բուժիչ ազդեցու-թյուն ունի ցնորազառանցանքային խանգարումների, հատկապես շի-զոֆրենիայի ծանր, չարորակ (կասառտոնիկ և հերեֆրենիկ) ձևերի ժա-մանակ: Հաճախակի առաջացնում է արտաբրգային բարդություններ: Խուժումն սկսվում է 5—10 մգ դեղաչափով, հասցնելով օրական մինչև 50—120 մգ-ի:

Տրիֆթազինը (ստեյազին, տրիֆլուպերազին) արդյունավետ ազդե-ցությամբ ունի շիզոֆրենիայի ժամանակ: Փոքր դեղաչափերի (30—40 մգ) դեպքում ունի ակտիվացնող, իսկ մեծ դեղաչափերի դեպքում (40—80 մգ)՝ արգելակող ազդեցություն: Խուժումն սկսվում է 5—10 մգ դեղա-չափով:

Ֆրենալունը օժտված է չափավոր հակապսիխոզային և առավել ար-տահայտված ակտիվացնող ազդեցությամբ: Նշանակվում է կատաթո-նիկ, հերեֆրենիկ և ապաթոաբուլիկ համախտանիշների դեպքում 5—10 մինչև 100—120 մգ-ի սահմաններում:

Հալոպերիդոլը և տրիսեդիլը (տրիպերիդոլ, տրիֆլուպերիդոլ) օժ-տրված են առավել արտահայտված ընտրողական ազդեցությամբ ցը-նորքների և զառանցանքների ժամանակ: Սրանք հզոր հակապսիխոզա-յին դեղանյութեր են, որոնք ազդում են առավել դեղակայուն հոգեկան խանգարումների դեպքում: Առաջացնում են արտաբրգային խանգա-րումներ: 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 բրոնխիալ և ծանր 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 (էրբրիում, նապոտոն), օքսազեպամ (տազեպամ), նիտրազեպամ (ռադեգորմ, էունոկտին), ֆենազեպամ, մեբրիկար 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, արտաբրզային և նյարդավեգետատիվ խանգարումներ չեն առաջացնում:

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

Թիումի աղերը թողնում են ոչ թե արգելակող ազդեցություն, ինչպես ներյուլեպտիկները, 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 թուլլատրեթի 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, էքստրասիստոլայի, 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 հանգստացող 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, տափնապալից վիճակներ, մելիպրամինը պետք է համակցել հակապսիխոզային և հանգստացնող ազդեցությամբ օժտված ներյուլեպտիկների հետ: Սույն դեղամիջոցի տեական 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-տափնապալի վիճակների դեպքում, որոնք ուղեկցվում են ցնորներով և զառանցանքով: Նման դեպքերում հանգստացնող ազ-

դեցությամբ հակադեպընսանտները պետք է զուգակցել նեյրոլիպտիկների հետ: Օրվա դեղաչափը՝ 25—50 մգ-ից մինչև 250—300 մգ (դեղաչափի աստիճանաբար ավելացմամբ):

Մոնոամինօքսիդազի (ՄԱՕ) արգելակիչները առավելապես խթանող ազդեցություն ունեցող հակադեպընսանտներ են. դրանցից են՝ իպրազիդը (իպրոնիդիդ), նուրեդալը (նիամիդ)՝ օրական 150—200 մգ, տրանսամինը (պարնատ), ինդոպանը՝ օրական մինչև 40—60 մգ դեղաչափով: Այս պրեպարատները անհամակցելի են եռցիկ խմրի հակադեպընսանտների և որոշ սննդամթերքների հետ (գինի, գարեջուր, սուրճ, պանիր, շոկոլադ, ապուխտ), քանի որ լյարդի վրա ունեն թունավոր ազդեցություն, այդ պատճառով էլ գործնական հոգեբուժությունն ազգավառում ավելի հազվադեպ են կիրառում:

5. Ն Ե Յ Ր Ո Ա Ն Ա լ Ե պ տ ի կ Ե Ե Բ (խթանիչներ)՝ սիդնոկարբը և սիդնոֆենը (օրական 5—10-ից մինչև 60—80 մգ դեղաչափով): Դրանք նշանակվում են ներոզային և ներոզանման համախտանիշների ու սահմանային վիճակների դեպքում, երբ առկա է նաև աշխատունակության անկում, ընկճվածություն, թորշոմածություն, ապաթիա: Սիդնոֆենը չի կարելի համակցել հակադեպընսանտների հետ:

6. Ն Ո Ւ Մ Բ Ո Վ Ե Ե Բ՝ մետաբոլիկ ազդեցության պրեպարատներ: Այս խմբին են պատկանում ամինալոնը (գամալոն), պիրացետամը (նոտոբուպիլ), էնցեֆաբոլը (պիրիդիլտոլ), պանտոգամը: Այս դեղանյութերը կանոնավորում և խթանում են կենտրոնական նյարդային համակարգում հյուսվածքային մետաբոլիզմի պրոցեսները. ավելի արդյունավետ են, վնասվածքային էնցեֆալոպաթիայի, թեթև մտավոր հետամնացության, գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների սկզբնական փուլերի, սսթենիկ 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 դեղանյութեր: Կիրառման ժամանակ առաջացած կողմնակի երևույթները (բարդությունները): Հոգեբնագրական բուժման ընթացքում հաճախ ի հայտ են գալիս կողմնակի երևույթներ, ո-

բոնք պայմանավորված են ոչ միայն դեղամիջոցի հատկություններով, այլ դրա հանդեպ օրգանիզմի անհատական զգայունությամբ, նյարդա-
յին համակարգի օրգանական ախտահարմամբ և այլն: Դեղանյութի գեր-
դեղաշափավորումից առաջացած կողմնակի երևույթները կարող են նը-
պաստել մի շարք բարդությունների առաջացման (արտաբրգային խան-
գարումներ, ազրանուլոցիտոզ և այլն):

Կողմնակի երևույթները և բարդությունները ըինում են մարմնական, հոգեկան և նյարդային: Դրանցից են բերանի շորուքումը, ուղեկեց-
վածքային (օթոստատիկ) կուպսը, ալերգիկ ռեակցիաները, էնդոկրին
խանգարումները (դաշտանային ցիկլի խանգարում, կնաստինքություն),
բրերի նեղացումը (միոզ), բրերի լայնացումը (միդրիազ), ակոմոդա-
ցիայի խանգարումները և այլն: Նշված բոլոր երևույթները դեղաշափը
փոքրացնելիս կամ դեղանյութի ընդունումը դադարեցնելիս վերանում
են,

Արտահայտված կողմնակի հոգեկան երևույթներից են նեյրոլեպ-
տիկ դեպրեսիան, որը զարգանում է պսիխոտրոպ դեղանյութերի մեծ
դեղաշափերի տևական օգտագործումից, դեղորայքային դելիրիումը:
Նման դեպքերում դեղաշափը պետք է փոքրացնել կամ լրիվ ընդհատել,
նշանակելով համապատասխան հակադեպրեսիվ, խթանող կամ հան-
գըստացնող դեղանյութեր, միաժամանակ կատարելով թունազերծող բու-
ժում: Սակայն գործնական հոգեբուժության բնագավառում առավել հա-
ճախ հանդիպում է նեյրոլեպտիկ համախտանիշ, որի դեպքում դիտվում
են նյարդաբանական երևույթներ արտաբրգային խանգարումների ձևով
(հիպերկինեմտիկ, հիպոկինեմտիկ, դիսկինեմտիկ խանգարումներ):

Հիպոկինեմտիկ խանգարումները արտահայտվում են մկանների
կարկամումով, շարժումների աղքատությամբ և դանդաղությամբ, առա-
ջանում է դիմականման դեմք, աչքերը լայն բացված, հազվադեպ են
թարթվում, վերջույթների տրեմոր (դող), ակաթիզիա, երբ չեն կարողա-
նում երկար ժամանակ պահպանել որևէ դիրք, տախիկինեմիզ, երբ
ձգտում են անընդհատ գտնվել շարժման մեջ, քայլում են փոքր քայլերով
(տիկնիկի քայլվածք): Առաջանում են օրալ դիսկինեմիզի երևույթներ,
երբ խանդարվում է ազատ և անկաշկանդ խոսքը. կարող է զարգանալ
Կուլեն-կամպֆի համախտանիշ (ծամիչ և կլման մկանների ջղաձու-
թյուններ, շուրթերի կնճիթանման շարժումներ, աչքերի տանջալից կկո-
ցում, լեզուն հանելու անհաղթահարելի ցանկություն և այլն):

Պարկինսոնիզմի երևույթները կարող են զարգանալ ինչպես նեյ-

ըուեպտիկներին, այնպես էլ հակադեպրեսսանտներին մեծ դեղաշափերի կիրառման դեպքում:

Նշված կողմնակի երևույթները կանխելու նպատակով դեղամիջոցային բուժմանը զուգահեռ նշանակվում են ուղղիչներ (կանոնավորիչներ)՝ ցիկլոօլ, պարկոպան, արտան, ռոմպարկին, դինեֆին և այլն, օրական 4—12 մգ դեղաշափով:

Կուլեն-կամպֆի համախտանիշը և պարոքսիզմալ (հանկարծակի) զարգացող, դիսկինետիկ այլ խանգարումները կարելի է կասեցնել 1—2 մլ 20 % կոֆեինի լուծույթի ենթակաշկային ներարկման կամ 1—2 մլ 2,5 % ամֆինադինի, 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 դեղաշափերով, 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 նեյրոլեպտիկներին 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 միշտ չափ հիվանդություններ, ներոտիկ վիճակներ և թմրամուլությունը: 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): Բերրը 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 ներլուրդիական ախտանշաններ՝ աֆագիա, դիզաբթրիա, 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 անթաշրատներով հարուստ նախաճաշ:

Ինսուլինային բուժման դեպքում ինսուլինի քանակը ինչպես սկզբում աստիճանաբար քարձրացվում 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 (10% ադրենալին, 10% լորեյլին 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 հիպոգլիկեմիկ վիճակ) թեթևացնում է գրգռվածությունը և հանգստացնում գրգռված հիվանդին:

Ներկայումս բուժման այս մեթոդը համեմատաբար ավելի հազվադեպ է կիրառվում:

ԴԻՐՈԹԵՐԱՊԻԱ (ԶԵՐՄԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ)

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 Վազներ-Յաուերգը 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—10% 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 ունակցիան 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: Մծումբը ունենում է նաև թունազերծող ազդեցություն:

Սուլֆոզինի կիրառման ցուցմունքներ են համարվում պրոգրեսիվ պարալիզը (այս դեպքում նա փոխարինում է Վազներ-Յաուերգի 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:

ԷԼԵԿՏՐԱՑՆՑՈՒՄԱՑԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱ

Հոգեկան հիվանդությունների էլեկտրացնցումային բուժման մեթոդը առաջարկել են 1938 թվին իտալացիներ Չերլետին և Բինին: Այն կատարվում է այդ նպատակով ստեղծված էլեկտրացնցումային հատուկ սպարատի միջոցով, որն ունի էլեկտրոդներ, վոլտաճափ 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 միզափամփուլաբանությունը 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 զիտակցության կարճատև շղթածությամբ կամ զիտակցության 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 (անտեբոգրադ ամենեզիա): 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 մեխամադուլյունը, ինչպես նաև շիզոֆրենիայի կատատոնիկ ձևը:

Էլեկտրացնցումային բուժման մեխանիզմի վերաբերյալ որոշակի միացյալ կարծիք չկա: Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ ցնցումային նոպաները ներգործում են զանգուղեղի 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 բժշկը խոսքի միջոցով ներազդում է հիվանդի հոգեկան աշխարհի վրա: Դրա նպատակը հիվանդության ախտանիշները վերացնելն է, հիվանդի վերաբերմունքը իր անձի, հիվանդագրին վիճակի և շրջապատի մարդկանց նկատմամբ փոխելը:

Պսիխոթերապիան բաժանվում է ընդհանուր և մասնավոր կամ ճատուկ բաժինների:

Ընդհանուր պսիխոթերապիան միջոցառումների այն ընդհանրությունն է, որն ստեղծում է հիվանդի համար բարենպաստ մթնոլորտ՝ բաժանմունքի հաճելի, հաշակով ձևավորում, անձնակազմի ղգայուն, բարեհամբույր, ուշադիր վերաբերմունք, այսինքն՝ բժշկական դեօնտոլոգիայի, «հոգեկան ասեպտիկայի» կանոնների պահպանում, պահպանողական, վերականգնողական ուժի կազմակերպում:

Մասնավոր կամ հատուկ պսիխոթերապիան ընդգրկում է պսիխոթերապևտիկ մի շարք հատուկ մեթոդներ. ռացիոնալ պսիխոթերապիա, ներշնչում արթուն վիճակում, ինքնաներշնչում, ինքնահոգեմարզում (աուտորրեինգ), 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 միջամտությունների հետ:

Պսիխոթերապիայի բուժական արդյունքը կախված է ոչ միայն ան-

հատի բնավորության առանձնահատկություններից, հիվանդության ձևից ու ընթացքից, այլ և բժշկի փորձառությունից ու հմտությունից, բուժական հիմնարկում բարոյաէթիկական, հիգիենիկ, դեօնտոլոգիական 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 նախ, 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 փրմեջ 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 առաջին ձևի կիրառման ժամանակ անհրաժեշտ է մանրակրկիտ ուսումնասիրել հիվանդի անձը, կյանքի, հիվանդության պատմությունը (անամնեզը), հիվանդագին նըշանների զարգացումը, հիվանդի վերաբերմունքը իր զառանցանքի և բուժման նկատմամբ (Ռ. Ա. Լուկա), հիվանդության ներքին պատկերը: Նման մոտեցումը օգնում է բժշկին որոշելու պսիխոթերապիայի տակտիկան, նրա զուգակցումը բուժական այլ միջոցների հետ:

Խացիոնալ պսիխոթերապիա. այս մեթոդի էությունն այն է, որ առանց հիվանդին քնեցնելու, բժիշկը զրույցի ընթացքում բացատրում է հիվանդության իմաստը, ծագման պատճառները, հիվանդագին նըշանների զարգացման օրինաչափությունները, ներշնչելով նրան փնթա-վատահոսթյուն՝ 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 շրնկճվել, չհառահատվել: Իզուր չէ ռուս հայտնի բժիշկ Վ. Մ. Բեխտերը ասել, որ «Եթե բժշկի հետ զրուցելուց հետո հիվանդի վիճակը չի թեթևանում, ապա նա վատ բժիշկ է»: Հիվանդի վերաբերմունքի վերա-

հիոխումը, 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 առատոգեն 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 նպատակներով են 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 բրուտոնցքները, լարվում ամբողջ մարմնի մկանները: Գիտնականները դիտումները պարզել են, որ այս կամ այն հույզերի ժամանակ առաջանում է որոշակի մկանախմբերի լարվածություն: Այսպես՝ վախը զույգորդվում է խոսակցական ֆունկցիան ապահովող մկանների կարկամածությամբ (այստեղից՝ «վախից համրացավ» արտահայտությունը), տրամադրության լրկնվածությունը 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 նեյրոզների, այլև ներքին օրգանների տարբեր հիվանդությունների՝ ուղեկցող նյարդային խանգարումների բուժման ժամանակ, ինչպես, օրինակ, սրտամկանի ինֆարկտից հետո տագնապալի տրամադրություն:

ներ, հիվանդության կրկնության հնարավորության նկատմամբ վախի զգացումը: Ներկայումս ինքնամարզումը լայնորեն կիրառվում է սրտա-բանական 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, մեկնա-ելքին 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 ըզ-զացմունքներ՝ բուժել, ապաքինել, ամրացնել կամքը, հուսադրել: Գիտականորեն ապացուցված է, որ հիպնոսի փնճակում 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 գործու-նեության 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՝ սոմնուլենցիա (քնկոտ վիճակ) կամ փոքր հիպնոս.

հիպնոսային քնի տկզբնական շրջանն է, որը նման է բնական քնին նախորդող ինքնազգացմանը՝ հոգնածության, մկանային թուլության, քնկոտության զգացում։ Հիպնոսվողը կարող է փոխել մարմնի դիրքը, բարձրացնել ձեռքը, բացել ծանրացած կոպեղը, հարցեր տալ, բայց հանգստության ձգտումն աստիճանաբար պարուրում է հիվանդին։ Ցավային գրգռին (ծակոց) հիվանդը հակազդում է։ Այս վիճակից հիվանդը հեշտոնթյամբ 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 շաղժական կենտրոնները։ Արտահայտվում է վերջույթների մոմանման ճկունությամբ (կատակասիա), ցավի և ընդհանրապես դժաշուղության բացակայությամբ։ Հիվանդը չի կարող բացել աչքերը, բարձրացնել ձեռքը, փոխել իրանի դիրքը։ Ռապորտը սահմանափակ է, այն պահանջվում 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 չափ 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 խորության։ Փորձը ցույց է տալիս, որ այդպիսի մոտեցումը չի համապատասխանում իրականությանը։ Ախտեղից հետևում է, որ հիպնոսի խորությամբ չի բացատրվում նրա բուժական արդյունքը։ Գլխուղեղի նույ-

նիսկ ամենաթեթև արգելակվածություն ֆոնի վրա կարելի է հասնել բուժական արդյունքի: Բուժական ներշնչման բովանդակությունը քժշկի 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 բրժիղը կազմակերպում է հիվանդների որոշակի խմբում բուժվողների փոխազդեցությունը միմյանց նկատմամբ: Խմբային պսիխոթերապիան կարող է կրել ակտիվացող, բացատրական, հիվանդագին զգացողություններից ուղադրությունը շնորհ բնութ: Բուժման արդյունավետությունը բարձր է, եթե խմբում տիրում է փոխադարձ վստահության, անկեղծության, բուժման նկատմամբ միատեսակ շահագրգռվածության միջոցով: 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 նրպատակ ունի վերակառուցել, վերափոխել ընտանեկան փոխհարաբերությունները, բուժումն անցկացնել հարազատ, մտերմիկ միջոցով, որանով իսկ կանխարգելի հիվանդության սրացումները:

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

րը, այդ ճանապարհով հիվանդին ազատել հիվանդագիրն զգացողություններին: 2. Ֆրեյդի հետևորդները (նեոֆրեյդիստները) նյարդահոգեկան հիվանդագիրն վիճակները բացատրում են ոչ թե սեռական հակումների ընկճումով, այլ ներանձնային հարաբերությունների խանգարումներով: Այնուամենայնիվ, գերդաստիարակոսության էությունը չի փոխվում. և արդու վարքի պայմանավորվածությունը ենթագիտակցությամբ, վարքի խանգարումների բացատրությունը ենթագիտակցական հակասություններով և նրանց իմաստավորումը ապաքինման հարցում մնում են ընկած այդ գաղափարախոսության հիմքում:

ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՎԵՐԱԿԱՆՔՆՈՂԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Աշխատանքային — վերականգնողական բուժումն իրականացվում է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում: Հիվանդներն ընդգրկվում են աշխատանքային փուլման մեջ հոգեախտանիշների անցնելուց հետո միայն: Աշխատանքի բնույթն ընտրելիս հաշվի են առնվում հիվանդի մասնավորությունը, 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:

Ծրկարատե հոգեկան հիվանդությամբ տառապող մարդկանց աշխատունակության վերականգնումը և պահպանումը հոգեբուժության կառնորագույն խնդիրն է: Այդ խնդրի լուծման համար հոգեբուժական դիսպանսերները պետք է ունենան սարքավորված աշխատանքային առհեստանոցներ, 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 (ոնաբիլիտացիա), վերահարմարվելու (ոնադապտացիա) շրջապատին, հասարակությանը:

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

ժըշկական, հասարակական, կրթական, աշխատանքային միջոցառումներին մի համալիր է, որի նպատակն է հոգեկան հիվանդանոցների 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 հիվանդանոցների 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, նըպատակ ունենալով նպաստել հոգեկան հիվանդանոցների էսթետիկական ըզգացմունքների վերականգնմանը և դաստիարակմանը:

ՊՍԻԽՈԼԻԳԻԵՆԱԿԱ ՊՍԻԽՈԴՐՈՑԻՍՏԻԿԱ

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, աննդի ճիշտ ունեցումը, 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: Մանր ապրումները, սխալ դաստիարակությունը, ընտանեկան լարված մթնոլորտը հաճախ դառնում են աշխարհի հիվանդագին զարգացման, տարբեր նյարդահոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառ (լուգոներոզ, ցնցումներ, ախորժակի բացակայություն, գիշերաժիզություն 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 ամուսնություն, սեռա-

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

Մարդու հոգեկան ճիշտ զարգացման համար կարևոր նշանակություն ունի մտավոր աշխատանքի շահավորությունը 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, տրնտեսական 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, ռզելից խմիչքի շարաշահման, 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, տղթոպլազմոզ, կարմրախտ, վնասվածքներ և այլն): Այդ հիվանդությունների դեմ տարվող պայքարը հոգեկան հիվանդությունների կանխարգելման կարևոր նախապայմանն է:

Գ Լ Ո Ւ խ 7

ՀՈԳԵՐՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳԵՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

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

Արտահիվանդանոցային ծառայությունն ուղորտի մեջ են մտնում պտի-խոնկերոլոգիական հանրապետական, քաղաքային և շրջանային դիս-պանսերները, շրջանային և քաղաքային պոլիկլինիկականների մասնագի-տացված կաբինետները:

Ստացիոնար ծառայությունը հոգեկան սուր հիվանդների համար գործող հիվանդանոցներից ու ցերեկային ստացիոնարներից բացի ընդ-գրկում է նաև հիվանդանոցներ՝ քրոնիկական հիվանդների համար:

Հոգեբուժական ծառայության համակարգի մեջ են մտնում նաև մանկական հոգեբուժական դիսպանսերները, պոլիկլինիկականների բաժան-մունքներն ու հիվանդանոցները՝ հոգեկան հիվանդ երեխաների համար, առմատիկ հիվանդանոցների սոմատոպսիխիկ բաժանմունքները, սո-ցիալական ապահովագրության ծառայության մեջ մտնող հաշմանդամ-ների տները՝ խնամքի կարիք զգացող հոգեկան հիվանդների և սակա-վամիտ երեխաների համար, լուսավորության համակարգում գործող օժանդակ գիշերօթիկ դպրոցները՝ մտավոր թերզարգացած երեխաների ուսուցման համար, լոգոպեդիկ կաբինետները՝ կակազող երեխաների բուժման համար, ներոհոգեկան առողջարանները և այլն:

Արտահիվանդանոցային օգնության կենտրոնը համարվում է հանրա-պետական նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը:

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերն իր աշխատանքը կազմակեր-պում է տեղամասային սկզբունքով: Տեղամասային կաբինետներից բա-ցի, դիսպանսերի կառուցվածքի մեջ են մտնում նաև պսիխոթերապիա-յի, նյարդաբանական, փորձարարահոգեբանական, լոգոպեդիկ կաբինետ-ները, կլինիկախտորոշիչ, էլեկտրաուղեղագրային լաբորատորիաները, մանկական և դեռահասների կաբինետները, ֆիզիոթերապիայի և պոդո-պոլիային կաբինետները, սոցիալական օգնության կաբինետը, դատա-հոգեբուժական փորձաքննության կաբինետը, բուժաշխատանքային ար-հեստանոցները, գրանցման բաժինը, կազմ-մեթոդական և վիճակագրա-կան կաբինետը և այլն:

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը զբաղվում է նյարդահոգեկան խանգարումներով տառապող հիվանդների ակտիվ հայտնաբերմամբ: Այդ նպատակով դիսպանսերի տեղամասային հոգեբույժը ամենօրյա շերտ կապի մեջ է գտնվում իր սպասարկման տարածքի համապատաս-խան պոլիկլինիկայի տեղամասային թժշկի, նյարդաբանական, էնդո-կրինաբանական, մաշկավեներաբանական և ալլ կաբինետների ու դիս-պանսերների հետ, որոնց միջոցով հայտնաբերում ու հաշվառման է վերցնում հոգեկան խանգարում ունեցող հիվանդներին, զբաղվում նը-

դանց բուժկանխարգելիչ հարցերով, իսկ կարիքի դեպքում ուղարկում է հոգեբուժական համապատասխան հիվանդանոց՝ ստացիոնար բուժման:

Նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի և պոլիկլինիկայի տարբերության կարևոր հարցերից է նաև այն, որ դիսպանսերի բժշկը 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 կենդանության պայմանների ուսումնասիրության, բժնակառանաչին, 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 իրավաբան հաղթանակով: Անիտավունան հոգեկան հիվանդների շահերը պաշտպանելու նպատակով այդ կաբինետի աշխատողները հանդես են գալիս ռատարանում, բնակատանային շահագործման մառշություններում, նոտարական գրասենյակներում, անտապահովագրության մարմիններում: Նրանք զբաղվում են հոգեբան, հիվանդների փրավունակության, գոծունակության և խնամակալության հաղթանակով: Այդ նպատակով քաղաքացիական գոծով դատահոգեբուժական փոծաքնության և համապատասխան ժողդատարանի կողմից անիրավունակ ճանաչված հոգեկան հիվանդների նկատմամբ նշանակվում է խնամակալ: Խնամակալություն նշանակվում է դիսպանսերներում գոծող խնամակալական հանձնածողովի կողմից, որտեղ մասնակցում են ուխավոո բժիշկը՝ որպես հանձնածողովի նախագահ, տեղամասաին հոգեբույծը, համապատասխան շրջանի առողջապահության և ներոին գոծների մարմինների ներկայացուցիչները: Խնամակալական հանձնածողովը հիվանդի հաղապատներից ու մոտիկներից որևէ մեկին նշանակում է հիվանդի խնամակալ՝ հանձնարարելով նրան տնօրինելու հիվանդի ունեցվածքը, հետևել նրա առողջ-

շության, 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 բնագավառը ազգաբնակչության շրջանում հոգեառողջագիտական (պսիխոհիգիենիկ) և սան-լուսավորական աշխատանքների կազմակերպումն է: Դիսպանսերի կազմ-մեթոդական կաբինետը նյարդահոգեկան հիվանդանքների 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 (ներդներ, 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 (ներգնների), 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, էլեկտրաուղեւաչրական, 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 խմաստով 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 ալլն), որոնք նրանց կողմից կարող են ի շարն 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, գինավորական և դատահոգեբուժական հետազոտությունները (փորձաքննություններ):

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

Հիվանդները հոգեբուժական ստացիոնար են ընդունվում իրենց և հաբազատների 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, գննման է ենթարկվում հերթապահ բժշկի կողմից, որը հոգեկան վիճակի ուսումնասիրությունից բացի, քննում է նաև նրա մարմնային վիճակը: Նա ստուգում է, թե մաշմնի վրա չկա՞ն, արդյոք, վնասվածքներ, քրոճվածքներ, վերքեր, կապտություններ: Զի 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 հարազատներին դիմումով և 3 հոգուց բաղկացած բժշկական հանձնաժողովի եզրակացությունից հետո միայն նրան թույլատրվում է տուն գնալ: Գուրս գրվելիս նրան խորհուրդներ և 7 օրվա զեղչորայք է տրվում:

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

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

Գոյություն ունեցող օրենքի համաձայն էպիլեպսիայով, շիզոֆրենիայով, ինչպես նաև առաջին և երկրորդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող հիվանդները ամբուլատոր ձրի բուժօգնություն են ստանում, իսկ երրորդ խմբի հաշմանդամ հիվանդները՝ 500/0 զեղչով:

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

ԹԵՐԱԲԱՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Թմրաբանական օգնությունը իրականացվում է արտահիվանդանոցային և ստացիոնար ծառայության միջոցով:

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

Նաբերական խոշոր ձեռնարկությունների ու տնտեսությունների թմրարուհական կայանների ու բուժակային կետերի մի ամբողջ ցանց: Այդպես չէ, նցը հիմնականում սպասարկում են հոգեբույժ-թմրաբանները, ինչպես նաև մասնագիտացված թմրաբան բուժականներն ու բուժքույրերը:

Արտահիվանդանոցային թմրաբանական ծառայությունը հիմնականում զբաղվում է բուժկանխարգելիչ և սոցիալ-իրավաբանական օգնություն 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 գիսպանսերը: Նրա կառուցվածքի մեջ են մտնում տեղամասային թմրաբանական կաբինետները, հոգեբուժական և սոմատիկ բուժհիմնարկների ցանցում գործող թմրաբանական կաբինետները, արդյունաբերական ձեռնարկություններում և խոշոր տնտեսություններում գործող թմրաբանական բուժակային կետերը, ինչպես նաև թմրաբանական ստացիոնարը, ցեղեկային ստացիոնարը, զիշերային պրոֆիլակտորիումը, բուժարտադրական աղհեստանոցները և լրացուցիչ մի շարք ենթաբաժիններ (կազմամեթոդական կաբինետ, ֆունկցիոնալ ախտորոշման լաբորատորիա, կլինիկականսալիմիական լաբորատորիա, ռենտգենաբանական և ֆիզիոթերապիաչի, հոգեբանական, հիպնոսային բուժման և այլ կաբինետներ ու լաբորատորիաներ):

Թմրաբանական գիսպանսերն զբաղվում է ակոհոլամոլությունամբ, թմրամոլությունամբ և թունամոլությունամբ տառապող հիվանդների հայտնաբերման, հաշվառման, կոնսուլտատիվ և բուժկանխարգելիչ 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 Մորխովի 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 (փշած) օդի մեջ ալկոհոլի գոլորշիների բացակայության դեպքում խողովակի մեջ գտնվող բամբակից պատրաստված նյութը (ռեազենտը) իր գույնը չի փոխում: Իսկ դրական ռեակցիայի դեպքում առաջանում է կանաչավուն օդակ: Խմած ալկոհոլի քանակից կախված օդակի գույնը ավելի վառ է դառնում:

Ալկոհոլամոլությունը, թմրամոլությունը և թունամոլությունը հիվանդների բուժումը կարելի է անցկացնել կամավոր, անանուն և հարկադիր ձևով: Վերջինս կիրառվում է շարամիտ այն ալկոհոլամոլների նրկատմամբ, որոնք համառորեն հրաժարվում են բուժման ենթարկվել: Նման դեպքերում հիվանդը հարազատներին, հասարակական կամ վարչական կազմակերպությունների միջնորդությամբ քննության է ենթարկվում բժշկական հանձնաժողովի կողմից և նրա տված եզրակացության ու ժողդասարանի որոշման համաձայն ուղարկվում է ներքին գործերի նախարարության տնօրինության տակ գտնվող բուժաշխատանքային պրոֆիլակտորիում՝ հարկադիր բուժման: Հարկադիր բուժման ընթացքում հիվանդը աշխատում է պրոֆիլակտորիումի տերիտորիայում գրտնրվող 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 բժշկ-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 թմրամոլությունն առաջացնող պայմանների ու գործոնների բացահայտման ու վերացման հարցերի մասին:

Թմրաբանական ծառայությունն ամեն կերպ պետք է աշխատի թրմամոլության դեմ տարվող պայքարի գործում ներգրավել բնակչության տարբեր խավերին, հասարակական, վարչական և այլ կազմակերպություններին, որոնց ամենակատիվ օգնությամբ է միայն հնարավոր լայն պայքար ծավալել այդ շարիքի դեմ:

ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

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

Հոգեշարժական գրգռված վիճակ կարող է հանդիպել մանիակալ, կատատոնիկ, հերեֆրենիկ, 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 բրդիպաղի կամ մի քանի հոգու օգնությամբ հիվանդին պետք է տեղափոխել հոգեբուժական ստացիոնար: Հանգստացուցիչ որևէ դեղամիջոցի առկայության ու հնարավորության դեպքում լավ է հիվանդանոց տեղափոխելուց առաջ սրտկել ու հանգստացնել հիվանդին:

Ստացիոնարի պայմաններում հոգեշարժական գրգռվածության բուժումը 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 (ռեկանիում, սեդուքսեն, ապաուրին, սիքազոն) 0,5% 2—4 մլ. միջմկանային կամ ներերակային ներարկումներով: Նեյրոլեպտիկների բացակայության դեպքում հիվանդին կարելի է հանգըստացնել բարբամիլի 5 կամ 10% 5—10 մլ լուծույթի միջմկանային կամ ներերակային ներարկման միջոցով:

Էպիլեպսային վիճակ. անհետաձգելի օգնություն մանրամասն նկարագրությունը տե՛ս «Էպիլեպսիա» գլխում:

Հոգեկան անոռեֆսիայի ժամանակ հիվանդները սննդից հրաժարվում են տարրեր 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 ապարգեւակման 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 ապարգեւակման միջոցով: Ապարգեւակումը կատարվում է 20% 1—2 մլ կոֆեինի լուծույթի և՝ 4—5 ռուպե անց, թարմ պատրաստված 5 կամ 10% ամիտալ-նատրիումի (բարբամիլի) ներերակային դանդաղ ներադրման միջոցով (դեղաչափի քանակը կախված է հիվանդի ապարգեւակումից): Ապարգեւակված հիվանդն արդեն կերակրվում է ինքնուրույն, բուժանձնակազմի օգնությամբ:

Անհրաժեշտ է հետևել արգելակված հիվանդի անօտարինար ֆունկցիաների նորմալ գործունեությանը:

Հիվանդի համար մեծ վտանգ են ներկայացնում ինֆեկցացիայան մոֆերը, 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 ինվուլուցիոն մեղամաղձությունը, ծանր հիպոխոնդրիկ զառանցանքները, աշ-

խարհի կործանման, սպասվող մոտալուտ արհամիրքների՝ 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 թողոր 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 կաթող է գործել կախվելու միջոցով, այդ նպատակի համար օգտագործելով թռկեր, գոտիներ, պատռած սավանից կամ նույնիսկ իր ներքնահագուստից ծածուկ հյուսած թռկեր և այլն: Ոչ հազվադեպ ինքնասպանություն է կատարվում ինքնաթունավորման ճանապարհով: Այդ նպատակով հիվանդը կարող է օգտագործել ձեռքն ընկած ամեն տեսակի թունավոր նյութեր (վացքի 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:

ՊՍԻԽՈՏՐՈՂ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻՑ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ԹՈՒՆԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի շարաշահելու կամ ինքնաթունավորման նպատակով մեծ դեղաչափերով ընդունելու դեպքում թունավորումներն առաջանում՝ ոչ հազվադեպ վտանգ սպառնալով կյանքին:

Այդ թունավորումները շատ են, որոնցից մի քանիսի համառոտ ներկայագրությունը տրվում է ստորև:

Ն ե յ Ր Ո Ւ Ե պ տ ի կ ն ե Ր ի ց (ամինազին, տրիֆտազին, տիզերցին, հալոպերիդոլ, տրիսդոլ և այլն) առաջացած թունավորումների դեպ-

քում մի շարք սոմատոնյարդարանական և հոգեախտաբանական խանգարումներ են առաջանում:

Թունավորման առաջին նշաններից է մարմնի ջերմաստիճանի արագ անկումը: Երակազարկը դառնում է թելանման, արագ: Առաջանում է շնչառության խանգարում: Նյարդային համակարգի կողմից դիտվում են խոսքի խանգարումներ, ծնոտակարկամություն (տրիզմ), արտաբերգային 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, խսկ 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 հոգնանների 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 բեմեհոլի 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 շնչման հսկողության ներքո):

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

Արտաբերգային արտահայտված երևույթների դեպքում՝ ուղղիչներ (ցիկլոզոլ 0,002, պարկոպան 0,005, նորակին 0,002), ինչպես նաև տրեմբլեքսի 2 մլ միջմկանային ներարկում:

Հ ա կ ա դ ե պ ր Ե ս ա ն տ ն Ե Ր Ի ց (մելիպրամին, անաֆրանիլ, իմիպրամին, ամիտրիպտիլին և այլն) առաջացած թունավորումների դեպքում սկզբնական շրջանի ընդհանուր թնկճվածությունից 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 էդերինի (ֆեդոստիգմին) ենթամաշկային ներարկումներ:

Տրանկվիլիզատորները շարաշահումից առաջացած թունավորումների սկզբնական շրջանի խանգարումներից է քնկոտությունը, ատաքսիան, որին հետևում է կոմատոզ վիճակի զարգացումը: Տեղ են գտնում սիրտ-անոթային և շնչառական մի շարք խանգարումներ (տախիկամ բրադիկարդիա, թոքերի ատելեկտազ, շնչառության անբավարարություն, հեոցներ, աղինների 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 (լազիքսի) 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 ի հայտ գալը ու շնչառության կանոնավորումը):

Տրանկվիլիզատորների և հատկապես դիազեպամի (սեդուքսեն, ռելանիոլ, սիբազոն, վալիում) ու քլորդիազեպոքսիդի (էլենիոլ, խլոզեպիդ, լիթիում) թունավորումների ժամանակ առաջացած միոոելակսացիայի դեպքում պետք է նշանակել 0,1% ստրիխնինի 1—2 մլ ենթամաշկային ներարկում օրական 4—5 անգամ, ունիթիոլի 50% 5 մլ ներերակային ներարկում: Թունավորման ծանր դեպքերում պետք է կիրառել հեմոդիալիզ (արյունատարալուծում), հեմոսորբցիա (արյունակլանում):

Գ Լ Ո Ւ Խ 9

ՍԻՄՊՏՈՄԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

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

Արտածին (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 քնազավառում 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 Բոնհոֆերի (Bonhoeffer, 1908) աշխատանքներով նմանատիպ պատկերացումները փոխվեցին:

Բոնհոֆերը ինֆեկցիաների, ինտոքսիկացիաների և ուռմատիկ այլ հիվանդությունների՝ ժառանգ դիտելով հոգեկան և եակցիաների նմանություն (շշմածություն, դելիրիում, ամենցիա, էպիլեպսանման գրգռվածությունը ընթացող մենշադային վիճակ և սուր ցնորագարություն), առաջ քաշեց իր «էքզոգեն տիպի ռեակցիայի» կոնցեպցիան: Այդ կոնցեպցիայի համաձայն, տարբեր ծագում ունեցող հոգևախտաբանական միասնան համախտանշանների առկայությունը պայմանավորված է ոչ թե էքզոգեն պատճառի յուրահատկությամբ, այլ օրգանիզմի (ուղեղի) ընդհանուր ռեակցիայով («էքզոգեն տիպի ռեակցիա»): Նման ղեպերում Բոնհոֆերը գտնում էր, որ վնասաբեր զանազան գործոնների հետևանքով օրգանիզմում տեղի ունեցող բազմազան փոփոխությունները առաջացնում են թունավոր արգասիքներ («միջանկյալ օդակ»), որին էլ ուղեղը մշտապես պատասխանում է միաձև՝ «էքզոգեն տիպի ռեակցիայի» ձևով:

Բոնհոֆերի Եւմոնոն ունի թե՛ դրական և թե՛ բացասական դրույթներ: Նախ և առաջ Բոնհոֆերը իրօք որ ճիշտ էր մոտենում հարցին, հայանելով, որ տարբեր բնույթի սուր ինֆեկցիան և ինտոքսիկացիոն պոխիոզները 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 օդակ»:), 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 առանձնահատկությունների նշանակությունը: Բոնհոֆերի կողմից տարբեր էքզոգեն վնասաբեր գործոնների հանդեպ օրգանիզմի կողմից միաձև հոգեկան ռեակցիա տալու առաջ քաշված տեսությունը ինքնըստինքյան անտեսում էր նաև առանձին էքզոգեն գործոնների առանձնահատկության, որակի հարցերը: Հայտնի է, օրինակ, որ որոշ ինֆեկցիաներ (տետանոս, անգինա, դիֆթերիա) համարյա թե հոգեկան սուր խանգարումներ չեն առաջացնում, այն ղեպերում, երբ տիֆը, կատաղությունը ուղեղաբոլորը և այլն շատ հաճախ բերում են հոգեկան խանգարումներ:

Այսպիսով, էքզոգեն պոխիոզների առաջացման հիմքում նշանակություն է ստանում ոչ միայն Բոնհոֆերի նկարագրած արտաքին վնասաբեր գործոնի ազդեցության ուժգնությունն ու մեծությունը, այլ նաև այն, թե ինչպիսի օրգանիզմի վրա է ներգործում այդ ազդակը: Այլ կերպ ասած, սիմպտոմատիկ պոխիոզների կլինիկական պատկերը բնորոշվում է մի՞շտաք գործոնների և՛ հատկապես միկրո և մակրոօրգանիզմների փոխազդեցությամբ, որոնցից յուրաքանչյուրն իր առանձնահատկություններով յուր օւրույն աճը: Գրավում հոգեկան խանգարման առաջացման ու ձևավորման գործում: Անշուշտ, այսօր հոգեբանի նշանակությունն են ստանում նաև լրացուցիչ վնասաբեր գործոնները (զգուշացուցիչ վնասվածք, ալկոհոլաթմոլություն, նախկինում կրած ինֆեկցիաներ և այլն): որոնք ինքնուրույն են օրգանիզմի և՛ հատկապես նյարդային համակարգի դիմադրողականությունը և հոգ են նախապատրաստում հոգեկան խանգարման առաջացման համար:

Եթե սիմպտոմատիկ սուր պոխիոզները մեծ մասամբ ընթանում են Բոնհոֆերի 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 փոշտ կլինի ասել, որ համարյա թե չկա որևէ սոմատիկ, ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն և նմանատիպ այլ հիվանդություն, որն այսպես թե այնպես չազդի հիվանդի նյարդահոգեկան ուղորտի 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 պատճառածագումնալին 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:

Իելիբիուվային 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 մթազման ֆոնի վրա առաջացած վառ, արագ հաջորդափոխվող զգայախարություններով ու դրանից բխող հոգեշարժական գրգռվածությամբ: Տևում է մի քանի ժամից մինչև շաբաթ, վերջանալով հիվանդի լրիվ առողջացմամբ: Կախված ինֆեկցիայի արտահայտվածության, պսիխոլի զարգացման,

անհատի նախահիվանդագիրն վիճակից և լրացուցիչ վնասաքեր գործոնների առկայությունից, դելիրիումը կարող է ընթանալ կլինիկական զանազան տարբերակներով: Դելիրիումի վիճակից հիվանդները ոչ հազվադեպ դուրս են գալիս անձի հետագա ամթենիզացիայով:

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

Սոմատիկ և ինֆեկցիոն պսիխոզների ժամանակ դելիրիումային և ամենաթիվ համախտանիշները հաճախակի սկսում են խառնվել, մեկը մյուսով փոխարինվել, ստեղծելով կլինիկական բավականին խալտաբեղետ պատկեր: Որոշ հեղինակներ նման վիճակներն անվանում են «դելիրիումամենաթիվային համախտանիշ»:

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

Սուր լսողական (վերբալ) ցնոբազարությունը 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 տազնապ 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 ֆոն» է, որի վրա սուր շրջանում զարգանում է ինֆեկցիաներին ու ինտոքսիկացիաներին բնորոշ հոգեախտաբանական այս կամ այն ախտանշանը:

Շշմածությունը բնորոշվում է կողմնորոշման դժվարացմամբ, գրգռում, 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 լիարժեք պատասխաններ, իսկ թույլ գրգռիչներին բուրբուկի 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 սուր դեպրեսիայի կամ էյֆորիայի երանգի ձևով:

Ինչպես սոմատիկ հիվանդությունների և ինֆեկցիաների, այնպես էլ ինտոքսիկացիաների դեպքում սուր էքզոգեն պոխտոզներից բացի կարող են դիտվել ձգձգվող ներոզանման վիճակներ և հոգեկան այնպիսի խանգարումներ, որոնք իրենց կլինիկական պատկերով հիշեցնում են էնդոգեն պոխտոզներին:

Ձգձգվող վիճակներից հատկապես հիշատակության է արժանի ալաքենիկ 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 քավակա-

նին դուրահույժ են, գերզգայուն, դուրագրգիռ 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:

Ձգձգված սիմպտոմատիկ պսիխոզների հաճախ հանդիպող ձևերից են մանիակալ, դեպրեսիվ, ինչպես նաև շիզոֆրենանման պատկերները: Նման բոլոր դեպքերում, գիտակցության պարզության տարբեր աստիճանի խանգարումներով հանդերձ, պարզորոշ ձևով արտահայտվում է նաև սիմպտոմատիկ պսիխոզներին բնորոշ հուզական խիստ անկայունությունը, դուրագրգռությունը, հոգեկան արագ հյուծվածությունը, ինչպես նաև սոմատո-վեգետատիվ խանգարումներն ու լաբորատոր քնննության տվյալները, որոնք բավականին դուրացնում են տարբերակիչ ախտորոշման հարցը: Հոգեկան այդ խանգարումները վերջանում են տևական ասթենիայով կամ պսիխոֆանական համախտանիշի զարգացմամբ, առաջացնելով անձի պսիխոպաթանման 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 գերազնահատման 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 ցնորագառանցանքային (գլխավորապես մեծամուկական բնույթի) ապրումներով: Տևողությունը միջին հաշվով 1—2 ամիս է, սակայն որոշ դեպքերում, լրացուցիչ վնասաբեր ազդակների շնորհիվ, այն ավելի ձգձգվող ընթացք կարող է ունենալ:

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 համրության (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 հետադիսոզային ասթենիայով:

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

«Էքզոգեն» և «էնդոգեն» ընթացք ունեցող հոգեկան խանգարումներէց 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 սոմատոմատիկ 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 ԷՒԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

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

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

Վերոհիշյալ վիճակների ընթացքը ժանր 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:

Քուրծ, կարմրուկ: Մանկական հասակի ինֆեկցիոն հիվանդություններից քուրծը 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 մթաղման 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, վսկ 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 հետադադրում անձի պսիխոպաթանման զարգացմանը:

Ռեմատիզմ: Այս հիվանդության ժամանակ հոդերից ու սրտից բացի պակաս ախտահարման շի ենթարկվում նաև կենտրոնական նյարդային համակարգը:

Ռեմատիզմի ժամանակ հոգեկան խանգարումները կարող են լինել սուր և ձգձգվող:

Սուր ռեմատիզմային պսիխոզներն առաջանում են ինֆեկցիայի բուռն շրջանում, բազմահոդաբորբի ֆոնի վրա և ընթանում են հատկապես լսողական ցնորքներով ուղեկցվող՝ գիտակցության մթազրնման տարբեր ձևերով: Գիտակցության այդ խանգարումները կարող են արտահայտվել դելիրիումային, օնելյոթիդ, մթնշաղային վիճակներով: Ղրանք անկայուն են ու հաճախ փոփոխվում են մեկը մյուսով:

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

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

Ռեմատիզմը մանկական և պատանեկան հասակում հաճախ առաջացնում է խորեային հիպերկինեզներ (ձեռքերի թափահարում, մատները՝ արտասովոր ու անկանոն զանազան կլոնիկ շարժումներ, իսկ դեմքի, պարանոցի շարժումները երբեմն հասցնում են ծամածոման, աչքերի հաճախակի թարթման): Մանր 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: Մանր 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 (շշամածություն, դելիրիում և այլն), ապա քրոնիկական ընթացքին առավել բնորոշ են ասթենիկ, հիպոխոնդ-

րիկ, ներդրանման, ինչպես նաև էնդոգենանման (դեպրեսիվ, կատա-
տոնանման, ցնորազառանցանքային) համախտանիշները:

Բրուցելոզի սուր և քրոնիկական ընթացքի դեպքում առաջացած հո-
գեկան 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 շրջ-
աններում՝ ասթենիայի երևույթներ: Բրուցելոզային պսիխոզների դեպ-
քում բավականին բազմազան և հարուստ հոգեախտաբանական համախ-
տանիշները հաճախակի փոփոխվում կամ զուգակցվում են: Այսպես,
օրինակ, դեպրեսիվ համախտանիշը, հակառակ մանրակալ-դեպրեսիվ
պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի, ուղեկցվում է բազմաթիվ հիպոխոնդրիկ
մտքերով, փաստորեն փոխվելով դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտա-
նիշի: Ցնորազառանցանքային ձևի դեպքում նորից միանում են ընդե-
րային, շոշափական (տակտիլ) ցնորքները, որոնց հիմքում ընկած են
բրուցելոզային ինֆեկցիային բնորոշ ցավային զգացումը և սոմատիկ
այլ խանգարումներ: Ախտորոշման գործում, անամնեստիկ տեղեկու-
թյուններից բացի, մեծ դեր են խաղում կլինիկալաբորատոր քննության
տվյալները, հիվանդության ընթացքը և պատճառախտածնային բուժ-
ման հետ կապված բարորակ ելքը:

Մալարիա: Մարդկությանը դեռևս հնագույն դարերից հայտնի ընդ-
միջվող տենդը կամ մալարիան երկրագնդի վրա ամենատարածված այն
ինֆեկցիաներից է, որը ոչ հազվադեպ պատճառ է դառնում նյարդահո-
գեկան խանգարումների առաջացման:

Պսիխոզի ընթացքը և ելքը մեծ չափով կախված է մալարիայի ձե-
վից (եոօրյա, ֆաօրյա, տրոպիկական, խառը): Որպես օրենք, տրո-
պիկական և խառը ձևերն ավելի ծանր հոգեկան խանգարումներ են ա-
ռաջացնում:

Մալարիային պսիխոզներն ունեն բազմաձև ու հարուստ կլինիկա-
կան պատկեր: Բավականին բնորոշ են համարվում կլինիկական համախ-
տանիշների անկայունությունն ու փոփոխականությունը, հոգեախտաբա-
նական պատկերների պարբերաբար կրկնողությունը, որը կրում է նո-
պայաձև բնույթ, ինչպես նաև բավականին հաճախ հանդիպող գիտակ-
ցության խանգարումներ:

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

ցուցաբերում են միատեսակ կլինիկական պատկեր՝ հիվանդության ըսկըգըում ու վերջում, և բազմաձև պատկեր՝ հիվանդության միջին շրջանում: Այսպես, օրինակ, ինչպես ասթենիկ, այնպես էլ ցնորազառանցանքային, մանիակալ, դեպրեսիվ, կատատոնանման համախտանիշներով 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 (միջոցցիդիային) շրջանում, տևելով բավականին երկար, երբեմն՝ նույնիսկ մեկ տարուց ավելի: Հիվանդները ֆիզիկապես հյուծվում են, հանդես են գալիս կախքսիայի և սակավարյունության երևույթներ:

Մալարիային ծագում ունեն՝ էպիեպսանման 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:

Բժավոր տիֆ: Բժավոր տիֆը այն սուր ինֆեկցիաներից է, որը համարյա թե առանց քիչ թե շատ արտահայտված հոգեկան խանգարումների չի ընթանում:

Բժավոր տիֆը մեծ մասամբ սկսվում է հանկարծակի, ջերմության

արդդ 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: Հիվանդներին 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 կրո՞ւմ են ֆանտաստիկական, խիստ շարժուն բնույթ: Հիվանդները վերաբերում են ինչ-որ աղետային իրադարձություններ, վախի և տագնապի վիճակում ձգտում են փախչել, փրկվել երևակայական թշնամիներից: Կտնվում 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 ոմանակը: Հայտնում է, որ լիր մարմնի որոշ մասեր կրկնապատկվել կամ կիսվել են՝ երկու մասի են բաժանվել: Զառանցական մտքերը անկայուն են:

Բժավոր տիֆի ժամանակ կարող են հանդիպել նաև գիտակցության ամենտիվ և մթնշաղային բնույթի խանգարումներ՝ ուղեկցված արտահայտված խոսակցական գրգռվածությամբ:

Ջերմության իջեցմանը զուգահեռ հոգեկան խանգարման սուր երեվույթներն 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 բժավոր տիֆային մենինգիտի և մենինգոէնցեֆալիտի երեվույթներով, ուղեկցված ուղեղաթաղանթային և օջախային արտահայտված ախտանշաններով, երբեմն հասցնելով մինչև պսիխոօրգանական համախտանիշի և թուլամտության զարգացման:

Որոշման մասին տեղեկություն: Որոշման մասին տեղեկություն դեպքում հոգեկան խանգարումները նույնպես բավականին հաճախ են հանդիպում: Ինֆեկցիայի սկզբնական շրջանի հոգեկան խանգարումները հիմնականում բնորոշվում են ընդհանուր արգելակմամբ և ընկճվածությամբ ուղեկցվող ասթենիկ վիճակով: Ինֆեկցիայի բուժումը շրջանում, հատկապես բարձր չեղման աստիճանի պայմաններում, հանդիպում է բավականին արտահայտված դելիրիումային համախտանիշ, որը ինչպես վաղ սկսվում, այնպես էլ շուտ վերջանում է:

Որոշման մասին տեղեկություն դելիրիումի համեմատությամբ առավել հաճախ հանդիպում է ամենտիվ համախտանիշը, որը զարգանում է հիվանդության հատկապես վերջին շրջանում (մոտավորապես 4—5-րդ շաբաթվա ընթացքում)՝ ֆիզիկական արտահայտված հյուսվածքային ֆոնի վրա: Եթե դելիրիումային համախտանիշը բավականին կարճատև է, ապա դրան հակառակ՝ ամենտիվ համախտանիշը միջին հաշվով կարող է տևել 3—6 շաբաթ: Առողջացման շրջանին բավականին լրջորոշ է հետինֆեկցիոն արտահայտված հոգեկան թուլությունը (ասթենիկ համախտանիշ), որը վերջանում է հիվանդի լրիվ առողջացմամբ:

Կատաղություն: Նյարդային համակարգի ինֆեկցիոն հիվանդությունները շարքում կատաղությունը հատուկ տեղ է գրավում: Նրա հարուցիչը պատկանում է ֆիլտրվող վիրուսների նեյրոտրոպ խմբին: Մարդիկ վարակվում են կատաղած շներին, կատուներին, գայլերին 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 հետքների, շնչարգելության, ցիանոզի երևույթներն ուղեկցվում են քերանի շոթությամբ ու ծարավի խիստ ըզրացումով, իսկ ջուր խմելու փորձն անգամ կլման մկանների սպազմ-

ների ու կծկումների տանջալից նոպաներ է առաջացնում, ուստի կատաղությանը բնորոշ այս ախտանշանը անվանվում է ջրվախություն: Ճիշտ 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 գրգռվածությամբ: Հիվանդները բղավում, այս ու այն կողմ են նետվում, ձեռքն ընկած ամեն ինչ ջարդում ու փշրում են, վնասում իրենց, պատահոտում հագուստը, հարձակվում շրջապատի մարդկանց վրա, կծում, ճանկոտտում: 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 սրտխառնոթյուններով, ինչպես նաև զանգուղեղային նյարդերի կողմից զանազան ախտանշաններով: Վերոհիշյալ շարագուշակ հանգստացումը մոտավորապես մահվան նախանշան է, որը սկսվում է հիվանդության 3—4-րդ օրը, և հիվանդը մահանում է սրտային արագ զարգացող անբավարարությունից և շնչառական կենտրոնի պարալիզից:

Դիսհերձումը գլխուղեղում հայտնաբերում է բորբոքային փոփոխություններ՝ ուղեղանյութի և նրա թաղանթների արտահայտված արյունալեցում և արյունազեղումներ: Բավականին բնորոշ փոփոխություն է համարվում ուղեղի բնային մասի կենսամեոուկային 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 լուսթյուն: Խնամող անձնակազմը պետք է խուսափի, որ հիվանդը իրեն չկծի կամ նրա թուրքը մաշկի կամ լորձաթաղանթների վրա չընկնի: Հիվանդի վիճակը կարելի է թեթևացնել Վլյուկոզայի, 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:

Ծթե 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 հակառարիկ պատվաստումներ, մինչև կասկածելի կենդանու ուղեղի քննության արդյունքների պարզելը (նեգրիի մարմնիկների հայտնաբերում):

Լ. Պաստերի կողմից 1885 թվին հակառարիկ 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 փարդություն):

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՝ ուռեցնելու համ 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, սրտխառնոթյուններով 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 անհանգրստությամբ, 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 բերրի լույսի հակազդման ռեակցիայի թողումաժությամբ, ակնախաղով, կոնվերգենցիայի պարբերով, երկտեսությունյամբ, աչքերի դեպի վեր ու կողմ կատարվող բռնազբոսիկ շարժումներով, երբեմն՝ տեսողական նյարդի ապաճամալը, ռեմանյալդի 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 տհառություն (ինֆանտիլիզմ) և հասակի այնպիսի խեղճ, որպիսին դիտվում է բազմագեղձային (պլուրիգլանդուլարային) խանգարումների դեպքում:

Քրոնիկական շրջանի ամենաբնորոշ նշաններից են արտաբերային 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: Երկաթ 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 հագիվ 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 մանեկների կամ քայլող տիկնիկի տպավորություն է թողնում («տիկնիկի քայլվածք»): Հաճախակի տեղ է գտնում մկանային տոնուսի տարածուն բարձրացումը («ռիգիդություն»): Շոշափական քրոնիկական դեպքում հաճախ դիտվում են նաև մկանային լարվածության տատանումներ, որոնք արտահայտվում են մկանների թոփշբային կրճուկումներով ու թուլացումներով («ատամնավոր անիմիկ 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 գրտնըվելու 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, գերքտնության և այլն, այնքան բնորոշ են, որ թույլ են տալիս պարկի՛նսոնիզմը 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 կաշուն են: Լավ հասկանալով իրենց հիվանդագին վիճակը, նրանք ամբողջովին ապրված են իրենց բուժման մրտքերով, 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 ԹԱԽԾԻ զգացման ձևով, որը հաճախ ընթանում է պարկիստոնիզմի ֆոնի վրա: Հիվանդները դառնում են խիստ անտրամադիր, ամեն ինչից դժգոհ ու քծախնդիր, օրերով լաց են ըինում, անվերջ ձանձրացնում իրենց գանգատներով ու խնդրանքներով: Արտահայտված կաշնունությամբ հանդերձ, շատ նեղացկոտ են, շուտ վիրավորվող:

Քրոնիկական էնցեֆալիտով տառապողների մոտ կարող են հանդիպել նաև պսիխոսենսոր խանգարումներ, մետամորֆոպսիայի, մարմնի սխեմայի խանգարման, դեպերսոնալիզացիայի և դեռալիզացիայի երևվույթներով, որոնք հանդես են գալիս նուպայածե, առավելապես քննչիս կամ արթնանալիս:

Ոչ հազվադեպ հանդիպում են նաև ակնառորքային նոպաներ (ակնագնդերի ստիպողական բարձրացում դեպի վեր, ավելի հազվադեպ դեպի կողմ և այդ վիճակում մի քանի վայրկյան, թույլ և նույնիսկ ժամ տևող սեեռակում), որոնք ուղեկցվում են տազնապի ու վախի երևույթներով, իսկ հաճախ՝ գիտակցության օնելյորիկ փուլերի 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 (բջջների ունշացում, սպինների հետևանքով առաջացած փոփոխություններ), որոնք առավելապես տեղակայված են գորշ նյութում:

Տզային (գառնանամառային) էնցեֆալիտը սուր ինֆեկցիոն-վիրուսային հիվանդություն է, որը սովորաբար գլուխ է բարձրացնում զարնան վերջերից, այդ պատճառով էլ անվանվում է սեզոնային կամ գաղնանամառային 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: Ուղեղախն 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,

միովորեն իր կայուն հիպերկինեզներ և այլն) բացի, տեղ են գտնում գիտակցության միջազնամաբ ընթացող հոգեկան խանգարումներ (շնմածություն, դելիրիումային և ամենտիվ համախտանիշներ, ուղեկցված հոգեշարժական գրգռվածություն)։

Հիվանդության ենթասուր շրջանում հոգեկան խանգարումները գերակշռող մեծամասնության մոտ ընթանում են ասթենիկ կայուն համախտանիշի ձևով։ Երբեմն կարող են հանդիպել նաև կորսակողյան համախտանիշ, ցնորազառանցանքային խանգարումներ, ինչպես նաև անձի պսիխոպաթանման փոփոխություններ։

Մոծակային (ամառաշնանային) ճապոնական էնցեֆալիտը առաջին անգամ տարածվել է Ճապոնիայում, որից էլ առաջացել է նրա անվանումը։ Հիվանդության հարուցիչը ներդրողական վիրուսն է, որը փոխանցվում է մարդկանց մոծակների միջոցով, օգոստոս-սեպտեմբեր ամիսներին, դրա համար էլ այն այլ կերպ անվանվում է մոծակային կամ ամառաշնանային էնցեֆալիտ։

Այս դեպքում ուղեղում տեղի են ունենում բորբոքային փոփոխություններ, առաջանում են մեուկային օջախներ և կեղևի ու ենթակեղևի տարբեր շրջանների կազմափոխական-թունավոր (դեգեներատիվ-տոքսիկ) փոփոխություններ։

Հիվանդությունն սկսվում է սուր, և առաջին խսկ ժամերից գիտակցությունը խանգարվում է՝ շնմածությունից 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՝ կորսակողյան 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 ներյուլակտիկներ պետք է նշանակել զգուշությամբ, փոքր դեղաչափերով։ Միաժամանակ պետք է կատարել նաև սիմպտոմատիկ բուժում, երբեք չմոռանալով սրտային դեղամիջոցների մասին։

ՍՊԻԴ-ի ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումներ: Ձեռքբերողի իմունոդեֆիցիտային համախտանիշի («սպիդ»)՝ ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումները քիչ են ուսումնասիրված և այդ մասին գրականության մեջ քիչ տեղեկություններ են հաղորդվում:

Հիվանդության սկզբնական շրջանում դիտվում է ներդանման պատկեր, որն արտահայտվում է ուշադրության ցլվածությամբ, 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 իրանգարման երևույթներն ավելի են խորանում, ընդհուպ մինչև պսիխոթոզանական համախտանիշի ձևավորումը:

ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ՍՈՄԱՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Սոմատոզեն 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:

Ծնթասուր շրջանում կարող են դիտվել շղմածության կամ դելիրիումի ձևով ընթացող գիտակցության խանգարումներ, երբեմն էյֆորիկ վիճակ, որն ուղեկցվում է շատախոսությամբ, գործելու ձգտմամբ, իր վիճակի հանդեպ քննադատության վերացմամբ:

Կավացման 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 ուսական 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 ընույթի գիտակցության խանգարումներով: Նկարագրվում են նաև համեմատաբար ավելի երկար տևողությամբ ընթացող դեպրեսիվ-զառանցանքային և սուբստուպորային վիճակներ:

Լյարդի ճիվանդություններ: 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 տազնապով, ինչպես նաև երակազարկի արագացմամբ, գերքրտնության, զարկերակային ճնշման տատանումներով և վեգետատիվ այլ խանգարումներով: Սոմատիկ վիճակի ծանրացմանը զուգահեռ կարող է զարգանալ շշմածություն, ծանր դեպքերում հասնելով մինչև սուպորի ու կոմայի:

Լյարդի թունավոր սնուցախանգարման (տոքսիկ դիստրոֆիա) դեպքում կարող են առաջանալ դելիրիումամենտիվային ընույթի սուր խանգարումներ, ցնորազառանցանքային, կատատոնանման համախտանիշներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ:

Թոքերի տուբերկուլոզ: Թոքերի տուբերկուլոզի ժամանակ հաճախ դիտվում են ներոզանման վիճակներ, բնավորության փոքրի հիվանդագին սրացումներ, անձի պսիխոպաթանման զարգացում, իսկ ծանր դեպքերում՝ հոգեկան սուր խանգարումներ:

Թոքերի տուբերկուլոզի սկզբնական շրջանում մի կողմից տուբերկուլոզային ինտոքսիկացիայի, իսկ մյուս կողմից հոգեկան ապրումների հետեանքով 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 քաթերազույն 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 դյուրագրգռ, անզուսպ, շրջապատի նորմերի հետ դյուրությամբ չհաշտվող,

չնչին առիթներից աֆեկտիվ բռնկումներ տվող: Նման անձնավորությունները ոչ հազվադեպ հակվում են դեպի թմրանյութերի շարաշահմանը, 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 գանգուլեոզի 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 քարձրացումը 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:

2. արորակ ուռուցքներ: Այս հիվանդությունների ժամանակ հոգեկան խանգարման ամենակզբնական 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 պսիխոզեն ռեակցիան, հաճախ արտահայտվելով աթենո-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, զրգուական թուլությունը և կայուն անքնությունը: 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 լատենցարումներ՝ գիտակցության դելիրիումային, ամենտիվ և օնելյորիդ համախտանիշների կամ դրանց ատիպիկ տարբերակների արտահայտություններ: Հիվանդների՝ կոմատոզ վիճակից դուրս գալուց հետո կարող է դիտվել ասթենիկ համախտանիշի ասթենոզեզոտատիվ տարբերակ, որն արտահայտվում է լրագմաթիվ վեգետատիվ ախտանշաններով, մարմնի սխեմայի ժամանակ առ ժամանակ առաջացող խանգարումներով, ինչպես նաև սենսատոպաթիկ զանազան ախտանշաններով:

Չարորակ («ՊերՖրցիոզ») սակավարյունություն: Այս հիվանդության ժամանակ ամենահաճախ հանդիպող հոգեկան խանգարումը ասթենիան է, որն արտահայտվում է տրամագրության թեթև անկումային (սուբդեպրեսիվ) ֆոնի վրա ընթացող ֆիզիկական և հոգեկան թուլություններ, արագ հոգնածություններ, հուզական անկայունություններ, ցրվածություններ, հիպոխոնդրիկ զանազան զանգատներով:

Հիվանդության սրացման, ինչպես նաև ձգձգվող ընթացքի դեպքում կարող են դիտվել վախի և տագնապի երևույթներով ընթացող դեպրեսիվ վիճակներ, ինչպես նաև էլետակցության 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, օնելյորիդ) խանգարումներով, դեպրեսիվ համախտանիշի ձևով, իսկ առավել հաճախ՝ դելիրիումաժամանակային, ամենտիվաօնելյորիդային, դեպրեսիվ-առան-

ցանքային բարդ համախտանիշների, ինչպես նաև կատատոնանման, ցնոդագարություն և այլ համախտանիշների ձևով:

Որոշ դեպքերում, ծննդաբերությունից հետո, ասթենիզացիայի ենթարկված անձանց մոտ պսիխոզեն ազդակները կարող են առաջացնել դեպրեսիվ վիճակ, ուղեկցված տրամադրության արտահայտված անկմամբ ու թախիժով, 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 պսիխոզեն 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 անտիդեպրեսանտներով 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:

ՍՄՄՏՈՍԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Սիմպտոմատիկ պսիխոզների բուժումն անց է կացվում համալիր ձևով, որտեղ առաջնակարգ տեղ է տրվում հոգեկան խանգարում առաջացնող պատճառի (սոմատիկ կամ ինֆեկցիոն հիմնական հիվանդություն) վերացմանը: Այդ տեսակետից հիվանդը մշտապես պետք է գրտնըվի ֆերապևտի, սրտաբանի, էնդոկրինոբանի, ինֆեկցիոնիստի, հոգեբույժի կամ համապատասխան այլ մասնագետ-բժշկի հսկողությամբ:

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 թունագերծող և օրգանիզմն ամրապնդող բուժում: Այդ նպատակով կիրառվում են 40% գլյուկոզալի, 25 % ծծմբաթթվային մագնեզիումի, 40 % ուրոտրոպինի, C, B₁, B₆, B₁₂, B₁₅ (PP) վիտամինների ներարկումներ, որոնք հաճախ կարելի է զուգակցել հեմոգեոլի հետ (կաթիլային ներարկումների ձևով): Թունագերծող 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 %⁰, տիդերգինի 2,5 %, դիազեպամի (ռեկանիում, վալիում, սեդուքսեն, տիբազոն) 0,5 %⁰ 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 %⁰ լուծույթի և այլն օգտագործումից:

Դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում նշանակվում են հակադեպրեսանտներ՝ մելիպրամին (տոֆրանիլ, իմիպրամին) 0,025 գ կամ 1,25 % լուծույթ, ամիտրիպտին (տրիպտիզոլ) 0,025 գ կամ 1 % լուծույթ, պիրազեդոլ 0,025 գ, ադաֆեն 0,025 գ և այլն):

Ասթենո-դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում հակադեպրեսիվ դեղամիջոցները զուգակցվում են տեդալենի 0,005 գ հաբերի կամ 0,5 % լուծույթի, ֆրենոլոնի 0,005 գ հաբերի կամ 0,5 %⁰ լուծույթի, սիդնո-

կարբի 0,005 գ հաբերի, սապարալի 0,05 գ հաբերի, ացեֆենի 0,1 գ հաբերի և այլն կիրառմամբ:

Ներդաշին և ներդանման խանգարումների, հոգեկան լարվածության դեպքում լավ արդյունք է ստացվում բենզոդիազեպինի ածանցյալների (դիազեպամ՝ 0,005 գ, սեդուքսեն՝ 0,005 գ, ռելանխում՝ 0,005 գ, վալիում՝ 0,005 գ) և այլ տրանկվիլիզատորների կիրառումից:

Օլնեոլ ալն քանից, որ սոմատիկ հիվանդությունների դեպքում հիվանդների մոտ հաճախ բարձր զգայունություն է դիտվում նեյրոկապտիկ 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 հոգեկալ: ուրտի վրա դրականորեն ներգործող բոլոր պայմանների (բուժիչ-պաշտպանողական ռեժիմ, դեռնտոլոգիա, միկրոսոցիալական միջավայրի առողջացում և այլն) առավելագույն ստեղծմանն ու բարելավմանը:

Գ Լ Ո Ւ Խ 10

ՍԻՖԻԼԻՍԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Կնխորոնական նյարդային համակարգի սիֆիլիսային ախտահանման դեպքում կարող են դիտվել առաջընթաց բնույթի ծանր հոգեկան խանգարումներ, որոնք ինֆեկցիայի ժամկետից, գանգուդեղում ախտահարման պրոցեսի տեղակայումից և պսիխոզի կլինիկական պատկերից կախված կարող են արտահայտվել ուղեղի սիֆիլիսի և պրոգրեսիվ պալալիպի ձևով:

ՈՒՂԵՂԻ ՍԻՖԻԼԻՍ

Այս հիվանդությունը պայմանավորված է մեզոգերմի (ուղեղի թաղանթներ և անոթներ) ախտահարմամբ: Հանդիպում են կլինիկական հետևյալ ձևերը.

Սիֆիլիսային ներասթեհան (ներգանման ձևը) նեյրոսիֆիլիսի ամենավաղ դրսևորումն է, որի առաջացման հիմքում մի կողմից բնկած է սիֆիլիսային ինտոքսիկացիան, իսկ մյուս կողմից՝ պսիխոզեն

սորոսներ, որն առաջ է գալիս սիֆիլիսով վարակվելու հետ կապված հոգեկան ապրումներին: 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 (բերրի լույսի հակազդման ռեակցիայի թուլացում, ժամանակ առ ժամանակի հայտ եկող տարաբերության (անիզոկորիա), ուղեղաթաղանթային թեթև արտահայտված նշաններ, ինչպես նաև շճաբուխական դրական ռեակցիաները (Վասերման, Պանդի, Նոնե-Ապելտ): Վերջապես ախտածնական հակասիֆիլիսային բուժումից ստացված դրական արդյունքը լիովին հավաստիացնում է ներդանման այդ համախտանիշի սիֆիլիսային ծագման բնույթը:

Կարվածանման (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 խրկլինիկական պատկերով հիշեցնում է ուղեղի ուռուցքին: Ուղեղում առաջացած գումաների մեծությունից ու տեղակայումից կախված նյարդաբանական զանազան խանգարումներ կարող են դիտվել (ներզանգային ճնշման լարձրացում, ուժեղ գլխացավեր, շնչաթուփյուն, թորոճածություն, անտարբերություն, երբեմն նույնիսկ էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ): Աչքի հատակի փնտրության 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:

Ֆնորազառանցանքային ձևը համեմատաբար դանդաղ է զարգա-

նում: Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է լսողական ցնորքներով ու պարանոսիդ 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 խնքնամիոփոխյան բացակայությունն ու մատչելիությունը, բանականության օրգանական բնույթի փոփոխությունները, վերջապես նյարդաբանական ախտանշանների առկայությունը, շճաբանական դրական ռեակցիաները և ախտածնային հակասիֆիլիսային բուժման դրական արդյունքները անառարկելի են դարձնում վերոհիշյալ ցնորագառանցանքային համախտանիշի սիֆիլիսային ծագումը:

ԲՆԱԾԻՆ ԱՖԻԼԻՍ: Բնածին տիֆիլիսը համարվում է մոտ օրգանիզմում ընկերքի միջոցով պտղի ներարգանդային վարակի արդյունք:

Բնածին սիֆիլիսը բնորոշվում է մարմնական մի շարք ախտանշաններով՝ հուտշինսոնյան երրորդություն (կիսալուսնաձև ատամներ, պարենխիմային եղջերաբորբ և ականջաբորբ): Դիտվում են նաև թամբաձև քիթ, մազերի օջախային թափում, շրթունքների ճաքճքվածություն, գորշահողազույն մաշկ, ինչպես նաև լյարդի ու փայծաղի մեծացում, մշտական հարբուխ և այլն:

Կլինիկական պատկերում յուրահատուկ տեղ են զբաղում մենինգուէնցեֆալիտները, 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 վիտաուտի, մկնդեղի, անդիկի, յոդի պատրաստուկներ և հակաբիոտիկներ:

Հաջորդությամբ են կիրառվում բիցիլինային երկարատև ներգործություն ունեցող ներարկումներ:

Խորհուրդ է տրվում նաև բիյոտինոլի միջկանային 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:

Քրոնիկական ժանր 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 Նոգուշին, որն այդ հիվանդների ուղեղում հայտնաբերել է սիֆիլիսի հարուցիչ՝ դոգույն սպիրոխետ:

Պրոգրեսիվ պարալիզով հիվանդանում է սիֆիլիսով վարակվածների 2—5 %: Հիվանդության առաջացմանը նպաստող գործոններ են համարվում սիֆիլիսի թերի բուժումը, ակոհոլի շարաշահումը, գանգուղեղի վնասվածքները և ինֆեկցիաների նկատմամբ օրգանիզմի կայունությունը թուլացնող այլևայլ պատճառներ: Ավելի հաճախ հիվանդանում են տղամարդիկ՝ 30—50 տարեկանում: Կաղտնի շրջանը 10—15 տարի է:

Հիվանդության ընթացքը քաժանվում է երեք շրջանի՝ սկզբնական, հիվանդության ծաղկման և վախճանային:

Սկզբնական (նեոսաքենիկ) շրջանը բնորոշվում է օրգանական երանգավորում ստացած ներդանման ախտանշաններով՝ գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, արագ հոգնածություն, ակտիվության իջեցում, առօրյա խառնակության անկում, քնի խանգարում և այլն: Սակայն, ի տարբերություն ներասթեմիայի, ի հայտ են գալիս նաև հոգեկան խանգարումներ՝ ինքնավերահսկողության իջեցում կամ կորուստ, որի հետևանքով հիվանդները հաճախակի սխալներ են թույլ տալիս, դառնում են կսպիտ, 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 (բերրի լույսի հակազդման ռեակցիայի բացակայություն, կոնվերգենցիայի և ակոմոդացիայի պահպանության առկայությամբ), ինչպես նաև բերրի անհավասարաշափությունն ու ձևափոխությունը, ենթալեզվային ու դիմային նյարդերի պարեզը, ծնկային ռեֆլեքսների անհավասարությունը, իսկ հաճախ նաև քաղցկանությունը: 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 շվերսհանկովոյ արարքներ. հակումները աղավաղվում են, անմիտ ձևով դրամ 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 միծամուլական բնույթի), էյֆորիա, դեպրեսիա, գրգռվածություն և այլն:

Այս շրջանում նյարդաբանական արտահայտված ախտանշաններին՝ գուլերնթաց հանդես են գալիս նաև մարմնական առավել նկատելի խանգարումներ. գիրանում են կամ հյուծվում, խանգարվում է նյութափոխանակությունը: Ոսկրեղը դառնում են դյուրաբեկ, մազերը թափվում են, մաշկի սնուցողական խանգարումները հասցնում են պառկելախոցների առաջացման:

Վ ա խ ճ ա ն ա յ ի ն (մ ա ր ա գ մ ի) շ Ր Ջ ա ն Ը բնորոշվում է հիվանդի ֆիզիկական և հոգեկան լրիվ քաջայմամբ (պարալիզային մարագմ): Հիվանդները կորցնում են շրջապատի հետ բանականորեն հաղորդակցվելու ընդունակությունը, դադարում են ճանաչել անգամ հարադատներին, ուտում են ամեն ինչ՝ չտարբերելով ուտելին ոչ ուտելից, 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 յրացուցիչ որևէ ինֆեկցիայից, ծայրաստիճան կախեկտիկ վիճակում (ֆիզիկական մարագմ):

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 քննությու-
նը ցույց է տալիս ուղեղի և հատկապես ճակատային բլթերի ապա-
ճում, գլխոզ հյուսվածքի ուռճացում (հատկապես միկրոգլիայի աճ), փո-
րոքների լայնացում և ջրգողություն: Անոթների շուրջն առաջանում է բորբոքային պրոցես, սիֆիլիսային էնդարթերիտի երևույթներով: Ման-
րադիրտակային քննության ժամանակ հայտնաբերվում է քրոնիկական տարածուն լեպտոմենինգոէնցեֆալիտ:

Պրոգրեսիվ պարալիզի տարբեր ձևերը գոյություն ունեն, որոնցից ամենահիմնականը կլասիկ կամ էքսպանսիվ (մանիակալ) ձևն է: Այս դեպքում տրամագրության էյֆորիկ ֆոնի վրա հանդես են գալիս ան-
միտ բնույթի մեծամուկական զառանցական մտքեր, անձի անհեթեթ գե-
րազնահատմամբ: Հանդիպում են նաև դեպրեսիվ, թուլամտային, գրո-
գրոված և այլ ձևեր:

Որոշակի հետաքրքրություն է ներկայացնում յուվենիլ (պառանե-
կան) 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 հա-
սակում: Պատանեկան պրոգրեսիվ պարալիզի դեպքում բնածին սիֆի-
լիսին բնորոշ հուտչինսոնյան երրորդությունից լրացի (կիսալուսնաձև
ատամներ, պարենխիմային եղջրաբորբ և ականջաբորբ) առկա են պրո-
գրեսիվ պարալիզին բնորոշ այլ ախտանշաններ, որտեղ հիմնական տեղ
է գրավում քանականության զարգացման կանգը: Որքան վաղ է սկսվում
հիվանդագին պրոցեսը, այնքան թուլամտությունն ավելի շատ է նման-
վում 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 (չերմա-
բուժության) և հակասիֆիլիսային դեղամիջոցների զուգորդմամբ: Պի-
րոթերապիայի նպատակն է բարձրացնել օրգանիզմի իմունաբանական
ռեակտիվությունը: Պիրոթերապիան անց է կացվում արհեստական բար-
ձր ջերմություն առաջացնելու միջոցով, որն առաջարկել է 1917 թ.
ափստրիացի գիտնական Վադներ Ցաուրեզը: Հիվանդին վարակում են
եռօրյա մալարիայով տառապողի արյունով: Մալարիայի 10—12 տեն-

դային նուպաներից հետո մալարիան խինինով բուժելուց հետո, սկսում են հակասիֆիլիսային մեծ դեղաշափերոոով 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 հոգեւէան անշան խանգարումներ ունեն, սակայն լրիվ քննադատորեն են մոտենում իրենց հիվանդագիրն 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 շբուժված 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:

Փ Լ Ո Ւ խ 11

ԱԼԿՈՀՈԼԱՄՈԼՈԻԹՅՈՒՆ 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 փոքրձերը ցույց են տվել, որ գրաշարների կամ

մեքենագրողների մոտ նույնիսկ 20—50 գ ալկոհոլը առաջ է բերում աշխատանքային տեմպի իջեցում և տառապխալներ:

Ալկոհոլը թունավոր ազդեցութիւն ունի մարդու համարյա բոլոր օրգանների ու համակարգերի, առաջին հերթին գլխուղեղի կեղևի վրա, որի բջիջները շափազանց զգայուն են ալկոհոլի հանդեպ: Սկզբնական շրջանում տեղի է ունենում կենտրոնական նյարդային համակարգի գրգռում, որն այնուհետև փոխվում է ընկճվածութեան, երբեմն նույնիսկ հասնելով մինչև անզգայացման (նարկոզի):

ՀԱՍԱՐԱԿ ԵՎ ԱՍՏԻՃԱՆԿԱՆ ՀԱՐԲԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Սուղ ալկոհոլային թունավորումը սովորաբար արտահայտվում է ալկոհոլային հասարակ հարբածութեան ձևով:

Ալկոհոլային հասարակ հարբածութեանը կարող է արտահայտվել 3 աստիճանով՝ թեթև, միջին և ծանր:

Թեթև աստիճանի հարբածութեանը բնորոշվում է տրամադրութեան բարձրացմամբ (էյֆորիա), ստոցիացիաների արագացմամբ, շատախոսութեամբ և իր ուժերի գերազնահատմամբ ու պարծենկոտութեամբ: Ուշադրության կենտրոնացումը դժվարանում է, քննադատութեանն իջնում է, որն արտահայտվում է բարոյական շափանիշների կորստով, անթույլատրելի վարքագծով: Հարբած մարդու ցինիկութեանը, հիմար և շրջապատի համար տհաճ, վանող կատակներն ու «սրախոսութեանները», հեշտասիրական վարքն ու սեռական աղավաղումները, սանձաբաժկութեանն ու միջազնայի ստեղծումը ակնհայտ եղևույթ է:

Հարբածութեան խորացման հետ միասին (միջին աստիճանի հարբածութեան) ընկալումը դժվարանում է, խոսակցութեանն աստիճանաբար դառնում է անկապակցված ու անհասկանալի, շարժումների հրստակութեանն ու կոորդինացիան խանգարվում է, քայլվածքը դառնում է երերուն: Տրամադրութեանը հաճախ խիստ ընկնում է, գրգռվածութեանը աստիճանաբար նվազում է, փոխարինվելով ընկճվածութեամբ ու արդելակամբ, հասնելով մինչև քնի:

Ծանր աստիճանի հարբածութեան դեպքում նշվում են գիտակցութեան տարբեր աստիճանի խանգարումներ (շմածութեանից մինչև կոմա): Այդ վիճակում երբեմն կարող են դիտվել էպիլեպսիան և ցնցումային նոպաներ, ինչպես նաև ակամա միզարձակութեան և արտաթորում: Ծանր դեպքերը կարող են նույնիսկ մահացութեամբ վերջանալ:

Հասարակ հարբածութեանը ուղեկցվում է բերի 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 նըշանակություն 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 գեր 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 քավականին մեծ դժվարություն է ներկայացնում, քանի որ կարճատևության պատճառով բժիշկն այդ վիճակը չի տեսնում: Նման

ղեկաբում 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 անմեղ-սունակ:

ԱՆԿՈՆՈՒԱՄՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐՆԻԿԱՆ

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, նյարդաչին և հոգեկան մի շարք հիվանդագին փոփոխություններին:

Ալկոհոլամոլությունը զարգանում է աստիճանաբար:

Հարգացման 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 շարաշահման 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 հազուրդ տալու համար խմում են անկախ տեղից ու փրագրությունից, մինչև վերջին հնարավորությունը: Այս փուլի ամենակարևոր ու հիմնական նշանը ալկոհոլային քաղցի կամ արստինենցիայի (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 արկահոլի ընդունումը դադարեցնելիս մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր անց նրա մոտ առաջանում են կախյալության այլ դրսևորումներ, հատկապես՝ տրամադրության անկում, որը հաճախակի ուղեկցվում է վախի ու տագնապի, կասկածամտության երևույթներով, ոչ հազվադեպ այդ վիճակում շրջապատի իրադարձությունները զառանցանքային ձևով մեկնաբանելու հակամար: Այդ շրջանում նրանք դառնում են շար ու բծախնդիր, խիստ դյուրագրգիռ: Քունը խանգարվում է, դառնում մակերեսային, ընդհատվող, ահաբեկող բնույթի մղձավանջային երազներով հարուստ: Շատ հաճախ հանդիպում են հիպնագոգիկ ցնորքներ: Աշխատունակությունը լըրիվ ընկնում է: Վերոհիշյալ խանգարումներն ուղեկցվում են ընդհանուր թուլության, 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 ձնշման բարձրացում, սրտային համախտանիշ), աղեստամոքսային ուղուտի կողմից՝ սրտաքղալի 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, շրթերները շոր, հայացքը տագնապալից. այդ քոլորն ուղեկցված է խիստ սրտահայտված այնպիսի դողով, որ հիվանդն ընդունակ չէ անգամ բաժակով ջուրը վերցնել և քերանին մոտեցնել: Նման ծանր դեպքերում կարող են առաջանալ նաև էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ:

Ալկոհոլամոլությունը տառապողները հարբեցողության ամեն մի էքսցեսից հետո ձգտում են արկահոլի (այդ թվում նաև նրան փոխարինող ամեն տեսակի ինքնաթորուկների, դենատուրատի, օդեկոլոնի և նույնիսկ անանուխային ատամնաքսուկի) նոր քանակի ընդունման (ապախումարացում), որով հնարավորություն են ստանում ժամանակավորապես վերացնել արկահոլային քաղցի տհաճ երևույթները: Երկրորդ փուլում արկահոլամոլների գերակշռող մեծամասնությունը խմում է համարյա թե ամեն օր, ամիսներ շարունակ: Ոմանց մոտ էլ արկահոլամոլությունն 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 պսևդո-դիպսոմանիա:

Այս շրջանում աչքի են զարնում անձի զարգացող փոփոխությունները: Աշխատանքը, հատկապես մտավոր, դառնում է խիստ դժվար ու տանջալից: Հարբեցողները հաճախակի թողնում են աշխատանքը, սկըսում 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 ծուլ, թափթփված, փնթի, ստախոս, պարտազանց, հիմար կատակների ընդունակ:

Հարբեցողի վանող վարքագիծը, հոմորից զուրկ ու անմիտ սրամտություններն ու կատակները, աներեսությունն ու կաշունությունը զազրելի ու անհանդուրժելի են դառնում նույնիսկ ամենամոտիկների ու հարազատների համար: Զգացմունքային ոլորտի անկայունության շնորհիվ էյֆորիան ու բարեհոգի տրամադրությունը հաճախակի փոխվում է տրամադրության անկման, մոռլլության ու կովարարության 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 (ինտուերանտություն): 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 թուլ խմիչքների գործածման: Միաժամանակ արատինենցիայի 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, հեոցներ, 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 (դեգրացիա) 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 ղեգրացիայի 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 տրեքսիկ էնցեֆալոպաթիա:

Սոմատիկ խանգարումներ: Առանց չափազանցության կարելի է նշել, որ հարբեցողի մոտ չկա որևէ ֆիզիոլոգիական համաէարգ կամ օրգան, որը չտուժի արկոհոլի շարաշահումից:

Ալկոհոլամոլի արտաքին տեսքը հենց սկզբնական շրջանից փոխվում է. դեմքը թորշմում և վաղածամ կնճռոտում է, այտերի և քթի մակերեսային մազանոթների լայնացման հետևանքով այդ մասերի մաշկը ստանում է կարմրակապտավուն երանգ, որը բավականին օգնում է բժշկին՝ անսխալ ճանաչելու արկոհոլամոլին:

Հիվանդագին լուրջ փոփոխություններ են դիտվում ներքին օրգանների կողմից: Դա առաջին հերթին նկատվում է ստամոքս-աղիքային ուղիքում: Ախորժակը վատանում է, սնվելը դառնում է խիստ անկաշտ: Հաճախակի դիտվում են ստամոքսաբորբ, ավելի ուշ շրջաններում՝ խոցային հիվանդություն, փորկապություններ, հաճախակի լուծեր և այլն:

Լուրջ ձևով տուժում է լյարդը: Բացի լյարդաբորբի ու լյարդի ցիրոզի առաջացումից, արկոհոլը 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 ճարպաչին կազմափոխության. սրտի մկանները թուլանում են, և սիրտը լայնանում է: Ալկոհոլամոլության հետ սերտ առնչություն ունեն հիպերտոնիկ հիվանդությունը, կարդիոսկլերոզն ու ինֆարկտը, և իզոլը չէ, որ այդ հիվանդությունների կանխարգելիչ միջոցառումների թվում առաջնակարգ տեղ է հատկացվում ոգելից խմիչքների դեմ տարվող պայքարին: Ծրկամաների հիվանդությունները, ինչպես նաև քրոնիստներն ու թոքաբորբերը հաճախակի են ուղեկցում քրոնիկական ալկոհոլամոլությանը: Ֆրանսիայի վիճակագրական տվյալները ցույց են տվել, որ թոքերի տուբերկուլոզից ավելի շատ մահացություն է դիտվել այն մարդերում, 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 կոդմից 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 զանգուղեղի օրգանական վնասվածքների, արյունազեղումների ու պարալիզների մասին, որոնք ալկոհոլամոլության ժամանակ ու հազվադեպ հանդիպող ծանր բարդություններից են, հիշատակության արժանի են հաճախակի հանդիպող տարազգայնությունները, բուժ ցավերը, երբեմն նույնիսկ բազմանյարդաբորբերը: Հիվանդների մշտական զանգատներից են գլխացավերը, գլխապտույտները, ձեռքերի, լեզվի արտահայտված դողը, գերքրտնությունը և այլն:

Բավականին վաղ զարգացող հիվանդագին երևույթներից է քնի խանգարումը: Քունը լինում է կարճատև, անհանգիստ, մակերեսային ու մղձավանջային երազներով լի: Նման հիվանդները հաճախ դիմում

են քնարեր-դեղամիջոցների կամ հենց ալկոհոլի օգնությամբ: Շատ հաճախ հանդիպող բարդություններից է սեռական թուլությունը:

Ապացուցված է նաև, որ ալկոհոլը խորտակելի 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 եղակի ընդունումը թունավոր ազդեցություն ունի գենետիկ ապարատի վրա և վրնասում է սաղմը: Ինքնըստինքյան հասկանալի է, որ նման վիճակում տեղի ունեցած բեղմնավորման արդյունք են համարվում ֆիզիկական հիվանդոտ և հոգեկան արատներով ծնված երեխաները:

ԱՎՈՒՆԱՄՈՒԹՅՈՒՆԸ ՊՍԱՆԵԿՍԸ ՀԱՍԱԿՈՒՄ

Դեռահասների և պատանիների մոտ ալկոհոլի շարաշահումը հիմնականում հանդիպում է 13—18 տարեկան հասակում:

Այդ տարիքում ալկոհոլային խմիչքների շարաշահման պատճառ կարող են դառնալ ալկոհոլամոլների ընտանիքում ստեղծված անառողջ իրավիճակը, ծնողների հարբեցողության ընդօրինակումը, հարբեցողությանը զբաղվող հասակակիցների շրջապատում գտնվելը, բացասական սովորություններն ու ավանդությունները: Ալկոհոլային խմիչքների շարաշահումը ոչ հազվադեպ տեղ է գտնում պսիխոպաթներին, ինչպես նաև գանգոլեդային 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 շարաշահման օրից մինչև ալկոհոլամոլության ձևավորումը միջին հաշվով տևելով 1—3 տարի:

Արատինենցիայի համախտանիշի զարգացումը մեծահասակների համեմատությամբ ավելի կարճատև է: Հոգեկան կախյալությունն առավելապես արտահայտվում է թուլությամբ, գլխացավով ու գլխապրտույտով: 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-

զանում: Այդ փոփոխությունները ոմանց մոտ արտահայտվում են շրթ-
հալպտի և հատկապես հարազատների նկատմամբ ցուցաբերվող թշ-
նամական, իսկ ոչ հաշվադեպ՝ ագրեսիայի հասնող աֆեկտիվ բռնկումնե-
րով, անպատկառությամբ ու լկտիությամբ, հասնելով հաճախ քրեա-
կան հանցագործությունների, լիակ մյուսների մոտ՝ անտարբերությամբ:

Ալկոհոլամոլությունը տառապող դեռահասներն ու պատանիները
հաճախ հակվում են թմրաբեր նյութերի, հատկապես բարբիտուրաթմբի
ածանցյալների չարաշահման, փաստորեն դառնալով բազմաթմրամու-
նեք (պոլիսարկոմաններ):

ԱԿՈՀՈԼԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ

Կանանց մոտ ալկոհոլի չարաշահումը հանդիպում է առավելապես
նրանց միջին տարիքում: Չարաշահման պատճառներ կարող են հա-
մարվել ընտանեկան և կենցաղային անբարենպաստ իրավիճակը (ա-
մուսինների փոխըմբռնման բացակայություն, փոխադարձ անզիջողա-
կանություն, ծանր հագեցվիճակ), կրթական ցածր մակարդակը, աշխա-
տանքային պրոֆեսիոնալ գործունեությունը (աշխատանք խմիչքների
խանութներում, բուֆետներում, խորտկարաններում; մանրածախ առե-
տուր և այլն), ինչպես նաև այն դեպքերում, երբ ընկերական հավա-
քություններում, տոնալամբությունների ժամանակ և այլ առիթներով կա-
նայք 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 շրջապա-
տի 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 նը-
վազ 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, ալկոհոլամոլու-
թյան զարգացումը (չարաշահման սկզբից մինչև արատիննցիայի հա-
մախտանիշի առաջացումը) տեղի է ունենում 3—4 անգամ պակաս ժա-
մանակահատվածում, երբեմն հասնելով 1—3 տարվա:

Արատիննցիայի համախտանիշի մեջ ֆիզիկական և հոգեկան կախ-

յալության բնորոշ ախտանշաններից բացի, հաճախակի տեղ են գտնում նաև դիաֆորիկ վիճակները և աֆեկտիվ այլ խանգարումներ:

Հարբեցողությամբ տառապող կանանց մոտ լուրջ ձևով տուժում է սոմատիկ վիճակը: Նրանք ժամանակից շուտ են ծերանում. թորշոմում են, դեմքը կնճոռտում 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 շափի զգացումը, հակվում են հակասոցիալական արարքների: Միաժամանակ բարոյագրկվում են, չեն հետևում փրենց արտաքինին: Հետաքրքրությունների շրջանը նեղանում է, նրանք պատրաստ են ամեն ինչ զոհաբերել իրենց ակոհոլոլիին հակումը բավարարելու համար. բոլորովին անտարբեր են դառնում ընտանիքի և հարազատների հոգսերի նկատմամբ: Հիշողությունը, հատկապես մտապահման ֆունկցիան, խիստ թուլանում է: Քննադատական վերաբերմունքն իրենց հիվանդության ներկատմամբ ինչն 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 ակոհոլից լիովին կտրելու և քուժումն 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-

րսւպիւան: Վերջինս անց է կացվում հենց առաջին իսկ օրից և անկախ նրա ձևերից (ներշնչում, հիպոթերապիա, ռացիոնալ պսիխոթերապիա և այլն) մշտապես կաղմում 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 մազնեզիումի, В₁, В₆, С և այլ վիտամինների մեծ դեղաչափերի, դուպլեքսի և այլ ներարկումներ:

Հատկապես աբստինենցիայի շրջանում լսավարդյունք 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 (սուլֆոգինի 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, մեպրաքամատի 20 մգ և այլն, ու որոշ նեյրոլեպտիկների (ամինազին 25 մգ, տիզերցին 25 մգ, տերալեն 5 մգ, նեոլեպտիլ 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 քաղմակողմանի 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 փսիխոցուցիչ զանազան դեղամիջոցների (ապոմորֆին, էմեթին և այլն) օգնությամբ առաջացվում է նողկանք ալկոհոլային խմիչքի և փսիման ռեֆլեքս՝ նրա ամենափոքր քանակի ու նույնիսկ տեսքի հանդեպ:

Ապոմորֆիների միջոցով ալկոհոլի հանդեպ զգվանքի պայմանական ռեֆլեքս առաջացնող բուժման մեթոդը հետևյալն է. հիվանդին ենթամաշկային ներարկվում է 0,2 մինչև 1,0 ապոմորֆինի 0,5—1 0/0 լուծույթ: Ներարկումից 5—10 րոպե անց, երբ սկսվում են սրտխառնոթյան առաջին նշանները (գունատություն, քրտնարտադրություն, գլխապտույտ, առատ թքազատություն), հիվանդին առաջարկվում է հատկապես իր սիրած ալկոհոլային խմիչքից հոտ քաշել, ներշնչելով նրան, որ ալկոհոլը պետք է առաջացնի սրտխառնոթյուն և փսխում: Ապոմորֆինի ազդեցության տակ առաջացող փսխումից անմիջապես առաջ հիվանդին առաջարկվում է մի ումպ խմել նույն խմիչքից, որը նա կատարում է դժկամությամբ և զգվանքով. 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 սրսկման, միայն ալկոհոլի տեսքը կամ հոտն արդեն սրտխառնոթյուն է առաջացնում, որը կարելի է համարել բուժման արդյունավետության չափանիշ:

Քանի որ ալկոհոլի հանդեպ մշակված պայմանական բացասական ռեֆլեքսը ժամանակի ընթացքում մարում է, ուստի ամբողջատոր պայմաններում ժամանակ առ ժամանակ (միջին հաշվով ամսական մեկ-երկու անգամ) այն պետք է կրկնել (պահպանողական բուժում):

Գերզգայնացնող բուժումը, հատկապես տետուրամի (անտարբուսի) միջոցով, ներկայումս մեծ տարածում ունի, որի օգնությամբ հիվանդի մոտ առաջացվում է վախ ալկոհոլի օգտագործման հետևանքների նկատմամբ, ինչպես նաև ալկոհոլային հակումը ճնշելու նպատակով:

Անտարբուսը (տետրաթիթիլոտրամիդաուլֆիդ, տետուրամ, անտեթիլ, էսպերալ) ունի կուտակման (կոսմոպատիվ) հատկություն և օրգանիզմում մնում է բավական երկար:

Հակացուցմունքների բացակայության դեպքում հիվանդի ու նրա հարազատների համաձայնությամբ (որն ունի նաև կարևոր պսիխոթերապևտիկ նշանակություն) հիվանդին նշանակվում է անտարբուս 0,5 գ, օրը 2 անգամ: Զորքորդ օրը կատարվում է անտարբուս-ալկոհոլային փորձը: Այդ նպատակով հիվանդին առաջարկվում է խմել 20—30 գ 40 0/0 ալկոհոլային խմիչք: Խմելուց 15—20 րոպե անց հիվանդի մոտ առաջանում է անտարբուս-ալկոհոլային ռեակցիա, որի էությունն այն

է, որ անտաբուսը օրգանիզմում խանգարում է ընդունած արկոհոլի նորմալ փոխանակութիւնն ու կանգնեցնում վերջինիս օքսիդացման պրոբւսը ացետալդեհիդի առաջացման փուլում: Ացետալդեհիդը օրգանիզմում առաջացնում է տոքսի՝ ռեակցիա, որն արտահայտվում է դեմքի և եղջերաթաղանթների հիպերեմիայով, գլխում սեղման, իսկ սրտի շրջանում տհաճ զգացումներով, շնչառութեան և երակազարկի խիստ հաճախացմամբ: Արյան ճնշումը սկզբից բարձրանում, այնուհետև իջնում է ընդհուպ մինչև կոլապս: Հիվանդի համար սկսվում է տանջալէց մի շրջան, երբ նա օդի պակաս է զգում, առաջանում են հետցներ, բուռն գլխացավեր, զանազան տառազգայնութիւններ: Դիտվում է մաշված 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 վտանգավորութիւնը և ստորագրութիւն է վերցվում, որ նրանք նախազգուշացված են, որ անտաբուսով բուժվելու ընթացքում և հետո արկոհոլի 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-արկոհոլային ռեակցիայի առաջացմամբ: Նման վիճակները առաջացվում են մյուս հիվանդների ներկայութեամբ, ինչը բուժման ամբողջ ժամանակաշրջանում ավելի է ֆիքսում ստեղծված վախը և արկոհոլի հանդէպ մշակված նողկանքն ու ատելութիւնը: 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, հնարավորութիւն ստեղծելով նրա երկարատև ազդեցութեան համար: Սույն մեթոդը միաժամանակ պսիխոթերապետիկ մեծ նշանակություն ունի, քանի որ բուժումից առաջ ստորագրութիւն վերցնելը և այնուհետև վիրահատական ճանապարհով կատարվող այդ արարողութիւնը ներշնչական մեծ տպավորութիւն է թողնում հիվանդի վրա:

Ալկոհոլամոլության բուժման գործում մեծ տեղ է տրվում պսիխո-
թերապիային, որը կիրառվում է անհատական կամ կոլեկտիվ ձևով անց-
կացվող ինչպես ռացիոնալ, այնպես էլ հիպնոսաբուժական ներշնչում-
ների ձևով:

Ներկայումս բավականին մեծ տեղ է հատկացվում աշխատանքա-
յին բուժմանը, որն սկսվում է հենց ստացիոնար ակտիվ բուժման շրջ-
անից:

Հիվանդին հիվանդանոցից դուրս գրելուց հետո խիստ կարևոր
է նրա հետագա ամբուլատոր հսկողությունն ու պահպանողական բուժ-
ման ճիշտ կազմակերպումը, որով հիվանդության հնարավոր սրացում-
ները նվազագույնի հասնելու հնարավորություն է ստեղծվում:

Ալկոհոլամոլության կանխարգելակման գործում մեծ նշանակու-
թյուն ունի ընտանիքի և միջավայրի առողջացման հարցը, որը պետք
է գտնվի ինչպես բժշկական, այնպես էլ հասարակական և վարչական
կազմակերպությունների ուշադրության կենտրոնում:

ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱ

Դիպսոմանիան ալկոհոլամոլության հատուկ ձև է, որի դեպքում
պարբերաբար (նոսոյայաձև) առաջանում է խմելու անհաղթահարելի
ձգտում: Խմում են մինչև ծայրաստիճան հարբելը, մոռանալով աշխա-
տանք, պարտականություն, ընտանիք և այլն: Հարբեցողության նոպան
տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթ, ընդ որում, նոպա-
ների միջև ընկած ժամանակաշրջանում նման անձնավորությունները
ու՛շ միայն ալկոհոլ չեն գործածում, այլ նույնիսկ նոդկանքով են վերա-
բերվում դրան:

Դիպսոմանիայի առաջացման հիմքում մեծ մասամբ ընկած են դիս-
ֆորիկ վիճակները: Դրանք կարող են առաջանալ նաև պարբերաբար,
կարճատև դեպրեսիաներով տառապող անձնավորությունների, պսիխո-
պաթների և զանգուղեղային վնասվածքով հիվանդների մոտ:

Անշուշտ, դիպսոմանիայից պետք է տարբերել պսևդոդիպսոմա-
նիան, որի դեպքում նոսոյաձև հարբեցողությունը տեղ է գտնում ալ-
կոհոլամոլների մոտ, ընդ որում, հակառակ դիպսոմանիային, վերջին-
ներս ոչ թե միանգամից են դադարում խմել, այլ երբ արդեն զրկվում
են խմիչք ձեռքբերելու բոլոր հնարավորություններից:

Ալկոհոլամոլուծությունը 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 հարբեցատենդր, ալկոհոլային ցնորագարությունը (հալուցիեոզ), ալկոհոլային զառանցանքը, կորսակովյալ պսիխոզը, ալկոհոլային էպիլեպսիան, Գայե-Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիան:

Հարբեցատենդր (սպիտակ տենդ, delirium tremens): Ալկոհոլային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների շարքում հարբեցատենդր 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, զանգուղեղային 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, տրամագրությունն ընկնում է, ուղեկցվելով վախի և տափնապի երևույթներով, ձեռքերի դողն ավելի արտահայտված է դառնում, հատկապես երեկոյան ժամերին հանդես են գալիս ահաբեկիչ բնույթի հիպնագոգիկ ցնորքներ:

Հիվանդությունն սկսվում է գիտակցության մթափամամբ, տեղի, ժամանակի, իրադրության կողմնորոշման խանգարմամբ, բացառությամբ ես-ի կողմնորոշման, որն այս դեպքում չի տուժում: Գիտակցության խանգարման ֆոնի վրա առաջին պլանում հանդես են գալիս վառ ու բազմատեսակ տեսողական ցնորքներ. տեսնում են հատկապես անընդհատ շարժման մեջ գտնվող միջատներ, սողուններ, մանր կենդանիներ (առնետներ, մկներ, փոքրիկ սատանաներ), գազաններ, հրեշներ և այլն: Հստակ են նրանց ձայները (մոնչոցներ ու ծվծվոցներ), այդ բոլորից ապրելով ուժեղ վախ ու սարսափ: Հիվանդները դառնում են զգայախաբական այդ ամբողջ փրագրությունների 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-

զավոր գործողութիւններ՝ սարսափած վիճակում դուրս թռչել պատուհանից, սպանութիւններ կատարել և այլն:

Յնորքների հետ սերտորեն կապված են զառանցական մտքերը, որոնք անկայուն և կտրտված բնույթ են կրում:

Երբեմն ցնորազառանցանքային ապրումների և շարժողակաւ գրողովութեան մեջ արտացոլվում են հիվանդի ամենօրյա աշխատանքն ու մասնագիտական գործունեութեան տարրերը («պրոֆեսիոնալ դելիրիում»): Այսպես օրինակ, ավտովարորդը մահճակալի վրա նստած «ավտոմեքենա է վարում», ծեփագործը պալատի պատերի վրա «ծեփագործութեամբ» է զբաղվում և այլն:

Հարեցատենդի ժամանակ հոգեկան սուր խանգարումներն ուղեկցվում են մի շարք մարմնային ախտանշաններով: Դրանցից հատկապես աչքի է զարնում ամբողջ մարմնի, ծայրանդամների, լեզվի դողը: Հարեցատենդին բնորոշ այդ դողոցների շնորհիվ հիվանդի քայլվածքը դառնում է անհաստատ, երբոյն, իսկ խոսքը՝ թլվատ: Ջերմաստիճանը սովորաբար լինում է սուբֆերիլի սահմաններում, սակայն ծանր դեպքերում կարող է հասնել բարձր աստիճանների: Նշվում է առատ քրտնարտադրութիւն, երակազարկի հաճախացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում: Լուրջ փոփոխութիւններ են նշվում նաև ներքին օրգանների և արյան կողմից, որպես քրոնիկական ալկոհոլամոլութեանը զուգահեռ ընթացող բարդութիւններ:

Հարեցատենդը կարող է տևել մի քանի ժամից մինչև մեկ օր (արորտիվ ձև), 2—7 օր (դասական ձև), իսկ երբեմն էլ՝ ավելի երկար (ձրգձրգով ձև): Սովորաբար հիվանդներն այդ վիճակից դուրս են գալիս խոր քնից հետո, հոգեկան սուր խանգարման շրջանի վերաբերյալ ունենալով մասնակի անհիշողութիւն: 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 հազվագեպ հարեցատենդը կարող է վերափոխվել կորսակովյան պսիխոզի: Հարեցատենդի ծանր դեպքերում նույնիսկ կարող է առաջանալ մահ՝ սիրտ-անոթային անբավարարութեանից (որը զարգանում է հոգեշարժական խիստ գրգռվածութեան և անքնութեան հետևանքով):

Հարեցատենդի տիպիկ տարբերակներից է նաև «փնթփնթան (շրթնաշշնչային) գելերիոմը»: Այս դեպքում հիվանդի մոտ առկա է գիտակցութեան ավելի խոր խանգարում: Խոսքը դառնում է անկապ վանկերի, բացականչութեանների, հնչուների շշնչաձայն մի հավաքածու:

Շարժողական գրգռվածությունը սահմանափակվում է անկողնու սահմաններում և արտահայտվում է պարզ ու հասարակ շարժողական գործողություններով (ձգել, քաշել, ճանկել, շոշափել, մատները կտրատել և այլն): Հիվանդությունը վերջանում է լրիվ ամենզիայով:

Հարբեցատենդի ինչպես սկզբնական, այնպես էլ լավացման (անձի ասթենիզացման) շրջանում հիվանդի բարձր ներշնչվելիություն հետևանքով արհեստականորեն կարելի է առաջացնել մի շարք բնորոշ ախտանշաններ: Դրանցից են լիպման խտանշանը, երբ հիվանդի ականգնողները 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» երեակայական 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 քուներ: Այդ նպատակով կարելի է նշանակել ամֆինադին՝ օրվա ընթացքում 200—400 մգ կամ 2,5 % լուծույթ՝ 2—4 մլ միջմկանային կամ ներերակային ներարկումների ձևով, տիգերցին՝ 100—150 մգ, քլորալ հիդրատ՝ 2—3 % 100 մլ միանվագ հոգնանների 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 հանգերձ 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 (տես «Ալկոհոլիզմի բուժումը»):

Ալկոհոլային ցնորազարուքում (հալուցինոզ): Այս ձևը նույնպես առաջանում է ալկոհոլամոլությանը տառապողների մոտ: Այն իր հատկանիշներով և ալկոհոլային հարբեցատենդից հետո բռնում է երկրորդ տեղը:

Հիվանդությունը մեծ մասամբ սկսվում է սուր ձևով, երբ մթազնած գիտակցության ֆոնի վրա առաջանում են հատկապես լսողական առատ ցնորքներ մենախոսության կամ տրամախոսության (հարց ու պատասխանի) ձևով: Հիվանդն իր մասին խոսող ձայներ է լսում, որոնք մեծ մասամբ իր վարքը պախարակող, իհաճ բնույթ են կրում, այդ ձայները ծաղրում, սպառնում, վիրավորում են հիվանդին, խոսում են նրա դատապարտման, պատժի ձևի մասին, նրան համարում են կորած մարդ: Չայները լսվում են ուղեղի միջոցով, փողոցից, հատակի տակից, որոնք գիշերային ժամերին ավելի արտահայտված են դառնում: Չնորային վերոհիշյալ զգայախաբությունների նկատմամբ հիվանդի քննադատական վերաբերմունքը լրիվ բացակայում է, հասցնելով կաթնաթենտիկ 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 թըլթեթտիկ 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, հազվադեպ դեպքում՝ մինչև երկու ամիս:

Որոշ դեպքերում ալկոհոլային ցնորազարությունը կարող է ձգձգվող բնթացք ունենալ, տևելով ոչ միայն ամիսներ, այլև տարիներ: Պսիխոզի նման ձևը կոչվում է ալկոհոլային բոնիկական 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 բոմանդակության մասին, որոցից մի մասը շարունակում է պախարակել, հայցոյել, իսկ մյուս մասը պաշտպանել նրան: Չնայած հիվանդը հասկանում է իր հիվանդագին վիճակը, բայց երբեմն կարող է նաև այն թաքցնել: Լսողական ցնորքների հետևանքով կարող են առաջանալ զառանցական մտքեր, որոնք հիմնականում պարանոիդ բնույթ են կրում: Հիվանդի տրամադրությունը մշտապես ընկած է, գտնվում է մոայլ 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 հարքաթության 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 հոդի 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 Թոզնիլը դառնում է խիստ վտանգավոր, քանի որ այդ հոդի վրա նրան, ոչ հավանաբար ծանր 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 նեյրոլեպտիկ-ների (ամինազին՝ օրական 200—400 մգ, տրիֆտազին (ստելազին)՝ օրա-կան 25—50 մգ, հալոպերիդոլ՝ օրական 30—60 մգ) կիրառումից. մա-նավանդ երբ այն զոսգորդվում է ինսուլինային (փոքր դեղաչափերով բուժման հետ):

Այդ բոլորին զուգընթաց պետք է կատարել թունազերծող բուժում ինչպես նաև B խմբին պատկանող վիտամիններ (քանի որ ալկոհոլա մոլուծյան ժամանակ հիվանդի օրգանիզմում վիտամինային հավասա րակշռությունը բավականին խցած է լինում):

Ոչ մի դեպքում բուժման կուրսը ավարտված չպետք է համարել քանի դեռ պսիխոզից դուրս գալուց հետո հիվանդի մոտ չի կիրառվե հակաալկոհոլային բուժում (տե՛ս «Քրոնիկական ալկոհոլամոլուծյա՝ բուժումը»):

Կորսակովյան պսիխոզ: Այս հիվանդությունը նկարագրվել է 188: թվին Ս. Ս. Կորսակովի կողմից որպես ալկոհոլային բազմանյարդաբոր-բային (պոլիներիտային) հատուկ պսիխոզ, որը բժշկական միջազգային 12-րդ կոնգրեսի կողմից անվանվեց հեղինակի անունով՝ կորսակովյա՝ պսիխոզ կամ կորսակովյան հիվանդություն:

Կորսակովյան պսիխոզին բնորոշ ափստանշաններ հանդիպում են նաև այլ հիվանդությունների ժամանակ (ին-ֆեկցիոն պսիխոզներ, գանգուղեղի վնասվածքներ, ուռուցքներ, ժերու-նական պսիխոզներ և այլն). նման դեպքերում առկա ֆիքսացիոն ամ-նեզիան, ռետրոգրադ ամնեզիան և կոնֆաբուլացիան (կորսակովյան հա-մախտանիշ) հնարավորություն են տալիս հոգեկան այդ խանգարումնե-րը տարբերակել կորսակովյան պսիխո-զից, որի հիմքում ընկած է ալկոհոլա-մոլուծյունը՝ յուր կլինիկական ընթաց-քով, վախճանով ու պաթանատոմիա-կան պատկերով:

Կորսակովյան պսիխոզը հանդիպում է ալկոհոլը երկարատև շարաշահող մե-ծահասակ մարդկանց մոտ: Հոգեկան



Ս. Ս. Կորսակով
(1854—1900)

խանգարման այս ձևի հաճախականությունը արնքան էլ մեծ չէ:

Հիվանդությունը մեծ մասամբ սկսվում է աստիճանաբար, դանդաղ, սակայն որոշ դեպքերում կարող է զարգանալ ալկոհոլային սուր պսիխոզից (հարեցատենդից) հետո:

Կորսակովյան պսիխոզի կլինիկական պատկերում առավել վաղ արտահայտված գլխավոր ախտանշան է համարվում հիշողության խանգարումը (ֆիքսացիոն ամենզիա, ռետրոգրադ ամենզիա և կոնֆաբուլացիա), զուգակցված բազմանյարդաբորբի երևույթներով:

Անշուշտ, կարևոր ախտանշան է համարվում նաև տեղի, ժամանակի և տարածության կողմնորոշման խանգարումը՝ ամենստիկ 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 ըինեն: Չնայած անցյալի հիշողությունը համեմատաբար պահպանված է լինում, այնուամենայնիվ առկա է նաև որոշակի շրջան ընդգրկող ռետրոգրադ ամենզիա:

Վերհիշելու ունակության խիստ թուլացման և ռետրոգրադ ամենզիայի պայմաններում սկսում են տեղ գտնել հիշողության այնպիսի աղավաղումներ, ինչպիսիք են՝ կոնֆաբուլացիան և պսևդոհեմինիսցենցիան (կեղծ հիշողություններ), որոնց միջոցով հիվանդը լրացնում է հիշողության առկա բացերը: Այսպես օրինակ, հիվանդը պատմում է, թե ինչպես երեկ զնաց 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 զգալով 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, սլարեզները 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, թորշոտածության, ընդհանուր թուլության ձևով արտահայտված՝ մնացորդային երևույթներ: Խմիչքի շարաշահումը 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 մեծամտական զառանցանքներով: Այդ բոլորն ուղեկցվում են դիզարթրիայի երևույթներով, ատակտիկ քայլվածքով, ջլային ռեֆլեքսների խանգարմամբ, ծանր բազմանյարդաբորբով, պարապլեգիայով և նյարդաբանական այլ խանգարումներով:

Քուծումը: Կորսակության պսիխոզի և ալկոհոլային պսևդոպարալիզի բուժումը համանման են: Կիրառվում են հետևյալ բուժմիջոցառումները:

Թունագերծող և օրգանիզմը ամրապնդող բուժում, որին զուգընթաց պետք է տալ մեծ քանակով վիտամիններ (B_1 , B_6 , B_{12} , C), նիկոտինյան թթու, 10% — 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):

Փայե-Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիա: Ալկոհոլային պսիխոզների ամենածանր ձևերից է, որն առավելապես հանդիպում է միջին տարիքի տրդամարդկանց 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, քսկ 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, ակունաշարժիչ 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 հասցնել պսիխոթոզանական ծանր համախտանիշի զարգացման:

Բուժումը նույնն է, ինչ կորսակության պսիխոզի և ալկոհոլային սլանդոպարալիզի 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 թունագիրծող ու հակացնցումային բուժում կատարելիս ելքը դառնում է բարորակ:

Դատահողերածական զնախատականը: Ալկոհոլամոլությունը տառապող անձնավորությունները ինչպես սթափ, այնպես էլ հասարակ հաջբածության 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 չի վիճակի չեն եղել հաշիվ տալ իրենց կատարածի համար և ղեկավարել իրենց արարքները, ապա 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, ներողանման և զանազան այլ բարդություններով: Իսկ ալկոհոլամոլության 3-րդ շրջանում գտնվող անձի դեգրադացիայով, ինչպես նաև ալկոհոլային սուր պսիխոզի ծանր ու ձգձգվող ընթացք ունեցող հիվանդները լրիվ անաշխատունակ են համարվում:

ԹՄՐԱՄՈՒԹՅՈՒՆ (ՆԱՐԿՈՄԱՆԻԱ)

Թմրամոլութիւնը քրոնիկական հիվանդութիւն է, որի դեպքում օր-դանիզմը ընտելանում է թմրաբեր նյութերին, առաջացնելով մարմնա-կան, նյարդային և հոգեկան բազմաթիւ խանգարումներ:

Թմրամոլութեան պատմութիւնը չափազանց հին է: Մարդիկ թրմ-րանյութերին ծանոթացել են, ըստ երևույթին, պատահաբար: Որոշ բույ-սերի այրումից առաջացած ծխի ներշնչումը նրանց վրա հարեցնող ու թմրեցնող ազդեցութիւն է ունեցել, որն էլ առիթ է տվել այդ բույ-սերն առանձնացնել ու գործածել որպէս թմրանյութեր (ծխախոտ, ա-փիոն, հաշիշ և այլն):

Թմրամոլութիւնը դարերից ի վեր ամբողջ աշխարհում համարվել է ամենատարածված արատներից մեկը: Այսօր երկրագնդի վրա ոչ մի անկյուն զերծ չէ նրա այս կամ այն ձևի ախտահարումից:

Թմրամոլութեան առաջացման պատճառները խիստ շատ են ու բազ-մազան: Մեծ նշանակութիւն ունի սոցիալական գործոնը (դաստիարա-կութեան արատներ, ավանդական վնասակար սովորույթներ, միկրոսո-ցիալ միջավայրի բացասական ազդեցութիւն և այլն): Եթե ծխախոտին, ափիոնին ընտելանալու գործում հատկապէս մեծ դեր են խաղում ընդ-օրինակումը, գայլակողման ու հրապուրանքը, ապա մորֆինի ու նրա ածանցյալների չարաշահման պատճառ են դառնում ցավերով ուղեկցվող տարբեր հիվանդութիւնները, երբեմն նույնիակ ոգեշնչում ու էյֆորիկ վիճակ առաջացնելու ձգտումը և այլն: Սոցիալական լուրջ գործոնների հետ մեկտեղ նշանակութիւն ունեն նաև անհատի հիվանդագին նա-խադրյալները (կենսաբանական գործոն), որոնք փաստորեն օգնում և հեշտացնում են թմրամոլութեան առաջացումը:

Թմրաբեր նյութերի չարաշահումը անհատի մոտ առաջացնում է էյ-ֆորիայի, բավականութեան ու հաճույքի վիճակ, ի վերջո հասցնելով այդ նյութերի նկատմամբ առաջացած ընտելացման ու հիվանդագին հակման:

Օրգանիզմի վրա թմրանյութերի ազդեցութիւնը զարգացման երկու շրջան ունի: Առաջին շրջանում տրամադրութիւնը բարձրանում է, ար-տաքին տպավորութիւնների ընկալումը հեշտանում, որոշ դեպքերում հանդես են գալիս պատրանքային ու ցնորային զգայախաբութիւններ: Փրկորդ՝ ընկճվածութեան ու արգելակման շրջանը բնորոշվում է տրա-մադրութեան անկմամբ, թորշոմածութեամբ, ընդհանուր թուլութեամբ ու ուղեկցվող վախով: Վերջապէս թմրանյութերի ավելի մեծ քանակ ըն-

դուռնեկու դեպքում վրա է հասնում քունը: Թմրանյութերի երկարատև կամ ժամանակ առ ժամանակ կրկնվող պարբերական գործածման դեպքում այդ նյութերի հանդեպ օրգանիզմի դիմացկունությունը (տոլերանսություն) 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:

Ձևավորված 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 իսկ հանցագործության:

Թմրամոլությունը սոցիալական շարիք է համարվում նաև այն պատճառով, որ շատ արագ է տարածվում և կործանարար ազդեցությունն 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 ԿԼԻՆԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Մորֆինամոլություն (մորֆինիզմ): Մորֆինը, որը համարվում է փիոնի ածանցյալներից մեկը, բժշկության մեջ գործ էածվում որպես ցավազրկող դեղանյութ և բաց է թողնվում 10% 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 ղգալու ձգտմանը, արագորեն հասցնելով ընտելացման: Սկզբնական շրջանում այդ բանին նշանակություն չտվող հիվանդը կարծում է, թե

հեշտությամբ կարող է դրան վերջ տալ, սակայն այնուհետև նա ոչ մի-
այն չի կարողանում դադարեցնել, այլ արդեն պահանջ դարձած մորֆի-
նի նախկին էֆեկտն ստանալու համար օրգանիզմի դիմացկունության
բարձրացման պատճառով նրա դոզան անընդհատ ավելացնելու անհրա-
ժեշտություն է գտնում: Մորֆինի հանդեպ արագ զարգացող ֆիզիկական
և հոգեկան այդ կախյալությունը հասցնում է այն բանին, որ թմրա-
նյութի պահանջը թմրամոլի համար դառնում է նրա կյանքի ամենա-
կարևոր հարցը, նույնիսկ ընկճելով սննդի, սեռական և մյուս հակում-
ները:

Մորֆինամոլը ժամանակին մորֆինի կամ նրան փոխարինող այլ
թմրանյութերի նոր դոզա չստանալիս ընկնում է նարկոտիկային քաղցի
(աբստինենցիայի) վիճակի մեջ: Աբստինենցիայի դեպքում ֆիզիկա-
կան կախյալությունն արտահայտվում է հորանջոցի, հազի, գերքրտնու-
թյան, տանջարից քորի, տարազգայնությունների, զանազան ցավերի,
գլխապտույտների, սրտխառնության, փսիման, լուծի, ինչպես նաև ընդ-
հանուր թուլության, երակազարկի արագացման, զարկերակային ճնշման
բարձրացման, սրտային ցավերի և այլ երևույթներով: Հոգեկան կախ-
յալությունն արտահայտվում է տրամադրության անկմամբ, որի ֆոնի
վրա հաճախակի առաջացող աֆեկտիվ բռնկումներն ու հոգեշարժական
անհանգիստ վիճակները շատ հաճախ հասցնում են հակահասարակա-
կան վտանգավոր գործողությունների: Կարող են առաջանալ նաև էպի-
լեպսոսման ցնցումային նոպաներ, սուր հոգեկան խանգարումներ և
այլն:

Մորֆինամոլությամբ տառապող անձնավորության մոտ աստիճա-
նաբար հանդես են գալիս սոմատիկ, նյարդային և հոգեկան խանգա-
րումներ: Նա խիստ նիհարում է, մաշկը շորանոս է ու թորշոմում, դեմ-
քը դառնում է հողագույն, ախորժակը վատանում է, հանդես են գալիս
սրտխառնություն, երբեմն փսիումներ 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: Քուներ խանգարվում է, դառնում մղձավանջա-
յին երազներով լի: Քնելուց առաջ հաճախակի առաջանում են հիպնա-
գոգիկ ցնորքներ: Սեռական հակումները և կարողությունը թուլանում
կամ լրիվ բացակայում են: Բավականին բնորոշ են համարվում մարմնի
տաքերի հատվածներում, հատկապես ազդրերի, դաստակի և նախա-
բազկի շրջաններում մորֆինի սրսկումների ժամանակ ասեղի ծակոց-

ների տեղերում առաջացած բազմաթիվ կետային արյունազեղումներն ու թարախումներից գոյացած կոպիտ սպինները:

Աստիճանաբար փոխվում է նաև մորֆինամոլի անձը: Գնալով թուլանում ու կորչում է աշխատանքի ու հասարակական կյանքի նկատմամբ նրա ունեցած հետաքրքրությունը: Նա դառնում է ծուլ ու փնթի, կոպիտ ու հաստ, 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 ուղորտը. մորֆինամոլը դառնում է կամազուրկ, հեշտ ներշնչվող: Անձի դեգրադացիան հաճախ հասնում է մինչև հիշողության և մտավոր ունակությունների թուլացման: Այդ փուլերով հանդերձ նշվում է տրամադրության անկում, հատկապես մորֆինի պահանջ զգալու շրջանում. մորֆինամոլը դառնում է մռայլ, թախծոտ ու միաժամանակ դյուրագրգիռ: Ընդունելով խիստանշան է համարվում այն, որ մորֆին ընդունելուց կարճ ժամանակ անց այդ երևույթներն անցնում են, և հիվանդը դառնում է էֆֆորիկ, 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 հսկումից:

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 էածվում 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 տազնապի 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 զգայախաբություններով 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 մեկամղձու-
թյան ու քնկոտության երևույթներով, ավարտվելով անհանգիստ ու եր-
կարատե քնով:

Հաշիշի երբեմն նույնիսկ միանվագ գործածման դեպքում նյարդա-
հոգեկան սուր խանգարումներ կարող են առաջանալ, տեկելով ժամերից
մինչև օրեր: Դա կախված է ոչ միայն հաշիշային թունավորման աստի-
ճանից, այլ նաև օրգանիզմի և նյարդային համակարգի անհատական
առանձնահատկություններից:

Հաշիշի նկատմամբ հակումը շատ շուտ է առաջանում: Ի տարբերու-
թյուն թմրամոլության այլ ձևերի, հաշիշամոլության դեպքում արատի-
նենցիայի համախտանիշը հիմնականում արտահայտվում է հոգեկան
կախյալությամբ (հոգեկան բավականություն ստանալով): Նա ունի մի
վտանգավոր հատկություն, երբ հաշիշամոլությամբ տառապող անձնա-
վորությունները հակվում են այլ թմրանյութեր գործածելուն (բազմա-
թմրամոլություն):

Հաշիշամոլությունն առաջացնում է մի շարք փոփոխություններ
ինչպես մարմնական, այնպես էլ նյարդահոգեկան ոլորտի կողմից: Հա-
շիշամոլը սկսում է հյուծվել, հանդես են գալիս սրտի խփոցներ, ցավեր,
ստամոքսի շրջանի այրող ցավեր, գերհոգնածության զգացում, գլխա-
ցավ, ցրվածություն, քնի խանգարում: Միաժամանակ փոխվում են բը-
նավորության գծերը. աչքի և զարնում շարունակ, կոպտությունը, ա-
ֆեկտիվ անկայունությունը, հանգձնությունն ու անպատկառությունը:

Հաշիշամոլության ժամանակ առաջացած հոգեկան խանգարումնե-
րի պատկերը ըստիացանց բազմաձև է: Հանդիպում են գիտակցության
տարբեր բնույթի խանգարումներ, տեսողական պատրանքներ, հատկա-
պես զունեղ ու վառ, արագ փոփոխվող ցնորքներ, կտրտված և անկա-
յուն զառանցական մտքեր, դեռեալիզացիայի, դեպերսոնալիզացիայի և
այլ ախտանշաններով ուղեկցվող քավականին հարուստ ու արտահայտ-
ված պսիխոսենսոր խանգարումներ, ինչպես նաև հիպոխոնդրիկ գան-
գատներ, որոնք մեծ մասամբ ընթանում են հուզային դրական կամ
բացասական ֆոնի վրա: Ոչ արտահայտված հոգեշարժական զրգովա-
ծության վիճակները մեծ մասամբ զուգորդվում են կոպիտ ու ցինիկ
վարքի հետ: Հոգեկան խանգարման սկզբից մինչև վերջ աչքի են զար-
նում հուզային հաճախակի տատանումները, ինչպես նաև հոգեախտա-
բանական վերոհիշյալ ախտանշանների ալիքաձև փոփոխելիությունը:

Հաշիշային պսիխոզների դեպքում համեմատաբար ավելի հաճախ
կարող են դիտվել հետևյալ հոգեախտաբանական համախտանիշները՝

դելիրիումային, մանիակալ, դեպրեսիվ, պտիխոսենսոր խանգարման, շիզոֆրենիանման, ներոզանման, ինչպես նաև անձի պարթոլոգիական 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 բարդություններ:

Այդ դեղամիջոցներին մարդիկ տաքքեր ճանապարհներով են ընտելանում՝ անքնության դեպքում տարվող ինքնարուժում, 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 տեական 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 (լազմաթմրամոլություն 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, գլխապտույտով, սրտխառնությամբ ու փսխումով, զարկերակային ճնշման իջեցումով, որ երբեմն կարող է հասցնել կոլապսային վիճակի, փնչպես նաև ռեֆլեքսների բարձրացմամբ, ծայրանդամների դողով: Հոգեկան կախյալությունն արտահայտվում է դյուրագրգռությամբ, ագրեսիվության համող շարության, 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 պոռտաբույժ կյանք: Մյուս կողմից դառնում են դյուրագրգիռ, բռնկվող,

չար: Հիշողությունը թուլանում է, ընդհուպ մինչև կորսակոմյան համախտանիշի առաջացում: Ուշագրությունը դառնում է ցրված: Բանականությունը նույնպես տուժում է, հանդես են գալիս թուլամտության երեվույթներ:

Բազմաթմրամոլություն: Միաժամանակ երկու կամ մի քանի թմրաբեր նյութերի ընդունումն է, որն առաջացնում է ընտելացում և արստինենցիայի 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 հնչալիսի զուգակցումն է հարբեցնող ավելի լավ արդյունք առաջացնում:

Բազմաթմրամոլության դեպքում աբստինենցիայի համախտանիշն ավելի ծանր է ընթանում, իսկ անձի փոփոխություններն ավելի արտահայտված են լինում:

Գ Լ Ո Ւ Խ 18

ԹՈՒՆԱՄՈՒԹՅՈՒՆ (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 (սեդոքսեն, ռելանիում, սիբազոն, էլենիում, տազեպամ, ֆենազեպամ և այլն), կենտրոնական նյարդային համակարգի խթանիչները (սիդնոկարբ, սիդնոֆեն, սապարալ, ացեֆեն, ֆենամին, կեֆենին ու նրա ածանցյալներից՝ թեյ ու սուրճ), ինչպես նաև քնաբերները (նիտրազեպամ, ռադեդորմ, էունոկսին, քրոմոլալ), հակապարկինսոնային (ցիկլոդոլ, արտան, ռոմպարկին, պարկոպան, նորակին) և հակահիսթամինային (դիմեդոլ, 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, ներոզների և ներոզային 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 տհասությունը, պսիխոպաթիկ գծերը, ձանձրության փարատումը, իսկ դեռահասների մոտ ընդօրինակումն ու հետաքրքրաբերասիրությունը («Թե մյուսներն ընդունում են, ապա մենք էլ փորձենք, տեսնենք ինչպես կստացվի»):

Թունամոլության կլինիկական պատկերն ու ընթացքը, թմրամոլության նման, մեծ չափով կախված է շարաշահվող նյութի կամ դեղամիջոցի տեսակից, քանակից, ինչպես նաև թունամոլի անձի անհատական առանձնահատկություններից:

ԹՈՒՆԱՄՈԼՈՒԹՅԱՆ ՎԻՆԻԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Տրանկվիլիզատորների և մեյրուեպատիկների չարաշահումից առաջացած թունամոլություն: Նեյրոլեպտիկներն ու տրանկվիլիզատորները համեմատաբար ավելի հաճախ չարաշահվում են պսիխոպաթների, ներոզով տառապող հիվանդների կողմից՝ դրանց երկարատև օգտագործման դեպքում: Արստինենցիայի համախտանիշը անկայուն է և թեթև արտահայտված: Այն հիմնականում բնորոշվում է վեգետատիվ խանգարումներով (զլխապտույտ, 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: Կնձ 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: Արտոնենցիայի համախտանիշը շնայած 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 ընտելացում 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 ժխելով, փաստորեն վերափոխվելով բազմաթմրամոլության:

Քնաբերների չարաշահմամբ պայմանավորված թունամոլություն: Թունամոլության այս ձևը հաճախ առաջանում է անքնության տապալուների 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 շահերով քնաբերենք ընդունելուց հետո. քունը նրանց մոտ դառնում է մղձավանջային երազներով լի: Հիվանդների աշխատունակությունն ընկնում է, դառնում են դյուրագրգիռ, եսասեր ու շար: Միաժամանակ ինքնամփոփ են, ցրված ու արգելակված: Հիշողությունը թուլանում է, երբեմն աղավաղվում, հասնելով մինչև կորսակողյան համախտանիշի: Նշվում են նաև վեգետատիվ մի շարք ախտանշաններ (երակազարկի դանդաղում, զարկերակային ճնշման իջեցում, գերքրտնություն և այլն):

Հակապարկիսոնային դեղամիջոցների շարաշահմամբ պայմանավորված թունամոլություն: Պարկինսոնիզմի լուծման նպատակով կիրառվող հակապարկինսոնային դեղամիջոցների (ուլդիշների) շարաշահումը օրգանիզմի ընտելացում է առաջացնում: Այդ դեղամիջոցներից հատկապես շատ է տարածված ցիկլոդոլի շարաշահումը, 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 զգայախաբույթյուններն են պատճառը, որ կրկնակի անգամ այդ «հաճույքն» զգալու ցանկություն է առաջանում և համեմատաբար կարճ ժամանակ (1—2 ամիս) անց օրգանիզմն ընտելանում է այդ դեղամիջոցին:

Ձևավորված թունամոլի մոտ ցիկլոդոլի օրական ընդունած դեղաքանակը կարող է հասնել 20—40 հաբի: Ֆիզիկական և հոգեկան փախյալությամբ բնորոշվող աբստինենցիան շատ արագ է զարգանում, ծանր է ընթանում և արտահայտվում է ձեռքերի դողով, քրտնարտադրությամբ, անքնությամբ, վախի ու տագնապի զգացումներով, աֆեկտիվ լարվածությամբ, դյուրագրգռությամբ ու շարունակությամբ:

Ցիկլոդոլի երկարատև շարաշահման դեպքում կարող է առաջանալ անձի պսիխոպաթային զարգացում, իսկ ծանր դեպքերում՝ անգամ պսիխոօրգանական համախտանիշ:

Միախոտամոլություն: Միախոտամոլությունը աշխարհի շատ երկրների սոցիալ-տնտեսական կարևոր պրոբլեմներից մեկն է: Միախոտի և նրա օխի 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 ըմբը, 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 շի դառնում միայն այն պատճառով, որ մի կողմից ժամանակի ընթացքում օրգանիզմն ընտելանում է այդ թույնին և, ամենագրելիավորը, 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, սրտխառնոթյամբ ու փսխումներով, դեմքի գունատությամբ, պուլսի արագացմամբ և ընդհանուր թուլությամբ: Մանր 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: Մխողների ամենահաճախակի գանգատներից են տեական հազը, սրտի շրջանի ծանրությունն ու տհաճ զգացողությունը, քնի խանգարումը, հաճախակի գրելիացավն ու գլխապտույտը, ինչպես նաև հիշողության թուլացումը, աշխատունակության անկումը:

Լուրջ փոփոխություններ են տեղի ունենում ներքին օրգաններում: Աղեստամոքսային ուղրտի կողմից հանդիպող հաճախակի գանգատներից են՝ ախորժակի բացակայությունը, ստամոքսի շրջանի ցավերը, ինչպես նաև ստամոքսի և տաներկումատնյա աղիի խոցի, անգամ քաղցկեղի առաջացումը: Մխախտամոլության 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:

Արստինենցիայի 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:

Արստինենցիայի երևույթները մեղմացնելու կամ վերացնելու նը-
պատակով կիրառվում է սիմպտոմատիկ բուժում (հանգստացնող դե-
ղամիջոցներ՝ բրոմային նատրիում, բրոմ կամֆորա, ռեկանիում՝ 5 մգ,
էլենիում՝ 10 մգ և այլն, քնաբերներ՝ նիտրազեպամ՝ 5 մգ; ռադեդոլմ՝
5 մգ և այլն):

Միախոտամոլուկային բուժումը տարվում է համալիր ձևով, որտեղ
կարևոր տեղ է գրավում հոգեներշնչումը (հոգեներշնչողական դը-
րույցներ, ինքնամարզում, հիպնոսային ներշնչում), որով ծխախո-
տի նկատմամբ հակումը վերացնելու և զգվանքային պայմանական
նոր ռեֆլեքս առաջացնելու հնարավորություն է ստեղծվում: Միաժա-
մանակ կիրառվում է նաև օժանդակ դեր խաղացող դեղամիջոցային բու-
ժում (տաբլետ, լոբեսիլ, մետրանիդազոլ (տրիխոպոլ)՝ 0,25 գ, անա-
բազին հիդրոքլորիդ՝ 0,003 գ, գամաբազին՝ 0,003 գ, ասեղնաբու-
ժություն և այլն):

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Թմրամոլուկային և թունամոլուկային բուժումը կատարվում է նար-
կոլոգիական ստացիոնարի (իսկ դրա բացակայության դեպքում հոգե-
բուժական հիվանդանոցում այդ նպատակի համար առանձնացված հա-
տուկ բաժանմունքի կամ պալատի) պայմաններում, վերացնելով դըր-
սից թմրանյութեր ստանալու բոլոր հնարավորությունները:

Բուժման կուրսը (որի տևողությունը պետք է լինի 60 օրից ոչ պա-
կաս) բաղկացած է 3 շրջանից:

Առաջին շրջանը ուղղված է նարկոտիկների ընդունումը դադարեց-
նելուն և դրա հետևանքով առաջացած արստինենցիայի համախտանի-
շի 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, գլյուկոզ՝ 40% 20 մլ ներերակային ներարկումներ, ծծմբա-
թթվական մաղնեզիում՝ 25% 5—10 մլ, ունիթիոլ՝ 5% 5—10 մլ միջ-
մկանային ներարկումներ: Մեծ դեղաչափերով վիտամիններ՝ B₁— 5 %
3—4 մլ, B₆— 50% 4—8 մլ, B₁₂— 0,02% 1 մլ, C— 50% 3—5 մլ
միջմկանային ներարկումներ, PP 1% 1—2 մլ ենթամաշկային ներար-
կում, 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, ռադեդոլ 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 Թմրամոլուկյամբ կամ Թունամոլուկյամբ տառապող հիվանդների բուժումը, պետք է ունենա վերականգնանացման ինտենսիվ պալատ, արտինենցիայի մեջ գտնվող՝ խիստ ծանր ու կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդների բուժման համար։

Աբստինենցիայի համախտանիշը վերացնելուց հետո բուժման երկրորդ՝ վերականգնողական շրջանը ուղղված է քրոնիկական խնտոքսիկացիայի հետևանքների վերացմանը և հիվանդի մարմնական ու հոգեկան վիճակների կարգավորմանը։ Այդ նպատակով կիրառվում են թունազերծող, օրգանիզմն ամրապնդող, նյարդային համակարգը հանգստացնող և ախտանշանական 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 սաեղնառեֆլեքսաբուժում։

Մեծ տեղ պետք է տալ աշխատանքային բուժմանը, ընդ որում ըսկզբնական շրջանի չափավորված աշխատանքը ապտիճանաբար պետք է վերափոխել լրիվ ծանրաբեռնվածության։

Թմրամոլության և թունամոլության բուժման 3-րդ շրջանը նվիրված է ռեցիդիվները կանխող՝ նպահանդակն բուժման և սոցիալական աշխատանքային հարցերին։

Այս շրջանի միջոցառումներն ավելի երկարատև են և անց են կացվում ամբողջատոր պայմաններում, թմրաբանական դեպանների 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 հակա-նարկոտիկային 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 ա-թենիայի վիճակում մորֆինի հանդեպ առաջանում է անստարբերություն 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 խառնրված վիճակում, ուստի հաշիշամոլային աբստինենցիան վերացնելուց հետո բուժման երկրորդ փուլն ուղղվում է ապանիկոտինացման վրա (մետրանիդոզոլ՝ 25 մգ, տաբեքս, անաբազին՝ 0,3 մգ)՝ հիմքում ունենալով ծխախոտամոլության ստերեոտիպը խարխլելու հարցը: Անշուշտ, մեծ տեղ պետք է հատկացնել նաև պսիխոթերապևտիկ 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 դատահոգեբուժական զննատակաճը: Թմրանյութեր շարաշահող 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 ժանրության աւտիճանից և սոմատիկ վիճակից: Քիչ դեպքեր չեն հանդիպում, երբ թրմամոլությունը կամ թունամոլությունը հանդիսանում են սոմատիկ այս կամ այն հիվանդության բարդություն: Նման դեպքերում հաշվի պետք է առնել, թե հիվանդի մոտ ինչպես է պահպանված մասնագիտական ողակավորումը: Որպես օրենք, թմրամոլին կամ թունամոլին պետք է արդեն լավտոմեքենա վարել: Նման դեպքերում փորձագետ հանձնաժողովի խորհրդով հիվանդը փոխում է աշխատանքի բնույթը և ավելի ցածր մակարդակի աշխատանքի անցնելով հանդերձ՝ ստանում 3-րդ խմբի հաշմանդամություն:

Գ Լ Ո Ւ Ք 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: Փգիպտացիները 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 զնշահեղձուկով:

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 գեներոն (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 ուֆոկալ: Առաջնային էպիլեպսիայի դեպքում, որը փաստորեն գենոտիպն է, հիմնական դերը պատկանում է բարձր ցնցումային պատրաստականությանը, որը բնածին է կամ կյանքի վաղ տարիներին ձևավորված, 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, չույս և այլն)՝ այս կամ այն անաբիզատորի 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 պարոֆսիզմներ, որոնց պատկանում են հանկարծակի առաջացող մեծ ու փոքր էպաները, էպիլեպսային պսիխոզները և տրամադրության խանգարումները:

2. Ինտելեկտի, բնավորության առաջընթաց զարգացող փոփոխություններ, որոնք բերում են թուլամտության և անձի յուրահատուկ փոփոխությունների:

Պարոֆսիզմների ցնցումային ձևերը: Մեծ ցնցումային նոպան (grand mal) շատ հաճախ հանկարծակի է առաջանում: Երբեմն կարող են ի հայտ գալ նախանշաններ՝ վատ ինքնազգացողության, գլխացավերի, գրգռվածության կամ թախծատառնապալի տրամադրության ձևով: Նոպան կարող է սկսվել առևրայով, որը տևում է մի քանի վայրկյան և հանդիսանում է նոպայի առաջին փուլը:

«Աուրա» թառը 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՝ թմրկահարություն, աղմուկ, շառաշյուն, երաժշտություն, հոտառական՝ տարօրինակ հոտեր, հաճախ տհաճ բնույթի (փոշու, խանձվածքի, ծխի, քայքայվող մնացուկների), համի՝ տհաճ համային զգացումներ: Վերջապես, հիվանդների մոտ կարող են առաջանալ տարբեր պարեմթեզիաներ՝ 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, բերրի նեղացմամբ ու լայնացմամբ: Հոգեկան աուրայի դեպքում, որը դասվում է գիտակցության հա-

տուկ վիճակներէ շարքին, նշվում է գիտակցութեան մթաղնում, օնեյրոհ բնույթի ապրումներ, *deja vu* և *jamais vu*-ի երևույթներ, պսիխոսենսոր խանգարումներ, տաղնապի, երանութեան ապրումներ, դեռեալիզացիայի և դեպերսոնալիզացիայի երևույթներ:

Յուրաքանչյուր հիվանդի մոտ աուրան միշտ միևնույնն է, որի մասին հիվանդը հիշում է, քանի որ այն նախորդում է գիտակցութեան կորուստին. ընդ որում այն կարող է վկայել գրգռման օջախի տեղակայման մասին, որտեղից սկսվում է էպիլեպտիկ պարպումը: Երբեմն հիվանդները տարբեր գործողութիւնների (ուժեղ ցավային գրգռումներ, մկանների լարում) օգնութեամբ 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 գիտակցութեան կորուստ, առաջանում է մարմնի բոլոր մկանների տոնիկ լարում: Ձայնաճեղքի մկանների ջղաձգային կծկումը օդի դուրս մղմամբ առաջացնում է հիվանդի բարձր ճիւլ: Մնտոները սեղմվում են, աչքի խնձորակները շրջվում են դեպի վեր և կողմ, գլուխը թեքվում է, շնչառութիւնը՝ 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: Շնչառութիւնը վերականգնւում է, դառնում աղմկոտ, խռնոտ, մաշկային ծածկույթը ձեռք է բերում կապտավուն երանգ, որից հետո կապտութիւնը փոխվում է կարմրութեան, հատկապես դեմքի վրա. բերանից հոսում է արյունախառն փրփուր (լեզուն կծելու հետեանքով): 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 բքերը դեռևս լայնացած են, լույսի հակադրման ռեակցիան շարունակում է բացակայել, մկանների տոնուսը թուլացած է: Հաճախ նոպան ուղեկցվում է ակամա միզարձակմամբ, երբեմն էլ՝ դեֆեկացիայով: Կոմատոզ վիճակը կարող է ամֆիպալանտրեն 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, տեելով 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:

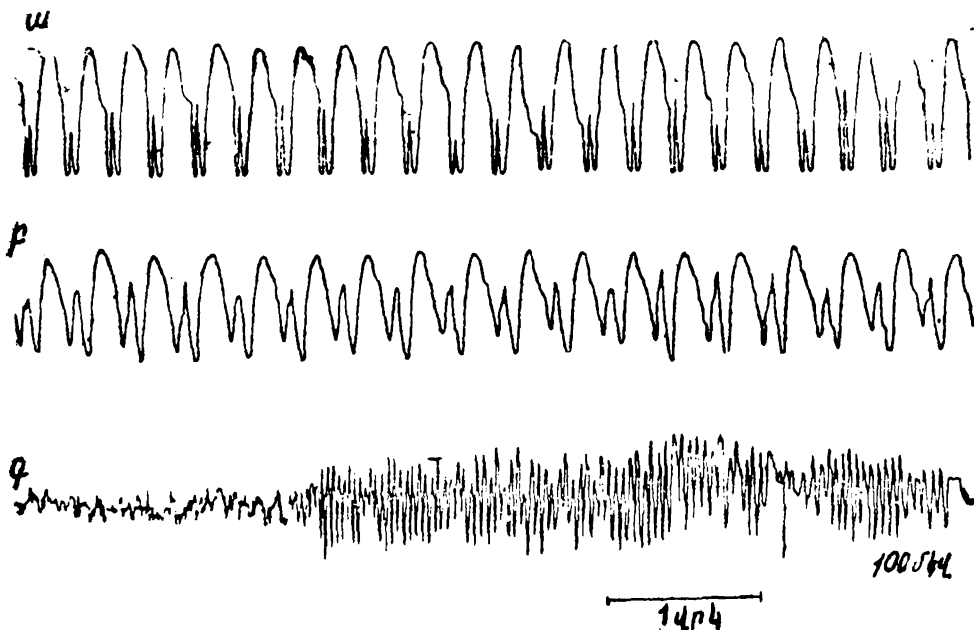
Հնարավոր են նաև ցնցումային մեծ նոպայի ատիպիկ ձևեր, հատկապես՝ երեխաների մոտ, որոնք ընթանում են տոնիկ կամ կլոնիկ ցնցումների, երբեմն էլ ուղղակի ամբողջ մարմնի մկանների թուլացման կամ միակողմանի ցնցումների ձևով:

Երբ մեծ ցնցումային նոպաները հաջորդում են մեկը մյուսին, նրանց միջև ընկած ժամանակահատվածում հիվանդների գիտակցությունը չի վերականգնվում, դա էպիլեպսային վիճակ է (status epilepticus)՝ Երբեմն էպիլեպսային վիճակը ուղեկցվում է սոմատոկլեբետատիվ ախտանշաններով (չերմության բարձրացում, տախիկարդիա, զարկերակային ճնշման անկում, քրտնոտություն), մեզում հայտնաբերվում է սպիտարյան շիճուկում՝ միզանյութ: էպիլեպսային վիճակը կարող է շարունակվել մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր և ունենալ մահացու ել հիպոթախի և ուղեղի յատուցի հետևանքով:

Փոքր ցնցումային նոպան (petit mal) բնութագրվում մի քանի վայրկյան տևողությամբ գիտակցության հանկարծակի կորուստով, որը կարող է ուղեկցվել միոկլոնիկ ցնցումներով: Այս դեպքում հիվանդը չի ընկնում, և շրջապատողները կարող են նույնիսկ շնկատել նոպան: Նա կա՛մ պապանձվում է այն դիրքում, երբ սկսվել է նոպան կա՛մ իներցիայով շարունակում է սկսած գործողությունը. եթե խոսու է, հոդաբաշխ խոսքը անցնում է անհասկանալի մոթմոթոցի, մեքենա զրեկիս սկսում է քառսաձև հարվածել տառերին: Նոպան ուղեկցվում



Այրվածքի հետևանքով առաջացած սպիներ էպիլեպսային հիվանդի մոտ:



ա. Աբսանսի ժամանակ դիտվող լիցքեր 3-ը մեկ վրկ-ում հաճախականությամբ (պիկ-պիկ), բ. ատիպիկ պիկ-պիկներ 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 ուշադնացու-թյունը հիշեցնող յուրահատուկ զգացողությունից:

Ըստ կլինիկական արտահայտությունների փոքր նոպաները խիստ քաղաքական են: Որոշ կլինիցիստներ գտնում են, որ դրանք ընթանում են առանց ցնցումային (շարժողական) բաղադրատարրի, մյուսները դո-րանց թվին են դասում միայն այն ձևերը, որոնք ընթանում են ցնցու-մային բաղադրատարրով:

Ներկայումս էպիլեպսիայի պրոբլեմով զբաղվող շատ գիտնական-ներ արսանսների հետ մեկտեղ փոքր նոպաների խմբի մեջ են միավո-րում մկանային տոնուսի փոփոխությամբ ընթացող կարճատև պարոք-սիզմալ վիճակները. պրոպոլսիվ նոպաները, ռետրոպոլսիվ նոպաները, ընդ որում արսանսները դասում են ատիպիկ փոքր նոպաների շարքը:

Աբսանսը (ֆրանսերեն absance՝ բացակայել) գիտակցության կարճատև անջատումն է, երբ հիվանդն ընդհատում է իր գործողությունները, հայացքը սառչում է՝ կորցնելով իմաստավորվածությունը: Նուպան տևում է մի քանի վայրկյան՝ ավարտվելով լրիվ ամենզիայով:

Շատ կարճատև ու հաճախակի (օրը մինչև 50 և ավելի անգամ) աթասնսներով կամ ռետրոպուլսիվ նուպաներով բնթացող հիվանդության դեպքերը բնորոշվում են որպես պիկնոլեպսիա:

Պարոնիզմների անցնցումային ձևեր: Էպիլեպսային հիվանդությունը գրեթե միշտ ուղեկցվում է հոգեկան խանգարումներով: Դրանք պարոնիզմների անցնցումային ձևերն են:

Այս ձևերը կամ, ինչպես դրանց անվանում են, հոգեկան համարժեքները, փաստորեն հանդես են գալիս որպես ցնցումային նուպաների փոխարինողներ: Նրանք ընթանում են գիտակցության մթազնմամբ (մթնշաղային վիճակներ, ամբուլատոր ավտոմատիզմներ) և առանց գիտակցության խանգարման (աֆեկտիվ պարոքսիզմներ, կատալեպսաիին հոգեշարժական և այլ նուպաներ): Այդ պարոքսիզմները ոչ այլ ինչ են, քան հանկարծակի առաջացող հոգեկան խանգարումներ: Հոգեկան համարժեքները, ինչպես նաև ցնցումային նուպաները, առաջանում են հանկարծակի, առանց նկատելի պատճառների, հետագա լրիվ կամ մասնակի ամենզիայով:

Գիտակցության մթազնմաններն էպիլեպսիայով հիվանդների մոտ բավականին հաճախ են հանդիպում: Գիտակցության մթթազնման 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, տազնապ, առաջանում է շարություն, ցասում, հոգեշարժական գրգռվածություն, ագրեսիվ վարք: Նման վիճակներում կարող են կատարվել ամենաողաժան արարքներ, ընդհուպ մինչև ծանր խեղումներ, սպանություններ, ինքնապնասումներ և ինքնասպանություններ:

Մթազնած 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 բրնույթի ապրումները, ագրեսիվ վարքը, համապատասխան պատրանքների, ցնորքների և կտրտված զառանցական մտքերի առկայությամբ:

է պիւլեպսային պարանոիդի դեպքում գիտակցութեան նեղացման և դիսֆորիայի ֆոնի վրա առաջին պլան են մղվում հետապնդման, ֆիզիկական ազդեցութեան, խանդի, մեծամոլական և կրոնական զառանցական մտքերը: Երբեմն կարող են լինել էքստազային (հոանելիութեան) վիճակներ: Դիտվում են նաև հոգեկան ավտոմատիզմի երևույթներ:

Էպիլեպսային ստուպորը բնութագրվում է մոտիզմով և կատալեպսիայի երևույթներով: Սա ավելի շուտ ենթաստուպորային վիճակ է շարժողական կազմանդամությամբ և պասիվ նեզատիվիզմով:

Գիտակցութեան հատուկ վիճակները բնութագրվում են ընկալման, մտածողութեան, հույզերի խանգարումներով, դեռեալիզացիայի, դեպրեսսիվացիայի երևույթներով, շփոթվածությամբ, կողմնորոշման խանգարմամբ: Հիվանդները կարծես թե կենտրոնացած չեն շրջապատին, ծանոթների դեմքերին, չճանաչելով նրանց: Այս դեպքում գիտակցութեան խոռ խանգարում չի դիտվում, որի հետևանքով ամենեզիան կրում է մասնակի բնույթ:

Ամբուլատոր ավտոմատիզմները նույնպես ուղեկցվում են գիտակցութեան նեղացմամբ: Դրանք կարող են լինել կարճատև վիճակներ, արտաքինապես հարաբերականորեն ճիշտ վարքով: Դրանք տրանսներ են, երբ հիվանդներին 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 գրնումներ և այլն) և, սթափվելով, չհասկանալ ու չհիշել, թե ինչպես և ինչ նպատակով են արել այդ ամենը:

Գիշերաշրջութունը (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 գիտակցութեան մթաղնման հետևանք է, երբ հիվանդները քոլոր գործողությունները կատարում են մեքենայաբար և, սթափվելով, ոչինչ չեն հիշում:

Ամբուլատոր ավտոմատիզմի տարատեսակներից են ֆուգանե-

րը, երբ հիվանդների մոտ հանկարծակի դիտվում են անսպասելի վազք, պտույտներ իր սեփական 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 մթափնման 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 շար են, մռայլ, տխուր, նըրանց տանջում է վախն ու տագնապը: Նրանք ամեն ինչից դժգոհ են, դյուրագոգիչ, բծախնդիր, հակված են ագրեսիվ արարքների, որոնք աչքի են ընկնում խիստ դաժանությամբ: Ինչպես և գիտակցության մթափնումների ժամանակ, բերրը թեթևակի լայնացած են, լույսի հակադրման 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 քափառելու, բնականվայրը փոխելու ձգտում (դրոմոմանիա):

Զգալիորեն ավելի հազվադեպ հանդիպող աֆեկտիվ պարոքսիզմալ վիճակները արտահայտվում են ֆքստազով: Սա առանց պատճառի առաջացող հուզավառություն է (էկզալտացիա), իրադրության հետ չկապված խանգավառությամբ, շատախոսությամբ, պարծենկոտությամբ, անընկանությամբ, մտավոր անարդյունավետությամբ, անձի գերազնահատման և մեծամոլական զառանցական մտքերով, որոնք հաճախ զուգորդվում են անսպասելի առաջացող կրոնական բովանդակություն ունեցող ապրումներով:

Աֆեկտիվ պարոքսիզմների հաճախականությունը տարբեր է. նըրանք 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 ժալվում 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, ինքրտ. մի մտքից կամ գործողությունից մյուսին անցումը դժվարանում է, պահանջում է ուժերի և ուշադրության գերլարում ու ժամանակ: Նկատվում է կաշունություն, մտածողության հանգամայնություն, բժախնդրություն: 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 շարժով: 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 փավականին 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, քաղցրալիզվությունը, ընդգծված խոնարհությունը, գերզգայնությունը: Այդ գծերի զուգակցումը հիշաչարության, վրեժխնդրության և դաժանության հետ խոսում են էպիլեպսիայով հիվանդի բնավորության երկրեւոյանության մասին, որից

էլ հենց ծնվել է՝ «աղոթքը շրթներին և քարը ծոցում պահած» նրանց պատկերավոր բնութագիրը:

Այսպիսով, մի կողմից լինելով արտաքնապես քաղաքավարի, կեղծ բարեպաշտ, քաղցրալիզու ու շողոթորթ, նրանք մյուս դեպքում ցուցաբերում են աֆեկտիվ անզուսպ բռնկումներ, կործանարար դաժանություն ու վարքագիծ, որը հաճախ կարող է հասցնել ծայրահեղ դաժան արարքների (եթե կաշում են նրանց շահերին):

Հոգեկան պրոցեսների ինքնոթությունը, ճղճիմ և կաշուն բնավորության գծերը ձևավորում են բժախնդրություն, 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 մեղամաղձության, եսակենտրոնության, պոնֆրիկտայնության 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 տհասության, 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 բուրձել 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 թերված 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, հրք բազում տարիներ պահպանվում և հիվանդների բավականաչափ բարձր բանականությունը, գիտելիքների պաշարը և մասնագիտական կարողությունը:

ՊԱՏԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒ ԱՄՏԱԾԱԳՈՒՄԸ

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 ցնցումային կանխատրամադրվածությունը կամ ցնցումային հակազդակալությունը (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 պատրաստակա-
նության տակ հասկացվում է որոշակի նեյրոնային կոմպլեքսների ակ-
տիվություն կուտակելու հակում, որը, հասնելով որոշակի մակարդակի,
հանգեցնում է լիցքաթափման: Նշված նեյրոնային կոմպլեքսների այդ
ախտաբանական գործունեության աղբյուրը էպիլեպսածին օջախն է, որն իրե-
նից ներկայացնում է ուղեղի կառուցվածքային օջախային փոփոխու-
թյուն: Ուղեղի այս կառուցվածքային վնասումը կարող է լինել բազ-
մազան բնույթի (սաղմի վնասում, ծննդաբերական վնասվածք, ինֆեկ-
ցիաներ 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 առա-
ջացման գործում, և ընդհակառակը, եթե կանխատրամադրվածության
աստիճանը մեծ չէ, ապա անհրաժեշտ է ախտածին գործոնի բավակա-
նին ուժեղ ազդեցություն:

Այսպիսով, էպիլեպսիայի ախտածնության մեջ մեծ է ինչպես ժա-
ռանգական գործոնով պայմանավորված ցնցումային պատրաստակա-
նության, այնպես էլ էպիլեպսածին օջախի դերը, որը կարող է ուղեղի
վրա արտածին վնասող գործոնների ազդեցության հետևանք լինել: Այս-
տեղ որոշակի դեր է խաղում արտաքին դրդիչ գործոնը:

Սա, իհարկե, հիպոթեզ է, որը չի սպառում ախտածնության բարդ
մեխանիզմները, և առավել ևս լիարժեք պատկերացում չի տալիս հի-
վանդության էթիոլոգիայի մասին:

Ինչ վերաբերում է ֆիզիոլոգիական և կենսաբանական փոփոխու-
թյուններին, որոնք առնչվում են էպիլեպսիայի ախտածնությանը, ապա
դրանք արտահայտվում են մետաբոլիզմի խանգարումներով (սպիտա-
ազոտային, ջրաաղային, ածխաջրային փոխանակություն և այլն) և շու-
նեն նոզոլոգիական յուրահատկություն: Նույնը վերաբերում է ուղեղա-
յին մետաբոլիզմի, ներքին արտազատման գեղձերի գործունեության
փոփոխություններին:

Ախտաբանական անատոմիա: Գլխուղեղի մակրոսկոպիկ հետազո-
տության դեպքում դիտվում է ուղեղային փափուկ թաղանթի պղտորու-
թյուն, փափուկ և կարծր թաղանթների հաստացում: էպիլեպսային ստա-
տուսից առաջացած մահվան դեպքում դիտվում է գլխուղեղի ուռճացում,
այտուց, արյունալեցում և մանր արյունազեղումներ: Հիսթոլոգիական
հետազոտությունը հայտնաբերում է նյարդալիւն բջիջների իշեմիկ փո-
փոխություններ: էպիլեպսային օջախում դիտվում է նյարդային բջիջ-

Ների մահացում և ղլիալ հյուսվածքի արտահայտված աճ (գլիոզ), որն, ամենայն հավանականությամբ, հասցնում է ամոնյան ելուստի կնճռոտմանն ու նրա սկզբնական: Ուղեղի թաղանթում գլիալի վերածման 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 բջիջների հետեքոտություն):

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 ԱՍՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

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 ալլ հիվանդությունների դեպքում բացակայում են:

Որքան դժվարություններ են առաջանում էպիլեպսիային ցնցումային նոպան հիստերիայի ժամանակ առաջացած նույնանման նոպայից տարբերակելիս: Նման դեպքերում ճիշտ ախտորոշմանն օգնում են հետևյալ չափանիշները. էպիլեպսիային նոպայի դեպքում գիտակցությունն անջատվում է (կոմա), բերի՝ 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, բերի՝ լույսի հակազդման ռեակցիան դրական է, հիշողության կորուստը (այն էլ ծանր դեպքերում) կարող է մասնակի լինել: էպիլեպսիային նոպան առաջանում է առանց որևէ պատճառի, օրվա ցանկացած ժամին: էպիլեպսիային նոպայի դեպքում կարող են դիտվել

ակամա միղարձակություն, 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: Հալիբադսային նոպայի դեպքում տենիլ ցնցումները կարճ փուլը փոխարինվում է կրոնիկ ցնցումների փուլով, իսկ նոպան բնորոշումը առամաք տևում է 2—3 րոպե: Հիստերիկ նոպայի դեպքում ցնցումները կրում են քառասային քնույթ, առանց փուլերի օրինաչափ հերթափոխման, նոպան կարող է շարունակվել երկար ժամանակ: Հալիբադսային նոպան չի կարելի ընդհատել, իսկ հիստերիկ նոպան կարելի է արգելակել պսիխոթերապևտիկ եղանակով, սառը ջրի կամ այլ գրգռիչների կիրառմամբ:

Տարբերակիչ-ախտորոշիչ նշանակություն ունի նաև էլեկտրաուղեղագիրը, որի դեպքում գրանցվում են հալիբադսային 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 (հիպերվիտիլացիա) առաջացնելու ճանապարհով:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հալիբադսայի 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 հալիբադսայի պատճառագիտորեն հիմնավորված բուժում, ապա բժշկի հիմնական ջանքերը առաջին հերթին պետք է ուղղված լինեն հալիբադսային պարոքսիզմների կանխմանը:

Հակահալիբադսային միջոցների շարքն են դասվում ցնցումային նոպաների, անցնցումային պարոքսիզմների, հալիբադսային 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 կոժվարացնի 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, փորկապություններն ու այլ կողմնակի երևույթները, որոնք կարող են առաջանալ ավելցուկային դոզավորման կամ դեղամիջոցի տեղական օգտագործման դեպքում, կարելի է նվազեցնել այլ պրեպարատների հետ զուգակցելով (կոֆեին և այլն): Ֆենոբարբիտալը համարվում է հակաէպիլեպսային տարբեր խառնուրդների (Սերբյակու, 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 լեզրգոռականությունը և բարձրացնում աշխատունակությունը:

Հեքսամիդին 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 ռեգերատիվ և ռեկատատիվ պարոքսիզմների դեպքում բուժման նրպատակով կիրառվում է դիֆենին (դիլանտին): Դիֆենինը ֆենոբար-

բիտաւից ավելի տոքսիկ է և պետք է հատկապես զգուշ լինել երեխաների ու տարեց անձանց բուժման ժամանակ (օրական դեղաչափը՝ 0,2—0,3 գ)։

Խորակոնն 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 (սեպրեմոլ), որն օժտված է ազդեցության լայն ոլորտով և կիրառվում է ինչպես մեծ ընցումային, 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 գլուֆեբրալը և կոնվուլսիֆալը։

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 թեթապետիկ արդյունավետության մասին տվյալները հակասական են. նույնիսկ կան ուսումնասիրություններ, որոնք վկայում են նրանց բացասական ազդեցության մասին։ Սակայն նեյրոլեպտիկները (ամինազին, տիզեբրդին) կարող են կիրառվել հոգեկան համարժեքների դեպքում, ինչպես նաև դիսֆորիաների և ալերսիվ ռեակցիաների հակումով բնավորության ծանր փոփոխությունների ժամանակ։

Բավականին լայնորեն կիրառվում են նաև տրանեկվիդատորներ

(դիազեպամ, նիտրազեպամ)՝ հատկապես քունքային և դիէնցեֆալ պարոքսիդների 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), ծծրմբաթթվային մազնեզիում 5 մլ 25 % լուծույթի և գլյուկոզայի 20 մգ 40 % լուծույթի ներերակային ներարկում: Կարելի է ներերակային շատ դանդաղ ներարկել նաև 1,0 հեքսենալ: Մանր 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 ցիտիտին, լոբելին: Հիպերթերմիայի դեմ պայքարելու համար կիրառվում են լիտիկ խառնուրդներ (ամինազինի 2,5 %/0, դիմեդրոլի 1 % կամ պիպոլֆենի 2,5 %/0 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, ռապս-կենման մարմնի և այլ դեղամիջոցների ներարկումներ:

էպիլեպսիայի ժամանակ դիետայից պետք է քացառվեն ալկոհոլը, սուր կերակրատեսակները, անհրաժեշտ է սահմանափակել աղը, հեղուկները: Ցուցված է կաթնաբուսական սնունդը:

Աշխատանքային և դատաբժշկական 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 բուժ-աշխատանքային 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 անգաման կամ դիսֆորիայի վիճակում: Էպիլեպսիային 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
 Bromisoval (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

Իրոզսկու 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

Գ Լ Ո Ւ Խ 15

ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱ

«Շիզոֆրենիա» անվանումը ծագում է հունական քառամաստներից («schiso» — ճեղքում, «phren» — հոգի, հոգեկան ճեղքվածություն, անձի երկատվածություն)։

Շիզոֆրենիան քրոնիկական հիվանդություն է, որն ունի նոպայաձև կամ անընդմեջ հարաճուն (պրոգրեսիվ) ընթացք և դրսևորվում է անձի հետզհետե զարգացող փոփոխություններով՝ էներգետիկ պոտենցիալի անկումով, հույզերի աղքատացումով, խորացող ինքնամոտրություն (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 նոգոլոգիական 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. «hebpheenia» — պատանեկան հոգի): Մանյանը (1888 թ.) ներկայացրել է ցնորազառանցանքային պսիխոզների պատկերը:



Վ. Բրույլեր
(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. Կրեպելին, 1896 թ. նկարագրել է մի խումբ հոգեկան հիվանդություններ՝ անվա նելով վաղաժամ թուլամտություն (լատ. «dementia praecox»): Ըստ Կրեպելինի այդ յուրահատուկ վաղաժամ թուլամտությունը, որն ի հայտ է գալիս երիտասարդ տարիքում, տվյալ հիվանդության հիմնական 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 պսիխոլոգիա-տեսականների հետագա ուսումնասիրության ընթացքում հայտնաբերվեցին հիվանդության մի շարք խառը անցումային ձևեր, տարբերակներ, որոնք անմիջապես չէին հանգեցնում վաղաժամ թուլամտության Մեծ թվով կատամենեզային նյութերի ուսումնասիրությունը տարբեր հետազոտողների կողմից ցույց տվեց, որ շնայած 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 հուզականային աղբատացումը՝ 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 հիվանդութունը 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 ախտանիշներն ամբողջությամբ:

Եթե Կրեպելինը նկարագրելով հիվանդության շարորակ «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 տարածայնություններ 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, քանականության օրգանական բնույթի փոփոխություններ, յարոքախղձով էպիլեպսիան և համախտանիշներ)։ Այսուհանդերձ, չնայած 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, հարկվ 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 չթխող, 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 ինքնամիտ, անմատչելի։ Այս վիճակը Ե. Իլյևերը անվանել է աուտիզմ։ Ասոցիատիվ պրոցեսների հարաճող ճեղքվածությունը հանգեցնում է մտածողության, խոսքի փեղբեման (շիզոֆազիա), որի դեպքում դժվար է լինում ըմբռնել հիվանդի խոսքի իմաստը։ Օրինակ, «Մաուզին 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 ժանաձևը (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 («Աշբլբաթը Ալպրշտշլբաթ Ռշտրտրբգլ՝ 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 (պերսեկուացիա)։

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 ընկերվածությունը ուղեկցվում է այն ամենի նկատմամբ անտարբերությամբ, ինչը որ նախկինում հետաքրքրում էր հիվանդին։ Սկսում են ի հայտ գալ անադեկվատ հուզական դրսևորումներ (պարաֆրիա), երբ ուրախալի լուրերը առաջ են բերում զայրույթ, արցունքներ, իսկ ծնողների հանդեպ սերը փոխվում է ատելության, զգվանքի։ հույզերի ճեղքվածությունն արտահայտվում է ամբիվալենտությամբ, երբ հիվանդները միաժամանակ հանդես են բերում փոխհակասական զգացմունքների՝ սեր և ատելություն, օրինակ, մերձավորներին հանդիպելիս կուպտում են, չեն ցանկանում նրանց հետ զրուցել, մինչդեռ նրանց բացակայությամբ խոստովանում են նրանց հանդեպ ունեցած ամենաչերմ զգացմունքների մասին։ Հիվանդության խորացման հետ հույզերը հետզհետե մարում են, առաջ են գալիս հուզական ամլություն և թթություն։

Եթե հիվանդության սկզբում հիվանդները զգում են իրենց մեջ կատարվող փոփոխությունները, հարազատների, մերձավորների և իրենց իսկ հանդեպ վերաբերմունքի փոփոխությունները համալրում 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 բթությանը:

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 ծանոթներից 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 փիճակներ, երբ հիվանդը տեղում քարանում է, չի խոսում, ընկնում է արգելակման մեջ: Մի այլ դեպքում նրա մոտ ի հայտ են գալիս ծամաթուլություններ, միապաղաղ սեթևեթ (մաներական) շարժումներ, դիմախաղ, ստերեոտիպ գործողություններ, էխոերևույթներ (էխոլալիա, էխոպրակսիա, էխոմիմիա):

Շիզոֆրենիայի ժամանակ մշտապես լինում են հակումների և բրնազդների խանգարումներ: Ուտելու բնազդի խանգարումներն արտահայտվում են շատակերության մեջ կամ սննդից հրաժարումով, սեռական բնազդը կարող է անհետանալ կամ ընդհակառակը՝ ուժեղանալ, կամ էլ կրել այլասերված փնույթ (հոմոսեքսուալիզմ, ձեռնաշարժություն և այլն): Խնքնապահպանման 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 կարգալ ամբողջ էջեր, սակայն ի վիճակի չլինել վերարտադրելու որևէ բան, չնայած հիշողության խանգարումներ չեն դիտվում:

Այսուհանդերձ, շիզոֆրենիայի ախտանշանաբանությունը 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 ձխոսակցություններ», որոնք իրենց բնույթով և բովանդակությամբ կարող են լինել հրաժայողական, մեկնաբանման, փոխհակասական, սպառնալի և այլն: Լսողական (խոսքային) ցնորքները կարող են լինել ինչպես խակական, այնպես էլ կեղծ, գլխի ներսում հնչող, ինչ-որ մեկի կողմից «սարքված»: Կեղծ ցնորքները խիստ բնորոշ են շիզոֆրենիային:

Համի և հոտառական ցնորքներն արտահայտվում են ժայրահեղ տանջալի զգացողություններով (նեխածահոտ, դիակահոտ, ժանգաճ, արնահամ, դառնահամ): Բավականին հաճախ լինում են ընդհանուր զգայության կամ մարմնական ցնորքներ՝ էլեկտրական հոսանքի, գլխի երկատվության զգացողություններ: Իսկական տեսողական ցնորքները շիզոֆրենիային բնորոշ չեն, փսկ տեսողական կեղծ ցնորքները հանդիպում են ոչ հաճախ:

Մտաթողության 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, զրտնելով, 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:

Խոնավորման, խանդի, ֆիզիկական ազդեցության զառանցական մտքերը անհեթեթ բովանդակության հետեանքով 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:

ՀԱՄԱՔՏԱՆՇԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ (ՍԻՆԴՐՈՍՈԼՈԳԻԱ)

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 վերլայել ախտաբանական պրոցեսի այս կամ այն էտապի կամ խորության աստիճանի մասին:

Ասթենիկ համախտանիշը հատուկ է շիզոֆրենիայի բոլոր ձևերին: Այն առաջին պլանի վրա է լինում դանդաղ և աստիճանաբար զարգացող պրոցեսի դեպքում, սակայն արմատապես տարբերվում է «մաքուր» ասթենիայից նրանով, որ կապված չէ գերհոգնածության և նյարդային համակարգի ճյուծվելու հետ, պայմանավորված չէ նախատրամադրող գործոններով, չի ուղեկցվում հիշողության խանգարումներով և սկզբից ևեթ զուգակցվում է նեզատիվ 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:

Ներդաճման համախտանիշը, որը դրսևորվում է կաշուն վիճակ-

Ներով, հիստերիկ ախտանիշներով, սենսատոպաթիկ-հիպոխոնդրիկ և դեպերսոնալիզացիայի-դեռեալիզացիայի երևույթներով, հանդիպում է հիվանդության տարբեր էտապներում, ինչպես նաև շիզոֆրենիայի հասարակ ձևի ժամանակ:

Զառանցանքային և ցնորագառանցանքային 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 օնյրոիդ ձևով դրսևորվող կատատոնիկ համախտանիշը ամենածանրերից մեկն է: Ընթանալով առանց գիտակցության խանգարման (լյուցիդային) կամ գիտակցության երազանման մթազրնման ֆոնի վրա՝ երևակայական և անրջային պատկերների հոսքով ու շրջպատի ընկալման խաթարմամբ (օնյրոիդ), այն վկայում է առաջին դեպքում՝ պրոցեսի շարորակության, իսկ երկրորդում՝ հարաբերականորեն բարենպաստ ընթացքի ու ելքի մասին:

ՎԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Գերակշռող հոգեախտաբանական ախտանշանությունից և ընթացքի օրինաչափություններից կախված՝ առանձնացվում է շիզոֆրենիայի հինգ հիմնական ձև. հասարակ, հեբեֆրենիկ, կատատոնիկ, պարանոիդ և ցիրկոսյար:

Հասարակ ձևը զարգանում է պատանեկան տարիքում և դասվում կորիզային, բուժման նկատմամբ դիմակայուն ձևերի շարքը: Այն հիմնականում քնութագրվում 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: Աճում է օտարացումը, մեկուսացումը բոլորից և առօրյա իրավիճակից: Հիվանդը դադարում է հաճախել դասերին, պարապմունքներին, գնալ աշխատանքի, դառնում է փնթի, անփուլթ 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 դժբախտորեն 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: Հուլյան անկայուն են, գերակշռում է դյուրագրգռությունը, ընկճվածությունը՝ ուղեկցված ինքնասպանության սեեռուն 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. նևրոզանման, երբ գերակշռում են ներոտիկ համախտանիշները և պսիխոպաթանման, երբ առկա են պսիխոպաթանման ախտանիշներ:

Հերեֆրենիկ 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 ձայներանգը, գործածում խեղաթյուրված բառեր, անհասկանալի արտահայտություններ և նախադասություններ, խոսքը հաճախ վեր է ածվում «բառային խառնաբրդող»-ի, դիտվում է մտածողության արտահայտված ճեղքվածություն: Նրանք ընդունում են անբնական դիրքեր, չորեքթաթ վազում, ծափ են տալիս ամենաանհարմար իրավիճակներում, ծամա-

ծոռություններ անում, նմանակում շուրջը գտնվողներին, ընդօրինակում կենդանիների վարքը, պաճուճաբար հագնվում: Բնորոշ են ծամածռությունը, հիմարավունությունը, սեթևեթությունը, խոսքի մեջ՝ նեղոգիզմների առատությունը, հակումների ապարգելակվածությունը, հաճախ անպատեհ թրթիջները կամ հեկեկոցները: Ոչ հազվադեպ լինում են զգայախաբություններ՝ լսողական կամ մարմնական ցնորքների ձևով: Հանդիպում են տարբեր բովանդակության շհամակարգված 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 շարորակ՝ ընթացք՝ ծավալվելով համեմատաբար դանդաղ, անընդմեջ հարաճելով՝ առանց գիտակցության խանգարման («կորիզային» կատատոնիա): Ելքն անբարենպաստ է: Կատատոնիկ ձևի երկրորդ տարբերակը սկսվում է սուր և փոքր շրջվում է բուժն զարգացմամբ՝ գիտակցության օնելյոդի տիպի խանգարմամբ, ընթանում է համեմատաբար բարենպաստ և ավարտվում բավականին խոր ռեմիսիայով (պարբերական կատատոնիա):

Կատատոնիկ շիզոֆրենիան դրսևորվում է ստուպոսի կամ գրգռվածության ձևով:

Կատատոնիկ ստուպոսին բնորոշ են հոգեշարժական արգելակվածությունը, համքությունը, ակտիվ կաճ պասիվ նեզատիվիզմը: 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:

Ենթաընդարմացած վիճակում (ոչ լրիվ ստուպոս) հիվանդները լինում են կարկամած, արձանանում են միևնույն դիրքում (օրինակ, ժամերով կանգնում են փակ դռան առջև): Հիվանդը կարող է երկար ժամանակ (օրեր, շաբաթներ) ստերեոտիպորեն կանգնել կամ նստել միևնույն տեղում: Ընդարմացման վիճակում հիվանդի մոտ կարող են դիտվել իմպուլսիվ գործողություններ:

Օնեյրոիդ ընդարմացման դեպքում հիվանդները անընդհանր երևակայական բնույթի բարդ ապրումներ են ունենում (տիեզերական աղետներ, տեղափոխում այլ աշխարհներ և պատմական դարաշրջաններ): Այս ապրումները երազների են նման, հիվանդները որոշ շափով հիշում են և պատմում դրանց մասին օնեյրոիդ ընդարմացումից դուրս գալուց հետո:

Կատատոնիկ գրգռվածությունը կարող է նախորդել ընդարմացմանը կամ զարգանալ դրանից հետո: Այն սուր է արտահայտվում՝ իմպուլսիվ գործողություններով, միօրինակությամբ, անփմաստությամբ և ստերեոտիպությամբ ուղեկցվող աննպատակ, քառասյին գրգռվածությամբ: Երբեմն էլ շարժումները դառնում են դիսթմիկ, 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, պերսոնեոպիան, էխոլալիան «բառերի շփաշփոթ» են ստեղծում: Հիվանդներն արտաբերում են անկապ բառակապակցություններ, ստերեոտիպորեն կրկնում են բառերը, շրջապատողների խոսքերից արտահայտություններ որսում:

Պարանոիդ ձևի հիմնական հոգեախտաբանական համախտանիշը ցնորագառանցական 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-



«Սաղմնային դիրք» շիպոֆրենիայի կատատոնիկ ձևի ժամանակ:

րեկանում): 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 ախտանշաններ: Լսողական ցնորքները լինում են իսկական և կեղծ. հաճախ հանդիպում են համի և հոտառական ցնորքներ, սենսատոպաթիաներ: Կեղծ ցնորքները և հաճախ դրանց հիմքի վրա զարգացող ֆիզիկական ազդեցության ու հետապնդման զառանցական մտքերը ձևավորում են Կանդինսկու-Կլեբամբոյի կամ հոգեկան ավտոմատիզմի համախտանիշը:

Պարանոիդ շիզոֆրենիայի ժամանակ ազդեցության և հետապնդման 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 աուկայության հիվանդագին համոզվածությամբ և հաճախ հիմնվում է կայուն, տանջալից սենսատոպաթիաների վրա (պոկվում է լյարդը, փափկում են ոսկրերը, շորանում է արյունը և այլն):

Պարանոիդ շիզոֆրենիայի ժամանակ բանականության խանգարումները ուշ են զարգանում, սակայն հիվանդության ժավալմանը զուգընթաց զառանցական համակարգը քայքայվում է, զառանցանքը հիվանդի համար կորցնում է իր արդիականությունը, և զարգանում է ապաստիկ բնույթի թուլամտություն:

Ցիռկուլյար 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 քացասական, 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 նույալների հաճախականությունից անձի խոր դեֆեկտ չի առաջանում:

Ընթացիկ դարի 30-ական թվականներին արտաժին գործոններով պայմանավորված զառանցանքից առանձնացված մահացու կատատոնիան որոշ հեղինակներ համարում են շիզոֆրենիայի հատուկ ձև (ֆեբրիլ կամ «գերթուսավոր» 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 անկապությունը: Այս ձևը ոչ հազվադեպ կարող է մահացու ելք ունենալ: Ներկայումս նման վախճան հազվադեպ է հանդիպում ամինազինի և լիտիկ խառնուրդների լայն կիրառման շնորհիվ:

Սանկլակաճ տաբիֆի 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 փոխհարաբեփություններ 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 երեակայությունների աշխարհը՝ անփուլթ վարքով, իրենց հասակակիցների հետ խաղերի մեջ ընդգրկվելու և խա-

դալիքներով զբաղվելու անկարողությունը: Հաճախակի են շփմանավորված, կարճատև տազնապները, կայուն շարժողական ավտոմատիզմները (երեխան մշտապես նստած դիրքով մի կողմից մյուսն է օրորվում, շարժվում է ուստյուններով, 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 թնույթ կրող խրատամոլություն, որոնք անհասկանալի ու անհասանելի են երեխայի բանականությանն ու պիտակցությանը: 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 փոխհանջորդմամբ: Լինում են կարճատև ցնորքներ՝ ընդհանուր մարմնական թունավորման ախտանիշների հետ զուգակցված:

ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱՅԻ 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 խանգարումներ՝ հոգեկան գործունեության հետագա խոր կազմալուծմամբ: Հետևաբար, շիզոֆրենիայի սահմանադատումն 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 հիվանդութ-
յան ելքը:

Ներկայումս շիզոֆրենիայի դասակարգումը չի կարող կատարվել
առանց ընթացքի ձևը հաշվի առնելու: Ա. Վ. Սնեժնևսկու ղեկավարու-
թյամբ կատարված բազմամյա ուսումնասիրությունները հիմք են տվել
առանձնացնելու շիզոֆրենիայի ընթացքի երեք հիմնական ձև՝ ան ը ն դ-
հ ա տ (չընդմիջվող), ն ո պ ա յ ա ձ և -հ ա ր ա ճ ու ն (շուգանման, այ-
սինքն՝ նոպաներով ընթացող) և պ ա ր բ եր ա կ ա ն:

Ա ն ը ն դ -հ ա տ ը ն թ ա ց ո ղ շ ի զ ո ֆ Ր ե ն ի ա ն կարող է ունե-
նալ թույլ (թորշոմած) հարաճուն և շարորակ հարաճուն ընթացք: Առա-
ջին տարբերակը (թորշոմած ընթացող)՝ ախտանշանների աստիճանա-
կան, քիչ նկատելի զարգացման հետ կապված, բնութագրվում է հոգե-
կան պրոցեսների խանգարման ոչ խոր արտահայտվածությամբ, անձի
դանդաղ, հիվանդափն փոփոխմամբ և հիվանդների սոցիալական հար-
մարման առավել բարձր հնարավորություններով: Թորշոմած ընթացող
շիզոֆրենիայի ախտանիշները սահմանափակվում են ներոտիկ (օբսե-
սիվ, ֆոբիական, վեգետատիվ և այլն), պսիխոպաթիկ, աֆեկտիվ, հի-
պոխոնդրիկ և թույլ արտահայտված պարանոիդ խանգարումների շրջ-
ջանակով:

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 հու-
զական անհամապատասխանություն, թուլություն, ինքնամփոփվածու-
թյուն, հետաքրքրությունների շրջանակի սահմանափակում, հակումների
խեղաթյուրում: Այս ֆոնի վրա դրսևորվում են համահարթված, վերը
նշված արգասավոր ախտանշանները:

Չարորակ հարաճուն անընդհատ ընթացող շիզոֆրենիան առաջա-
նում է, սովորաբար, մանկական և պատանեկան տարիքում: Արգասավոր
խանգարումները բազմաբնույթ են (զառանցական, ցնորական, կատա-
տոնահեբեֆրենիկ). դրանց նախորդում են քացասական ախտանշան-
ները: Արագ ձևավորվում են ծանր ելքային վիճակներ, ինչը պայմա-
նավորված է նաև բուժմանը վատ ենթարկվելու հանգամանքով: Անընդ-
հատ հարաճուն ընթացքը բնորոշ է շիզոֆրենիայի հասարակ և հեբե-
ֆրենիկ ձևերին, ինչպես նաև լյուցիդային կատատոնիային:

Ն ո պ ա յ ա ձ և հ ա ր ա ճ ու ն (շուգանման) շ ի զ ո ֆ Ր ե ն ի ա ն
ընթանում է նոպաների ձևով, որոնք ընդմիջվում են ռեմիսիաներով
(ախտանիշների նվազումով): Հոգեախտաբանական ախտանշաննու-

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-Կլերամբույի համախտանիշի: Եթե հիվանդության վաղ փուլերում նուպայից հետո քննադատական վերաբերմունքը բավականին վերականգնվում է, և առաջանում են խոր ռեմիսիաներ, ապա հետագայում, հիվանդության յուրաքանչյուր նոր սրացման դեպքում, նուպաներն 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 նուպայանման շիզոֆրենիան կարող է անընդհատ ընթացք ձեռք բերել՝ բավականին արտահայտված ախտանշաններով: Ամենից հաճախ նուպայանման ընթանում է պարանոիդ շիզոֆրենիան. լինում են սուր պարանոիդ, ցնորական, ցնորազառանցական և պարաֆրեն նուպաներ: Նուպայանման 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՝ շնայած հիվանդության վաղեմությանը: Ռեմիսիաները խորն են, դրանց ժամանակ պրեթեն լիովին հետ են զարգանում պսիխոտիկ ախտանշանները, իսկ նուպաները հաճախ զարգանում են հոգեախտաբանական սուր խանգարումների ձևով:

Պարբերական շիզոֆրենիան ներառում է տարբեր տիպի նուպաներ. աֆեկտիվ (միա- և երկբևեռ), աֆեկտիվ-զառանցական (դեպրեսիվ-պարանոիդ) և օնելյոթիդ-կատատոնիկ: Արտահայտված այդ նուպաները կարող են ունենալ միևնույն մի քանի ամիս տևողությամբ ընթացք, կարող են լինել նաև շատ կարճատև (միևնույն 2 շաբաթ), տարանցիկ նուպաներ:

Եթե անընդհատ ընթացող և նուպայանման շիզոֆրենիայի ժամանակ ախտանիշների զարգացումը, դրանց հետագա բարդացումը՝ կատատոնիկ և պարաֆրեն խանգարումների միացմամբ, ցույց են տալիս պրոցեսի զարգացող հրաճուճությունը, ապա պարբերական շիզոֆրենիայի նուպայի 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 ԱՆՏԱԽԱԳՈՒՄԸ

Շիզոֆրենիայի պատճառագիտության և խիտածագման ուսումնա-
սիրությունները մեծ 'են, ծավալուն, բազմակողմանի ու ընդգրկում են
ներա անատոմիական, ֆիզիոլոգիական և ժառանգաբանական որոնում-
ները, ընդհուպ մինչև մարդաբանականն ու պսիխոգինամիկը: Այսպես
կոչված, «սոմատիկների» դպրոցը շիզոֆրենիան դիտում է որպես օր-
գանիզմի տարբեր օրգաններում ու համակարգերում կենսաբանական
պրոցեսների խանգարման արդյունք: «Պսիխիկների» դպրոցը ելնում է
ներանից, որ շիզոֆրենիան վաղ մանկական տարիքում տարած հոգեկան
տրավմայի արդյունք է:

Գոյություն ունեն տասնյակ տեսություններ շիզոֆրենիայի առա-
ջացման ու զարգացման մասին: Ծագումնաբանական տեսության համա-
ձայն, որը հիմնված է շիզոֆրենիայով հիվանդների ժառանգականության
էյրենիկավիճակագրական ուսումնասիրության վրա (Ա. Գ. Ղալաչյան,
Կալման), ժառանգական գործոնի դերը կասկած չի հարուցում: Հաս-
տատված է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ընտանիքներում շիզոֆրե-
նիայով հիվանդանալու հավանականությունն ավելի բարձր է: Այսպես,
եթե երկնթիվները երկվորյակներից մեկն ընտանիքում հիվանդացել է շի-
զոֆրենիայով, ապա դրա առաջացման հավանականությունը երկրորդի
մոտ կազմում է 17 %: Միմիլարները երկվորյակների մոտ նրանցից մեկի
հիվանդանալու դեպքում մյուսի հիվանդանալու հավանականությունը
հասնում է 85—90 %: Եթե հիվանդ է ծնողներից մեկը, ապա երեխա-
ների շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հավանականությունը 16 % է,
իսկ երկու ծնողների մոտ էլ հիվանդության առկայության դեպքում այն
հասնում է մոտ 70—80 %: Սրա հետ մեկտեղ շիզոֆրենիայով հիվանդ-
ների տոհմաբանական ծագում առկա է այս հիվանդության զգալի կու-
տակում: Սակայն առայժմ պարզված չէ շիզոֆրենիայի ժառանգման
ձևը: Շիզոֆրենիայի զարգացման մեջ ժառանգաբանական 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 ենթադրությունն արվեց այն մասին, որ շիզոֆրենիայի հիմքում ընկած է տոքսիկոզը: Սկզբում գտնում էին, որ դա էքզոգեն թունավորման արդյունք է (տոքսերիկոլոզ, 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 տարաքսեին: Տարաքսեինի 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 լրենց 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 թերքանակի առաջացմամբ: Կենսածին ամինների այդ գեր կամ թեր առաջացումը պայմանավորված է ադրենալինի փոխանակության խանգարմամբ (որը հասցնում է ադրենոքրոմի ավելցուկային գոյացման ու հոդեկան խանգարման առաջացման) կամ նեյրոհորմոնների (նորադրենալին, սերոտոնին և աքետիլխոլին) 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 բեռեցին 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 հակա-ուղեղային 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 ենթա-դիտակցական 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, նեյրոմոդուլատորներ) նոր ուղղություններ են բացում շիզոֆրենիայի ժամանակ ներքին և արտաքին գործոնների փոխազդեցության ֆիզիոլոգիական հիմքերի ուսում-

նասիրման մեջ: Սա, անկասկած, թույլ կտա որոշել պախխոգենիայի տեղն ու դերը հիվանդության ախտածագման մեջ:

Շիզոֆրենիայի ախտածագման մյուս տեսություններից հարկ է հիշատակել նաև վիրուսայինը, էլեկտրաֆիզիոլոգիականը, «դիէնցեֆալոգը»:

Ախտաբանական աճատոմիան: Ախտաբանաանատոմիական փոփոխությունները շիզոֆրենիայի ժամանակ չի կարելի համարել ուրույն և բնորոշ միայն այս հիվանդությանը:

Անգեն 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 գլխային, հատկապես միկրոգլիայի վիճակը (Ի. Ծ. 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 ԱՍՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

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 ախտանշ-

շաննների 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 միտքում սեփական ապրումների աշխարհ՝ ինքնամոտիվություն (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 քոլոր դեպքերում խոսում է շիզոֆրենիայի առկայության մասին:

Ինչ վերաբերում է պրոդոկտիվ 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 դեպրես-

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:

Պրոգնոզիկ վախճանիչների 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 ուղղվածությամբ:

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 թորոշմած ընթացք ունեցող շիզոֆրենիայի տարբերակումը ներոզներից 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 ներոզը: 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 (թեկուգ

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 արտաքինապես նման փոփոխություններ՝ քնավորության նշված ֆոների 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 (էՅԹ), պսիխոթերապիա և հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային վերականգնմանն ուղղված միջոցառումներ:

Բուժման այս կամ այն ձևի նշանակումն ու զուգակցումը որոշվում է շիզոֆրենիայի ընթացքի սրությանը, վաղեմությանը, 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 շարորակ ձևերի դեպքում (կատատոնիկ, կատատոնապարանոիդ վիճակներ), որոնք դժվարությամբ են բուժման ենթարկվում, կիրառվում են առավել ուժեղ ազդող նեյրոլեպտիկներ. մաժեպտիլ (օրը 40—60 մգ), ստելագին (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 (ստելագին, քլորպրոտիքսեն, էթապերազին, հալոպերիդոլ, տրիսեգիլ) բարձր դեղաչափերի տեսական ընդունում:

Թորոշմած ընթացող շիզոֆրենիան բուժվում է հիմնականում այնպիսի պսիխոտրոպ դեղամիջոցներով, որոնց ընտրությունը պայմանավորված է հոգեկան խանգարումների կառուցվածքով (հիպոսոնորիայի, դիպերսոնալիզացիայի, կալուն վիճակների գերակշռում): Երբ հիվանդության

կլինիկական պատկերում առկա է թորշոմածություն, ապաթիկ վիճակներ, անհրաժեշտ է ակտիվացնող ազդեցությամբ նեյրոլեպտիկների կիրառում (ֆրենտին՝ օրը 5—10 մգ, ստելազին՝ միլենույն 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, ֆլուչպիրիլեն, պիպորտիլ և այլն): Եթե ի հայտ են գալիս նեյրոլեպտիկ համախտանիշի նշաններ, նշանակվում են ուղղիչներ (կորեկտորներ)՝ ցիկլոդոլ, ռոմպարկին, դինեզին, պարկոպան, տրեմբս 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 (էՅԹ), ինսուլինային թերապիա):

Ֆերրիլ 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 էՅԹ-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-

դյունավետ է: Հիպոսան 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:

Գ Լ ու խ 18

ՄԱՆԻԱԿԱԼ-ՂԵՊՐԵՍԻՎ ՊՍԻԽՈԶ

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզը (ցիկլոֆրենիա, ցիկլոլյար պսիխոզ) էնդոգեն հիվանդություն է, որն առաջին անգամ որպես ինքնուրույն հիվանդություն նկարագրել է 1896 թ. գերմանացի հոգեբույժ է. Կրեպելինը:

Հիվանդությունը համեմատաբար հազվագեպ 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-

կանություն 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 դրսևավորումները:

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 ընդթափած 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. ընդ որում, 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 (քիպոլյար) 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 միծվածին երկվորյակների մոտ, ինչպես նաև միևնույն ընտանիքում մի քանի հոգու այդ հիվանդությամբ հիվանդանալը: Նշանակություն ունեն նաև հիվանդների բնավորության նախահիվանդագին «կոնստիտուցիոնալ» առանձնահատկությունները: Պեղծելի և ցիկլոիդ 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 փարձր 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 տրամադրություն-

ներ, 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 որեկեց 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 շարժումներով:

Հիվանդներն արտահայտում են իրենց անձի գերազնահատման 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 դեկավարել:

Անձի գերազնահատման 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: Զգտում են աշխատել, ամենքին օգնել, շուրջն ըստեղծելով անկարողություն, ժխոր, կեղտ և քաոսային իրարանցում: Նրանք հիպերսեքսուալ են, շատակեր. ուտում են կանգնած, արագ:

Հիվանդների վիճակը երեկոյան ժամերին ավելի է ծանրանում:

Մանիակալ փուլի դեպքում հոգեշարժական գրգռվածությունը երբեմն կարող է շատ խիստ արտահայտվել, հասնելով մինչև քաոսային ապարգեւակման: Բայց և այնպէս, ի տարբերություն կատատոնիկ, հերեֆրենիկ, 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 մոռյլ գուլներով (հակառակ մանիակալ փուլի ժամանակ շրջապատը «վարդագուլն 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 լռիվ 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 ներանք համարում են սխալներով լի մի շրջան, ներկան ընկալում են որպես անբացատրելի ու անելանելի տառապանք, իսկ ապագան՝ անհեռանկարային ու մոռյլ: 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 (*anesthesia 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, կատառոնիկ ստուպորին հակառակ, բացակայում է ակտիվ նեգատիվիզմը, մոմանման ճկունությունը և այլն, ու ամենազվխավոր՝ ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման ժամանակ ի հայտ են գալիս ոչ թե շիզոֆրենիային բնորոշ, այլ էնդոգեն դեպրեսիային հատուկ ախտանշաններ:

Դեպրեսիվ վիճակում գտնվող հիվանդները մշտապես գլուխները քաշ գցած, կուշ 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, բերի լայնացում և փորկապություն):

**ՄԱՆԻԱԿԱԼ-ԴԵՊՐԵՍԻՎ ՊՍԻԽՈԶԻ ԽԱՌԸ ԵՎ
ԱՏԻՊԻԿ ԶԵՎԵՐԸ**

Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի խառը ձևերի ժամանակ մանիակալ և դեպրեսիվ ախտանշանները միահյուսվում են, արտահայտվելով զայրացած մանիայի, մանիակալ ստուպորի, գրգռված դեպրեսիայի (մեկամաղձություն) և այլ հոգեախտաբանական պատկերներով:

Հայրացած մանիայի դեպքում շարժողական և ինտելեկտուալ ակտիվությունը գուցակցվում է դյուրագրգռությամբ, բծախնդրությամբ, դժգոհությամբ ու շարժությամբ:

Մանիակալ ստուպորի ժամանակ տրամադրության բարձրացումը ընթանում է ոչ թե շարժողական գրգռվածությամբ, այլ արգելակմամբ:

Գրգռված դեպրեսիայի (մեկամաղձության) դեպքում դեպրեսիվ վիճակներին բնորոշ շարժողական արգելակման փոխարեն տեղ է գտնում տագնապոլ ու լարվածությամբ ուղեկցվող շարժողական գրգռվածությունը: Նման հիվանդներն անհանգիստ են լինում, մի տեղ չեն կարող նստել կամ պառկել, անընդհատ ոտքի վրա են, իրենց տեղը չեն զրտնոմ, «ախ ու վախ» անելով, ձեռքերը տրորելով անհանգիստ ման են գալիս, հաճախ կրկնելով միևնույն խոսքերն ու նախադասությունները («ինձ սպանեք, ինձ սպանեք» և այլն (վերբիբերացիա)): 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, Լորենց արտահայտում են անձի գերազնահատման մտքեր: Այդ փուլը ինչպես հիվանդի, այնպես էլ շրջապատի կողմից հաճախ որպես հիվանդագին վիճակ չի գնահատվում. նրանք ավելի շուտ ակտիվ, բայց մակերեսային մարդու տպավորություն են թողնում, հազվադեպ բժշկի շնորհիվ են դիմում և ինքնաբերաբար դուրս են գալիս այդ վիճակից:

Սուբդեպրեսիվ փուլը արտահայտվում է տրամադրության անկմամբ ու թորշոմածությամբ: Հիվանդների աշխատունակությունն ընկած է լինում. նրանք թերազնահատում են իրենց ուժերը, չեն կարողանում կենտրոնանալ, «իրենց հավաքել»: Գանգատվում են հոգնածությունից, գլխի ծանրության զգացումից, անքնությունից: Արտահայտում են հոռետեսական, իրենց սակավարժեքության մատին 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՝ սրտխառնության, փսխումներով, ախորժակի բացակայության, և այլ ու այլ բազմաթիվ խանգարումներով ու զանգատներով):

Օբյեկտիվ քննության ժամանակ ներքին օրգանների կողմից ախտաբանական ոչ մի պրոցես չի հայտնաբերվում: Չնայած դրան հիվանդները դիմում են տարբեր մասնագետների (նյարդաբան, թերապևտ, սոմատոքսադիքաբան, 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 քնորոշ 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 $36-37^{\circ}$, $20-30$ օր) և այլն:

Հիպոմանիակալ վիճակի բուժման դեպքում գերադասելի է տրանկվիլիզատորների օգտագործումը՝ էլենիում (խլոզեպիդ, լիբրիում)՝ 5 մգ, սեդոքսեն (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 քոլոր 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 ներկատմամբ 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 սրկման ձևով (հատկապես կաթիլային) ու մեծ դոզաներով, որից հետո բուժումը շարունակել ըստ ցուցմունքի:

Դեպրեսիվ վիճակների դեպքում լավ արդյունք է առաջացնում տերամադրությունը բարձրացնող ու խթանիչ հատկությամբ օժտված մեկիպրամինը (իմիպրամին, անաֆրանիլ, տոֆրանիլ)՝ 25 մգ կամ 1,2 % լուծույթի ներարկում: Մեկիպրամինը պետք է նշանակել օրվա առաջին կեսին, իսկ երեկոյան՝ տիզերցին՝ 25 մգ կամ 2,5 % լուծույթ: Նույնպես 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 մեկիպրամինին 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 մեկիպրամինի և որոշ նեյրոլեպտիկների հետ:

Անքնությունը ուղեկցվող դեպրեսիաների դեպքում հակադեպրեսանտներից բացի պետք է նշանակել տրանկվիլիզատորներ (տե՛ս մանիակալ վիճակի բուժումը), քնաբերներ (նիտրազենյամ, ռադեդորմ, 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 մեկիպրամինի, 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 էլեկտրացնումային բուժում:

Դեպքերից թուփման կուրսը պետք է շարունակել 2—3 ամիս, եթե նույնիսկ հիվանդի վիճակը լավ է (նման դեպքերում բուժումը պետք է կրի պահպանողական թերապիայի բնույթ)։

Ռատահողներում առկա զննահատակումը: Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզով տառապող հիվանդներին մոտ իրավասխախտումներ կարող են հանդիպել ինչպես հիվանդագրին 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 իրավասխախտումներ կարող են կատարել։ Նման դեպքերում նրանք ճանաչվում են անմեղսունակ, քանի որ իրավասխախտումը կատարելիս նրանք հաշիվ չեն տալիս ու չեն կարողանում դեկավարել 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 նույնպես հետո լրիվ առողջ են և աշխատունակ։ Միայն խիստ ձգձգվող նույնիսկ 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։

Գ Լ ու խ 17

ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Հոգեկան խանգարում առաջացնող խիտաժին պատճառների շարքում գանգոլղեղային վնասվածքները մեծ տեղ են գրավում և շատ հաճախ են հանդիպում։ Բավական է նշել այն, որ այդ վնասվածքները կարող են լինել ծննդաբերական բնույթի (ծննդի ժամանակ գանգոլղեղին

պատճառոված 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 թաց 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»), սալչարդի («կոնտուզիա») և ճնշավնասվածքի («բարոտրամիա», պայթունային ախիք) ձևերով:

Ինքնըստինքյան հասկանալի է, որ վերոհիշյալ սահմանազատումը պայմանական բնույթ է կրում, քանի որ հաճախ թե՛ ուղեղի ցնցումը և թե՛ սալչարդը միաժամանակ կարող են հանդես գալ, իսկ ճնշավնասվածքի դեպքում ցնցումից ու սալչարդից բացի տեղ է գտնում նաև ձայնային գործոնը, իր բացասական հետևանքներով հանդերձ:

Ի տարբերություն գանգուղեղի ցնցման ու սալչարդի, ճնշավնասվածքի (պայթունային ախիքի) դեպքում գանգուղեղի վրա միաժամանակ մի քանի գործոններ են ազդում: Այսպես օրինակ, ումրի պայթյունից առաջացած օդային ալիքը մարդուն նետում ու վայր է գցում, փաստորեն առաջացնելով երկրորդային սալչարդ: Այդ պայթյունից զանգուղեղի փորոքներում գտնվող հեղուկը հարվածում է փորոքների պատերին՝ վնասելով չլուսավածքը: 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 խուլահամրություն («սուրդոմոտիզմ»): 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՝

գիտակցութեան խանգարման սկզբնական շրջան, սուր շրջանում հանդիպող հոգեկան խանգարումներ և հեռավոր հետևանքների շրջան:

Գիտակցութեան խանգարման սկզբնական շրջանն սկսվում է գանգոռեղային վնասվածքից անմիջապես հետո: Այն բնորոշվում է գիտակցութեան այս կամ այն աստիճանի խանգարմամբ, որը վնասվածքի բռնույթից ու ծանրութունից կախված կարող է արտահայտվել թեթև շրջմածութունից մինչև սուպորի և կոմայի հասնող վիճակներով, հաճախ տևելով մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ, իսկ ծանր դեպքերում՝ նույնիսկ օրեր:

Գանգոռեղային վնասվածքի բարենպաստ ընթացքի դեպքում հիվանդը անգիտակից վիճակից դուրս է գալիս աստիճանաբար, ընդ որում գիտակցութեան վերականգնումից հետո տեղի ունեցած դեպքերի նկատմամբ առաջանում է անհիշություն (ամենզիա), որը կարող է արտահայտվել անտերոգրադ ամենզիայի (վնասվածքից անմիջապես հետո տեղի ունեցածի մոռացում), ոչ հազվադեպ նաև ռետրոգրադ ամենզիայի (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: Գանգոռեղային վնասվածքի դեպքում գիտակցութեան վերականգնումից հետո շատ հաճախ տեղ են գտնում հոգեկան թուլութեան (ասթենիայի) երևույթներ, որոնք արտահայտվում են գլխացավերով, գլխապտույտներով, թորշոմածութամբ, հիշողության թուլութեամբ, ուշադրության ցրվածութեամբ: 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, գերբորտնություն և այլն), ինչպես նաև ակնախաղ, ակնաստատիկական ֆենոմեն, երերուն քայլվածք, քիթ-շրթունքային ծալքի անհավասարություն, լեզվի թեքում և այլն: Ասթենիկ վիճակը տեղում է մինչև 2—3 շաբաթ և աստիճանաբար անցնում է, եթե հիվանդի վիճակը չի բարդանում հոգեկան սուր խանգարումներով: Այդ խանգարումներից են՝ գիտակցութեան մթնշաղային վիճակները, երբ հիվանդները կատարում են արտաքուստ կանոնավոր, սակայն չգիտակցված գոր-

ծողութիւններ («ամբուլատոր ավտոմատիզմ»): Կարող են դիտվել նաև հոգեշարժական գրգռվածութիւն, անշարժութեամբ ուղեկցվող քնկոտ վիճակ և այլն:

Դելիրիումային բնույթի խանգարման դեպքում գիտակցութեան մթա-
գնման ֆոնի վրա ի հայտ են գալիս տեսողական բազմատեսակ ցնորը-
ներ: Դրանք մեծ մասամբ միաձև են, տեսարանների, իսկ առավել հա-
ճախ իրադարձութիւնների 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, գիտակցութիւնը նույնիսկ կարող
է պարզվել՝ արտաբուստ հոգեկան խանգարումը վերջանալու տպավո-
րութիւն թողնելով: Լուսավոր շրջաններով ընթացող դելիրիումային նը-
ման խանգարումը միջին հաշվով կարող է տևել 1—2 շաբաթ, վերջա-
նալով տեղի ունեցածի նկատմամբ առկա՝ մասնակի ամենեզիայով:

Համեմատաբար հազվադեպ հանդիպող օնելյորիդ համախտանիշի
դեպքում գիտակցութեան թեթև քնանման ֆոնի վրա հանդես են գալիս
ցնորապատրանքային ֆանտաստիկական բնույթի անրջային վիճակներ:
Տեղ են գտնում նաև սեփական մարմնի սխեմայի խանգարման երե-
վոյթներ, ժամանակի և տարածութեան ընկալման զանազան խանգա-
րումներ:

Կորսակովյան համախտանիշը առաջանում է հիվանդի գիտակցու-
թեան խանգարման վիճակից դուրս գալուց հետո և բնորոշվում է հիշո-
ղութեան կոպիտ բնույթի խանգարմամբ (ֆիքսացիոն ամենեզիա, անտե-
րոգորդ, իսկ հաճախ՝ նաև ռետրո-անտերոգորդ ամենեզիա և կոնֆաբու-
լացիա): Կորսակովյան համախտանիշը կարող է ուղեկցվել հուզական
տատանումներով և դյուրագրգռութեամբ: Այս համախտանիշը համեմա-
տաբար ավելի երկարատև է (մի քանի շաբաթից մինչև մի քանի ամիս):

ԳԱՆԳՈՒԴԵՂԱՅԻՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԼԵՌԱՎՈՐ ԼԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

Արտահայտվում է նյարդահոգեկան այնպիսի խանգարումներով, ո-
րոնք սուր շրջանի ախտաբանական բոլոր երևույթներն անցնելուց հետո
լի շարունակում են պահպանվել երկարատև ամիսներից մինչև տարի-
ներ և դժվարութեամբ են ենթարկվում հետագա լրիվ հետզարգացման:
Այդ խանգարումները կախված են կրած վնասվածքի ուժից, հիվանդի
տարիքից, նրա անձի նախահիվանդագին առանձնահատկութիւններից,

կիրառված բուժօգնության արդյունավետությունից, ինչպես նաև արտածին լրացուցիչ գործոնների առկայությունից:

Առանձնացվում են գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևման քննիչի կլինիկական մի շարք տարբերակներ. դրանցից են՝ վնասվածքային էնցեֆալոպաթիան, վնասվածքային թուլամտությունը, վնասվածքային էնդոգենանման հոգեկան խանգարումները:

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիան զարգանում է գանգուղեղի սալյարդի (կոնտուզիա) կամ ուղեղանյութի վնասվածքի ժամանակ: Նրան դեպքում կլինիկական առկա ախտանշաններն ու համախտանիշները կրում են ուղեղի օջախային վնասվածքի դրոշմը: 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 ուրուրի 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 գլխակցության դրվագային խանգարումները, որոնք մեծ մասամբ մթնշաղային բնույթ են կրում, ինչպես նաև՝ էպիլեպսանման նոպաները: Մանր դեպքերում կարող է հանդիպել նաև թուլամտության հասնող բանականության խանգարում:

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիայի մի քանի տարբերակներ են առանձնացվում:

Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա ասթենիկ համախտանիշով (վրնասվածքային 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

«Հազվագեղեցի առաջանում են կաշուն 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 դեկոմպենսացիոզ 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:

Վնասվածային էնցեֆալոպաթիա էպիլեպսանման նոպաներով: Սովորաբար դիտվում է գանգուղեղի վնասվածքից մի քանի տարի անց (բայց 6 ամսից ոչ շուտ), որը պայմանավորված է գանգուղեղում (առավել հաճախ նրա թունժային, գազաթային և ճակատային մասերում) առաջացած վնասվածքային սպիներով (էպիլեպտաթին 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:

Վնասվածային էնցեֆալոպաթիա անձի պսիխոպաթացումով (բնավորության հետվնասվածային փոփոխություններ, բնավորության հետվնասվածային 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 խմորիքների և թմրանյութերի շարաշահման, 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 մոսյուրայան, թախծատագնապային և շարականային աֆեկտներով: Դիսֆորային նման վիճակները ոչ հազվադեպ հակասոցիալական լուրջ արարքների պատճառ են դառնում:

Վնասվածքային քուլամտությունը 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 թորոշմում են, ամեն ինչի նկատմամբ դառնում անտարբեր, իսկ որոշ դեպքերում, ընդհակառակը, տեղ է գտնում գանգուղեղային վնասվածքներին բնորոշ դյուրագրգռությունն ու զայրացկոտությունը:

Վնասվածքային էնդոգենաճման պսիխոզներ: Դանգուղեղային 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 զրգովածությամբ, դայրույթով ու շարությամբ (զայրացած մանիա): Դեպքերսիվ համախտանիշի դեպքում տրամադրության անկումը և թախիծը ուղեկցվում են թորշոմածությամբ, հիպոխոնդրիայի և դիսֆորիայի ախտանշաններով:

Ծնորագառանցանքային բնույթի հոգեկան խանգարումներն արտահայտվում են լսողական ցնորքներով և քաղմածե, կոնկրետ բովանդակություն ունեցող ու հուզականորեն հազեցված զառանցական մըտքերով: Այդ բուրրը ոչ հազվադեպ կարող է զուգակցվել հոգեկան ավտոմատիզմի ախտանշաններով և հոգեշարժական զրգովածությամբ, 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, ներզանգային ճընշումն իջեցնելու և ուղեղային հյուսվածքի այտուցը վերացնելու նպատակով խորհուրդ է տրվում գլյուկոզայի 40 0/0 20.0, ուրոտրոպինի 40 0/0 5.0, քլորական կալցիումի 10 0/0 10.0 ներերակային, ծծմբաթթվային մազնեզիումի 25 0/0 5.0—10.0, լազիքսի 1 0/0 2.0 միջմկանային ներարկումներ: Հետագայում անհրաժեշտ է ընդհանուր ամրացնող և սիմպտոմատիկ բուժում, հատկապես B₁, B₆, B₁₂ 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 240/0 1.0 միջմկանային, 2,4 0/0 5.0 ներերակային ներարկումներ:

Գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքների դեպքում ջրազրկող, ընդհանուր ամրացնող և բուժական այլ միջոցառումների վերոհիշյալ համառոտ թվարկումից բացի, կիրառվում է նաև համախտանշաբանական բուժում՝ տրանկվիլիզատորներ (սեդոքսեն, րելանիում, սիքազոն) 5 մգ կամ 0,5 0/0 լուծույթ, ֆենազեպամ 0,5 մգ, խլոզեպիդ 5 մգ և այլն), նեյրոլեպտիկներ (ամինազին 25 մգ կամ 2,5 0/0 լուծույթ, հալոպերիդոլ 1,5 մգ կամ 0,5 0/0 լուծույթ, տրիֆտազին 5 մգ կամ 0,2 0/0 լուծույթ, տիզերցին 25 մգ կամ 2,5 0/0 լուծույթ, նեուլեպտիլ 10 մգ,

էկոնիւ 200 մգ և ալլն), քնաբերներ (նիտրազեպամ 5 մգ, ռադեդոլ 5 մգ, ռելադոլ 10 մգ, բարբիտալ 300 մգ և ալլն):

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 հեռավոր 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 թուլամրտությամբ, ինչպես նաև վնասվածքային պսիխոզով տառապող հիվանդները: Անձի պսիխոպաթացման, վնասվածքային էպիլեպսիայի (երբ այն ընթանում է առանց հոգեկան խանգարումների), ինչպես նաև վնասվածքային ցերեբրաստենիայի դեպքում գրվում է մեղսունակության հարցը: Նման բոլոր դեպքերում, սակայն, մեղսունակության հարցը որոշելիս պետք է ցուցաբերել անհատական մոտեցում, հաշիվ առնելով հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը, ընթացքը, ինչպես նաև հանցագործության բնույթը, մշտապես ելնելով մեղսունա-

կուլթյան որոշման իրավաբանական չափանիշից (թե հանցագործություն կատարելիս որքանով է հիվանդը հաշիվ տվել իրեն և ինչպես է կարողացել ղեկավարել իր կատարած արարքները):

Գ Լ ու խ 18

ՈՒՂԵՂԻ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՀԱՆԳԻՊՈՂ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Բոլոր տեսակի ուռուցքների մեջ ուղեղի ուռուցքները կազմում են 5 0/0, իսկ ստացիոնարում գտնվող հիվանդների մոտավորապես 3 0/0: 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 աճենասկզբնական, 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 երեվույթներով: Դրանով է բացատրվում նաև սրտխառնոցն ու երակազարկի դանդաղումը: Փսիխումը կապ չունի սնդի 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 կուրության (որը կապված է տեսողական նյարդի ապաճման հետ):

Ուռուցքի տեղակայմամբ են պայմանավորված նաև օջախային երեվույթները՝ ջեկսոնյան ցնցումներ, դրանց երբեմն հաջորդող անդամա-

յութությամբ (Տողի անդամալուծություն), էպիլեպսանման նոպաները, ինչպես նաև դիէնցեֆալ էպիլեպսիայի նոպաները, որոնք ընթանում են պարզ գիտակցության ֆոնի վրա առկա՝ վեգետատիվ խանգարումներով ու լրիվ անշարժությամբ, հիպերկինեզները, անդամալուծությունները, գլխապտույտները, երեքուն 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): Վերոհիշյալ՝ 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 (շմածություն, սոպոր, կոմա, մթնշաղային վիճակ, դելիրիումային և ամենտիվ համախտանիշ):

Դելիրիումը, ամենցիան և մթնշաղային վիճակները ավելի հաճախ առաջանում են արագ աճող շարորակ ուռուցքների դեպքում և պայմանավորված են ուռուցքի քայքայման հետևանքով առաջացած ինտոքսիկացիայով:

Քուեմային բլթերի ուռուցքները հաճախ ուղեկցվում են լսողական, համի, հոտի և մասամբ տեսողական ցնորքներով: Դրանց ձախակողմյան տեղակայման դեպքում առաջանում են սենսոր և ամենստիկ աֆազիաներ, անդամատակային խանգարումներ:

Փագաթային ուռուցքների դեպքում ի հայտ են գալիս մարմնի սխեմայի խանգարումներով ընթացող պաթիոսենսոր խանգարումներ: Դրանց ձախակողմյան ախտահարումը առաջացնում է ապրաքսիա, ալալիկուլիա, ագրաֆիա:

Երբ ուռուցքը տեղակայվում է **ծ ո ծ ր ա կ ա յ ի ն բ լ թ ե ր ու մ**,

ի հայտ են գալիս տեսողական ցնորքներ, գույնի ընկալման խեղաթյուրումներ, ձեռագրի խանգարում:

Ուռուցքի կլինիկական ընթացքը ունի նախնական թույլ արտահայտված ախտանշանների շրջան և ախտանշանների երկրորդափին աղքատացման շրջան, որը պայմանավորված է սոպորի և կոմայի հետագա խորացմամբ, երբ հիվանդներն այլևս գանգատներ չեն ներկայացնում և մշտապես գտնվում են կոսարթուն 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, սննդի հետ չառնչվող փսխումները, զարգացող շմժածությունը, հիշողության թուլացումը և էպիլեպսանման նոպաները, աչքի հատակի փոփոխությունները վկայում են ուղեղում տեղակայված ուռուցքի մասին:

Ռենտգենագիրը բացահայտում է մասնանեղամումներ, որոնք պայմանավորված է ներգանգային ճնշման երկարատև բարձրացմամբ: Պնևմոուղեղագրի մեթոդով կարելի է քաղաքացիական փոքրների ուղեղապատկերի 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:

ԷՆԴՈՒԿՐԻՆ 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 քարձրացում), աֆեկտիվ խանգարումներ (հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակներն արտահայտվում են խառը ձևով՝ զաքրացած մանիա, զրգրված 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 այսօր ենիկ համախտանիշը, որի ֆոնի վրա զարգանում է հոգեկան այս կամ այն խանգարումը:

Հոգեկան խանգարումներն առաջանում են էնդոկրին հիմնական հիվանդության ժանրացման ժամանակ: Նման դեպքերում սուր հոգեկան խանգարումները կարող են ընթանալ «էկզոգեն տիպի ռեակցիային» ընդհանուր ալկալիկ 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:

ԷՆԴՈՒԿՐԻՆ ՈՐՈՇ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՐՈՒՄ

ՀԱՆԴԻՊՈՂ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

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 ընդհանուր է ֆիզիկական և հոգեկան ասթենիան, 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 (միքսէդէմա) առաջանում է վահանաձև գեղձի թերֆունկցիայից: Բնորոշում է ծանր կախեքսիայով և մաշկի լորձային ալոպեցիոզով, որից էլ առաջացել է այդ հիվանդության երկրորդ անունը՝ լորձային ալոպեցիա: Հիվանդության ընդհանուր նշաններից են՝ դեմքի ալոպեցիա, 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:

Կանաճություն (կրետինիզմ) առաջանում է վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի լրիվ բացակայության դեպքում: Այս հիվանդությանը բնորոշ են հասակի թերաճը, մաշկի շորթությունը, կարճ ու հաստ մատներ, 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 (ինֆանտի), դառնում են խիստ դյուրագրգիռ, զայրացկոտ: Հնարավոր են նաև հոգեկան սուր խանգարումներ:

Շախարխալտը 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 (պոլիդրիպսիա), հաճախակի միզարտադրությունը (պոլիուրիա), մաշկի շորթությունը:

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 դեխիրիումային, 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 գեղ-ձուռուցքի (ադենոմա) և էոզինոֆիլային բջիջների շատացման հետև-վանքով: Այդ դեպքում հասակային հորմոն արտազատող նրա ֆունկ-ցիան խանգարվում է, և առաջանում է հատկապես ժայրանդամների ու դեմքի ոսկրերի ուժեղ աճ:

Հոգեկան ոլորտի կողմից բավականին բնորոշ է ընկճվածություն, ցրվածություն, համառ գլխացավերով ու քնի խանգարումներով ուղեկց-վող ասթենիայի զարգացումը: Հետագայում կարող են դիտվել դրժ-կամություն, ագրեսիայի միտումներ, դյուրաբորբոքության բռնկումներ կամ ընդհակառակը՝ թուլահոգություն և նույնիսկ թեթև էյֆորիա: Բավա-կանին հաճախ են հանդիպում նաև սեռական խանգարումները՝ տղա-մարդկանց մոտ սեռական կարողության անկմամբ, իսկ կանանց մոտ՝ դաշտանի խանգարումներով:

Ճարպասեռային սնուցախանգարումը կապված է հիպոֆիզի հետին բլթի, ինչպես նաև միջանկյալ ուղեղի վնասվածքի հետ: Բնորոշ ախ-տանշաններից 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 կորսակողության համախտանիշի ձևով արտա-հայտվող՝ հիշողության կոպիտ խանգարումներ, էպիլեպսանման ցըն-ցումային նոպաներ և այլն:

Իցենկո-Կուշինգի հիվանդությունը կապված է հիպոֆիզի բազո-ֆիլային գեղձուռուցքի (ադենոմա) հետ:

Հիվանդության բնորոշ ախտանշաններից են աստիճանաբար զար-գացող ճարպակալումը, մաշկի շորթությունը, զարկերակային ճնշման բարձրացումը, ոսկրերում առաջացած ցավերը, ինչպես նաև շաքարա-միզությունը (գլյուկոզուրիա) և խոլեստերինեմիան:

Իցենկո-Կուշինգի հիվանդության ժամանակ ամենահիմնական խան-գարումը ասթենիան է, որի ֆոնի վրա զարգանում են մի շարք ախտա-նշաններ. դրանցից են՝ հուզական խանգարումները, որոնք հաճախ ըն-թանում են ատիպիկ մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակներով, սեեռուն

վիճակաները, հիպոխոնդրիկ մտքերը, սեռական հակաման մարումը, քնի
ռիթմի խանգարումը:

Հիվանդության զարգացման հետ միասին կարող են առաջանալ
էպիեպսանման ցնցումային նոպաներ, հիշողության խանգարումներ,
բանականության իջեցում, որը ժանր դեպքերում կարող է հասնել մին-
չև արտահայտված թուլամտության:

**Սեռական գեղձերի ֆունկցիայի փոփոխությունների հետ կապված
նյարդահոգեկան խանգարումներ:** Եվնուխոնդիզմը (ենեֆինակերպու-
քյուն) առաջանում է սեռական գեղձերի զարգացման խիստ խանգա-
րումից, որի ժամանակ տղամարդկանց մոտ առկա է իմպոտենցիան,
բացակայում են սեռական երկրորդական նշանները: Կոկորդի թերզար-
գացման հետևանքով ձայնը մնում է մանկական: Հոգեկան աշխարհի
կողմից հիմնականում տուժում է հուզական ոլորտը, որը կարող է ար-
տահայտվել երբեմն անտարբերությամբ, իսկ երբեմն էլ դյուրագրգռու-
թյամբ:

Կլիմախը 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 տղա-
մարդկանց մոտ 55—60 տարեկան հասակում:

Կլիմաքսը շնայած հոգեկան խանգարումներ չի առաջացնում, բայց
ուղեկցվում է մի շարք նյարդային և անոթային-վեգետատիվ երևույթ-
ներով: 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 մղձա-
վանջային երազներով:

Հղիության շրջանը կանանց մոտ ուղեկցվում է մի շարք էնդոկրին
վերափոխումներով, որոնք, անշուշտ, ազդեցություն են թողնում հղի
կնոջ վրա: Տեղ են գտնում հուզական տատանումները, դյուրագրգռու-
թյունը, ոչ հազվադեպ համի ու հոսի աղավաղումները, սրտխառնուքու-
նը, փսխումները և այլն:

Հետծննդյան շրջանը կարող է բարդանալ նաև ինֆեկցիաներով

(հատկապես սեպտիտով), 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:

Փ լ ու խ 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՝ ներոզներ և ռեակտիվ պսիխոզներ:

Ներողները հոգեկան ապրումներով պայմանավորված և համեմատաբար բարորակ ընթացող հիվանդություններ են, հիմքում ունենալով բարձրագույն նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարում:

«Ներող» տերմինը առաջին անգամ օգտագործել է Կելենը (Quelen) 1776 թ.՝ այդ անվամբ բնորոշելով նյարդային համակարգի խանգարմամբ պայմանավորված հիվանդությունները: Հետագայում Պինելը ներողների խմբում է դասել խլությունը, կուրուքլունը, փսխումները և այլն: Ախտաբանական անատոմիայի զարգացման հետ կապված՝ ներողների անվան տակ սկսում են հասկանալ մորֆոլոգիական հիմք չունեցող բազմաթիվ հիվանդություններ: Անցյալ դարի վերջում ներշնչման և հիպնոսի հաջողությունները հանգեցրին այն բանին, որ ներողներն սկսեցին դիտել որպես պսիխոզեն հիվանդություններ, Ֆրեյդը և նրա հետնորդները տվել են ներողների հոգեվերլուծական տեսությունը, որի համաձայն ներողի առաջացումը բացատրվում է դեռևս վաղ մանկական հասակից բավարարություն չստացած հակումներով ու քնազդներով (որտեղ հիմնական դերը պատկանում էր սեռական քնազդին):

Պավլովը գտնում էր, որ ներողի ախտաֆիզիոլոգիական հիմքը նյարդային հիմնական պրոցեսների (դրդման կամ արգելակման) գերլարման հետևանքով առաջացած բախումն է:

Ներողների առաջացման պատճառները բազմազան են ու բազմաթիվ: Դրանց շարքն են դասվում հոգեկան երկարատև բացասական ապրումները (ընտանեկան և աշխատանքային տեղական կոնֆլիկտներ, անհաջող ամուսնություն, ամուսնալուծություն և այլն), ինչպես նաև գերհոգնածությունը, երկարատև անքնությունը, քրոնիկական հիվանդությունները, մասնավորապես՝ հարբեցողությունը, թմրամոլությունը, ֆիզիկական հյուծվածությունը, սոմատոզեն ծագում ունեցող այլևայլ շատ խանգարումներ: Ներողի առաջացումը հատկապես հեշտանում է այն դեպքում, երբ պսիխոզեն և սոմատոզեն գործոնները միասեղ են հանդես գալիս: Այդ գործում որոշակի դեր են խաղում բարձրագույն նյարդային գործունեության տիպային առանձնահատկությունները: Եթե թույլ տիպերի մոտ ներողը կարող է առաջանալ ոչ այնքան դժվարին իրավիճակի պայմաններում, ուժեղ տիպերի մոտ անհրաժեշտ են լինում երկարատև և առավել զորեղ գործոններ, որպեսզի բարձրագույն նյարդային գործունեությունը խաթարվի:

Ներողների համար քնորոշ են համարվում հիվանդության առաջացման պատճառ համարվող հոգեծին տրավմայի առկայությունը, կլինիկական ախտանշանների շարքում հուզական և սոմատիկ-վեգետատիվ

խանգարումների գերակշռումը և հիվանդության ֆունկցիոնալ բնույթն ու դարձունակությունը:

Ներոզների խմբում առանձնացվում են կլինիկական հետևյալ ձևերը՝ ներասթենիա, հիստերիա և կալուն (սենտուն) վիճակի ներոզ: Վերոհիշյալ հիմնական ձևերից բացի առանձնացվում են նաև դեպրեսիվ, վախի, սպասման, հիպոխոնդրիկ, ներքին օրգանների ներոզներ և այլն:

Ներասթենիա: Ներոզների ամենատարածված ձևերից է, որն առաջին անգամ որպես հիվանդության առանձին ձև նկարագրել է անցյալ դարի 70-ական թվականներին ամերիկացի բժիշկ Բիրդը:

Ներասթենիայի առաջացման պատճառներից են երկարատև ու ձգձգվող, ոչ սուր բնույթ կրող հիվանդությունները, գերլարվածությունը, մտավոր և ֆիզիկական գերհոգնածությունը, անքնությունը, ինչպես նաև հուղական բացասական ապրումները, կանոնավոր հանգստի ֆացակայությունը, որոնք հասցնում են նյարդային համակարգի հյուծման:

Հիվանդությունը մեծ մասամբ առաջանում է թույլ և անկայուն նյարդային համակարգ ունեցող անձնավորությունների մոտ:

Ներասթենիայի բնորոշ ախտանշաններից են՝ բուժ 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:

Ներասթենիայի 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 ամենաշնչին խանգարումների հանդեպ: Գանգատվում են սրտի շրջանի ցավերից, սրտի խփոցներից կամ «նվաղումից», աղեստամոքսային ոլորտի

շրջանում եղած անախորժ զգացումներից, մեջքի ցավերից, սեռական թուլությունից և այլն:

Ներաստենիային բնորոշ են վեգետատիվ խանգարումները, որոնք կարող են արտահայտվել ծայրանդամների սառեցմամբ, գերքրտնարտադրությամբ, ոչ հազվադեպ՝ սուբֆերրիլ ջերմությամբ, երակազարկի և զարկերակային ճնշման անկայունությամբ, արտահայտված դերմոզրաֆիզմով, ինչպես նաև ջլալին ռեֆլեքսների լարձրացմամբ, ձեռքերի մատներին դողով, մկանային ցավերով, մաշկի առանձին հատվածների գերզգայնությամբ, տարազգայնությամբ և այլ երևույթներով:

Վերոհիշյալ ախտանշաններն անպայման չէ, որ բոլոր հիվանդների մոտ նույնությամբ արտահայտվեն: Դա առիթ է տվել առանձնացնելու ներաստենիայի երկու ձևեր՝ հիպերսթենիկ և հիպոսթենիկ:

Հիպերսթենիկ ձևի դեպքում առկա են արտահայտված դուրազորությունը, 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, թորոշմածությամբ, 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:

Ներաստենիան կարող է տևել մի քանի ամսից մինչև մի քանի տարի հատկապես այն դեպքում, երբ հիվանդածին գործոնները դեռևս շարունակվում են գոյություն ունենալ: Ներաստենիայի ձգձգվող ընթացքի դեպքում խոսքը գնում է արդեն անձի նկրտիկ զարգացման մասին: Նման հիվանդների մոտ ներաստենիային բնորոշ ախտանշանները զուգորդվում են բնավորության գծերի որոշակի ախտաբանական զարգացմամբ:

Հիստերիկ ցերոզ: 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 «շար ոգիները», «դևերը», իբր թե մտնելով մարդու մարմնի մեջ, նրան հիվանդացրել են:

ենյեւով 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 հիվանդութուն 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 ներոգլի կլինիկական նշանները չափազանց բազմազան են ու խայտաբղետ: Բավականին հաճախ հանդիպող ախտանշաններից են՝ հույզերի անզսպվածությունը, տրամադրության արագ տատանումները: Հիստերիկ ներոգլով 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 ներոգլով տառապող հիվանդները նմանակեղծում են նյարդային կամ սոմատիկ այս կամ այն հիվանդութունը, ցավային համախտանիշը, իրենց ներկայացնում են որպես ծանր հիվանդներ, շրջապատից վշտացած ու փրավորված, դժբախտ անձնավորություններ: Նրանք չնչին պատճառներից, ընտանեկան մանր վեճերից, աշխատանքային աննշան գծտոթյուններից ուժեղ ունակցիաներ են տալիս, բարձրաձայն ու հեկեկոցներով լաց լինում, կոկորդում պզալով սեղմոցներ ու խեղդոցներ («հիստերիկ գունդ» (globus hystericus), երբեմն ցուցադրական ձևով դիմում են ինքնավնասումների և նույնիսկ ինքնասպանության փորձերի:

Հիստերիկ ներոգլով 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 քառասային 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 բերի՝ լույսի հակազդման ռեակցիան, էպիլեպսային ցնցումային մեծ նոպային հակառակ, պահպանվում է: Նոպայից հետո հիվանդը զանգատվում 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, հեռոնների, շնչարգելության, սրտի շրջանի ցավերի, ամբողջ մարմնի դողոցի և շատ ու շատ այլ ձևվերով:

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 բրնույթի սրտխառնոթյուններն ու փսխումները, ախորժակի բացակայությունը (անորեքսիա), գկրտոցները, հազը և այլն: Բարեբախտաբար այդ

բոլորը ֆունկցիոնալ բնույթ է կրում, և համալիր բուժումը (պսիխո-
ֆարմակո-ֆիզիոթերապիա) լավ արդյունք է տալիս:

Կաշուն վիճակների ներդրում: Ներդրումների այս ձևի դեպքում հիվանդնե-
րի մոտ առաջանում են նրանց համար խորթ մտքեր, հիշողություններ,
կասկածանքներ ու վախ, անհաղթահարելի հակումներ ու գործողու-
թյուններ, որոնց անմատոթյունն ու հիվանդագին բնույթը գիտակցելով
ու հասկանալով հանդերձ, ցանկանում են դրանցից ազատվել, բայց չեն
կարողանում:

Նման երևույթներ կարող են առաջանալ նաև առողջ կամ բնավորության պսիխոսթե-
նիկ գծեր ունեցող մարդկանց մոտ, որոնք պատահական ու կարճատև բնույթ են կրում:
Օրինակ, որևէ երաժշտություն հաճախ չի հեռանում մարդու մտքից նույնիսկ այն ժա-
մանակ, երբ այդ մասին այլևս չեն ուզում մտածել: Երբեմն մարդու մոտ որևէ միտք է
առաջանում, որը որոշ ժամանակ, նրա կամքից անկախ, դառնում է կաշուն ու
ձանձրալի: Դեպքեր են հանդիպում, երբ ոմանք իրենց ցանկությունների իրագործումը
կապում են որոշակի ծիսակարգերի ու գործողությունների հետ:

Այլ պատկեր է կաշուն վիճակների ներդրում տառապող հի-
վանդների մոտ: Այն առավելապես առաջանում է ասթենիզացիայի են-
թարկված անձնավորությունների մոտ, որտեղ կարևոր ելակետ են հա-
մարվում աֆեկտիվ ուժեղ ապրումները՝ հատկապես վախը:

Նման դեպքերում հիվանդները գիտակցում են կաշուն այդ վիճակ-
ների անխմաստությունն ու անհեթեթությունը, դրանց նկատմամբ քնն-
նադատորեն են մոտենում, սակայն գիտակցության մեջ բռնի ձևով ներ-
մտած ու արմատացած հիվանդագին այդ երևույթների դեմ չեն կարո-
ղանում պայքարել ու դրանք հաղթահարել:

Կաշուն վիճակները խիստ շատ են ու բազմազան: Առավել հաճախ
հանդիպում են կաշուն վախերը (ֆոբիաներ)՝ վախ բարձրությունից (գիպ-
սոֆոբիա), բաց տարածությունից, հրապարակներից ու փողոցներից (ա-
գորաֆոբիա), փակ տարածությունից, շենքերից (կլաուստրոֆոբիա), սուր
առարկաներից (օբսիֆոբիա), կեղտոտվելուց (միզոֆոբիա), կաշուն հա-
մոզվածություն սեփական մարմնի, դեմքի տգեղության, այլանդակու-
թյան վերաբերյալ (դիսմորֆոֆոբիա), այս կամ այն հիվանդությամբ
վարակվելուց (բակտերիոֆոբիա), սրտային հիվանդությամբ հիվանդա-
նալուց (կարդիոֆոբիա), քաղցկեղով հիվանդանալուց (կանցերոֆոբիա),
սիֆիլիսով կամ սպիդով հիվանդանալուց (սիֆիլոֆոբիա, սպիդոֆոբիա),
խելագարվելուց (լիսոֆոբիա), մահից (թանատաֆոբիա), կաշուն վախ
առաջանալուց (ֆորեֆոբիա) և այլն:

Կաշուն մտքերը հաճախ միահյուսվում են դրանք հաղթահարելու

պաշտպանողական կաշուն 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 կաշուն 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 կամթել է իր մարմինը կամ որևէ այլ շարժում է կատարել։

Կաշուն վիճակների ներողի դեպքում ոչ պակաս հազվադեպ են հանդիպում նաև կաշուն հիշողություններն ու մտքերը։ Նման դեպքերում հիվանդները անհաղթահարելի ձևով վերհիշում են իրենց անցած կյանքի, բացասական, տհաճ երևույթները։

Կարող են հանդիպել կաշուն 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։

Կաշուն վիճակները կարող են արտահայտվել նաև կաշուն 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 պիտին մուրճով հարվածելու անհաղթահարելի մղում է առաջացել։

Կաշուն 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 պիտք է կքանստեր։

Կաշուն վիճակների ներողի դեպքում կաշունության հետ միասին առաջանում են նաև ասթենիկ բնույթի ախտանշաններ՝ դյուրազգու-

թյուն, արագ հոգնածություն, քնի խանգարում, ախորժակի բացակայություն: Նրանց մոտ տրամադրությունը մեծ մասամբ լինում է ընկած, ինքնամիտի են, շրջապատում տեղի ունեցող երևույթները նրանց համարյա թե չեն հետաքրքրում. ուշադրությունն ամբողջովին կենտրոնացած է հիվանդության, իրենց վիճակի անհուսալիության վրա:

Կաշուն վիճակների ներոզը երբեմն կարող է քրոնիկական ընթացք քնդունել՝ հասնելով մինչև անձի ներոտիկ զարգացման:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ներոզների 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 ներոզների բուժումը պետք է տարվի համալիր ձևով, հիմնական շեշտը դնելով արտաքին պայմանների փոփոխության, ներոզ 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 ներոզի 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 զըրույցների 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:

Ներոզների բոլոր ձևերի ժամանակ համալիր բուժման քաղաղրամա-

սեր են համարվում ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաները (էլեկտրա-, լուսա- և ջրաբուժումը), էլեկտրաքնարուժումը, ասեղնառեֆլեքսաբուժումը, բուժական ֆիզկուլտուրան, սուսվոտյան մարմնամարզությունը, ջրային շփումները, լողանքները, 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 ներոզների առավել արդյունավետ բուժման համար:

Ներասթենիայի հիպերթենիկ ձևի դեպքում հիմնականում օգտագործվում են արգելակիչ ազդեցություն ունեցող դեղամիջոցներ՝ էլենիում (խլոզեպիդ, լիթրիում)՝ 10 մգ, նոզեպամ (տազեպամ, օքսազեպամ)՝ 10 մգ, ֆենազեպամ՝ 0,5 մգ, բրոմի պատրաստուկներից՝ քրոմիզոլալ (բրոմուրալ)՝ 300 մգ, սեդուքսեն (սիքազոն, ռելանիում, վալիում)՝ 5 մգ և այլն:

Ներասթենիայի հիպոթենիկ ձևի դեպքում կարելի է օգտագործել տրիօքսազին՝ 300 մգ, մեզապամ (ռուդոթել)՝ 10 մգ, տիդնոկարբ՝ 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: Կաշուն վիճակների ներոզի 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 ներոզի 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 ապարգեյալման մեթոդը, էֆիրային նարկոզ, զանազան տրանկվիլիզատորներ, ինչպես նաև ֆիզիոթերապևտիկ արարողություններ (զավանսացում, մեքսում, լողանքներ, բուժական ֆիզկուլտուրա և այլն): Այդ բոլորին զուգընթաց լայն ձևով կիրառվում է ռացիոնալ, հիպնոսային ներշնչում, «նարկոպսիխոթերապիա»:

Ներդրում տառապող հիվանդներին մոտ հաճախ տեղ է գտնում դեպքերեսիվ համախտանիշը: Նման դեպքերում ընդհանուր բուժմանը զուգահեռ պետք է նշանակել հակադեպրեսանտներ (ամիտրիպտիլին՝ 25 մգ հաբեր կամ 1 0% լուծույթ, մելիպրամին՝ 25 մգ հաբեր կամ 1,25 0% լուծույթ, ազաֆեն՝ 25 մգ, պիրազիդոլ՝ 25 մգ և այլն):

Ներդնների բուժման գործում հսկայական նշանակություն ունի քնի կարգավորումը: Այդ նպատակով լավ է երեկոյան զրոսանքը, քնելուց առաջ ոտքերի տաք լողանքները, ինչպես նաև քնաբերների օգտագործումը՝ նիտրագեպամ (ռադեդորմ)՝ 5 մգ, բարբիտալ՝ 300 մգ, ամինազին՝ 25 մգ, բրոմիզոլալ՝ 300 մգ, էլեկտրաքնաբուժում և այլն:

Ներդնների բուժման կարևոր գործոն է աշխատանքային թերապիան: Ներդրում տառապող հիվանդին երկար ժամանակ անաշխատունակության թերթ տալը և հատկապես ոչ տեղին հաշմանդամության տեղափոխելը կարող է հասցնել անցանկալի հետևանքների՝ ֆիքսելով ու խորացնելով ներդրային զանգամները, որոշ դեպքերում նույնիսկ պատճառ դառնալով յատրոգենիայի առաջացման:

Ներդնների կանխարգելման գործում մեծ նշանակություն ունի բնավորության ճիշտ դաստիարակումը, օրգանիզմի և նյարդային համակարգի կոփումը, ինչպես նաև վնասակար սովորությունների, հատկապես ալկոհոլամոլության և թմրամոլության դեմ տարվող պայքարը:

Ներդնների դատահոգեբուժական փորձաքննությունը դժվարություն չի ներկայացնում, քանի որ այդ հիվանդությունների դեպքում հիվանդները միշտ էլ ի վիճակի են ղեկավարել փրենց ու հաշիվ տալ իրենց կատարած արարքներին:

ՌԵԱԿՏԻՎ ՊՍԽՈՋՆԵՐ

Ռեակտիվ պսիխոզները պսիխոզեն 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 ՊՍԻԽՈԶԵՆ (ԱՖԵԿՏԻՎ-ՇՈԿԱՅԻՆ) ՌԵԱԿՑԻԱՆԵՐ

Սուր պսիխոզեն ռեակցիաները սկսվում են հանկարծակի, կյանքին վտանգ սպառնացող, ստրեսային բնույթ կրող հոգեկան տրավմաներից (երկրաշարժ, հրդեհ, ջրհեղեղ, նավաբեկություն, ռմբակոծություն, հարազատի անսպասելի կորուստ և այլն):

Սուր պսիխոզեն ռեակցիաները կլինիկորեն արտահայտվում են երկու ձևով՝ հիպերկինետիկ և հիպոկինետիկ:

Հիպերկինետիկ ձևը կամ ռեակտիվ գրգռվածությունը բնորոշվում է հանկարծակի սկսվող և քաոսային քնույթ կրող շարժողական արտահայտված գրգռվածությամբ (շարժողական փոթորիկ): Գիտակցության խանգարման (ենդացման) ֆոնի վրա ընթացող շարժողական այդ գրգռվածությունն ուղեկցվում է վախի ու տագնապի երևույթներով, անձիտ ու չգիտակցված արարքներով: Կողմնորոշման խանգարման հետեւվանքով հիվանդներն այս ու այն կողմ են վազում, շեն նշմարում այդ րոպեին 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 (բոպեններից մինչև մեկ ժամ), վերջանում է անհիշողությամբ:

Հիպոկինետիկ ձևը կամ ռեակտիվ սառլպուրը 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, շնայած առկա ահեղի վտանգին, ի վիճակի չի լինում փախչել, բղավել կամ պաշտպանվել (հուզական պարալիզ): Ռեակտիվ ստուպորը նույնպես կարճատև է՝ (րոպաներից մինչև ժամեր), վերջանում է անհիշու-թյամբ:

Սուր պսիխոզեն ռեակցիայի ինչպես հիպերկինետիկ, այնպես էլ հիպոկինետիկ ձևերը ուղեկցվում են անոթամեգենտատիվ մի շարք խանգարումներով (դեմքի գունատություն, երակազարկի արագացում, քրտնարտադրություն, լուծ, ակամա միզարձակություն և այլն):

ՉԳՉԳԱՈՂ ՌԵԱԿՏԻՎ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Չգձգվող ռեակտիվ պսիխոզները զարգանում են աստիճանաբար, երկարատև ներգործող հոգեկան բացասական ազդակների հետևանքով: Անշուշտ, նշանակություն ունեն նաև լրացուցիչ, օրգանիզմը, և հատկապես նյարդային համակարգը, հյուծող անբարենպաստ գոոթոնների 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 պսիխոզեն խանգարումների ամենահաճախ հանդիպող ձևերից է: Հիվանդությունն արտահայտվում է տրամադրության անկմամբ ու ընկճվածությամբ: Հիվանդների դեմքը տխուր է ու թախծալի: Առկա է հոգեշարժական արգելափում, 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-

զան պատկերացնում են ամենամոռյալ 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: Չեն սնվում, արագ նիհարում են: Փունը խանգարվում է: Դիտվում են նաև վեգետատիվ մի շարք խանգարումներ (երակազարկի արագացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում, սրտի շրջանի ցավեր և այլն):

Հիվանդությունը համեմատաբար երկար է տևում և մեծ մասամբ վախժած է այն բանից, թե ինչ դեր է խաղացել պոխոզեն 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 քշփշում, 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 հաշվհարդարի 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, տազնապալից, երբեմն գրգռվում են, հան-

գլխատ շեն 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 պարանոխդը, 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 տողորվածությունը: Ախտորոշման գործում որոշիչ դեր է խաղում հիվանդի անձի պահպանվածությունը, շիզոֆրենիային բնորոշ հուզականային և այլ ախտանշանների բացակայությունը, ինչպես նաև հիվանդության դարձունակությունը, անձի հետեակտիվ ասթենիայով:

Ռեակտիվ պարանոխդը կարող է տեել շաբաթներից մինչև 1—2 ամիս, որը կախված է հոգեկան տրավմայի լուծվածից ու տևողությունից:

Հոգեկան խանգարման վիճակից դուրս գալուց հետո հիվանդներին մոտ միաժամանակ առկա է լինում անձի հետեակտիվ 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:

Ինդուկցիված զաթանցանքը հապվադեպ է հանդիպում: Բուժումը լավ արդյունք է տալիս, մասնավանդ, երբ հիվանդը մեկուսացվում է ինդուկցիոն:

Ռեակտիվ ճիստերիկ 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 մթնշաղալին վիճակը, պսևդոդեմենցիան, գանգերյան համախտանիշը, պուերբիլիզմը, ռեակտիվ հիստերիկ ստուպորը և այլն:

Հիստերիկ մթնշաղալին վիճակը բնորոշվում է գիտակցության նեղացմամբ, կողմնորոշման խանգարմամբ և շրջապատի ընկալման դժվարացմամբ: Հիվանդներին 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 մթնշաղալին վիճակում գտնվող հիվանդների վարքը բավականին ցուցադրական է, շնայած որ նրանք ամբողջովին կլանված են իրենց հիվանդագին ապրումներով: Նրանց շարժումները, 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 մթնշաղալին 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 անևիտ 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:

Կանգերյան 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 զիտակցության 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 ամփոփել: Գանզերյան համախտանիշը սուր ընթացք ունի, տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս, վերջանում է լրիվ առողջացմամբ ու հետագա ամենզիայով:

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, բռլաբռնելով դիմում են «քեռի», «մորաքույր» անուններով, լաթի կտորներից տիկնիկ են սարքում, նրանով խաղում ու հրճվում, կամ հասակավոր տղամարդը փայտի կտորին է «հեծնում» ու «ծի-ծի» և 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 կամակորոթյուն: Պոստերիկզմը հոգեբանական յուրատեսակ պաշտպանողական ռեակցիա է, որի ժամանակ տեղի է ունենում անծի 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 համբույժմամբ և անշարժությամբ: Առկա են պասիվ նեգատիվիզմի երևույթներ: Ի տարբերություն կատատոնիկ ստուպորի, հիստերիկ ստուպորի ղեպչում հիվանդների դիմաշարժումներն արտահայտիչ են, մեծ մասամբ թախծալից, մռայլ, ինչը համապատասխանում է նրանց աֆեկտիվ ապրումներին: Հոգեկան խանգարում առաջացնող պատճառի հարցը շուրափելիս վեգետատիվ նկատելի ռեակցիաներ են առաջանում (երակադարկ և շնչառության արագացում, դեմքի արյունալցում և այլն): Վատ սնվելու պատճառով հիվանդները հյուծվում են: Հիստերիկ ստուպորի տեղափոխությունը տարբեր է՝ կախված հոգեծին գործոնից: Ստուպորային վիճակից դուրս գալուց հետո որոշ դեպքերում հիվանդների մոտ ասթենիկ վիճակ է առաջանում:

Յատրոգենիան (jatrae — բժիշկ, genes — առաջացած) հիվանդագին վիճակ է, որն առաջանում է քժշկի, 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, փրենց առողջության վրա դողացող, հեշտ ներշնչվող, սենզիտիվ և այս կամ այն պատճառից ասթենիայի ենթարկված անձնավորությունների մոտ։ Յատրոգենիան կարող է արտահայտվել կաշուն վախերի, դեպրեսիվ վիճակների, հիպոխոնդրիկ ապրումների, գերարժեք մտքերի և այլ ձևերով։ Գրականության մեջ բերվում է հետաքրքիր օրինակ, երբ բժիշկը անդգուշաբար հիվանդին ասում է, որ նրա մոտ «ոչ թե սիրտ է, այլ լաթի կտոր»։ Այդ խոսքերը լսելուց հետո հիվանդը խիստ վախեցած հագիվ տուն է հասնում, պառկում անկողնում և մահվան է սպասում։

Յատրոգենն բնույթի հիվանդագին վիճակների կանխարգելման գործում մեծ նշանակություն ունի լուծանձնակազմի 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 պսիխոզեն ռեակցիաների կարճատևության պատճառով հաճախ բժշկական միջամտության կարիք չի զգացվում, քանի որ մինչ այդ հիվանդն արդեն ինքնաբերաբար դուրս է գալիս հոգեկան խանգարման վիճակից։

Այնուամենայնիվ, սուր պսիխոզեն ռեակցիայի հիպերկինետիկ ձևի դեպքում, եթե հնարավոր է լինում արդ 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 ամփտալ-կոֆեինային ապարգեւակում, ռաուշ նարկոզ։

Հիվանդին հոգեկան սուր խանգարման վիճակից հանելուց հետո, քստ անհրաժեշտության, անց է կացվում ընդհանուր համալիր բուժում, որտեղ հիմնական շեշտը դրվում է համախտանշական բուժման վրա։

Ռեակտիվ դեպրեսիայի դեպքում պետք է նշանակել հակադեպրեսանտներ՝ ամփոտրիպտիլին (տրիպտիզոլ)՝ 25 մգ կամ 1 0/0 լուծույթ,

պիրագիդոլ՝ 25 մգ, ազաֆեն՝ 25 մգ: Բավականին լավ արդյունք է ըստացվում հակադեպրեսանտների և տրանկվիլիզատորների զուգակցված բուժումից (տե՛ս ներոզների բուժումը):

Ռեակտիվ զառանցանքային պսիխոզների ժամանակ կիրառվում են հանգստացնող ազդեցություն ունեցող նեյրոլեպտիկներ՝ ամիւազին՝ 25 մգ կամ 2,5 0/0 լուծույթ, տիզերցին՝ 25 մգ կամ 2,5 0/0 լուծույթ, քլորպրոտիքսեն՝ 15—20 մգ: Խորհուրդ է տրվում այդ բույուով հանդերձ տրիֆտագինի (ստեւագին) 0,2 0/0 լուծույթի 5—10 մգ կամ հալոպերիդոլի 0,5 0/0— 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 250/0— 7—10 մլ ծծմբաթթվային մագնեզիումի զուգակցված միջմկանային ներարկումը, կամ 50/0— 10 մլ բարբամիլի և 10 0/0— 10 մլ գլուկոնաթթվային կալցիումի զուգակցված միջմկանային ներարկումը:

Ստուպորային և պսևդոդեմենտ վիճակների դեպքում լավ արդյունք է առաջացնում ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակումը: Հիստերիկ ստուպորի դեպքում խորհուրդ է տրվում նաև գլուկոնաթթվային կալցիումի կամ կալցիումի քլորիդի 10 0/0 լուծույթների ներարկումներ, ուղեկցված ռացիոնալ պսիխոթերապիայով, սինդոկարբի հարվածային դեղաչափ՝ օրական 30—40 մգ: Առաջարկվում է նաև տրանկվիլիզատորների միջոցով կատարվող կուրսային բուժում (տե՛ս ներոզների, մասնավորապես՝ հիստերիկ ներոզի բուժումը):

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 փրավիճակի հետ: Նման դեպքերում քրեական գործը կասեցվում է, և հիվանդը բուժման է ենթարկվում: Առողջանալուց հետո նա պատասխանատվության է ենթարկվում ընդհանուր հիմունքներով:

ՊՍԻԽՈԳԱԹԻԱՆԵՐ

Պսիխոպաթիան անձի ախտաբանական խառնվածք է, որը բնորոշվում է հոգեկան ֆունկցիաների աններդաշնակությամբ և դրանով պայմանավորված վարքի անհամապատասխանությամբ, կոնֆլիկտայնությամբ:

Ինչպես նշում է Գ. Շնայդերը, պսիխոպաթները կամ լիքենք են տառապում իրենց բնավորության աննորմալությունից, կամ էլ ուրիշներին են տառապանքի մատնում:

«Պսիխոպաթիա» տերմինի հոմանիշներն են «պաթոլոգիական անձնավորություններ», «բնավորության անոմալիաներ», «պսիխոպաթ կոնսուտիտուցիաներ», իսկ ոմանք պսիխոպաթիաներն անվանում են բնավորության այլանդակություններ: Հուզականամային անկայունությունը պսիխոպաթ բնավորության հիմնական գծերից է և ավելի է նպաստում կոնֆլիկտային իրավիճակներին 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 շեղավածության (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 գրգիռներին 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, զրգովող, ցուցամոլ, էքստրավերտիվ, կաշուն, 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 շնչին 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, ջնորք, գիտակցության մթափում և այլն: Բացի այդ, պսիխոպաթիաները չունեն հիվանդության ընթացք, այսինքն՝ հիվանդության սկիզբ, զարգացում, ելք, ավարտ: Պսիխոպաթիան տվյալ անձնավորության բնավորության ողջ կյանքի ընթացքում տեական կայուն պաթոլոգիական վիճակ է:

Ներկայումս չկա պսիխոպաթիաների համընդհանուր դասակարգում: Այս հարցում ամենից ավելի ճանաչված են Պ. Բ. Գանուշկինի, Գ. Շնայ-

դերի, է. Կրեպելինի, Կ. Կրեյմերի, Օ. Վ. Կերեկովի աշխատությունները: Նրանց կողմից նկարագրվել են պսիխոպաթիաների ավելի հաճախ դիտվող ձևերը:

ՊՍԻԽՈՊԱԹԻԱՆԵՐԻ ՁԵՎԵՐԸ

Պսիխոպաթիայի սկզբնական նշաններն արտահայտվում են մանկական և պատանեկան տարիքում, սակայն սեռական հասունացման շրջնում պսիխոպաթիկ հատկանիշները կարող են մեղմանալ կամ լրիվ անհետանալ (դեպսիխոպաթիզացում) կամ, ընդհակառակն, կտրուկ սրանալ՝ ընդհուպ մինչև ծանր պսիխոպաթիայի ձևավորումը:

Առանձնացվում են պսիխոպաթիաների հետևյալ ձևերը.

Ասթենիկ պսիխոպաթենքը 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, ձրգտում ստվերում մնալ, առանձնանալ հասարակությունից, ամփոփվել իրենց մեջ: Դա շիզոֆրենիայի կամ շիզոֆրենիայով հիվանդի ինքնամփոփություն է, որոնց մոտ առաջանում է երևակայությունների, ցրնորքների, ցնորազառանցանքային ապրումների իրենց ուրույն ներաշխարհը, այլ անպաշտպան, խոցելի անձնավորության խնքնամփոփություն 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 պսիխոպաթիաները հաճախ զանգատվում են վատ խնքնազգացողությունից, գլխացավներից, թուլությունից, սրտի խփոցից, մարմնի տարբեր մասերում տհաճ զգացումներից, գլխապտույտից, ընկճված տրամադրությունից. նրանց մոտ նշվում են զարկերակային ճնշման տատանումներ:

վերոհիշյալ ասթենիկ բնույթի ախտանշաններն ալելի 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 տազնապալից կասկածամտությունն է: Նրանք մանրազնին վերլուծության ձև 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, ինքնաախատինքների և ինքնախարազանման: Դա էլ ալելի 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 տաղնապալի կասկածամտության հետ կապված, դեկոմպենսացիայի դեպքում նրանց մոտ առաջանում են տարբեր սեեռուն վիճակներ (մտքեր, վախ, ծանր հիվանդության առաջացման երկյուղ), որոնք կարող են բերել հիպոֆունդրիկ համախտանիշի զարգացմանը:

Իրենց առօրյան հեշտացնելու նպատակով պսիխասթենիկները ջանում են տանն ու աշխատավայրում ստեղծել հստակ կարգունկնռն, որի պայմաններում հաճախ պետք չի լինում ընդունել տանջալից որոշումներ և դրանով իսկ գոնե ինչ-որ չափով շեղոքացնում են իրենց տազնապալի կասկածամտությունը:

Կրկնվող (էպիլեպտիկ) պսիխոպաթները, ըստ է. Կրեպելինի, աչքի

են ընկնում հուզական ուժեղ գրգռականությամբ: Ամենաշնչին առիթը կարող է առաջացնել աֆեկտիվ արտահայտված գերզգայական ռեակցիա, լինի դա զայրույթ, վախ, ուրախություն, շարունակություն և այլն: Երբեմն գերզգայական նույններն այնպիսի ուժգնության են հասնում, որ տեղի է ունենում գիպակցության մթազնում (պաթոլոգիական աֆեկտ)՝ առաջանում է հոգեշարժական գրգռվածություն և կորչում է ըմբռնելու, տեղի ունեցածի համար հաշիվ տալու և իրենց գործողությունները դեկալարելու ընդունակությունը: Նման փրավիճակներում 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, դուրազրգռությունը, մռայլությունը, դաժանությունը պայմանավորում են նրանց վարքը, և նրանց ռեակցիան ու արարքները դարձնում անկանխատեսելի, անսպասելի, ուղղման չենթարկվող: Նրանք շուտ են ընդհարվում, անընդունակ են տեական 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:

Հիպերբիմիկ 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 գերազնահատել իրենց անձն ու հնարավորությունները, սակայն մի փոքր մակերեսային են, թեթևամիտ, շուտ ոգևորվող՝ փնչպես անձնական կյանքում, այնպես էլ աշխատանքում: Նրանք աչքի են ընկնում ճարպկությամբ, հեշտ են հասնում իրենց նպատակներին, վայելում կյանքի բարիքները: Մեկայն շափից ավելի ինքնավնասողությունք, 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 տըրամադրության 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 անիարժեքության, ոչնչության զգացումից, իրենց համարում անընդունակ, անպետք, անընդհատ զբաղվում են խնջանքով և ստացմամբ: Նրանք կյանքից ոչ մի լավ բան չեն սպասում, անհաշտ-զուլությունների, 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 զանգատներ, բայց պսիխոթերապևտիկ զրույցները բարենպաստ ազդեցություն են թողնում, միայն կարճ ժամանակով:

Հիստերիկ պսիխոպաթները հիմնականում դեկավարվում 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, շարժուձեռի, խոսքի մեջ: Ամեն ինչ նախանշված է արտաքին ազդեցության համար, պայմանավորված «ճանաչման արժանանալու ծաբավով»:

Դիտվում է բնավորության ծայրահեղ անկայունություն, փոփոխաձևություն: Նրանց կարճիքները, վարքը, զգացմունքները կախված են

իրավիճակից: Հիստերիկները ձգտում են երևալ ավելին, քան իրականում կան (Յասպերս), երբեմն դիմում են կեղծ վկայությունների, ինքնապրպարուման՝ ամեն զնով 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, համրություն, 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 մտացածին 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 ներողներ, դաշտանադադարի շրջանում հաճախ սրվում են քնավորության ախտաբանական գծերը: Սոցիալական լավ պայմաններում հնարավոր է տևական կոմպենսացիա:

Անկայուն պսիխոպաթները անկամ, թույլ քնավորության 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 մեթոդական կապեր, մի խմբից հեշտությամբ անցնում են մյուսին, ա-

ռանց երկմտանքի փոխում են որոշումներն ու նպատակները: Դպրոցում վատ են սովորում, շնայած մտավոր ունակությունները վարող 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» աստիճանաբար 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 գծով՝ 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, սեթեթ, 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 խնդիրներով 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 կարճ են ու կտրուկ, երբեմն վատ հասկանալի, քանի որ պաճուճապարդ են արտահայտում իրենց մտքերը՝ հաճախ դիմելով սխմելունքին, դատարկաբանությանը: Ազատ ժամանակը նվիրում են «աուտիստական»

զբաղմունքներին՝ ընթերցանությանը, միայնակ զբոսանքներին, բնու-
թյամբ զմայլվելուն:

Շիզոֆրենիայի բնավորության հիմքը, ըստ Կրեշմերի, այսպես կոչված, պսիխէսթետիկական համամասնությունն է, այսինքն՝ գերզգայնության (հիպերէսթեզիայի) և զգացմունքային սառնության (անեսթեզիայի) գո-
ւալցումը: Հիպերէսթեզիայի գերազանցման դեպքում խոսքը գնում է զգայական շիզոֆրենիկ մասին՝ միմոզանման, խոցելի, իսկ անեսթեզիան (զգացմունքային սառնությունը) հատուկ է էքսպանսիվ շիզոֆրենիկին:

Զգայական շիզոֆրենիկը «գերնրբազգաց», հիվանդագին զգայնու-
թյուն ունեցող, վարքագծի նորմերը պահպանող, հոգեկան հավասարա-
կշռությունը խոր վերապրող անձնավորություններ են:

էքսպանսիվ շիզոֆրենիկը սթենիկ, կամալին անձնավորություններ
են, որոնք հաշվի չեն նստում մյուսների հետ: Հաճախ դրանք մեծամիտ,
սառը, սկզբունքային մարդիկ են, ընդունակ չեն ապրումակցության և
անտարբեր են առանձին մարդու ճակատագրին:

Ե՛վ զգայական, և՛ էքսպանսիվ շիզոֆրենիկը հոգեցունց իրավիճակ-
ների 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 հետաքրքրու-
թյուններով, մտածողության միակողմանիությամբ: Նրանք էգոցենտրիկ
են, տառապում են արտահայտված մեծամտությամբ: Այն ամենը, ինչ
սերտորեն կապված է նրանց ու նրանց շահերի հետ, ուշադրության ար-
ժանի է թվում: Նրանք համառորեն պաշտպանում են իրենց համոզ-
մունքները, եթե նույնիսկ բոլորին էլ ակնհայտ է դրանց անճշտությամբ,
և տրամաբանական հետևություններն ու փաստարկները բոլորովին էլ
չեն կարող սասանել նրանց վճռականությունը դրված խնդրի իրակա-
նացման գործում: Սթենիկ են, համառ, կասկածամիտ. յուրաքանչյուրը,
ով համաձայն չէ իրենց հետ, արժանանում է թշնամի, չարակամ, նա-
խանձ կոչմանը: Պարանոյալ պսիխոպաթների արժանիքները և ճշմար-
տացիությունը չճանաչելը հանգեցնում են շրջապատի մարդկանց հետ,
ընդհարումների ենթադրվող թշնամիների դեմ պայքարի: Սէհաշողու-
թյունները նրանց չեն կանգնեցնում, այլ նոր ուժ են տալիս այդ պայ-
քարում, որը կարող է երկար շարունակվել, առավել ևս, որ պարանոյալ
պսիխոպաթների տրամադրության ֆոնը իշած է՝ լարվածության երան-
գով: Ֆիքսվելով վիրավորանքների վրա, շցուցաբերելով բավարար

քինադատական վերաբերմունք, նրանք վրեժի ծրագրեր են մշակում, մեկը մյուսի հետեւից բողոքներ գրում, որոնք ամբողջական հատորներ են կազմում (հայցամուլներ, դատամուլներ) 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, մեղամղձոտ գաղափարները: Ի տարբերություն զառանցանքների, դրանք սերտորեն կապված են ունալ 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, ներոզներ, էնդոկրին հիվանդություններ, գրվիտալիզմի 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, նախաժերունական և ծերունական հասակ, երբ պերվերզիվ մղումներն ուժեղանում են): Սեռական աղավաղումներից են՝

Համոսեֆուալիզմ. հակում միևնույն սեռին պատկանող անձանց հանդեպ: Կանանց մոտ դա լեսբիականությունն է, տղիբադիան, տղամարդկանց մոտ՝ պեդերաստիան, արվամոլությունը: Մադիզմ՝ սեռական բավարարվածություն, որն առաջանում է սեռական հարաբերությունը զուգընկերոջը տանջելու հետ ուղեկցելու ձևով (ընդհուպ մինչև գազանային խոշտանգումներն ու նույնիսկ սպանությունները): Մազոխիզմ՝ սեռական բավարարվածություն զուգընկերոջ կողմից՝ նվաստացումներին ու տվախտանքների ենթարկվելու ձևով: Տրանսվեսսիզմ՝ սեռական բավարարվածություն հակառակ սեռի հագուստը կրելու միջոցով: Էֆեմբիզիզմ՝ սեռական բավարարվածություն հակառակ սեռի անձանց ներ-

կայությունը սեռական օրգանները ցուցադրելով: Ֆեռիլիզմ՝ հակառակ
սեռին պատկանող հագուստի առանձին առարկաները (սպիտակեղեն,
կոշիկ և այլն) հավաքելով. սա բնորոշ է տղամարդկանց: Պեդոֆիլիա՝
սեռական հակում երեխաների հանդեպ: Ինցեստ՝ սեռական հակում մեր-
ձավոր բարեկամների հանդեպ: Գերոնտոֆիլիա՝ սեռական հակում ծե-
րունիների հանդեպ: Նեկրոֆիլիա՝ սեռական հակում դիակների հանդեպ:
Սոդոմիա՝ սեռական հակում կենդանիների հանդեպ: Պիզմալիոնիզմ՝
սեռական հակում արձանների հանդեպ: Նաբցիսիզմ (աուտոէրոտիզմ)՝
ինքնատիրահարվածություն, սեռական գրգռումն առաջանում է սեփա-
կան մարմինը զննելիս կամ դրա արտացոլումը հայելու մեջ նայելիս:
Ակտոնոֆիլիա, վիզիոնիզմ՝ սեռական գրգռումն առաջանում է սեռական
հարաբերություն, միջարձակություն կամ դեֆիկացիա գաղտնի նայե-
լիս: Օնանիզմ՝ սեռական օրգանների մեխանիկական գրգռում սեռական
բավարարվածություն ստանալու նպատակով (ֆիզիկական օնանիզմ)
կամ տարփանքի հասնել էրոտիկ թեմաներով ուժեղ երեակայության մի-
ջոցով (հոգեկան օնանիզմ):

ՊՍԻԽՈՊԱԹՈՒԱՆՆԵՐԻ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ

Պսիխոպաթիաները կարող են լինել բնածին և ձեռքբերովի: Բնածին
պսիխոպաթիաների մասին խոսում են սադմի կամ պտղի վրա վնասա-
կար նյութերի ազդեցության դեպքում. նշանակություն ունեն ժառան-
գական գործոնը, ծննդաբերական վնասվածքները, վաղ հեմոնդյան շր-
ջանի ախտաբանությունը, սիֆիլիսն ու ալկոհոլամոլությունը, բիդմնա-
վորումը հարբած վիճակում (ֆրանսիացի հեղինակների «շաբաթ օրվա
երեխաները»), էմբրիոպաթիաները, ինֆեկցիաներն ու թունավորումնե-
րը: Պսիխոպաթիայի ձևավորմանը մեծապես նպաստում են շրջապատի
անբարենպաստ պայմանները (դաստիարակությունը, հոգեկան տրավ-
մաները): Ըստ Օ. Վ. Կերբիկովի, որոշ դեպքերում զարգացման գործում
գլխավորը կոնստիտուցիոնալ գործոնն է («կորիզային պսիխոպաթիա-
ներ»), այլ դեպքերում՝ շրջակա միջավայրի հոգեծին ազդեցության գոր-
ծոնը («քնավորության հիվանդագին զարգացում»): Սակայն վիճելի է
մնում այն հարցը, թե հոգեծին վնասվածքի ազդեցության տակ առա-
ջացած անձի պաթոլոգիական զարգացումը կարելի՞ է արդյոք որակավո-
րել որպես պսիխոպաթիա:

Պսիխոպաթիայի մասին ուսմունքի առաջացման սկզբնական շրջա-
նում 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 առաջադարձ է համարվում այն տեսակետը, որի համաձայն պսիխոպաթիաների կլինիկական պատկերը իր դրսևորմամբ անփոփոխ չի մնում և ենթակա է որոշակի փոփոխման:

Պսիխոպաթիաների բնածին ձևերի դինամիկան հիմնականում բնութագրվում է քունակական կարգի փոփոխություններով, այսինքն՝ պսիխոպաթիկ առանձնահատկությունների ուժեղացմամբ: Կամ թուլացմամբ: Պարտահայտվում է տրամադրության տատանումներով, հոգեկան, սերավմայների դեպքում ցուցաբերվող հիվանդագին ռեակցիաներով և անձի պաթոլոգիական զարգացմամբ:

Հոգեախտաբանական առանձնահատկությունների նման սրացումներ առաջանում են պսիխոպաթ անձնավորության համար անբարենդապաստ հանգամանքների (ալկոհոլի չարաշահման, մարմնական հյուծման) ազդեցության տակ, երբեմն էլ՝ առանց որևիցե կողմնակի գործոնի: Դրանք համարվում են դեկոմպենսացիայի փեճակներ, որոնք կարող են առաջանալ նաև անցումային շրջաններում (մանկական, արբունքի, կլիմաքսի), 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 կուլեկտիվում 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, գուրգուրանքի 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, նըպաստում է եսասիրության ու եսամոլության զարգացմանը, միշտ ուշա-

դրության կենտրոնում գտնվելու ձգտմանը, այսինքն՝ անձավորության հիստորիկ 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 գրծերը, և հայտ է գալիս պսիխոպաթիաներին բնորոշ վարքագիծը: դա, այսպես կոչված, «նախապսիխոպաթիան» վիճակն է: Այս փուլում դեռահասը տարբեր միջավայրերում իրեն տալիս է պահում: դպրոցում ցուցաբերում է արգելիչ վերաբերմունք պսիխոպաթիաներին 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 թոշքաձև ու հասցրնելով 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 շիզոֆրենիային 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՝ շթողնելով 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 դեաֆորիաները: 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: Հոգեդեղաբանական բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ, որ պսիխոպաթիաների դեպքում դեղորայքների հանդեպ կալույթ 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 հանգրստացնող 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: Զգձգվող 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 դեկավարելու ընդունակությունը:

Հազվադեպ՝ արտահայտված հիվանդագին վիճակների դեպքում (գիտակցության մթնշաղալին վիճակներ, ծանր դեկոմպենսացիաներ), հիվանդները ճանաչվում են անմեղսունակ:

Գ Լ ու խ 22

ԱՆՈՔԱՅԻՆ 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 «երիտա-
սարդացման» մասին:

Աթերոսկլերոզը բազմապատճառային հիվանդություն է: Գիտության
վերջին տվյալների համաձայն նրա պատճառագիտության և ախտածը-
նության գործում դեր են խաղում ինչպես ներծին, այնպես էլ արտածին
բազմաթիվ գործոններ: Կոնստիտուցիոնալ-ժառանգական, հասակային
և ներծին այլ գործոններից բացի, աթերոսկլերոզի առաջացման գոր-
ծում մեծ դեր է խաղում ճարպային փոխանակության խանգարումը, որի
հետևանքով առաջանում է հիպերխոլեսթերինեմիա:

Արտածին պատճառների մեջ որոշակի նշանակություն ունի տեա-
կան նստակյաց կյանքը, թերշարժունությունը, հուզական երկարատև
լարվածությունը, չափից ավելի ուտելը, հատկապես խոլեսթերինով հա-
րուստ սննդանյութերի չարաշահումը, ինչպես նաև քրոնիկական թունա-
վորումները (հատկապես ալկոհոլ, ծխախոտ և այլն):

Վերոհիշյալ բոլոր պատճառները ժամդրվում են անոթների պա-
տերի ինտիմալի վնասմանը, ճարպակալմանը, շաքարեղացական հյուսված-
քի աճին ու կրակալմանը: Դրա հետևանքով անոթների պատերը հաս-
տանում ու կարծրանում են, որը առաջ է բերում անոթների առանցքի նե-
ղացում, հետևաբար նաև այդ անոթով սնվող համապատասխան հյուս-
վածքի արյան մատակարարման խանգարում:

Գլխուղեղի անոթային բազմաձև խանգարումներն աչքի են զարնում
իրենց յուրահատկությամբ, որը պայմանավորված է ինչպես հիվանդու-
թյան ժանրությամբ ու երկարատևությամբ, այնպես էլ համեմատաբար
բարձր մահացության տոկոսով:

Գրականության տվյալների համաձայն այդ հիվանդության ժամա-
նակ հանդիպող օրգանական խանգարումների մոտավորապես 3/4 դեպ-
քերը ոչ պսիխոզային բնույթի հոգեկան խանգարումներ են: Պսիխոզա-
յին բնույթ վրդող այդ հոգեկան խանգարումներն արտահայտվում են
ներդանման, պսիխոպաթանման վիճակների և օրգանական համախ-
տանիշի ձևով:

Սույն գլխում շարադրվում է գլխուղեղի անոթային ծագում ունեցող
միայն երեք հիվանդությունների՝ աթերոսկլերոզի, հիպերտոնիայի և հի-
պոտոնիայի մասին:

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 ներդանման պատկերով: Հիվանդները զանգատվում են գլխացավից, գլխապտույտից, արագ հոգնածությունից, աշխատունակության անկումից: Ամենավաղ ախտանշաններից է համարվում հիշողության թուլացումը: Հատկապես աչքի է զարնում ընթացիկ դեպքերի ֆիքսացիայի թուլացումը (ֆիքսացիոն ամենզիա), մինչդեռ անցյալ դեպքերի վերարտադրումը համեմատաբար լավ է պահպանված: Հիվանդները գիտակցում են իրենց այդ արատը, զանգատվում 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 ամենզիայի հետ մեկտեղ հիվանդները մոռանում են նաև անցյալը (ռետրոգրադ ամենզիա), ցուցաբերելով կոնֆաբուլատոր բնույթի կեղծ հիշողություններ (կորսակովյալ համախտանիշ):

Տուժում է նաև մտածողության ֆունկցիան: Դանդաղում է մտքերի հոսքը, րժվարանում 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 պոխոպաթանման 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 խիտաբանական այնպիսի վիճակներով, ինչպիսիք են աթենո-դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ, կաշուն-վախալին 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 խիտանշանները և հատկապես համարյա թե միշտ հանդիպող ասթենիան զուգորդվում են տրամադրության անկմամբ, տագնապով ու թախիժով, ոչ հազվադեպ՝ նաև ինքնամեղադրման ու ինքնանվաստացման մտքերով:

Որոշ դեպքերում ասթենո-դեպրեսիվ վիճակը կարող է բարդանալ ճիպոխոնդրիկ մտքերով, վերափոխվելով ասթենո-հիպոխոնդրիկ կամ դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի: Նման հիվանդներն ամբողջովին տարվում են իրենց զանգատներով, անընդհատ դիմում են բժիշկներին, իրենց համարում ծանր, անբուժելի հիվանդներ:

Աթերոսկլերոզային ծագում ունեցող պարանոիդ հումախտոնիշի դեպքում հիվանդներն արտահայտում են հետապնդման, թունափորման, վեժաբերման, վնասի ու կորստի, ոչ հազվադեպ նաև խանդի զառանցական մտքեր: Այդ զառանցանքներին ժամանակ առ ժամանակ կարող են միանալ նաև լսողական բնույթի ցնորքներ՝ թխկոց-շրխկոցների, խրչոցների, 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՝ տեկնով մի քանի օր:

Ոչ պակաս կարևոր տեղ են գրավում գիտակցության տարբեր բնույթի խանգարումներով ընթացող սուր պսիխոզները, որոնք կարող են արտահայտվել ընդհուպ միևնույն սուպոր և կոմա: Հատկապես պետք է նշել ուղեղային արյունազեղումներից հետո առաջացած հետին-սուլտալյին թուլամտության մասին, որն ունի առաջընթաց բնույթ, ծանր դեպքերում հասնում է միևնույն պսևդոպարալիզային համախտանիշի (եղբ խոր թուլամտությունն ընթանում է տրամագրության էյֆորիկ ֆոնի վրա՝ ուղեկցված հիշողության կոպիտ խանգարումներով, անմիտ մեծամոլական զառանցանքներով ու քննադատության բացակայությամբ):

Ուղեղի աթերոսկլերոզի սկզբնական շրջանի ամենահաճախ հանդիպող ներզանման վիճակը պետք է տարբերակել ներասթնիալից: Նրման դեպքերում որոշակի նշանակություն ունի ասթենիայի ֆոնի վրա ընթացող հիշողության թուլությունը, որտեղ աչքի է զարնում հատկապես ֆեքսացիոն ամենզիան, 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 ժերունական 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 ժերունական 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:

Խուժումը: Ուղեղային աթերոսկլերոզի բուժման գործում մեծ նշանակություն ունեն ժամանակին կիրառվող կանխարգելիչ միջոցառումները (ապրեկալերալի, աշխատանքի, հանգստի, քնի և սննդի օգտակար ու-

ժիմ, ճարպեր և ածխաջրատներ պարունակող սննդամթերքների սահմանափակում, ծխելու և խմելու բացառում, ֆիզիկական և հատկապես հոգեկան տրավմաների կանխում և ալլն):

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, ցերեբրոլիդինը՝ 5 մլ միջականաֆին ներարկումների ձևով, էնցեֆալոլը (պիրիդիտոլ)՝ 50 մգ, ացեֆենը՝ 100 մգ և ալլն:

Հակասկիբրոզային դեղամիջոցներից կարելի է նշանակել մեթիոնին՝ 250 մգ, ցետամիֆեն՝ 250 մգ, պոլիսպոնին՝ 100 մգ, միսկլերոն՝ 250 մգ, սոուգերոն (ցինարիդին)՝ 25 մգ, կավինտոն՝ 5 մգ, B խմբի վիտամիններ (B₁, B₆, B₁₂, B₁₅), վիտամին A, C, E, գլուտամինային թթու՝ 0,25 և ալլն: Լավ արդյունք է ստացվում սեղատիվ դեղամիջոցների կիրառումից (սեդուքսեն՝ 5 մգ, էլենիում՝ 5 մգ, ֆենազեպամ՝ 0,05 մգ, գրանդաքսին՝ 50 մգ և ալլն):

Անոթային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների դեպքում պետք է կիրառել համախտանշաբանական բուժում, ինչպես նաև սիրտանոթային, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ հիպոտենզիվ դեղամիջոցներ:

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Հիպերտոնիկ հիվանդությունը բավականին տարածված հիվանդություններից է: Այն, ինչպես և ուղեղային աթերոսկլերոզը, առավելապես հանդիպում է տարեց մարդկանց մոտ, շնայած կարող է առաջանալ նաև երիտասարդ հասակում: Հիվանդության առաջացման գործում տարիքային գործոնից բացի, նշանակություն ունի ժառանգականությունը, անձի նախահիվանդադին կերտվածքը, ալկոհոլի, զանգուղեղային վնասվածքի, պսիխոզեն 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 խթմի խանգարումները, սրտի շրջանի տհաճ զգացումները, ցավերն ու սեղմոցները, հաճախակի գլխապտույտները, ժանրոթյան զգացումը գլխում՝ հիվանդներին դարձնում են լարված ու անհանգիստ. առաջանում են կաշուն 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 հոգեբանատաքանական համախտանիշներ, որոնցից են պարոքսիզմալ համախտանիշը (անոթային կրիզ)՝ ուղեկցված ուժեղ գլխացավով ու գլխապտույտով, գիտակցության կարճատև խանգարումներով: Նման դեպքերում կարող են հանդիպել խոսքի աղավաղման, գրեթե ունակության խանգարման երևույթներ, տեսողության վատացում և այլն:

Պարոքսիզմալ համախտանիշը կարող է անհետևանք անցնել և վերջանալ հիվանդի լրիվ առողջացմամբ: Որոշ դեպքերում պարոքսիզմից հետո ապօրինի վիճակ է առաջանում, որը տևում է բավականին երկար:

Ասթենո-դեպրեսիվ համախտանիշը արտահայտվում է տրամադրության անկումային ֆոնի վրա ընթացող ասթենիկ ախտանշաններով (գլխացավ, գլխապտույտ, արագ հոգնածություն, աշխատունակության անկում և այլն):

Ասթենո-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի դեպքում ասթենիկ ախտանշանները զուգակցվում են հիպոխոնդրիկ մտքերով (չհիմնավորված գանազան 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 շմամածություն՝ 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 խոր 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: Նրանք են արտահայտում են անձի գերազնահատման, մեծամոլական մտքեր:

Կիսակցության խանգարումները հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ սկսվում են հանկարծակի, ուղեկցվում են զարկերակային ճնշման խիստ բարձրացմամբ: Գիտակցության մթաղնումը կարող է արտահայտվել ցնորքներով ուղեկցվող և ատիպիկ ձևով ընթացող դելիրիումային վիճակի ձևով: Այդ վիճակից հիվանդները դուրս են գալիս տեղի ունեցածի նկատմամբ մասնակի ամենագիայով:

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 (զլխացալներ, զլխապտույտներ, ականջներում աղմուկ, ընդհանուր թուլություն, թորշմաժություն, 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 լաուվածություն և դարկերակային ճնշման բարձրացում: Դրանցից են՝ հիվանդի ընտանեկան, աշխատանքի ու հանգստի հարցերի կարգավորումը, սնունդի ճիշտ ուեժիմը, մարմնամարզությունը, ինֆեկցիաների, ինտոքսիկա-

ցիաների, հոգեկան ապրումների և վնասաբեր ալլազակների կանխումը և վերացումը:

Դեղամիջոցային բուժման ժամանակ պետք է հաշվի առնել հիպերտոնիկ հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը, հիվանդի անձի անհատական առանձնահատկությունները: Դեղամիջոցներից կարելի է կիրառել մազնեփում սուլֆատի 25 % լուծույթ, էոֆեդին՝ 150 մգ հաբերի կամ 2,4 % լուծույթի ձևով, դիուրետիկ՝ 300 մգ, դիակարբ՝ 150 մգ, ռեզերպին՝ 0,1 մգ, ադելֆան՝ 0,1 մգ, հիպոթիադիդ՝ 25 մգ, կլոֆեդին՝ 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 (սեդաքսեն՝ 5 մգ, խլոզեպրոլ՝ 10 մգ, դրանդաքսին՝ 50 մգ, տալեպամ՝ 10 մգ, նոզեպամ՝ 10 մգ, օքսիլիդին՝ 20 մգ և այլն):

Կարևոր բուժիչ մեթոդ է պսիխոթերապիան, քնի կարգավորումը (էտնոկոտին՝ 10 մգ, ռադեդոլմ՝ 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 քարձրացնող ու ակտիվացնող պատրաստուկներ (ժենշեն, չինական կիտրոնաթուփ, պանտոկրին, ացեֆեն՝ 100 մգ, կոֆեինի 10 % լուծույթ, սիդնոկարբ՝ 5 մգ, տիդնոֆեն՝ 5 մգ, ցենտեդրին՝ 10 մգ, վիտամին C, B₁, կենսախթանիչներ և այլն): Մեծ նշանակություն ունի բուժական ֆիզկուլտուրան, աշխատանքի ու հանգստի ճիշտ ռեժիմի կազմակերպումը:

Ռատահոգեբուժական 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:

Պ 1 ու խ 28

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ԵՎ ՆԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈՉՆԵՐ

Տարիքային հետզարգացման շրջանում օրգանիզմի ծերացման, խա-
մրման ու մի շարք ախտաբանական փոփոխությունների հետ կապված
երբեմն հոգեկան խանգարումներ կարող են առաջանալ, որոնք ընդուն-
ված է անվանել տարիքային հետզարգացման կամ տարիքային ուշ շրջ-
անի պսիխոզներ:

Տարիքային հետզարգացման պսիխոզները երկու հիմնական խմբ-
երի են բաժանվում՝ նախածերունական (ինվոլուցիոն) և ծերունական
պսիխոզներ:

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ (ԻՆՎՈԼՈՒՑԻՈՆ) ՊՍԻԽՈՉՆԵՐ

Նախածերունական հասակում (50—60 տարեկան) հանդիպող հզ-
պեկան խանգարումներ են, որոնք պայմանավորված են օրգանիզմում
տեղի ունեցող տարիքային մի շարք փոփոխություններով, մասնավորա-
պես սեռական գեղձերի ֆունկցիայի հետաճմամբ:

Հիվանդության առաջացմանն օժանդակող լրացուցիչ գործոններ են
համարվում հոգեկան տեղական ապրումները, ինչպես նաև սոմատիկ
ձգձգվող հիվանդությունները:

Նախածերունական պսիխոզները որպես ինքնուրույն հիվանդություն-
ներ առաջին անգամ նկարագրել է 1896 թ. Կրեպելինը:

Նախածերունական պսիխոզների ժամանակ տեղ են գտնում գլխու-
ղեղի օրգանական փոփոխությունների ֆոնի վրա զարգացող ֆունկցիո-
նալ բնույթի խանգարումներ: Այդ պսիխոզները երբեմն ունենում են
շարորակ ու տեղական ընթացք՝ հասցնելով թուլամտության:
ավելի հաճախ են հիվանդանում:

Ինվոլուցիոն պսիխոզների մի քանի ձևեր կան:

ցիաների, հոգեկան ապրումների և վնասաբեր ալլազաների կանխումը և վերացումը:

Դեղամիջոցային բուժման ժամանակ պետք է հաշվի առնել հիպերտոնիկ հիվանդության արտահայտվածության աստիճանը, հիվանդի անձի անհատական առանձնահատկությունները: Դեղամիջոցներից կարելի է կիրառել մազնեփում սուլֆատի 25 % լուծույթ, էուֆիլին՝ 150 մգ հաբերի կամ 2,4 % լուծույթի ձևով, դիուրետին՝ 300 մգ, դիակալը՝ 150 մգ, ռեզերպին՝ 0,1 մգ, ադելֆան՝ 0,1 մգ, հիպոթիազիդ՝ 25 մգ, կլոֆեփին՝ 0,15 մգ, դիրազոլ՝ 20 մգ կամ 1 % լուծույթ, քրիստեպին, ասկոբիֆինյան թթու՝ 0,5 գ կամ 5 % լուծույթ և այլն:

Սպազմոլիտիկ ազդեցություն ունեն նաև կենտրոնական նյարդային համակարգը հանգստացնող դեղամիջոցները (սեդաքսեն՝ 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 (էտնոկոտին՝ 10 մգ, ռադեդոլմ՝ 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 քարձրացնող ու ակտիվացնող պատրաստուկներ (ժենշեն, չինական կիտրոնաթուփ, պանտոկրին, ացեֆեն՝ 100 մգ, կոֆեինի 10 % լուծույթ, սիդնոկալը՝ 5 մգ, տիդնոֆեն՝ 5 մգ, ցենտեդրին՝ 10 մգ, վիտամին C, B₁, կենսախթանիչներ և այլն): Մեծ նշանակություն ունի բուժական ֆիզկուլտուրան, աշխատանքի ու հանգստի ձեռնարկը: Բուժումը պետք է կազմակերպվի:

Պատահողբերական և գնահատականը: Անոթային հիվանդությունների ժամանակ մեղսոնակության 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:

Գ Լ Ո Ւ Խ 28

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ԵՎ ՆԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Տարիքային հետզարգացման շրջանում օրգանիզմի ծերացման, իս-
մրրման ու մի շարք ախտաբանական փոփոխությունների հետ կապված
երբեմն հոգեկան խանգարումներ կարող են առաջանալ, որոնք ընդուն-
ված է անվանել տարիքային հետզարգացման կամ տարիքային ուշ շր-
ջանի պսիխոզներ:

Տարիքային հետզարգացման պսիխոզները երկու հիմնական խմ-
բերի են բաժանվում՝ նախածերունական (ինվոլուցիոն) և ծերունական
պսիխոզներ:

ՆԱԽԱԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ (ԻՆՎՈԼՈՒՑԻՈՆ) ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Նախածերունական հասակում (50—60 տարեկան) հանդիպող հզ-
պեկան խանգարումներ են, որոնք պայմանավորված են օրգանիզմում
տեղի ունեցող տարիքային մի շարք փոփոխություններով, մասնավորա-
պես սեռական գեղձերի ֆունկցիայի հետաճմամբ:

Հիվանդության առաջացմանն օժանդակող լրացուցիչ գործոններ են
համարվում հոգեկան տեղական ապրումները, ինչպես նաև սոմատիկ
ձգձգվող հիվանդությունները:

Նախածերունական պսիխոզները որպես ինքնուրույն հիվանդությու-
ններ առաջին անգամ նկարագրել է 1896 թ. Կրեպելինը:

Նախածերունական պսիխոզների ժամանակ տեղ են գտնում գլխու-
ղեղի օրգանական փոփոխությունների ֆոնի վրա զարգացող ֆունկցիո-
նալ բնույթի խանգարումներ: Այդ պսիխոզները երբեմն ունենում են
շարորակ ու տեղական ընթացք՝ հասցնելով թուլամտության: Կանայք
ավելի հաճախ են հիվանդանում:

Ինվոլուցիոն պսիխոզների մի բանի ձևեր կան:

Ինվոլուցիոն մեկամաղձություն: Ամենահաճախ հանդիպող ձևերից է: Բնորոշվում է անկումային տրամադրությամբ (ղեկրեսիա), թախծի ֆոնի վրա ընթացող տափապալից անհանգստությամբ: Տարանապաթախային այդ անհանգստությունը հիմնականում պայմանավորված է ինքնամեղադրման, հիպոխոնդրիկ, նիհիլիստական՝ ընդհուպ միևնույն աշխարհի կործանման զառանցանքներով: Հիվանդներն իրենց մեղադրում են զանազան հանցագործությունների մեջ, լացակումած ձևով իրենց նախկին կյանքի ամենաշնչին զանցանքները մեծացնում ու վեր են ածում ծանր ինքնամեղադրման մտքերի, մեղանշում են, վախի ու տափապալից անհանգստության վիճակում սպասում հատուցման ժամին: Խոսում են իրենց ու հարազատներին սպառնացող անխուսափելի դժբախտության, ընտանիքի կործանման մասին: Շարժողական անհանգրստությամբ, ներքին լարվածությամբ ու տափապալի ուղեկցվող իրադանցումային վիճակում (թախծի պոռթկում՝ raptus melancholicus) հոգոցներ հանելով, անընդհատ ձեռքերն են տրորում, հարվածում զրկի՜ն, կրծքին, ծնկներին, երբեմն ճանկոռտում ու վնասում են խրենց, ձագերն 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 ինքնապանովության 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: Նիհարում են, հաճախ հրաժարվում սննդից:

Ինվոլուցիոն մեկամաղձությունը 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 իշխեցմամբ:

Ինվոլուցիոն մեկամաղձությունը պետք է տարբերակել մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլից: Տարբերակիչ ախտորոշման ուղծոթում որոշիչ չափանիշ է համարվում տաղնապտվ ու վախով ուղեկցվող շարժողական գրգռվածությունը (գրգռված մեկամաղձություն), հիպոխոնդրիկ-նիհիլիստական, ինչպես նաև պարանոիդ բնույթի զառանցական մտքերի առկայությունը: Ինվոլուցիոն մեկամաղձության դեպքում բացակայում են Վ. Պ. Պրոտոպոպովի նկարագրած մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզին բնորոշ սոմատո-վեգետատիվ ախտանշանները: Եեթ նշանակություն ու ի նաև տարիքային գործոնը, քանի որ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզը երբեք չի սկսվում նախածեղրունական հասակում: Վերջապես ախտորոշիչ նշանակություն ունի նաև հիվանդության ընթացքի պարբերականության բացակայությունն անցյալում:

Բնվոլուցիոն 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 զցում, բանալիների անցքերով, պատի կամ լուսամուտների ձեղքերով 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 անցուղարձին, դառնում են խիստ կասկածա-
միտ, կորցնում վստահությունը անգամ հարազատների նկատմամբ: Լըր-
տեսում են կարծեցյալ թշնամիներին, նրանց վրա բազմաթիվ բողոք-
ներ են գրում՝ արտակարգ ակտիվություն ցուցաբերելով իրենց հիվան-
դագին համոզմունքները հաստատելու գործում: Պահանջում են պա-
տասխանատվության ենթարկել, պատժել այդ «թշնամիներին»: Որոշ
հիվանդների մոտ դիտվում են նաև ցնորքներ: Ումանք լսում են ձայներ՝
իրենց բնակարանի պատի մյուս կողմից, լսում են հարևանի տանը հա-
վաքված թշնամիների ձայնը, որոնք դավեր են լարում իրենց դեմ. երե-
մունքում են բնակարանում բաց թողնված գազերի հոտը կամ ճաշի մեջ
դրված թույնի հետևանքով ճաշի փոխված համը: Այդ բոլորը հասցնում
է նրան, որ տանը ամեն փնջ փափի տակ են դնում: Վերահիշյալ հոգե-
խառնաշափերը խորանում են հատկապես այն ժամանակ, երբ հի-
վանդագին այդ մտքերին է միանում նաև խանդի զառանցանքը: Նրանք
մշտապես հետևում են աժուռնու կարծեցյալ սիրածներին, հաճախ բա-
ցահայտում են նրանց համատեղ կազմակերպված որոգայթները: Մըշ-
տապես գտնվում են լարված վիճակում, դառնում են ինքնամփոփ, մարդ-
կանցից խուսափող, իսկ որոշ մասն էլ՝ ագրեսիվ ու վտանգավոր շրջա-
պատի համար:

Ինվոլուցիոն պարանոիդը քրոնիկական ընթացք ունի. ժամանակ
առ ժամանակ կլինիկական պատկերը փոխվում է, նկատվում է որոշ
զավաթում, ախտանշանների մեղմացում: Հետագայում հիվանդի վիճա-
կը նորից կարող է սրանալ, դրսևորելով նախկին կլինիկական պատկերը:

Ինվոլուցիոն պարանոիդը պետք է տարբերակել շիզոֆրենիայի պա-
րանոիդ ձևից: Նման դեպքում նշանակություն ունի հիվանդների ար-
տահայտած զառանցանքների կոնկրետությունը, անձի՝ շիզոֆրենիային
բնորոշ փոփոխությունների (մտածողության ճեղքվածություն, ամբիվա-
լենտություն և պարաֆրմիայի ձևով արտահայտվող հուզական ազա-
վաղումներ) բացակայությունը, ինչպես նաև հոգեկան ավտոմատիզմի
ու վերջապես տարիքային գործոնի և շիզոֆրենիային բնորոշ դեֆեկտա-
յին վիճակի զարգացման բացակայությունը):

Ինվոլուցիոն (ուշացած, երկրորդային) կառատոնիան համեմատա-
բար հազվադեպ հանդիպող ձևերից է: Հաճախ զարգանում է հետապընդ-
ման, վերաբերման, ինչպես նաև հիպոխոնդրիկ, ինքնանվաստացման
բնույթի զառանցանքների ֆոնի վրա: Բնորոշվում է ստուպորի հասնող
շարժողական արգելակմամբ: Հիվանդները լրիվ կամ մասնակի կաշ-
կանդված են, չեն խոսում (մուտիզմ), ցուցաբերում են մկանախն լար-

մածուցություն, նույնատիպ («ստեբրեոտիպ») շարժումներ ու դիրքեր, ճեգատիվիզմի 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 զառանցանքների:

Ինվոլուցիոն հիստերիան նախածերունական հասակում մեծ մասամբ կանանց մոտ է հանդիպում, կապված դաշտանադադարի հետ: Հիվանդությունը բնորոշվում է դյուրագրգռությամբ, հուզական արտահայտված անկայունությամբ, լալկանությամբ, կամակորոթյամբ, շատ հաճախ ցուցադրական վարքով: Մանր դեպքերում կարող են դիտվել զգացողական ու վեգետատիվ զանազան խանգարումներ, տաքազգայնություններ, պարեզներ ու պարալիզներ, նույնիսկ հիստերիկ բնույթի ուշագնացության նոպաներ: Տևողությունը բավականին երկար է. վերջանում է լավացմամբ:

Բուժումը: Ինվոլուցիոն պսիխոզների բուժումը հիմնականում համախտանշանական բնույթ է կրում:

Ինվոլուցիոն մեղմադձուխյան 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 0/0 լուծույթ, ամիտրիպտիլին՝ 25 մգ, 1 0/0 լուծույթ, պիրազիդոլ՝ 25 մգ, ազաֆեն՝ 25 մգ, ինչպես նաև հակադեպրեսիվ ազդեցություն ունեցող նեյրոլեպտիկներ (տիդեքսին՝ 25 մգ, 2,5 0/0 լուծույթ, էզլոնիլ՝ 200 մգ):

Երբ դեպրեսիան զուգորդվում է վախի ու տափնապի երևույթներով, նպատակահարմար է հակադեպրեսանտների և ոչ մեծ դեղաչափերով նեյրոլեպտիկների զուգակցված բուժում (ամինազին՝ 25 մգ, 2,5 0/0 լուծույթ, հալոպերիդոլ՝ 1,5 մգ, 0,5 0/0 լուծույթ և այլն): Ինվոլուցիոն մեղմադձուխյան 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, մաժեսպտիլ՝ մինչև 100

մգ, հալոպերիդոլ՝ մինչև 50 մգ): Հատկապես լավ արդյունք է ստացվում նեյրոլեպտիկները և ինսուլինի զուգակցված թուժումից:

Ինվոլուցիոն հիստերիայի դեպքում նշանակվում են տրանկվիլիզատորներ (էլենիում, սեդուքսեն և այլն), ինչպես նաև մեղմ նեյրոլեպտիկներ (էտապերազին՝ 10 մգ, սոնապաքս՝ 10 մգ և այլն):

ՄԵՐՈՆԱԿԱՆ ՊՍԻՈԶՆԵՐ

Մերոնական պսիխոզները հաճախ առաջանում են 70—80 տարեկան հասակում, բացառությամբ այն ատիպիկ դեպքերի (Պիկի հիվանդություն և Ալցհեյմերի հիվանդություն), որոնք սկսվում են ավելի վաղ, Նախածերունական տարիքում:

Մերոնական պսիխոզների առաջացմանը նպաստող գործոններ են համարվում արտածին բնույթի զանազան վնասաբեր ազդակները, մասնավորապես ինֆեկցիաները, ինտոքսիկացիաները, մալմանական ծանր հիվանդությունները, հոգեկան ծանր տրավմաները և այլն:

Մերոնական պսիխոզները զարգանում են աստիճանաբար, անկատելի: Սկզբնական շրջանում առաջանում են անձի փոփոխություններ, հատկապես՝ բնավորության գծերի սրացում: Հիվանդները դառնում են անուշադիր, ցրված և մոռացկոտ: Հետզհետե ի հայտ են գալիս նաև տարօրինակություններ, այնուհետև՝ հոգեկան խանգարման ակնհայտ ախտանշաններ, ուղեկցված բանականության հաղաճուն խեցմամբ, 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:

Մերոնական պսիխոզի հասարակ ձևը (ծերունական բուլսմտություն) բնորոշվում է դանդաղ զարգացող ընթացքով, որը կարելի է բաժանել երեք փուլի՝ սկզբնական, թուլամտության և հյուծանքի («մաքազմ»):

Սկզբնական փուլը բնորոշվում է դանդաղ ձևով զարգացող յուրատեսակ թուլամտությամբ, որն արտահայտվում է կեղծ հիշողություններով ուղեկցվող մտապահման աճող թուլությամբ (ֆիքսացիոն ամսեզիա): 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, կամակորոթյունը, շարակամությունը և փնթիությունը:

Անձի մակարդակի իջեցումը արտահայտվում է նաև բնագզների ապարգեւակմամբ: 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 բոսթ, շրջապատի նկատմամբ լրիվ անտարբեր. նրանց չի մըտահոգում 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 թորշմած: Տնային պայմաններում նրանց պահելը բավականին դժվար է դառնում: Հաճախ գուրս են գալիս տնից, թափառում՝ չկարողանալով հետ վերադառնալ, տունը գտնել:

Հիվանդների մոտ զարգացող թուլամտության ֆոնի վրա ոչ հազվադեպ դիտվում են հետապնդման, թալանի, վնասի զառանցական մըտքեր: 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 հյուսված հյուսվածություն (կախեքսիա), սնուցման խանգարմամբ, պառկելախոցերով: Հաճախ մահանում են հիմնական հիվանդությանը միացող մարմնական մի այլ հիվանդությունից (թոքերի բորբոքում, կաթված):

Սերունդական պսիխոզի կոնֆարուպատոր ձև (վերնիկեյի պրեսիպ-ֆրենիա):

Սերունդական թուլամտության այս ձևը հիմնականում ընթանում է հիշողության կոպիտ խանգարումներով: Հիվանդները հիշողության առկա բացը լրացնում են իրենց կյանքից վերցրած իրական դեպքերի հաշերով կամ ֆանտաստիկական, հնարած նկարագրություններով (պսևդոռեալիստիկական և կոնֆարուպատիկ): Նրանց այդ վիճակը այնպիսի տպավորություն է ստեղծում, որ մոռանալով ջերկան, 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 արամադրությունը առավելապես բարձր է: Շատախոս են, բարեհոգի: Իրենց պահում են երիտասարդի նման, հագնվում են վառ գույնի հագուստներ, կոստյումում են, կատակում, ծիծաղում:

Սերունդական պսիխոզի դելիրիումային ձևը (սաւ պրեսիպֆրենիա) բնորոշվում է գիտակցության մթազնման ֆոնի վրա ընթացող ոչ արտահայտված ու աղքատ տեսողական ցնորքներով ու պատրանքներով: Գրգռվածությունը նույնպես ուժեղ արտահայտված չէ, չնայած գիշերները. հիվանդների վիճակն ավելի է ծանրանում: Դելիրիումը երբեմն կարող է ընդունել մասնագիտական կամ փնթփնթային, շրթնաշնչային բնույթ:

Սերունդական 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, աչ հազվադեպ հիվանդներին մահվան պատճառ են դառնում:

Մերունական 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 ապաճական զարգացող պրոցես:

Որոշ հեղինակներ այդ հիվանդությունները դասում են ուղեղի օբզգանական ախտահարումների շարքը:

Պիկի հիվանդություն. նկարագրել է գերմանացի հոգեբույժ Պիկե, որի անունով էլ կոչվում է այդ հիվանդությունը:

Հիվանդությունն առաջանում է նախածերունական՝ 50—60 և նույնիսկ ավելի վաղ տարիքում, պայմանավորված է զարգացող թուլամբտությամբ և գլխուղեղի կեղևի, հատկապես ճակատային և քունքագագաթային բլթերի ապաճային փոփոխությունների հետ կապված՝ օջախային ախտանշաններով:

Ընթացողություն 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 օբզանական 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 քնննադատական ընդունակության կորուստ: Հիվանդները մեծ մասամբ դառնում են թորշուրտ ու պասիվ. միաժամանակ անձեռներեց 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 (միևնույն 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 ամենատիկ աֆազիա: Բավականին բնորոշ է համարվում հիվանդների հակումը դեպի աննպատակ թափառումները:

Պիկի հիվանդության դեպքում հիվանդի անձը խիստ փոխվում է, որ կարող է արտահայտվել ապարգեղակմամբ, էֆֆորիայով, գերսեռայնությամբ կամ ընդհակառակ՝ թորշոմածությամբ, բթության, 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 նախածերունակության (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 թուլության փոփոխություններով, հատկապես հիշողության կոպիտ խանգարումներով, որոնք հասնում են մինչև արտահայտված ամենատիկ ապակողմնորոշման: Հիվանդները կորցնում են կյանքում ձեռք բերած ունակությունները, դառնում են ցրված, անտարբեր ու անօգնական:

Աստիճանաբար ի հայտ են գալիս աֆատիկ խանգարումներ (ամենատիկ աֆազիա, շարժողական աֆազիա, ապրաքսիկ խանգարումներ, լոգոկլոնիա, ագնոստիկ խանգարումներ, ինչպես նաև ագրաֆիա, ակալիուլիա և այլն): Բնորոշ է նաև նյարդաբանական այլ ախտանշանների առկայությունը (պարկինսոնիզմ, խորեանման հիպերկինեզներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ):

Վերը նշված աֆատո-ագնոզա-ապրաքսիկ (ԱԱԱ) համախտանիշի

առկայությունը, առկա մյուս ախտանշանների հետ միասին, հնարավորություն է տալիս վստահորեն ենթադրել Ալցհայմերի հիվանդության առկայության մասին:

Երբեմն կարող են դիտվել պսիխոտիկ վիճակներ՝ կասկածամտության, խանդի, կորստի, թունավորման, հետապնդման, կողոպուտի զանազան մտքերով, ինչպես նաև հոգեշարժական գրգռվածություն՝ իմպուլսիվ գործողություններով:

Հետաքրքիր է այն, որ Ալցհայմերի հիվանդության ժամանակ չնայած 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 անզամ անպայման ռեֆլեքսները, խանգարվում է կլման ակտը, հանգես 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 ըսկրավում 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 հանգամայնությունն ու հուզական աֆեկտը (թուլահոգությունը), իսկ առավել կարևոր է այն, որ հիվանդները գիտակցում են իրենց հիվանդագին վիճակը, որը քացակայում 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-

քերականութեան համար, համապատասխան անամենեղից բացի, ախտորոշիչ կարեւոր նշանակութիւն ունեն բացասական սերոլոգիական ռեակցիաները ինչպէս արյան, այնպէս էլ ռզնուղեղային հեղուկի մէջ:

Բուժումը: Մերունական 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 ռզնուղային նյութափոխանակութիւնը լավացնող դեղամիջոցներ. նոտորոպիլ (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:

Պատահողերուժական գնահատականը: Ինվոլուցիոն պսիխոզով տառապող հիվանդները իրավախախտումներ կատարելու դեպքում դատահողերուժական փորձագետ հանձնաժողովի կողմից ճանաչվում են անմեղսուհակ և իրենց կատարած հանցագործութիւններին համար ոչ պատասխանատու:

Մերունական պսիխոզների դեպքում, երբ առկա են հոգեկան խանգարումներ, թուլամտութիւն, ապա նման հիվանդները, նույնպէս ճանաչվում են անմեղսուհակ և անիրավունակ:

Գ Լ Ո Ւ խ 24

ՕԼԻԳՈՅՐԵՆԻԱ

Օլիգոֆրենիա անունը ծագում է հունարեն oligos— սակավ, թույլ և phren— միտք, խելք բառերից, որ նշանակում է սակավամտութիւն 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 բանականութիւն թերզարգացմամբ:

Օլիգոֆրենիայի առաջացման պատճառները բազմաթիվ են ու բազ-

մազան: Դրանց շարքն է դասվում ներարգանդային շրջանում պտղի գանգուղեղի ախտահարումը, որի պատճառ կարող են համարվել ծանր թոքախկուղեղները, տոքսոպլազմոզը, կարմրախտը, ռեզուս-անհամատեղելիությունը և այլն: Կարևոր պատճառներ են՝ նյութափոխանակության խանգարումները, ծնողների ալկոհոլամոլությունն ու սիգիլիսը, քրոմոսոմային անոմալիաները, միկրոցեֆալիան, հիդրոցեֆալիան: Նշանակություն ունեն նաև ծննդաբերական առֆրեսիան 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 ճշոցներով ու լացով, կամ պասիվությամբ, թորոմածություններ ու մեծ մասամբ քնած լինելով: Նման դեպքերում դիտվում է նաև ֆիզիկական և հոգեկան ուշացած ու դանդաղ զարգացում: Արթալիսի երեխաները քաշ են քալում, խոսում. ծնողներին չեն ճանաչում, խաղալիքներով չեն հետաքրքրվում:

Օլիգոֆրենիան հաճախ զուգորդվում է ֆիզիկական արատներով, ահաստությամբ (ինֆանտիլիզմ), էյարդարանական կոպիտ ախտանշաններով, ցնցումային նոպաներով և այլն:

Ըստ ծանրության օլիգոֆրենիան բաժանվում է երեք աստիճանի՝ խոր (ապուլություն, իդիոտիա), միջին (իմբեցիլություն) և թեթև (դեբիլություն):

Ապուլությունը օլիգոֆրենիայի ամենախոր աստիճանն է, որը հաճախ զուգակցված է լինում ֆիզիկական արատներով: Ապուլության ժամանակ խոսքը բացակայում է. հիվանդները միայն անորոշ ձայներ են արձակում: Ապուլների մոտ պայմանական ռեֆլեքսներ մշակելը խիստ դժվար է, համարյա թե անհնար: Հիմնականում գերակշռում են անպայման ռեֆլեքսները (երբ սոված են կամ անկողնում արտաթորած, միզած, սկսում են ճչալ, լաց լինել, անորոշ ձայներ արձակել): Ինքուր է շարժողական անհանգստությունը, որն արտահայտվում է միօրինակ շարժումներով (անընդհատ ճոճվել, սենյակում միօրինակ շարժվել, մատները ծծել և այլն): Նրանք հակված են երբեմն աֆեկտիվ դրսևորումներ, որի ժամանակ բղավում են, կծուտում իրենց ձեռքերը, ճանկոտտում դեմքը: Բայց սովորաբար ապուլները պասիվ են, շրջապատի երեույթներին համապատասխան ռեակցիա տալու անընդունակ, անգամ խաղալիքներով չհետաքրքրվող:

Գոյութիւն ունի ապուշութեան երկու տարբերակ. էրեւիկական (զըր-
պըռովող), երբ գերակշռում է ապարգեւակումը (հիվանդներն անվերջ
էշում են, բղավում, լաց չինում) և տուրպիդային՝ արգեւակված, թորշո-
մած (երբ գերակշռում է արգեւակումը. նման երեխաները ժամանակի
մեծ մասն անց են կացնում քնած. նրանց արթնացնում են ուտեցնելու
կամ մաքրելու համար):

Իմբեցիլութունը միջին աստիճանի օլիգոֆրենիան է: Ի տարբերու-
թիւն ապուշութեան, իմբեցիլները շնայած կարողանում են խոսել, սա-
կայն նրանց բառապաշարը շատ աղքատ է (մինչև 200—300 բառ): Նը-
րանց խոսքը հիշեցնում է նոր խոսել սկսող երեխայի. խոսում են բա-
ռէրը հս.ճ.ախ ախւլ արտասանելով, դանդաղամիտ են, մտածո-
ղութիւնը խիստ պարզունակ է ու կոնկրետ: Վերացական մտածողու-
թիւնը բացակայում է: Իմբեցիլները խիստ սահմանափակ գիտելիքներ
ունեն. հաշվել չեն կարողանում. լավագույն դեպքում կարող են հաշվել
մատների վրա մի քանի միավորի սահմաններում: Նրանք հաճախ գույ-
ները չեն տարբերում, փրերի և առարկաների էութիւնն ու նպատակը չեն
հասկանում: Ասացվածքների և առածների փոխաբերական իմաստը իմ-
բեցիլների համար լրիվ անմատչելի է: Ընդհանրացումներ ու դատողու-
թիւններ չեն կարողանում կատարել: Հիշողութիւնը խիստ թույլ է,
ուշագրութիւնը՝ անկայուն:

Իմբեցիլները կարող են ցուցաբերել որոշակի հուզականութիւն:
Նրանք կապված են հարազատներին, իրենց խնամողներին, որոնց տես-
նելիս ուրախանում են: Նրանց մի մասը էյֆորիկ է, բարեհոգի, ամաչ-
կոտ ու վախկոտ: Մյուսները կամակոր են ու շար. նրանք կարող են նե-
ղանալ, զայրանալ, դառնալով ագրեսիվ շրջապատի մարդկանց, հատ-
կապես՝ թուլների ու փոքրերի նկատմամբ:

Իմբեցիլները ինքնուրույն կյանք չեն կարող վարել, մշտական հըս-
կողութեան ու խնամքի կարիք ունեն: Նրանց մոտ երբեմն հնարավոր է
որոշ կենցաղային ունակութիւններ մշակել (ինքնուրույն ուտել, խմել,
քնական կարիքները հոգալ, հասարակ ֆիզիկական աշխատանք կատա-
րել), որ կատարում են հսկողութեան տակ, անփութք և անմաքուր:

Իմբեցիլութունը համարվում է օլիգոֆրենիայի թեթև աստիճանը:
Այստեղ բառապաշարը համեմատաբար ավելի մեծ է, խոսքը՝ աղքատ,
բիշ արտահայտիչ ու շաբլոն բնույթ կրող: Նման երեխաները հանրա-
կրթական դպրոցների նույնիսկ տարրական դասարաններում շատ թույլ
են սովորում, հաճախ կրկնում են դասաւրանները, սակայն օժանդակ
դպրոցում համեմատաբար ավելի հեշտ են սովորում, կարողանում են

աւարտել այն: Համեմատաբար լավ մեխանիկական հիշողութիւն ունենալու շնորհիւ հասարակ թվաբանական գործողութիւնները (գումարում, հանում) կարողանում են կատարել մեծ դժվարությամբ: Մտածողութիւնը դեբիլների մոտ կոնկրետ է. նրանք աչքի են ընկնում ցածր ըմբռնողությամբ, հաճախ դժվարանում են զլխավորը առանձնացնել, ընդհանրացումներ ու եզրակացութիւններ անել: Ասացվածքների և առածների իմաստը դժվարությամբ են հասկանում:

Այդ բոլորով հանդերձ դեբիլները հաճախ ցուցաբերում են շանասիրութիւն, 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 քնավորությամբ խիստ ներշնչվող են, շուտ վիրավորվող ու նեղացկոտ: Միաժամանակ կամակոր են ու համառ: Նրանց մոտ նըշվում է ինքնատիրապետման և հակումների զսպման թուլութիւն: Չնչին առիթներից կարող են բռնկվել, ագրեսիվ արարքներ կատարել: Դեբիլների շարժումներ 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 անհրաժեշտութիւն է առաջանում, որը կարող է լինել թեթև, չափավոր արտահայտված և խոր: Եթե խոր աստիճանի դեբիլութիւնը իր կլինիկական արտահայտվածությամբ համարյա թե մոտենում է իմբեցիլության սահմանագծին, սակայն թեթև աստիճանի դեբիլութիւնը ոչ հազվադեպ հիշեցնում է մանկավարժական բարձիթողութիւն ու մոտենում է նորմայի սահմաններին:

ՕԼԻԳՈՏՐԵՆԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

Օլիգոֆրենիայի կլինիկական ձևերը շատ են ու բազմազան: Ստորև նկարագրվում են առավել տարածված ձևերից մի քանիսը:

Ժառանգական գործոններով պայմանավորված օլիգոֆրենիա: Միկրոցեֆալիա: Բնորոշվում է համաշափ փոքր գանգով ու դրան համապատասխան փոքր ու չզարգացած ուղեղով: Միկրոցեֆալիայի դեպ-

քում սակավամտության ապօրինական կամ ճշտահայտված ժամբեցիւթյան է հասնում:

Կալակտոզեմիա: Կրծքով կերակրվող երեխաների մոտ ածխաջրատային փոխանակության խանգարման հետևանքով առաջացած խոր սակավամտութիւն է, որ կապված է օրգանիզմում գլայկոտզան ճեղքող ֆերմենտի պակասութեան հետ: Չճեղքված գլայկոտզան կուտակվելով՝ օրգանիզմում՝ ազդում է մի շարք օրգանների, այդ թվում՝ նաև ուղեղի, վրա, արգելակելով նրա զարգացումը:

Ֆենիլկետոնուրիա (ֆենիլպիրոխաղողաթթվային օլիգոֆրենիա): Պայմանավորված է ֆենիլալանինհիդրոկսիլազա ֆերմենտի ժառանգական բնույթ կրող անբավարարութեամբ, որի հետևանքով սննդի հետ օրգանիզմ մտնող ֆենիլալանին ամինաթթուն լրիվ չի քայքայւում, և օրգանիզմում ֆենիլխաղողաթթու է կուտակւում: Վերջինիս թունավոր ազդեցության հետևանքով երեխայի ուղեղի և ամբողջ օրգանիզմի զարգացման կանգ է առաջանում:

Հիվանդության նշաններն ի հայտ են գալիս ամենավաղ տարիքում, նրբ դեռ երեխան կրծքով է կերակրվում: Կանխադեռ չնշանակւթյուն ունի ֆենիլալանին չպարունակող հատուկ դիետայի նշանակումը:

Տեյ-Սաֆսի ամավրոգային (տեսակոռստային) ապուշություն: Բնորոշվում է հարաճուն ձևով զարգացող սակավամտութեամբ և տեսողութեան անկմամբ: Հիվանդութիւնն սկսվում է կյանքի առաջին ամիսներին և պայմանավորված է պաթենիսիմալոզ օրգանների և ուղեղի ներքջջային լիպոիդային փոխանակութեան խանգարմամբ: Հարաճուն ու մինչև խոր սակավամտութեան համնող բանականութեան իշեցումը ուղեկցվում է ծանր կախեքսիայով, պարալիզներով ու կուրովթյամբ:

Քրոմոսոմային ծագում ունեցող օլիգոֆրենիա: Քրոմոսոմային ծագում ունեցող օլիգոֆրենիան պայմանավորված է քրոմոսոմների թվի խանգարմամբ: Քրոմոսոմային ծագում ունեցող օլիգոֆրենիայի տարբեր ձևեր կան, որոնցից մի քանիսի նկարագրութիւնը տրվում է ստորև:

Դաունի հիվանդութիւն: Քրոմոսոմային անոմալիա է, կապված այն բանի հետ, որ 21-րդ աուոսոմը 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 զետեղված աչքերը, վերին կոպերի հաստացումը, փոքր

«Օկոճականման») 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՝ թուփ մատն ու ճկույթը): Բնորոշ ախտանշան է համարվում մկանային տոնուսի անկումը, հոգերի հիվանդագին արտահայտված շարժունությամբ: Սեռական օրգանները թերզարգացած են, կրիպտորխիզմի երևույթներով: Բանականությունը կարող է ինչևէ դեբիլության-իմթեցիլության մակարդակի:

Շերեշևսկի-Տերենրի համախտանիշ. պայմանավորված է մեկ X քրոմոսոմի պակասությամբ (46-ի փոխարեն, 45 քրոմոսոմ է): Բացառվում է նորմայում կանանց համար բնորոշ սեռական քրոմատինը: Հիվանդանում են միայն իգական սեռին պատկանող անձինք:

Շերեշևսկի-Տերենրի համախտանիշին բնորոշ է ցածր հասակը, կարճ ու լայն պարանոցը, սեռական տհասությունը և չբերությունը: Չնայած քանականությունը երբեմն կարող է նույնիսկ շտուժել, 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), երկսեռությունը նշաններով (կանացի տեսակի ճարպակալում, կնառտինքություն), անպտղությամբ: Բանականության ինքնաձև 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, տուբսուլազմոզը, հիդրոցեֆալիան, ծնողների ալկոհոլամոլությունը, ծննդաբերական վնասվածքները, հետծննդյան շրջանի մեքենիզմները, 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 Արգալլ-Ռոբերտսոնի ախտանշանը, ջլային ռեֆլեքսների իջեցումը կամ լրիվ անհայտացումը, օջախային զանազան խանգարումներ, էպիլեպսամանան ցնցումային նոպաներ, արտիստպաթանման վարք և այլն:

Կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունեն հիվանդի մարմնական ախտանշանները՝ հետշինսոնյան կիսալուսնաձև ատամներ, թամբաձև քիթ, յուրահատուկ եղջերաբորբ ու միջին ականջի բորբոքում, ծայրանդամների ծովածություն («թրածե սրունքներ»): Ախտորոշման հարցում մեծ նշանակություն ունեն նաև լաբորատոր քննության տվյալները, հատկապես արյան և ողնուղեղային հեղուկի յուրահատուկ արտահայտված ռեակցիաները:

Տոնոպալազմոզ: Ինֆեկցիոն մակաբուծային (պարազիտային) հիվանդություն է, որ կարող է լինել բնածին և ձեռքբերովի: Բնածին տոքսոպալազմոզը ընկերքի միջոցով մորից փոխանցվում և վնասում է սաղմին ու պտղին: Հիվանդությունը կարող է առաջանալ նաև նորածնության առաջին շրջանում վարակման հետևանքով:

Տոքսոպալազմոզի դեպքում հիմնականում ախտահարվում են գլխուղեղը և աչքերը: Բնորոշ ախտանշան է համարվում հիդրոցեֆալիան (հանդիպում է նաև միկրոցեֆալիա), որը զուգակցվում է խոր արտահայտված իմբեցիլության կամ ապուլուլյան աստիճանի հասնող մտավոր թերզարգացմամբ, ցնցումային նոպաներով: Բնորոշ են նաև ակնային խանգարումները, զանգի 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 ներզանգային ճնշման խիստ բարձրացմամբ, որի հետևանքով առաջանում է թեթև դեբիլությունից մինչև ապուլուլյան հասնող մտավոր թերզարգացում:

Բնորոշ են համարվում գլխի խիստ մեծացումը՝ ուռուցիկ ճակատով և դանդոսկրի կարերի բաժանմամբ, նյարդաբանական օջախային նշանները, էպիլեպսաման 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 ժանր ձևերի ախտորոշումը դժվարություն չի հաշուցում, 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 նոգոլոգիական 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 շաբանական) քննության տվյալները:

Հաճախ հարկ է լինում օլիգոֆրենիան տարբերակել թուլամտություն 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, էպիլեպսիան՝ 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) սահմանադատումը ոչ բարձր բանականության նորմալ տարբերակներից: Բանականության նման անբավարարություն կադող է առաջանալ մանկական հասակի երկարատև ընթացք ունեցող հիվանդությունների, մանկավարժական բարձիթողության ժամանակ: Նըման դեպքերում այդպիսի երեխաների մոտ բառապաշարը իրենց հասակին համապատասխան բավականին հարուստ է: Մանրամասն զբոլույցները նրանց մոտ բացահայտում են ձեռք բերած որոշակի գիտելիքներ և ունակություններ: Կոնկրետ մտածողության փոխարեն առկա են վերացական հասկացողություններ ու դատողություններ:

Վերջապես տարբերախտորոշիչ 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 տեսնվում այդ նրանցին վերադարձնել իրենց տարեկիցների շրջանն ու վերականգնել նրանց մանկավարժական հետամնացությունը:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԵՎ ԿԱՆԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

Օլիգոֆրենիայի բուժումը տարվում է համալիր ձևով՝ բժշկական, մանկավարժական և աշխատանքային:

Բժշկական միջոցառումներից առաջին հերթին այնտեղ, որտեղ հրեաքաբու է, պետք է կիրառել պատճառածագումային բուժում, ուղղված հիվանդությունն առաջացնող պատճառի դեմ: Մեծ նշանակություն ունի նյարդային բջիջների հասունացումը խթանող և ուղեղային նյութափոխանակությունը քաղցնող դեղանյութերի կիրառումը (ցերեբրոլիզին 1 մլ ներերակային սրսկում, ամինալոն (գամալոն)՝ 250 մգ, նոոտրոպիլ (պիրացետամ)՝ 400 մգ, պիրիդիտոլ (էնցեֆաբոլ)՝ 100 մգ, B խմբի վիտամիններ (B₁, B₆, B₁₂): Կիրառվում է նաև ջրազրկող բուժում (երբ առկա է ներգանգային ճնշման բարձրացում)՝ դիակարբ՝ 250 մգ, ծծմբաթթվային մազնիում՝ 25 0/0 միջմկանային կամ ներերակային ներարկումների ձևով, էոֆիլին՝ 2,4 0/0 ներերակային ներարկումների ձևով: Ներծող բուժում՝ բիոխինոլ՝ 1—3 մլ, լիդազա՝ 1 մլ, ալոե՝ 1—2 մլ միջմկանային ներարկումների ձևով: Հանգստացնող դեղամիջոցներից կիրառվում են քրոմի պրեպարատներ, նեյրոլեպտիկներ (ամինազին՝ 25 մգ կամ 2,5 0/0 լուծույթ միջմկանային կամ ներերակային, նեուլեպտիլ՝ 10 մգ, սոնապաբա 10 մգ և այլն), ինչպես նաև փոքր տրանկվիլիզատորներ՝ ռեյանիում, սեդուքսեն, սիբազոն՝ 5 մգ, էլենիում՝ 10 մգ և այլն: Չափազանց կարևոր նշանակություն ունի բուժմանկավարժական միջոցառումների կիրառումը մանկական հասակում, իսկ հետագայում՝ աշխատանքային ուժի մը (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 թվում 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:

Զափազանց կարևոր է հղի կնոջ մոտ ինֆեկցիոն հիվանդություններ, թմրամոլության ու թունամոլության, հատկապես ալկոհոլային խմիչքների շարաշահման, վտանգավոր հետևանքների լուսաբանումը:

Մեծ անելիքներ ունեն կանանց կոնսուլտացիաները, որտեղ մի շարք քննություններից բացի, որպես օրենք, կատարվում են վասեոմանոռակցիան, 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:

Ռատահողներու ժախկան գնահատականը: Օլիգոֆրենիայի արտահայտված ձևերի դատահողներու ժախկան 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, դեկավարել ու հաշիվ տալ իրեն իր կատարած աշարքների համար: Այդ հարցերի ճիշտ լուծումից է կախված մեղսունակության և անմեղսունակության վերաբերյալ որոշում կայացնելը:

Մահամալային 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՝ լրանակարողության բնածին անբավարարության թեթև վիճակները, ինչպես նաև վիճակներ, որոնք առաջանում են հետծննդյան շրջանում, արտածին գործոնների ազդեցության տակ՝ փաստորեն հանդիսանալով երկրորդային զարգացման դանդաղեցում:

Զարգացման երկրորդային դանդաղեցման առաջացման գործում գեր կարող են խաղալ գլխաղեղի վաղաժամ օրգանական վնասվածքի մնացորդային երևույթները, պսիխոզեն 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 բարձիթոլոգիայից և հոգեբուցիական 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 նըպաստել բանականության զարգացման հարաբերական առաջընթաց, այլ դեպքերում բանականության զարգացման կանգը մնում է կայուն:

Սահմանային մտավոր հետամնացության հիմքում ընկած է դեզոնտոգենեզը (հոդեկան ֆունկցիաների զարգացման անօրինաչափությունը), իսկ նրա կլինիկական պատկերը ձևավորվում է՝ կախված աչն բանից, թե վնասաբեր ազդակը երեխայի զարգացման որ փուլում է ներգործել:

Դիզոնտոգենեզի առանձնահատկություններից ելնելով Վ. Վ. Կովալյովը (1979 թ.) բանականության անբավարարության սահմանային ձևվերը 4 խմբի է բաժանում.

1. հոդեկան զարգացման դանդաղեցմամբ կամ աղավաղմամբ պայմանավորված դիզոնտոգենեզային ձևեր.
2. ծնողներին վաղ փուլերում զանգուղեղի 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 աչդ վիճակների որակական բո-

յոր առանձնահատկությունները, հատկապես զարգացման անհավասարաչափության կամ մասնակի արատով ուղեկցվող զարգացման ժամանակավոր դանդաղեցման դեպքում:

Մտավոր հետադանդառնության 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, ինքնահսկողության 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 դանդաղանել բնածին ենթադեբիլություն («սուբդեբիլություն»), հիմաբ 'անձեռ, փոգեկան տհասություն, իմանկական ինֆեռամփոփության 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 բարձրորդություն, սոցիալական և հուզական ընկճվածություն), զարգացման դանդաղեցում, որը պայմանավորված է սենսոր դեպրեվացիայով (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 անապաստանությունը 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 հրահարավորությունից, 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 անաշխատունակությանը 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 էլք 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 կամ տնային պայմաններում, կամ հոգեբուժական հիմնարկներին կից գործող բուժիչ-աշխատանքային արհեստանոցներում:

3-րդ խումբ տրվում է այն դեպքում, երբ հիվանդը աշխատունա-
փությունը մասնակիորեն կորցրել է, իր մասնագիտությամբ այլևս չի
կարող աշխատել, քայքայ 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 աշ-
խատանքային բուժում):

ԶՆԱՎՈՐԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Զորակոչի ենթակա բոլոր զինակոչիկները անկախ նրանից, թե ի-
րենց առողջության վերաբերյալ զանգատներ ցուցաբերում են թե ոչ,
զինվորական կոմիսարիատներում գործող բժշկական հանձնաժողովի
կողմից (որտեղ մի շարք մասնագետների թվում մասնակցում է նաև
հոգեբույժ) մանրազնիյն 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՝ քննությա-
նը մասնակից դարձնելով նաև այլ մասնագետների, որպեսզի հիվանդա-
զին ոչ մի վրիպում թույլ չտրվի:

Փորձաքննության գործին բավականին օգնում են ներկայացվող
բժշկական և այլ փաստաթղթերը (քնութագրեր, տեղեկանքներ, հիվան-
դության 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 զինվորա-
կան ծառայության պիտանելիության, տարեկառում տալու, բուժման ու-
ղարկելու և այլ հարցերը:

Դեպքեր են լինում, երբ բանակի շարքերում գտնվող զինծառայողն
է հիվանդանում: Նման դեպքերում նրանք անմիջապես համապատաս-
խան բուժհիմնարկ են ուղարկվում, որտեղ կազմակերպվում է նրանց
բուժումը: Իսկ հիվանդությունը ձգձգվելու կամ չարորակ ու վտանգա-

վոր բնույթ կրելու դեպքում, նրանք զինվորական փորձաքննության են ենթարկվում, որը և որոշում է նրանց հետագա ծառայությունը շարունակելու հարցը:

ԴԱՏԱՀՈԳԵՐՈՒԺԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Դատահոգեբուժական փորձաքննությունն ավելի թարդ 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 շտեմարկային շփոթումներ, նշվում է նախկինում կրած հոգեկան հիվանդություն, ինչպես նաև հոգեբուժական բուժհիմնարկներում հաշվառման մեջ լինելը կամ հոգեբուժի 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 մասնաշաղկապ նկարագրությամբ, վկաների ցուցմունքներ, զանազան փաստաթղթեր, նամակներ, հետազոտվողի մանրամասն բնութագիր և այլն):

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովն իր աշխատանքում ղեկավարվում է ՀՀ 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՝ խրո-
նիկական հոգեկան հիվանդության, հոգեկան գործունեության ժամա-
նակավոր խանգարման, տկարամտության կամ այլ հիվանդագին վիճա-
կի հետևանքով շեր կարող հաշիվ տալ իրեն իր գործողությունների հա-
մար կամ ղեկավարել այդ գործողությունները: Այդպիսի անձի նկատ-
մամբ՝ դատարանի նշանակմամբ, կարող են կիրառվել սույն օրենսգրքի
53—56 հոդվածներով նախատեսված բժշկական բնույթի հարկադրա-
կան միջոցները:

Պատժի ենթակա չէ նաև այն անձը, որը հանցագործությունը կա-
տարել է մեղսունակության վիճակում, սակայն մինչև դատարանի կող-
մից դատավճիռ կայացնելը հիվանդացել է հոգեկան հիվանդությամբ,
որը զրկել է նրան իր գործողությունների համար իրեն հաշիվ տալու կամ
այդ գործողություններ ղեկավարելու հնարավորությունից: Այդպիսի
անձի նկատմամբ, դատարանի նշանակմամբ, կարող են կիրառվել բժըշ-
կական բնույթի հարկադրական միջոցներ, իսկ առողջանալուց հետո նա
կարող է ենթակա լինել պատժի»:

Դատահոգեբուժական փորձաքննության ընթացքում հարց կարող է
ծագել նաև հարբած վիճակում կատարված փրավախախտումների մասին:
Նման դեպքերում դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը
շեկավարվում է ՀՀ Քրեական օրենսգրքի 12-րդ հոդվածով, որ-
տեղ նշվում է. «Հարբած վիճակում հանցագործություն կատարած ան-
ձը քրեական պատասխանատվությունից չի ազատվում: Դատարանը,
սլատիժ նշանակելու հետ միաժամանակ, սույն օրենսգրքի 57 հոդվածի
համապատասխան, կարող է որոշում կայացնել խրոնիկական ալկոհո-
լիկ կամ թմրադեղամոլ ճանաչված անձին հարկադրաբար բուժելու մա-
սին»:

Կան դատահոգեբուժական փորձաքննության հետևյալ ձևերը՝

Ամբուլատոր փորձաքննություն. անց է կացվում ամբուլատոր պայ-
մաններում, հետազոտվողի մեկանգամյա քննությամբ: Ամբուլատոր
քննությունը կարող է եզրակացություն տալ հոգեպես առողջների կամ
հոգեբուժական հիվանդանոցում նախկինում բուժված ու կասկած չհա-
րուցող հոգեկան հիվանդությունների դեպքում: Այդ հարցում շատ են
օգնում քրեական գործում եղած զանազան փաստաթղթերն ու հիվան-
դության պատմության քաղվածքները:

Ամբուլատոր պայմաններում հետազոտվողի մոտ հոգեկան հիվան-
դության ախտորոշման դժվարության դեպքում դատահոգեբուժական
փորձագիտական հանձնաժողովի համապատասխան եզրակացությամբ

նոր փորձաքննություն է առաջարկվում ստացիոնարի պայմաններում:

Ստացիոնար փորձաքննություն. անց է կացվում հոգեբուժական պահանջներում կամ հիվանդանոցում՝ այդ նպատակով կազմակերպված հատուկ դատահոգեբուժական բաժանմունքում: Ստացիոնար փորձաքննության տեղումները մինչև մեկ ամիս է: Եթե մեկ ամսվա ընթացքում հետազոտվողի մոտ հնարավոր չի լինում վերջնականապես ախտորոշել հոգեկան հիվանդությունը: դատահոգեբուժական փորձաքննության պատճառաբանված եզրակացությունը և դատաքննչական համապատասխան մարմնի գրավոր թույլտվությամբ փորձաքննության ժամկետը երկարացվում է: Ստացիոնարի պայմաններում հետազոտվողը ոչ միայն կլինիկալ բորատոր բազմակողմանի ու մանրագնին քննության է ենթարկվում, այլ նաև հնարավոր է լինում մշտապես հետևել նրա վարքագծին, ցնցումային նոպաների առկայության դեպքում որոշել այդ նոպաների բնույթը, հաճախականությունը և այլն:

Փորձաքննություն ԲՆՆՀԻ 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:

Նեոակա 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 փորձաքննություններին ժամանակ դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը մանրամասն վերլուծելով քրեական գործի տվյալները (վիճակների 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՝ ենելով 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՝ «բրոնխիալ 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 կարողացել է կամ կարո՞ղ է, արդյո՞ք, հաշիվ տալ իր կատարած արարքներին ու ղեկավարել իր գործողությունները:

Դատահոգեբուժական փորձաքննության բոլոր տվյալներին 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 նկարագրերը: Ակտի եզրափակիչ մասն ավարտվում է հզրակացությամբ, 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 լինելից ու սոցիալական վտանգավորության առտիճանից, ինչպես նաև կատարված հանցագործության ծանրությունից կախված, հարկադրական բուժումը կարելի է իրագործել հոգեբուժական հիվանդանոցում՝ ընդհանուր հիմունքներով, ուժեղացրած և խիստ ուժեղ ունեցող հոգեբուժական հիվանդանոցներում կամ բաժանմունքներում:

Հարկադրական բուժումը տարբերվում է պատժից: Եթե պատժի նըպատակը հանցագործի մեղքի քաղումը, 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: Ծիշտ 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 հաղցը:

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:

Ձի 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, նրան դեպքերում ձեական մոտեցում ունենալու փոխարեն պետք է հաշի 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:

ՏԵՐԾԻՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՌԱՐԱՐՔ

Աբազիա — քաջելու ունակության կորուստ

Աբասն — վայրկենական մտակորուստ

Աբասինցիա — խումար, ժուժկալության շրջան, թմրանյութային քաղց

Աբուրիա — կամազրկություն

Ավտոմատիզմ — ինքնավարություն

Ակալկուրիա — հաշվեկորուստ, հաշվելու ունակության կորուստ

Ակաթիզիա — շարժողական անհանգստություն, դիրքափոփոխ անհանգստություն

Ակինեզիա — շարժում կատարելու ունակության կորուստ

Ակոսզմ — ոչ խոսքային տարրական լսողական ցնդք

Ակոսեզալիա — ծայրագիծ

Ալկոհոլիզմ — ալկոհոլամոլություն

Ամբիվալենտություն — հակասական հույզեր

Ամենցիա — խելագրություն

Ամենզիա — 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

Անորթսիա — ախորժակակորուստ, ախորժակազրկություն

Ապաթիա — անտարբերություն

Ապաթիքո-աբուլիկ — անտարբեր-կամազուրկ

Ապերցեպցիա — անընկալություն

Արիթմոմանիա — հաշվեկամություն, թվամոլություն

Ասթազիա — կանգնելակորուստ, կանգնելու ունակության կորուստ

Ատրա — նախանշան, նախասկիզբ

Ատուրիզմ — ինքնամոփոփություն

Ատուոմենտամորֆոպսիա — մարմնաընկալման (սեփական). խանգարում

Աֆազիա — խոսելակորուստ

Ա. մուտոր — շարժական խ.

Ա. ամենատիկ — հիշակորուստային խ.

Աֆեկտ — հուզական կարճաժամ պոռթկում

Աֆոնիա — խլածայնություն, ձայնակորուստ

Բալեոբալմ — ճնշամիջանակ

Բուլիմիա — սովածություն, քաղցի սուր զգացում

Կրանդ մալ — էպիլեպսային ցնցումային մեծ նոգրա

Կերիլ — խելապակաս

Դերիլություն — խելապակասություն

Դեզորգանիա — անձի քայքայում, իջեցում

Դեզորիենտացիա — ապակողմնորոշում, կողմնորոշման կորուստ

Դելիրի (դելիրիում) — գիտակցության մթագնում

Դ. ալոհոլային (դելիրիում տրեմենա) — սպիտակ տենդ

Դ. տենդային — տենդային դ.

Դ. մասիտրային — մոթմոթոցային դ., փնթփնթային դ., շրթնաշնչաչիկ դ.

Դեծա վյու — արդեն տեսած

Դեմենցիա — ձեռք բերովի թուլամտություն

Դեպերսոնալիզացիա — սեփական անձի օտարացում, խորթացում

Դեպրսիվ ստուպոր — հոգեանկումային ընդարմացում

Դեպրեսիա — տրամադրության անկում, ընկճվածություն

Դ. նյարձնայտիկային — նյարդաարգելակային Բ.

Դ. ռեակտիվ — ռեակտիվ, հոգեծին Բ.

Դեռեալիզացիա — իրական աշխարհի խորթացում, օտարացում

Դեմոնիստ — 1. պակասություն, դեմոնիստ, 2. անձի աղքատացում

Դիզարթրիա — խոսելախանգարում

Դիմենգալոպսիա — շափատեսություն խանգարում

Դիզոնտոգենեզ — վաղ (սաղմնային) զարգացման խանգարում

Դիպսոմանիա — պարբերական հարբեցողություն

Դիսթիմիա — տրամադրության խանգարում

Դիստրոֆիա ադիպոզոգենիտալային — ճարպասեռային սնուցախանգարում

Դրոմոմանիա — թափառամոլություն, շրջմոլիկություն (տես նաև՝ պորիոմանիա)

Եվեուսիդիզմ — ներքինակերպություն

Էյֆորիա — երանալիտ զմայլվածության հոգեվիճակ (հոգեզմայլ վիճակ)

Էկվիլալենտ հոգեկան — հոգեկան համարժեք

Էթզալտացիա — հուզամառություն, գերզմայլվածություն

Էքստազ — հիացմունք, մոլեգնության հասնող հիացմունք, հափշտակվածություն

Էնցեֆալոպաթիա — ուղեղախտություն

Էմոցիա — հույզ, զգացմունք

Էպիլեպսիա — էպիլեպսիա, ընկնալորություն, թալալ

Էխոլալիա — խոսքակրկնություն,

Էխոմիմիա — դիմախաղակրկնություն

Էխսենցեֆալոգրաֆիա — էխոենցեֆալոգրաֆիա, արձագանքաուղեղազրություն

Ժամե վյու — երբեք չտեսած

Ըղնատուր ավտոմատիզմ — մտքերի ակամա ընթացք

Իդիոտ — ապուշ

Իդիոտիա — ապուշություն

Իլուզիա — պատրանք, խաբկանք (աղավաղված ընկալում)

Իմբեսիլ — խելազուրկ

Իմբեսիլություն — խելազրկություն

Իմպուլսիվ արարք — ինքնաբեր, անակնկալ արարք

Ինվոլուցիոն պսիխոզ — նախածեղանական պսիխոզ

Ինկոհերենցիա — անիմաստ, անկապ բառատարափ

Ի պոխեւորիս — չպատճառարանված հիվանդագին զանգատներ
 Ժնտելեկոտ — բանականութիւն, ինտելեկտ, խելք
 Ժնտերմիսիս — ընդմիջում, հիվանդութեան ժամանակավոր դադար
 Ինֆանտիլիզմ — թերաճութիւն
 Լոգոպեդիա — խոսելարութիւն (գիտութիւն խոսելախանգարման և բուժման մասին)
 Լոգոլոնիա — վանկակրկնութիւն
 Լոգոներոզ — կակազութիւն
 Լոգոպեդ — լոգոպեդ, խոսելարույժ
 Լունատիզմ — լուսնոտութիւն (տե՛ս նաև սոմնամբուլիզմ)
 Լուցիդային — պարզ, լուսավոր, գիտակցական
 Կաւֆոլոգիա — մատնաքաղ (անիմաստ բռնողական շարժումներ ձեռքի մատներով)
 Կատալեպսիա — դիրքագամում
 Կատաթիս — շարժագամում, դիրքագամութիւն, շարժախտ
 Կլեպտոմանիա — գողամոլութիւն
 Կլերուլանտութիւն — բողոքամոլութիւն, հայցամոլութիւն
 Կոնֆարուլացիա — լգիտակցված հորինամոլութիւն
 Կորեկտուրային փորձ — սրբագրական փորձ
 Կրանիոգրաֆիա — գանգի ոնետգենագրութիւն
 Կրետին — տհաս, տկարամիտ
 Կրետինիզմ — տհասութիւն, տկարամտութիւն
 Կրիպտոմանեզիա — կեղծ հիշողութիւն
 Կուպրուլիա — հայհոյանք, կեղտախոսութիւն
 Կուպրոֆոբիա — կեղտակերութիւն
 Հալուցինացիա — ցնորք, զգայախաբութիւն
 Հ. ակոստիկ — 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 — ցնորագարութիւն
 Հիդրոցեֆալիա — գլխի ջրակալում
 Հիպերբուլիա — կամային ակտիվութեան բարձրացում
 Հիպերեսթեզիա — գերզգացողութիւն
 Հիպերկինեզիա — ակամա գերշարժունութիւն, անիմաստ շարժումներ
 Հիպերթիմիա — կայտառ տրամադրութիւն
 Հիպերմանեզիա — հիշողութեան սրացում
 Հիպոբուլիա — կամային ոլորտի թուլացում
 Հիպոթիմիա — տրամադրութեան անկում, ընկճված տրամադրութիւն
 Հիպոմանեզիա — հիշողութեան թուլութիւն
 Մակրոպսիա — խոշորատեսութիւն

Մանհա— մոլուցք, մոլեգարություն
Մանհակալ վիճակ— մոլեգար վիճակ, կենսախինդ վիճակ
Մանհակալ-դեպրեսիվ պսիխոզ— մոլեգարաանկումային պսիխոզ
Մարազ— մարմնահոգեկան հյուծանք
Մեկնախոլիս— թախծոտություն, մեկամաղձություն
Մենտիզմ— ակամա մտահոսք
Մետամորֆոսիս— տեսողական աղավաղված ընկալում
Միկրոպսիս— փոքրատեսություն
Մուտիզմ— շխտականություն, խոսեղամեծություն

Նաւերլեպսիս— քնի նոպաներ
Ներասթախս— նյարդաթուլություն
Ներիս— նյարդաբորբ
Ներոզ— նյարդախտ
Ներպաթիս— նյարդախտություն
Նեգատիվիզմ— մերժողական վարք
Նեոլոգիզմ— բառահորինում

Նիզոֆրենիս— շիզոֆրենիս, հոգեճնդդում

Պարաֆրազիս— կամային ակտիվության աղավաղում
Պարամնզիս— հիշողության աղավաղում
Պարալոգիկ մտածողություն— աղավաղված ծուռ տրամաբանություն, մտածողություն
Պարաթիսիս— հուզական աղավաղում (անադեկվատ հույզեր)
Պարանոյալ— համակարգված զառանցանք
Պարանոիդ— խեղացնոր զառանցանք
Պարաֆրենիս— հոգեխախտում, ֆանտաստիկ զառանցանք
Պարեյդոլիս— տեսողական ֆանտաստիկ բնույթի պատրանք
Պերսեկյացիս— մտազամություն, կաշուն միտք
Պերցեպցիս— ընկալում
Պետիտ մալ— էպիլեպսային ցնցումային փոքր նոպա
Պիքսեթրապիս— ջերմաբուժություն
Պիրոմանիս— հրկիզամոլություն, կրակամոլություն, հրդեհամոլություն
Պենեմենցեֆալոգրաֆիս— օդատեղեղագրություն
Պոլիմպսեստ— արկոհոլային հիշակորուստ
Պոլիներիս— բազմանյարդաբորբ
Պորիոմանիս— թափառամոլություն (տե՛ս նաև դրոմոմանիս)
Պորոպսիս— հեռավորության տեսախախտում
Պսեդոդեմենցիս— կեղծ թուլամտություն
Պսեդոդիպսոմանիս— կեղծ պարբերական հարեցողություն
Պսեդոհալուցինացիս— կեղծ ցնորք
Պսեդու.էմինիսցենցիս— աղավաղված հիշողություն
Պսիխասթենիս— հոգեթուլություն
Պսիխոզ— հոգեգարություն, հոգեախտ

Պսիխոպաթիա — հոգեախտություն

Պրեսբիտերիա — ծերունական թուլամտություն

Պուերիլիզմ — մանկավարք, մանկանմանություն

Ռապաուս — ուժգին պոռթկում (թախծի բռնկում գրգռվածությամբ) .

Ռեաբիլիտացիա — վերականգնում

Ռեազապացիա — վերահարմարողականություն

Ռեմիսիա — հիվանդության նվազում, թուլացում

Ռեռենցեֆալոգրաֆիա — ալիքատուղեղագրություն

Ռեպրոդուկցիա — վերարտադրում

Ռետենցիա — մտապահում

Ռեուսալ — ծիսակարգ, ծեփ

Սենեստոպաթիա — տարազգացողություն (տհաճ զգացողությունների մարմնում)

Սիմվոլիկ մտածողություն — սիմվոլիկ մտածողություն

Սինդրոմ — համախտանիշ

Սոմամարուլիզմ — գիշերաշրջիկություն - լուսնոտություն

Սպազմոֆիլիա — շղաձգահակում, կծկանքահակում

Սթրես — գերհույզ

Ստուպոր — ընդարմացում, կաշկանդվածություն

Ս. դեպրեսիվ — հոգեանկումային ընդարմացում

Ս. կատատոնիկ — դիրքազամվածային ը.

Սոսոյաժնիկություն — բողոքամոլություն, դատամոլություն

Տախիկինեզիա — արագաշարժություն

Տեսթ — փորձ

Տրանս — ավտոմատացված, ենթագիտակցական գործողություններ

Տրեբբասքենիա — ուղեղաթուլություն

Տիկլոթիմիա — անկայուն տրամադրություն (մերթ մոլուցքային, մերթ անկումային)

Տիկլոֆրենիա — տե՛ս մոլեգաթ անկումային պսիխոզ

Սքեյզիլացիա — գիտակցության թեթևակի կարճատև մթադեղում

Օլիգոֆազիա — խոսքի աղքատություն, սակավախոսություն

Օլիգոֆրենիա — սակավամտություն, թերամտություն

Օնեյրոիդ կատատոնիա — երազանման շարժագամություն .

Օրթոստատիկ կոլապս — ուղղադիրքային կոլապս

Յոբիա — կաշուն, սևեռուն վախ

Յոտոպսիա — առկայծող տեսողական տարրական ցնորք

Յուստրացիա — հուսախաբություն, նպատակափուլում

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Նախաբան

3

1 ՄԱՍ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀՈԳԵԱՆՏԱՐԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն. Հոգեբուժության առարկան և նրա խնդիրները

5

Չլուվս 1. Հոգեբուժության պատմության համառոտ ակնարկ

8

Պլուվս 2. Հոգեկան հիվանդությունների ախտանշաններ

17

Ընկալման խանգարումներ

18

Հիշողության խանգարումներ

26

Բանականության (ինտելեկտի) խանգարումներ

30

Մտածողության խանգարումներ

34

Հաշվական ոլորտի խանգարումներ

43

Կամային խանգարումներ

49

Գիտակցության խանգարումներ

52

Պլուվս 3 Հոգեախտաբանական համախտանիշներ

53

Ասթենիկ համախտանիշ

55

Հիստերիկ համախտանիշ

56

Կալուներության (սենտուներության) համախտանիշ

56

Սենսատուպթիկ համախտանիշ

57

Հիպոխոնդրիկ համախտանիշ

57

Դիսմորֆոմանիայի—դիսմորֆոֆորիայի համախտանիշ

58

Մանիակալ համախտանիշ

59

Դեպրեսիվ համախտանիշ

59

Կոտարի համախտանիշ

60

Ցնորագարություն (հալուցինոզ)

61

Հոգեզգայական (պսիխոսենսոր) խանգարման համախտանիշ

61

Դեռնալիզացիայի (իրականության բացասման) համախտանիշ

62

Գնպերսոնալիզացիայի (անձի բացասման, ապտանհատականացման)

համախտանիշ

62

Պարանոյալ համախտանիշ

62

Պարանոիդ համախտանիշ

63

Հոգեկան ավտոմատիզմի (Կանգինսկի-Կլերամբոյի) համախտանիշ

64

Պարաֆրեն համախտանիշ

65

Նարժոդական խանգարման համախտանիշներ

65

Գիտակցության խանգարման համախտանիշներ

68

Դելիրիում

69

Ամենցիա

70

Ցնեյրոիդ խանգարում

72

Գիտակցության մթնշաղային վիճակ

73

Ցնցումային համախտանիշներ

74

Կորսակոլյան (ամենստիկ) համախտանիշ

74

Բանականության (ինտելեկտի) խանգարման համախտանիշներ

75

Ապաթիկո-աբուլիկ (անտարբերակամազրկային) համախտանիշ

76

Պսիխոթանական համախտանիշ (օրգանական պսիխոսինդրոմ,

էնցեֆալոպաթիկ համախտանիշ)

77

357

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 (չերմաբուժություն)	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 ՀՈԳԵՐՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ	
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 (նաբկոմանիա)	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 ախտաժագումը	240
	Տարբերակիչ ախտորոշումը	
	Բուժումը	
✓ Կլուպ	16. Մանիակալ դեպրեսիվ պսիխոզ	251
	Կլինիկական պատկերը	253
	Մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզի խառը և ատիպիկ ձևերը	257
	Բուժումը	259
Կլուպ	17. Գանգուղեղային վնասվածքներ	261
	Գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքները	264
	Բուժումը	268
Կլուպ	18. Ուլեղի ուռուցքների ժամանակ հանդիպող հոգեկան խանգարումները	270
Գլուպ	19. Էնդոկրին ծագում ունեցող պսիխոզներ	273
	Էնդոկրին որոշ հիվանդությունների դեպքում հանդիպող հոգեկան խանգարումների առանձնաատկությունները	274
- ✓ Գլուպ	20. Պսիխոզեն հիվանդություններ	278
	Ներդրումներ	279
	Բուժումը	286
	Ռեակտիվ պսիխոզներ	288
	Սուր պսիխոզեն ունակցիաներ	289
	Ձգձգվող ռեակտիվ պսիխոզներ	290
	Բուժումը	296
Կլուպ	21. Պսիխոպաթիաներ	298
	Պսիխոպաթիաների ձևերը	300
	Պսիխոպաթիաների պատճառագիտությունը, դինամիկան	308
	Ախտորոշումն ու բուժումը	311
Գլուպ	22. Անոթային հիվանդություններով տրամաբանված հոգեկան խանգարումներ	312
	Գլխուղեղային աթերոսկլերոզ	314
	Հիպերտոնիկ հիվանդություն	317
	Հիպոտոնիկ հիվանդություն	319
	Բուժումը և պրոֆիլակտիկան	319
Կլուպ	23. Նախածնունդական և ծնունդական պսիխոզներ	321
	Նախածնունդական (ինվոլուցիոն) պսիխոզներ	321
	Ծնունդական պսիխոզներ	326
	Ծնունդական պսիխոզի ատիպիկ ձևերը	329
Գլուպ	24. Օլիգոֆրենիա	332
	Օլիգոֆրենիայի կլինիկական ձևերը	335
	Բուժումը և կանխարգելումը	340
Գլուպ	25. Հոգեբուժական փորձաքննություն	344
	Աշխատանքային փորձաքննություն	344
	Զինվորական փորձաքննություն	345
	Դատահոգեբուժական փորձաքննություն	346
	Ցերմինաբանական բռնաբան	353

**Մարիետա Ալբերտի Մելիք-Փաշայան
Վահան Հովհաննեսի Հովհաննիսյան
ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ**

**Դասագիրք բժշկական ինստիտուտի բուժ
ֆակուլտետների ուսանողների համար**

*Հրատ. խմբագիրներ՝ Գ. Մ. Գասպարյան, Է. Հ. Նսայան
Տեխն. խմբագիր՝ Ռ. Ն. Ախիրյան
Նկարիչ՝ Վ. Ա. Զաղաջպանյան
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.:

*Չափեր՝ 60×84¹/₁₆, Թուղթ՝ № 2: Տառատեսակը՝ «Գրքի սովորական»: Տպագրությունը՝
բարձր: Հրատ. 18,8 մամ., պայմ. 20,93 մամ., տպ. 21,2 գուն. թ. օտ.: Պատվեր՝ 180:
Տպաքանակ՝ 3000: Գինը՝ պայմանագրային:*

«Հուլիս» պետական հրատարակչություն, Երևան—9, Իսահակյան 28:

22 կառավարությանն առընթեր

հրատարակչության թիվ 6 տպարան:

Երևան, Թումանյան փող. 23/1: