

Չաստատված է ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության կողմից որպես  
դասագիրք բարձրագույն մասնագիտական կրթությունն իրականացնող  
բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների ուսանողների համար

**Ա.Է. Մելիք-Փաշայան**

# **ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ**

Դասագիրք բժշկական բուհերի ուսանողների համար

**ԵՐԵՎԱՆ 2012**

ՀՏԴ 616.89 (075.8)

ԳՄԴ 56.14 y 73

Մ 515

Հաստատված է  
ԵՊԲՀ գիտխորհրդի (09.07.2012թ., թիվ 8) նիստում,  
ՀՀ կրթության և գիտության նախարարի հրամանով  
(27.09.2012թ., թիվ 897-Ա/Ք):

Մ 515 Մելիք-Փաշայան Արմեն

Հոգեբուժություն: Դասագիրք բժշկական բուհերի  
ուսանողների համար /Ա.Է. Մելիք-Փաշայան; - Եր:  
Երևանի Մ. Հերացու անվան պետ. բժշկ. համալս. հրատ.,  
330 էջ:

Գրախոսներ՝ **բ.գ.դ. պրոֆ. Հ.Ս. Մանվելյան**  
**բ.գ.դ. պրոֆ. Մ.Գ. Եղիյան**

Լեզվաբան խմբագիր՝ **բան.գ.թ. դոցենտ Հ.Վ. Սուքիասյան**

Համակարգչային  
մակետավորում՝ **Մ.Հ. Ավետիսյան**

Հոգեբուժության զարգացման ժամանակակից փոփոխություններին համահունչ՝ սույն դասագրքում ներկայացված են ընդհանուր հոգեբուժության ոլորտի խնդիրները և զինվորական հոգեբուժության հիմնական բաժինները, որոնցում մանրամասն շարադրված են հիվանդությունների դասակարգումը, ախտորոշումը և բուժումը:

Զինվորական հոգեբուժության հարցերի առաջին անգամ հայերեն շարադրումը հիմնված է այդ ոլորտի ժամանակակից մասնագիտական գրականության հիմնական դրույթների վրա:

Դասագիրքը նախատեսված է ուսանողների համար, սակայն կարող են օգտվել նաև զինվորական հոգեբույժները, ինչպես նաև հարակից մասնագիտությունների բժիշկները:

ՀՏԴ 616.89 (075.8)

ԳՄԴ 56.14 y 73

ISBN 978-9939 -65-043-2

© Երևանի Մ. Հերացու անվան  
պետական բժշկական  
համալսարան, 2012թ.

## ՆԱԽԱԲԱՆ

1994թ. առաջին անգամ մայրենիով հրատարակվեց Երեւանի Մխիթար Չեքրացու անվան պետական բժշկական համալսարանի հոգեբուժության ամբիոնի կողմից պատրաստված հոգեբուժության դասագիրք ուսանողների համար, որը մինչ այժմ միակն է: Անցած 18 տարիների ընթացքում հոգեբուժության ոլորտում կատարվել են զգալի փոփոխություններ՝ սկսած հոգեկան հիվանդությունների դասակարգումից մինչ ախտորոշման եւ բուժման մեթոդները:

Դասագրքում հոգեկան հիվանդությունների դասակարգումը հիմնված է միջազգային դասակարգման հիմնական սկզբունքների վրա, սակայն պահպանված են նաեւ դասական գիտական սկզբունքները, որոնք ախտորոշման եւ բուժման գործնական աշխատանքների հետ մեկտեղ նպաստում են հոգեկան ոլորտի խանգարումների խոր իմացությանը (նոզոլոգիական եւ սինդրոմոլոգիական մոտեցումներ):

Համաձայն միջազգային դասակարգման՝ վերակառուցված եւ վերակազմավորված են դասագրքի որոշ գլուխների բնագրերը (գլուխ 20՝ «Ուշ տարիքի ֆունկցիոնալ խանգարումները», գլուխ 9՝ «Սոմատոֆորմ եւ կոնվերսիոն խանգարումները», առաջին անգամ ներկայացված են «Չետվնասվածքային սթրեսային խանգարումները», «հիվանդություն» տերմինը փոխարինված է «խանգարում» տերմինով եւ այլն):

Ժամանակակից պահանջներին համապատասխան են ներկայացված հոգեկան խանգարումների բուժման մեթոդները: Դասագրքում ներկայացված չեն ինսուլինային բուժումը, պիրոթերապիան, սուլֆազինային բուժման մեթոդը, որոնք արդեն կիրառելի չեն:

Զգալի փոփոխություններով է ներկայացված պսիխոֆարմակալոգիան. երեք աղյուսակներում ընդգրկված են առավել օգտագործում ունեցող դեղերը՝ օրական եւ դեղի ձեւի դեղաչափերով, ընդ որում, բավական լիարժեք ընդգրկված են նոր սերնդի (ոչ տիպային) հակահոգեզարային, տազնապամարիչ դեղեր եւ հակադեպրեսանտներ:

Դասագրքում առաջին անգամ ներկայացված են նաեւ զինվորական հոգեբուժության առաջնահերթ արդիական հարցեր:

Զինվորական հոգեբուժությունը հոգեբուժության եւ ռազմաբժշկության կարեւորագույն բաժին է, որն ուսումնասիրում է զինվորական ծառայողների հոգեկան առողջության խնդիրների, հոգեկան խանգարումների պատճառների, կլինիկական դրսեւորումների, ընթացքի, բուժման յուրահատկությունները, կանխարգելումը:

Այդ բաժինը մանրամասնելը չափազանց կարեւոր է՝ հաշվի առնելով նաեւ այն հանգամանքը, որ բժշկական համալսարանն ունի ռազմաբժշկական ֆակուլտետ, եւ այդ ֆակուլտետի ուսանողների համար զինվորական հոգեբուժության խնդիրների իմացությունն անհրաժեշտ է ոչ միայն պատերազմական, այլեւ արտակարգ իրավիճակների բոլոր պայմաններում:

Ձինվորական հոգեբուժության կարելորագույն խնդիրներից են հոգեկան խանգարումների դրսևորման բարձր ռիսկայնություն ունեցող զինծառայողների խմբերի հայտնաբերումը, նրանց հոգեբուժական օգնության համակարգի ձևավորումը, զինվորական պայմաններին հարմարվողականության միջոցառումների մշակումը (մասնավորապես ծառայության սկզբնական շրջանում): Այդ ամենի գրավականը բանակում արտակարգ իրավիճակները կանխելն է (ինքնսպանություններ, բախումներ, իրավիճակային ռեակցիաներ):

Պետք է նշել նաև, որ ներկայումս էապես փոխվել է հոգեկան հիվանդացության կառուցվածքը, այդ թվում եւ բանակում: Առավել տարածված են դեպրեսիան, ներողները (նյարդախտ), թմրամոլությունը, պսիխոսոմատիկ (հոգեմարմնական) խանգարումները: Այս վիճակների, ինչպես նաև անձնային խանգարումների, սթրեսով պայմանավորված հետսթրեսային վիճակների դեպքում անհրաժեշտ է ուշադրության շեշտված ուղղվածություն՝ ժամանակին հայտնաբերելու, ճիշտ գնահատելու եւ կանխարգելելու առումով:

Դասագրքում առաջին անգամ ներկայացված են մանկական եւ դեռահաս տարիքի երեխաների շրջանում առաջացող հոգեկան խանգարումները: Այդ խանգարումների կլինիկական պատկերի, յուրահատկությունների իմացությունը անհրաժեշտ կլինի նաև մանկաբույժների համար, քանի որ առավելապես փոքր տարիքի երեխաների շրջանում հոգեկան, նյարդաբանական եւ մանկական հիվանդությունների ախտանիշները սերտորեն միահյուսված են, ուստի՝ մանկական հոգեբուժության ասպարեզում այս ձեռնարկը եւս օգտակար կլինի:

Անհրաժեշտ է նշել, որ բավականին դժվարություններ է հարուցել մասնագիտական որոշ տերմինների թարգմանությունն ու կիրառումը, ուստի դասագրքի վերջում ներկայացվել է տերմինաբանական բառարան:

Հեղինակը շնորհակալությամբ կընդունի դասագրքում տեղ գտած թերությունների վերաբերյալ դիտողություններն ու կառուցողական առաջարկները:

# ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

## ՀՈԳԵՔՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՐԿԱՆ ԵՎ ՆՐԱ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

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

Հոգեբուժության զարգացումը հանգեցրել է մի շարք ճյուղերի առանձնացմանը՝ մանկական, դատական, զինվորական, հոգեբուժական աշխատանքային փորձաքննության, պսիխոհիգիենայի և պսիխոպրոֆիլակտիկայի, պսիխոֆարմակալոգիայի:

Հոգեբուժության առարկան բաղկացած է երկու բաժիններից՝ ընդհանուր հոգեախտաբանություն և մասնավոր հոգեբուժություն: Ընդհանուր հոգեախտաբանությունն ուսումնասիրում է հոգեկան հիվանդությունների ախտանիշները և համախտանիշները, պատճառագիտության և ախտածնության հարցերը, դրանց դրսևորման և զարգացման ընդհանուր օրինաչափությունները, հիվանդների հետազոտման մեթոդները, դասակարգման սկզբունքները, վերականգնման հիմնահարցերը: Մասնավոր հոգեբուժությունն ուսումնասիրում է հոգեկան առանձին հիվանդությունները, ներոզները, ինչպես նաև պսիխոսոմատիկ խանգարումները:

Ցանկացած հիվանդության դեպքում տուժում է ողջ օրգանիզմը, ուստի յուրաքանչյուր բժիշկ տեղային զննումից բացի, պետք է ուշադրություն դարձնի նաև հիվանդի հոգեկան վիճակին, քանի որ հոգեկան հիվանդության նախնական ախտորոշումը հաճախ կատարում է ոչ թե հոգեբույժը, այլ մեկ ուրիշ մասնագետ, մասնավորապես թերապևտը, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկը, ընտանեկան բժիշկը: Նրանց են հաճախ դիմում հիվանդները կամ հիվանդի հարազատները, ուստի հոգեբուժության անհրաժեշտ գիտելիքների առկայության դեպքում հնարավոր կլինի հոգեկան խանգարումը ժամանակին ախտորոշելը և բուժումը կազմակերպելը:

# Ի ՄԱՍ. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀՈԳԵԱՆՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

## ԳԼՈՒԽ 1

### ՀՈԳԵՐՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄԱԿԱՆ ԱԿՆԱՐԿ

---

Պարեր շարունակ հոգեկան հիվանդությունները դիտվել են որպես գերբնական ուժերի ծնունդ, համարվել Աստծո պատիժ կամ ողորմածության դրսևորում: Դրանով էլ պայմանավորված է եղել հոգեկան հիվանդների նկատմամբ հասարակության վերաբերմունքը:

Հոգեկան հիվանդությունների մասին տեղեկություններ պարունակող հնագույն աղբյուրներից են եգիպտական պապիրուսները, չինական և հնդկական սուրբ գրքերը, Աստվածաշունչը և այլն: Մ.թ.ա. V դարից մինչև մեր թվարկության III դարը ձևավորվեցին հունահռոմեական բժշկական դպրոցները, որոնց ներկայացուցիչները փորձում էին այն ժամանակի բնագիտական դիրքերից բխող քայլեր ձեռնարկել՝ ուղղված հոգեկան հիվանդների օգնության խնդիրներին: Հիպոկրատը (V–IV դ. մ.թ.ա.) առաջին գիտնականն էր, որը հոգեկան հիվանդությունը դիտարկեց որպես ուղեղի ֆունկցիայի խանգարման հետևանք և առաջարկեց հիվանդների բուժման բնագավառում աղոթքներից անցնել պսիխոթերապիայի, մարմնամարզության, լրգանքների, սննդակարգի և այլ իրական միջոցառումների կիրառման:

Հռոմեական կայսրության անկմամբ սկսվեց միջնադարյան մռայլ ժամանակաշրջանը, երբ հոգեկան խանգարումները դիտվեցին բացառապես կախարդանքի կամ չար ուժերի՝ մարմնի մեջ ներթափանցելու արդյունք, իսկ հոգեկան հիվանդների վրա ներգործելու միակ ուղին դարձավ նրանց տանջահար անելն ու ոչնչացնելը:

Ֆրանսիական մեծ հեղափոխությունից հետո հաղթանակեցին մարդասիրական գաղափարները, փոխվեց հասարակության վերաբերմունքը հոգեկան հիվանդների հանդեպ: Այդ գործում մեծ էր ֆրանսիացի ակադեմիկոս Բ. Պիների (1745-1826) և նրա աշակերտ Ե. Եսկիրոլի դերը, որոնք առաջարկեցին հոգեկան հիվանդների նկատմամբ կիրառել «ոչ թե զսպում, այլ բուժում» սկզբունքը: Եվրոպայում առաջին անգամ հոգեկան խանգարումներով տառապողները ճանաչվեցին որպես հիվանդներ, իսկ բանտանման փակ կացարանները վերափոխվեցին հիվանդանոցների: Պիների ջանքերի շնորհիվ հիվանդներն ազատվեցին շղթաներից, Եսկիրոլը սկիզբ դրեց հոգեբուժական հիվանդանոցներում հիվանդների բուժմանը, իսկ անգլիացի բժիշկ Կոնոլին (19-րդ դարի 30-ական թթ.) առաջարկեց վերացնել հիվանդներին կաշկանդող բոլոր միջոցները (զսպաչապիկներ, կապկպումներ և այլն):

Գերմանացի հոգեբույժ Վ. Գրիզինգերի ուսումնասիրությունների շնորհիվ հոգեբուժությունը հասավ զարգացման մի նոր աստիճանի: Արևմտյան Եվրոպայում առաջինը նա գիտականորեն շարադրեց տեսություն հոգեկան հիվանդությունների մասին՝ կիրառելով Կոնուլիի սկզբունքները:

Ֆրանսիացի հայտնի հոգեբույժ Բ. Մորելը եկավ այն եզրահանգման, որ հոգեկան խանգարումների հիմնական պատճառը ժառանգական նախատրամադրվածությունն է, որն ամրապնդվում և խորանում է սերնդեսերունդ: Նա պնդում էր, որ հիվանդությունները, մասնավորապես ալկոհոլամոլությունը, տուբերկուլոզը, սիֆիլիսը ժառանգական ճանապարհով հետագա սերունդների հոգեկան ներաշխարհում նյարդային տեղաշարժերից մինչև անձի խանգարումների, հոգեկան հիվանդությունների, վերջապես, ապուշության և դեգեներացիայի նախատրամադրող գործոններ են: Ֆրանսիայում Բ. Մորելին հաջորդեց Ֆ. Մանյանը, Իտալիայում՝ Չ. Լոմբրոզոն, Գերմանիայում՝ Ռ. Կրաֆտ-Էբինգը, Ռուսաստանում՝ Վ. Զիժը:

Հոգեբուժության զարգացման գործում մեծ առաջընթաց էր գերմանացի ականավոր հոգեբույժ Է. Կրեպելինի (1856-1926) գործունեությունը, որի առաջարկած նոզոլոգիական սկզբունքի շնորհիվ հոգեբուժությունը մոտեցավ ընդհանուր բժշկությանը:

Այդ ժամանակաշրջանում հոգեբուժության բնագավառում Ջ. Ֆրեյդի (1856-1939) գլխավորությամբ ձևավորվեցին նաև հոգեբանական տարբեր ուղղություններ: Ֆրեյդի տեսության համաձայն՝ մարդու վարքի դրսևորման հարցում առաջատար դերը անգիտակցականին է, որն էլ հակադրվում է գիտակցականին: Նա առանձնացնում է հոգեկան ոլորտի երեք մակարդակ՝ «նա» (անգիտակցական), «ես» (գիտակցական), «գերես» (բարոյական): Անգիտակցականը հակումների, բնազդների ամբողջությունն է, որոնցից առաջատար նշանակություն ունի սեռականը: Անգիտակցականի (բնազդների) և գիտակցականի (բնազդները զսպող ուժի) հակադրությունը հանգեցնում է բարդության առաջացմանը: Ըստ Ֆրեյդի՝ այդպիսի ներանձնական հակադրության դրսևորումներն են վաղ մանկական հասակում ձևավորված Էդիպի և Էլեկտրայի բարդությունները, այսինքն՝ երեխայի փոխկապվածությունը հակառակ սեռի ծնողի հետ: Հետագա կյանքի ընթացքում այդ բարդությունները դուրս են մղվում գիտակցությունից, սակայն պահպանվում են անգիտակցական ոլորտում և առաջացնում նկրոզներ ու պսիխոզներ: Առաջացած բարդությունները բացահայտելու և բուժելու համար Ֆրեյդի կողմից առաջարկված է հոգեվերլուծության (պսիխոանալիզի) մեթոդը: Այդ մեթոդի համաձայն՝ հոգեվերլուծության ճանապարհով վերացվում է անգիտակցական ոլորտի ազդեցությունը: Անգիտակցական ապրումները գիտակցվում են հիվանդի կողմից և այդպիսով կորցնում իրենց ճնշող ազդեցությունը: Այդ ապրումների մասին հնարավոր է դառնում իմանալ հիվանդի

ազատ ասոցիացիաները, երազները, վրիպումները մեկնաբանելու ճանապարհով:

Ֆրեյդի դասական հոգեվերլուծության տեսության հետագա զարգացման արդյունքը եղավ Կ. Յունգի և Ադլերի ուսմունքը: Ձգտելով հաղթահարել Ֆրեյդի պանսեքսուալիզմը՝ Խորնին, Է. Ֆրոմը և ուրիշներ առաջատար նշանակությունը տվեցին սոցիալական ներգործություններին, երեխայի դաստիարակության հիմնահարցերին: Ըստ նեոֆրեյդիստների՝ ներդրումների և պսիխոզների զարգացման հիմքում անհատի կողմից բնածին ոչ լիարժեքության գիտակցումն է:

Ֆրեյդիզմը ազդեցություն թողեց պսիխոդինամիկ ուղղության զարգացման վրա՝ մեծ նշանակություն տալով նախախոսակցական (պրեվերբալ) շրջանում երեխայի հուզական կյանքին: Այնպիսի ապրումներ, ինչպիսիք են վախը, անհանգստությունը, անվստահությունը մոր և երեխայի միջև ստեղծված փոխհարաբերություններում ավտածին ազդեցություն ունեն և հետագայում չեն ենթարկվում կանոնավորման:

Մարմնակազմական-ժառանգական (կոնստիտուցիոն-գենետիկ) ուղղության հիմնադիրներից մեկը՝ Կրեչմերը, հաստատեց հիվանդությունների ժառանգական մարմնակազմական պայմանավորվածությունը: Նա նշում էր, որ յուրաքանչյուր անհատ կրում է այս կամ այն հոգեկան հիվանդությանը բնորոշ հատկանիշներ:

XIX–XX դարերում ռուսական հոգեբուժական դպրոցը Ս.Ս. Կորսակովի ղեկավարությամբ առաջադրեց և ձևավորեց հոգեբուժության հոգեկանխարգելիչ (պսիխոպրոֆիլակտիկ), պսիխոհիգիենիկ ուղղություններ: Ի.Ս. Սեչենովի, Ի.Պ. Պավլովի, Լ.Ա. Օրբելու, Պ.Կ. Անոխինի աշխատանքները նպաստեցին ուղեղի գործունեության մեխանիզմների հետագա ուսումնասիրմանը և հոգեբուժության ոլորտում ֆիզիոլոգիական ուղղության զարգացմանը:

Հայաստանում հոգեբուժության պատմության արմատները հասնում են մինչև հնագույն դարեր (Փալստոս Բուզանդ, Գրիգորիս, Ամիրդովլաթ Ամասիացի): 12-րդ դարի հայ բժշկապետ Մխիթար Հերացին «Ջերմանց մխիթարություն» բժշկարանում մեծ ուշադրություն է դարձրել հոգեբուժմանը (պսիխոթերապիային)՝ առաջարկելով այն կիրառել նաև մարմնական հիվանդությունների դեպքում: Սակայն գիտական հոգեբուժությունը Հայաստանում զարգացավ 1950-ական թվականներից՝ Ա.Յ. Մեիրաբյանի (1904-1985) ղեկավարությամբ, որը 1945-1985 թվականներին ղեկավարել է Երևանի պետական բժշկական համալսարանի հոգեբուժության ամբիոնը, հիմնադրել և ղեկավարել է Հայաստանի հոգեբույժների գիտական ընկերությունը, ստեղծել հայ հոգեբույժների դպրոց:

## ԳԼՈՒԽ 2

### ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԸ

Առողջ մարդու հոգեկան բոլոր պրոցեսները (ընկալում, հիշողություն, մտածողություն և այլն) և գործողությունները ներդաշնակ են, կապակցված և լիովին համապատասխանում են արտաքին աշխարհի բոլոր տեսակի իրադարձություններին ու փոփոխություններին: Մինչդեռ հոգեկան հիվանդությունների դեպքում այդ ամենը խանգարվում է՝ դրսևորվելով ախտաբանական ախտանշանների ու համախտանիշների ձևով, իսկ ծանր դեպքերում՝ հասցնելով մինչև անձի քայքայման:

#### ԸՆԿԱԼՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Ընկալումը առարկաների և երևույթների ճանաչողությունն է՝ դրանց ամբողջականությամբ: Այն հոգեկան ակտիվ պրոցես է և սերտորեն կապված է հոգեկան մյուս ֆունկցիաների հետ:

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

**Պատրանքը** (խաբկանք) արտաքին աշխարհի առարկաների ու երևույթների աղավաղված ընկալումն է, ընկալման խանգարումն է օբյեկտի առկայությամբ:

**Աֆեկտիվ (գերզգայական) պատրանք.** պայմանավորված է վախի կամ հուզական (առավել հաճախ անկումային տրամադրությամբ) այլ վիճակներով: Այսպես մութ սենյակում կախիչից կախված վերարկուն կարող է ընկալվել որպես մարդ: Աֆեկտիվ պատրանքներ են դիտվում նաև մոլագարային կամ դեպրեսիվ (ընկճված) վիճակների դեպքում, երբ մեծ հիվանդներն իրենց շրջապատի մարդկանց դեմքերը համապատասխանաբար ընկալում են ուրախ ու խնդուն կամ տխուր ու թախծալից:

**Վերբալ (խոսքային) պատրանք.** շրջապատի մարդկանց խոսակցությունների բովանդակությունը աղավաղված է ընկալվում: Օրինակ՝ անձին չվերաբերող կողմնակի հարցերի ու պատասխանների մեջ լսվում են իրեն ուղղված հարցեր:

**Պարեյրոլիկ պատրանք.** ընկալման աղավաղումը դրսևորվում է գերբնական պատկերներով, օրինակ՝ առաստաղի, պատի վրայի ճեղքերը կամ նկարները ընկալվում են արտասովոր բովանդակությամբ՝ ընդունելով

տարօրինակ չափեր, զանազան գերբնական շարժվող պատկերներ, կերպարանքներ: Պարեյդոլիկ պատրանքները բնորոշ են գիտակցության խանգարման վիճակներին:

Պատրանքները կարող են առաջանալ նաև ըստ զգայարանների՝ տեսողական, համի, հոտի, շոշափելիքի, լսողական:

**Ցնորքը** ընկալման խանգարումն է՝ առանց իրական օբյեկտի: Ցնորքով տառապող հիվանդի համար իր զգայախաբուքունը ոչ թե երևակայական, այլ իրական երևույթ է, երբ նա լսում է, տեսնում է, համ ու հոտ է զգում՝ հանդգնած լինելով դրանց իսկության մեջ՝ որպես գոյություն ունեցող ռեալ իրականություն:

Տարբերում են պարզ և բարդ ցնորքներ: Պարզ ցնորքի դեպքում ցնորային կերպարը պայմանավորված է մեկ զգայարանով (հիվանդը կա՛մ լսում է, կա՛մ տեսնում և այլն): Պարզ ցնորքները կարող են ունենալ տարրական բնույթ: Տարրական տեսողական ցնորքը կոչվում է *ֆոտոսյուիա* (հիվանդը տեսնում է կրակ, բոց, ծուխ, կայծ և այլն), տարրական լսողական ցնորքը՝ *ակոսազմ* (հիվանդը լսում է զանգ, դողանջ, կրակոց, անորոշ ձայներ): Բարդ ցնորքի դեպքում ցնորապատկերները կապված են մեկից ավելի զգայարանների հետ (հիվանդը կ՛ տեսնում է, կ՛ լսում, կ՛ զգում և այլն):

Ցնորքները կարող են լինել նաև իսկական և կեղծ: Իսկական ցնորքների դեպքում ցնորային պատկերները տեղակայվում են արտաքին աշխարհում՝ հիվանդի շրջապատում: Նրանք ձայները լսում են դրսից, տեսնում են սարսափեցուցիչ տեսարաններ, պատկերներ, կենդանիներ, զգում են վատ հոտեր և այդ բոլորը ընդունում են որպես իրականություն: Տվյալ դեպքում ցնորքներն ունեն վառ զգայական հատկություն, իրական ձայների ուժ ու երանգավորում, պատկերների գունազեղություն և այլն: Իսկական ցնորքներն ուղղված են հիվանդի ես-ին, որն առաջացնում է վարքի փոփոխություն՝ ցնորքների բովանդակությանը համապատասխան: Օրինակ՝ սարսափազդու պատկերների դեպքում հիվանդը վախ է ապրում, փախչում է, պաշտպանվում է և այլն: Իսկական ցնորքներն ուժեղանում են երեկոյան ժամերին: Կեղծ ցնորքների դեպքում ցնորային պատկերները տեղակայված են ոչ թե իրականության մեջ ու իրական ձևով, այլ հիվանդի մարմնի ներսում, ուղղված են հիվանդի հոգեկան ես-ին, միահյուսվում են նրա ինքնագիտակցության հետ: Օրինակ՝ հիվանդը ձայներ է լսում իր գլխի միջից, որովայնի խոռոչից: Իսկական ցնորքներին հակառակ՝ կեղծ ցնորքների դեպքում հիվանդն զգում է, որ այդ ցնորքները շինծու են, առաջացվել են հատուկ նպատակով, արտաքին ինչ-որ ուժերի կողմից: 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 կապ չունեն օրվա ժամերի հետ:

**Ի.** Սեզլայի կողմից նկարագրվել են վերբալ կինեսթետիկ կեղծ ցնորքներ, երբ հիվանդները նշում են, որ արտաքին ուժերի ազդեցությամբ, իրենց կամքից անկախ, լեզուն շարժվում և խոսքեր է արտասանում: Կեղծ ցնորքները բնորոշ են հոգեկան ավտոմատիզմի կամ Կանդինսկու-Կլերամբոյի հոգեախտաբանական համախտանիշին:

Գոյություն ունեն ցնորքների մաս հետևյալ տեսակները.

**Խոսքային (վերբալ)** ցնորքներ. հիվանդը զանազան ձայներ ու խոսակցություններ է լսում, որոնք երբեմն հաճելի, իսկ ավելի հաճախ տհաճ ու սպառնալի բնույթ ունեն, հաճախ ուղեկցվում են զառանցական մտքերով:

**Չրամայողական (հնպերատիվ)** ցնորքներ. բնորոշվում են հրամայող ձայների առկայությամբ, որոնք կարգադրում, հաճախ ստիպում են կատարել շրջապատի համար վտանգավոր այս կամ այն գործողությունը: Նման դեպքերում հիվանդը կարող է ցուցաբերել ագրեսիվ վարքագիծ, քանի որ «շրջապատի» ձայներին ենթարկվում է ինքնաքննադատության բացակայության պայմաններում:

**Մեկնաբանական** ցնորքներ. ձայները մեկնաբանում են հիվանդի արարքները, վարքը, կշտամբական են, երբեմն հիվանդի սխալներն «ուղղելու» նպատակ ունեն:

**Չակադրական** (անտագոնիստական) ցնորքներ. հիվանդը լսում է տարբեր 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, չպետք է ուտել:

**Ֆունկցիոնալ** ցնորքներ. առաջանում է արտաքին որևէ գրգռիչին զուգահեռ: Այսպես՝ ծորակից հոսող ջրի աղմուկի առկայությամբ հիվանդը զանազան ձայներ ու խոսակցություններ է լսում: Ֆունկցիոնալ ցնորքը լսողական պատրանքից տարբերվում է նրանով, որ պատրանքի դեպքում գրգռիչը ընկալվում է որպես խոսակցություն, իսկ ֆունկցիոնալ ցնորքի դեպքում գրգռիչին համատեղ ցնորքներ են առաջանում:

**Ընդերային (վիսցերալ)** ցնորքներ. մարմնի խոռոչներում զանազան կենդանի էակների, օտար մարմինների առկայության զգացում:

**Չիպնագոգիկ** ցնորքներ. այս ցնորքներն առաջանում են քնելուց առաջ աչքերը փակ վիճակում (արթնության և քնի միջև ընկած շրջանում):

**Չիպնապոմպիկ** ցնորքներ. նման ցնորքներն առաջանում են արթնանալիս: հիպնագոգիկ ցնորքները մեծ մասամբ տեսողական կամ լսողական

բնույթ ունեն: Հիպնագոգիկ և հիպնապոմպիկ, ինչպես նաև ֆունկցիոնալ ցնորքները հոգեպես առողջ մարդկանց շրջանում ևս կարող են հանդիպել:

**Էքստրակամպին (արտատեսադաշտային)** ցնորքներ, երբ ցնորապատկերը տեղակայված է տեսադաշտից դուրս. հիվանդը տեսնում է իր հետևում կանգնած մարդուն, որը պատրաստվում է հարվածել նրան, կամ լսում է ձայներ որևէ մոլորակից:

**Շոշափողական (տակտիլ)** ցնորքներ. կարծես մարմնի վրա զանազան միջատներ են սողում, էլեկտրական հոսանք է անցնում:

**Շարլ-Բոնեի** ցնորքներ. սրանք պայմանավորված են այս կամ այն զգայարանի վնասմամբ, երբ համապատասխանաբար առաջանում են նույնանուն ցնորքներ, սովորաբար լսողական կամ տեսողական: Օրինակ՝ կույրերի դեպքում՝ տեսողական, խուլերի դեպքում՝ լսողական:

Ցնորքները կարող են լինել նաև ներշնչված, օրինակ՝ հիպնոսային քնի վիճակում: Ներշնչանքային ծագում ունեն Լիպմանի և Ռեյխարդի ախտանիշները (տեսողական ցնորքներ), Աշաֆենբուրգի ախտանշանը (լսողական ցնորքներ):

**Լիպմանի** ախտանշան. հիվանդի ակնագնդերը թեթևակի սեղմելով ու համապատասխան ձևով ներշնչելով՝ առաջացվում է տեսողական ցնորք: **Ռեյխարդի** ախտանշան. ակոհոլային հարբեցատենդով տառապող հիվանդի առողջացման 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** ախտանշան. հիվանդին տրվում է անջատված հեռախոսի լսափողը և առաջարկվում է խոսել, որը և նա կատարում է: Այդ ճանապարհով արհեստականորեն առաջանում են լսողական ցնորքներ:

**Հոգեզգայական (պսիխոսենսոր) խանգարումներ:** Զգայական խանգարում է, որն արտահայտվում է զանազան ախտանիշներով ու համախտանիշներով:

**Սենսետոպաթիա.** ծայրաստիճան տհաճ, տանջալից, ճնշող բազմատեսակ զգացողություններ մաշկի վրա, մաշկի տակ, մարմնի տարբեր մասերում առաջացած այրոցներ, սեղմոցներ, ծակծկոցներ, ձգվածություն, թրթռոց, քոր, որոնք կապ չունեն որևէ մարմնական (սոմատիկ) խանգարումների հետ:

**Մետամորֆոպսիա.** ընկալվող օբյեկտի ձևի, չափի փոփոխություն տարածության մեջ: Մետամորֆոպսիան կարող է արտահայտվել հետևյալ ձևերով.

**Մակրոպսիա,** երբ ամեն ինչ ընկալվում է արտասովոր մեծ չափերով:

**Միկրոպսիա.** երբ ամեն ինչ փոքրացված է ընկալվում:

**Ղիսմեգալոսպիա.** շրջապատի առարկաներն ընկալվում են երկարացած, լայնացած, իրենց առանցքի շուրջը ոլորված ու ծռմռված:

**Պորոսպիա.** տարածության ընկալման խանգարումն է. տարածությունն ընկալվում է կրճատված, նրանում եղած առարկաները մոտեցած, կամ, ընդհակառակը, տարածությունն ընկալվում է լայնացած ու երկարած:

**Մարմնի սխեմայի խանգարում (աուտոմետամորֆոսպիա).** սեփական մարմնի, նրա տարբեր մասերի աղավաղված ընկալում: Հիվանդը զգում է դրանց ձևի, մեծության, կազմության, քաշի, տեղակայության փոփոխություն: Նա գանգատվում է իր գլխի մեծացած կամ փոքրացած, ծայրանդամների երկարած կամ կարճացած լինելուց, մարմնի տձևությունից (ղիսմորֆոսպիա), իր առանցքի շուրջը ոլորված, լայնացած, երկարացած լինելուց (ղիսմեգալոսպիա): Երբեմն առաջանում է բացակայող (այս կամ այն պատճառով հեռացված) ծայրանդամի կեղծ առկայության զգացողություն (ֆանտոմային զգացողություն), իսկ ծանր դեպքերում կարող է առաջանալ նաև այդ նույն բացակայող օրգանի ցավ, մարմնի մասերի անջատվածություն:

**Դեռեալիզացիա.** շրջապատն ընկալվում է անիրական, աղոտ, փոփոխական: Արտաքին աշխարհը կորցնում է իր իսկական և բնական գունավորումը, ընկալվում է անճանաչելի և աղավաղված տեսքով, կարծես թե քողով պատած, տներն ու ծառերը, թվում է, շարժվում են, օրորվում, կըռանում, մարդկանց դեմքերը փոխվում են, տափականում, լայնանում, ամեն ինչ աղոտ է կամ գորշագույն ու մռայլ: Դեռեալիզացիայի տարբերակներն են արդեն տեսածի ախտանշանը (ֆրանս. *deja 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, կարծես թե առաջին անգամն է տեսնում:

**Դեպերսոնալիզացիա.** անձի խորթացումն է. փոխվում է հիվանդի՝ սեփական անձի ընկալումը, առաջանում է իր ես-ի օտարացման, երկատման, ամբողջականությունը կորցնելու զգացում: Հիվանդին թվում է, թե իր անձը փոխվել է, իր մեջ զգում է երկու «ես», որոնցից մեկը գործում է, աշխատում, իսկ մյուսը՝ կողքից դիտում: Հաճախ խանգարվում է իր մարմնի սխեմայի ընկալումը, տեղի է ունենում զգացմունքների ու մտածողության տարօրինակ վերափոխում:

## Ստուգողական թեստեր

### 1. Պատրանքներ կարող են առաջանալ՝

- ա) հիվանդների շրջանում
- բ) առողջների շրջանում
- գ) երեխաների շրջանում
- դ) բուլդոզի դեպքում

### 2. Նման պատրանքներից որո՞նք գոյություն չունեն.

- 1) աֆեկտիվ
  - 2) իսկական
  - 3) կեղծ
  - 4) վերբալ
  - 5) պարեյդոլիկ
- ա) 1,2,3 բ) 3,4 գ) 2,3 դ) 1,4,5

### 3. Աֆեկտիվ պատրանքներ առաջանում են՝

- ա) անտարբերության իրավիճակում
- բ) հուզական լարված իրավիճակում
- գ) քնից արթնանալու պահին
- դ) թվարկվածներից ոչ մեկի դեպքում

### 4. Վերբալ պատրանքներն առաջանում է՝

- ա) վատ լուսավորության պայմաններում
- բ) մեկուսացման պայմաններում
- գ) կողմնորոշման խանգարման դեպքում
- դ) շրջապատում տեղի ունեցող իրական խոսակցությունների ժամանակ

### 5. Պարեյդոլիկ պատրանքներն առաջանում է՝

- ա) գիտակցության խանգարման դեպքում
- գ) երկուսն էլ
- բ) հիշողության խանգարման դեպքում
- դ) ոչ մեկը

### 6. Ցնորքները բնորոշվում են՝

- ա) իրականում գոյություն ունեցող առարկաների և երևույթների աղավաղված ընկալմամբ
- բ) իրականում գոյություն չունեցող առարկաների և երևույթների ընկալմամբ
- գ) առաջանում են միայն տարեցների շրջանում

դ) նշվածներից ոչ մեկով

**7. Կեղծ ցնորքները բնորոշվում են՝**

- 1) արտաքին ուժերի ներգործման հետևանքով, ստիպողաբար առաջանալու բնույթով
  - 2) գլխում կան ներքին օրգաններում տեղակայմամբ
  - 3) պարզ գիտակցության պայմաններում առաջացմամբ
  - 4) գիտակցության խանգարման պայմաններում առաջացմամբ
- ա) 1,2,3 բ) 1,2 գ) 1,2,4 դ) 2,3

**8. Ներշնչված ցնորքներից է՝**

- ա) Շառլ-Բոնեի ցնորքը
- բ) Ռեյխարդի ախտանիշը
- գ) էքստրակամպին ցնորքը
- դ) ֆունկցիոնալ ցնորքը

**9. Նշված ախտանիշներից ո՞րը պսիխոսենսոր խանգարում չէ.**

- ա) սենեստոպաթիա
- բ) ֆոտոպսիա
- գ) մետամորֆոպսիա
- դ) մարմնի սխեմայի խանգարում

**10. Նշվածներից ո՞րը չի բնութագրում դեռելալիզացիան.**

- ա) շրջապատող միջավայրի անկենդանության զգացումը
- բ) de'ja vu-ն
- գ) jamais vu-ն
- դ) սեփական ես-ի փոփոխվածության զգացումը

**11. Սենեսթոպաթիաները բնորոշվում են՝**

- ա) սեփական մարմնի ձևի ու չափի փոփոխվածության զգացումով
- բ) ներքին օրգաններում և մարմնի տարբեր մասերում բազմազան, տհաճ, տանջալից զգացողություններով
- գ) արտաքին գրգռիչների ընկալման ուժգնությամբ (հիպերեսթեզիա) կամ թուլացմամբ (հիպեսթեզիա)
- դ) բոլոր նշվածներով

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝** 1. դ, 2. գ, 3. բ, 4. դ, 5. ա, 6. բ, 7. ա, 8. բ, 9. բ, 10. դ, 11. բ:

## ՀԻՇՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆՁԱՐՈՒՄՆԵՐ

Հիշողությունը հոգեկան կարևորագույն ֆունկցիաներից մեկն է, որն արտահայտվում է ուղեղի կողմից տեղեկատվությունն ընկալելու (պերցեպիա), այն պահելու, ֆիքսելու (ռետենցիա) և հետագայում վերարտադրելու (ռեպրոդուկցիա) ունակությամբ:

Հիշողության ուժը պայմանավորված է ուշադրության կենտրոնացման աստիճանով, ընկալվող նյութի կարևորությամբ ու հետաքրքրությամբ և օրգանիզմի ընդհանուր վիճակով:

Ըստ զգայարանների՝ տարբերում են հիշողության հետևյալ ձևերը՝ տեսողական, լսողական, համի ու հոտի հիշողություն:

Գոյություն ունեն մեխանիկական հիշողություն, որ հիմնվում է նյութի կրկնության (անգիր սովորելու) վրա, և տրամաբանական հիշողություն, երբ նյութի վերարտադրումն արտահայտվում է դատողությունների միջոցով:

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

Գոյություն ունի նաև կարճատև և երկարատև հիշողություն: Կարճատև հիշողության դեպքում մտապահման տևողությունը մի քանի վայրկյանից մինչև մեկ ժամ է: Երկարատև հիշողությունն ավելի կայուն է, երբ ընկալված տեղեկատվությունը կարող է մնալ շատ երկար, ընդհուպ նույնիսկ ողջ կյանքում:

Հիշողության խանգարումները դրսևորվում են հետևյալ ձևերով.

**Դիսմնեզիա.** հիշողության թուլացման տարբեր ձևեր, այսինքն՝ հիշելու, պահպանելու, վերարտադրելու ունակության նվազում: Դիսմնեզիայի առավել վառ դրսևորումը վերարտադրելու թուլացումն է: Այն վերաբերում է հիշողության նյութի ընտրողական վերարտադրմանը տվյալ պահին, խոսակցության ընթացքում (տարեթվեր, անուններ և այլն):

**Հիպերմնեզիան** հիշողության հարաբերական սրացում է, որ կատարվում է ի հաշիվ անցյալ դեպքերի վերարտադրման սրացման (վերհուշեր): Նման սրացում դիտվում է մոլուցքային վիճակների դեպքում, ինֆեկցիոն հիվանդություններով տառապող հիվանդների շրջանում, հատկապես տենդի դեպքում:

**Հիպոմնեզիան** ավելի հաճախ հանդիպող խանգարում է, երբ հիշողության թուլացումն արտահայտվում է անցյալ դեպքերի վերարտադրման դժվարացմամբ, ինչպես նաև մոտակա դեպքերի մտապահման (ֆիքսացիայի) թուլացմամբ: Այդպիսի հիվանդը շատ հաճախ, զգալով իր հիվանդագին վիճակը և հույսը չդնելով իր հիշողության վրա, ծոցատետր է

օգտագործում: Նման վիճակներ կարող են հանդիպել ուղեղի անոթների սկլերոզի, զանգուղեղային վնասվածքների և ուռուցքների դեպքում:

**Ամնեզիա.** հիշողության բացակայություն, կորուստ այս կամ այն դեպքի վերաբերյալ, մոռացում:

Ամնեզիայի տեսակներն են՝

- ◆ անտերոգրադ,
- ◆ ռետրոգրադ,
- ◆ անտերոռետրոգրադ,
- ◆ ֆիքսացիոն,
- ◆ առաջընթաց,
- ◆ ուշացած (ռետարդա),
- ◆ կատաթին (աֆեկտոզեն),
- ◆ ամնեստիկ աֆազիա:

**Անտերոգրադ ամնեզիա.** հիշողությունից դուրս է մղվում դեպքից (զանգուղեղային վնասվածք, սթրեսային ռեակցիա) կամ հիվանդությունից հետո ընկած որոշ ժամանակահատվածը:

**Ռետրոգրադ ամնեզիա.** հիշողությունից դուրս է մղվում դեպքին կամ հիվանդությանը նախորդող որոշ ժամանակահատված:

**Անտերոռետրոգրադ ամնեզիա.** հիշողությունից դուրս է մղվում թե՛ մինչև դեպքը կամ հիվանդությունը և թե՛ դրանցից հետո ընկած որոշ ժամանակահատված:

**Ֆիքսացիոն ամնեզիա.** հիշելու ունակության կորուստ է, որը պայմանավորված է մոտակա ժամանակահատվածի դեպքերի և տեղեկատվության մտապահման (ֆիքսելու) թուլացմամբ:

**Առաջընթաց ամնեզիա.** արտահայտվում է մտապահման ունակության կորստով և հիշողության պաշարի աճող աղքատությամբ: Այս դեպքում նորը շուտ է մոռացվում, քան հինը, իսկ անցյալը հիշողության մեջ համեմատաբար ավելի երկար է պահպանվում: Այս օրինաչափությունը հայտնաբերողի անունով կոչվում է «Ռիբոյի օրենք» կամ «հիշողության հետզարգացման օրենք»:

**Չետրնթաց (ռեգրեսիվ) ամնեզիա.** այս դեպքում մոռացված ժամանակահատվածը աստիճանաբար վերականգնվում է հիշողության մեջ:

**Ուշացած (ռետարդա) ամնեզիա.** տեղի ունեցածը դեպքը սկզբում հիշվում է, բայց որոշ ժամանակ անց մոռացվում է:

**Կատաթին (աֆեկտոզեն, պսիխոզեն) ամնեզիա.** արտահայտվում է հոգեկան խիստ ուժեղ ապրումների հետ կապված դեպքերի մոռացությամբ:

**Ամնեստիկ աֆազիա.** առարկաների, իրերի անունների մոռացումն է՝ դրանց գործածման նշանակության պահպանմամբ: Օրինակ՝ չհիշելով մա-

տիտի անունը՝ հիվանդը միաժամանակ պատասխանում է, որ այն գրելու համար է:

**Ամենատիկ ապակողմնորոշում.** այս դեպքում հիշողության կոպիտ խախտման հետևանքով խանգարվում է տեղի, ժամանակի, իրադրության կողմնորոշումը:

**Պարամնեզիաներ.** հիշողության այնպիսի խանգարում է, որն արտահայտվում է հիշողության աղավաղումներով, կեղծ հիշողությամբ: Կարող են դիտվել պարամնեզիայի հետևյալ ձևերը.

**Պսևդոռենիմիսցենցիա.** հիշողության բացը (ամնեզիան) հիվանդը լրացնում է իր կյանքում տեղի ունեցած դեպքերի նկարագրությամբ՝ շփոթելով դրանց ժամանակը:

**Կոնֆարուլյացիա.** հիշողության բացը (ամնեզիան) հիվանդը լրացնում է իր կյանքում երբեք տեղի չունեցած, ֆանտաստիկական դեպքերի հնարովի ու կեղծ նկարագրություններով:

**Կրիպտոմնեզիա.** հիշողության այնպիսի խանգարում է, որի դեպքում հիվանդը իր լսածը, կարդացածը, երագում տեսածը վերարտադրում ու պատմում է որպես իրականում իր հետ տեղի ունեցած դեպք:

**Անէկֆորիա.** անցած որոշ դեպքերի ու փաստերի վերհիշումը կատարվում է այն ժամանակ, երբ այդ մասին հիշեցվում է:

**Պսևդոլոգիա ֆանտաստիկա (հիշողության ֆանտազմ).** հիշողության աղավաղում է, երբ հիվանդը հորինում է ու պատմում է այնպիսի դեպքերի կամ երևույթների մասին, որոնք իրականում գոյություն չեն ունեցել: Ընդ որում, նա աստիճանաբար սկսում է հավատալ իր պատմածի իսկությանը կամ կատարված դեպքերը հասցնում է չափազանցության՝ ձգտելով լինել շրջապատի ուշադրության կենտրոնում: Նման վիճակ կարող է դիտվել հիստերիկ անձնավորությունների շրջանում:

**Հիշողության հետազոտումը:** Հիշողության ֆունկցիայի հետազոտումը սկսվում է անամնեզը հավաքելով, երբ հիվանդը պատասխանում է իր ծննդյան տարեթվի, տարիքի, հասցեի, աշխատավայրի և այլ հարցերին: Միաժամանակ ուշադրություն է դարձվում, թե ինչպիսի ժամանակագրական հաջորդականությամբ է հիվանդը հայտնում իր անամնեզը, և թե որքանով է այն հանրնկնում օբյեկտիվ անամնեզի հետ: Այդ ճանապարհով ստուգվում է տևական հիշողությունը: Կարճատև հիշողությունը ստուգելու համար պետք է որոշել, թե հիվանդն ինչպես է ընկալում տեղեկատվությունը, ինչպես է այն մտապահում (ֆիքսում) և վերարտադրում: Այդ նպատակով հիվանդին առաջարկվում է մի քանի թվերի կրկնում (առանց ուշադրությունը շեղելու և ուշադրությունը շեղելուց հետո) կամ կարդացած գրքի, տեսած կինոնկարի բովանդակության վերարտադրում: Կարելի է հարցնել, թե ինչ է կերել նա-

խաճաշին, ինչ է բուժող բժշկի ազգանունը և այլն: Կիրառվում են նաև փորձարարահոգեբանական այնպիսի թեստեր, ինչպես օրինակ, բառերի վերարտադրումը, որևիցե ոտանավորի կամ հեռախոսի համարի վերհիշումը և այլն:

## Ստուգողական թեստեր

### 1. Ռետրոգրադ ամենգիայի ամենաճիշտ բնորոշումն է՝

- ա) ընթացիկ դեպքերը հիշելու անընդունակություն
- բ) անգիտակից վիճակին հաջորդող ժամանակահատվածը հիշելու անընդունակություն
- գ) անգիտակից վիճակին նախորդող ժամանակահատվածը հիշելու անընդունակություն
- դ) բոլոր նշվածները

### 2. Նշվածներից ո՞րը չի վերաբերում հիշողության խանգարման ախտանիշներին.

- ա) դիսմնեզիա
- բ) կոնֆաբուլյացիա
- գ) de'ja vu
- դ) կրիպտոմնեզի
- ե) անէկֆորիա

### 3. Կեղծ հիշողություններից է՝

- ա) ռետրոգրադ ամենգիան
- բ) կոնֆաբուլյացիան
- գ) jamais vu-ն
- դ) ուշացած ամենգիան

### 4. Նշվածներից ո՞րոնք պարամնեզիաների խմբից չեն.

- 1) պսևդոռեմինիսցենցիան
  - 2) կրիպտոմնեզիան
  - 3) կոնֆաբուլյացիան
  - 4) դիսմնեզիան
  - 5) ամենգիան
- ա) 1,2,3 բ) 2,3 գ) 4,5 դ) 2,4,5

**5. Ո՞րն է հիշողության թուլացում.**

- ա) պարամնեզիան
- բ) դիսմնեզիան
- գ) պսևդոլոգիան
- դ) ամնեզիան

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ` 1. գ, 2. գ, 3. բ, 4. գ, 5. բ:**

**ԲԱՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ (ԻՆՏԵԼԵԿՏԻ) ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Բանականությունը գիտելիքների և ձեռք բերած փորձի կուտակումն է, հետագայում նորը ձեռք բերելու և գործնական կյանքում կիրառելու ունակությունը:

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

Բանականության զարգացման կարևոր նախադրյալներն են հիշողությունը, ուշադրությունը, կամային հատկանիշները, հուզական ոլորտի առանձնահատկությունները: Բանականության խանգարումը դրսևորվում է երկու ձևով` բնածին (սակավամըտություն կամ մտավոր հետամնացություն, օլիգոֆրենիա) և ձեռքբերովի (թուլամտություն, դեմենցիա):

**Բնածին խանգարումը** բնորոշվում է հոգեկան հիմնական ֆունկցիաների բնածին թերզարգացմամբ, իսկ թուլամտության դեպքում զարգացած ինտելեկտը սկսում է քայքայվել: Այդ առումով դիպուկ համեմատություն է արել Էսկիրոլը` նշելով, որ «ձեռքբերովի թուլամտությունը սնանկացած հարուստն է, իսկ բնածին սակավամտությունը` ի ծնե աղքատը, որը երբեք ոչինչ չի ունեցել»:

**Մտավոր հետամնացության** (սակավամտության, օլիգոֆրենիայի) առաջացման պատճառները բազմաթիվ են ու բազմազան: Դրանցից են ներարգանդային կյանքում պտղի գանգուղեղի ախտահարումը, որի պատճառ կարող են դառնալ հղիության ծանր թունավորումները, քրոմոսոմային անոմալիաները, ֆենիլպիրոխաղողաթթվային նյութափոխանակության խանգարումը, ինչպես նաև ծննդաբերական ու հետծննդյան շրջանի առաջին ամիսներին ու նույնիսկ առաջին տարիներին կրած գանգուղեղային վնասվածքները, վարակները, թունավորումները և այլն:

Սակավամիտ անձանց բառապաշարը չափազանց աղքատ է, մտածողությունը՝ կոնկրետ-առարկայական, դատողությունը՝ պարզունակ, խոսքը՝ թերզարգացած: Թուլամտությանը հակառակ, սակավամտությունը առաջընթաց չէ. ընդհակառակը, սոցիալաշխատանքային բնականոն ռեժիմի պայմաններում, գործնական ունակություններ ձեռք բերելու շնորհիվ սակավամիտը կարող է նույնիսկ թեթևակի զարգանալ՝ «սոցիալական ադապտացիայի ենթարկվել»: Նրանց հիշողությունը թույլ է, հուզական ոլորտն աղքատ կամ անկայուն է, հաճախ են իմպուլսիվ գործողությունները, չմտածված ու տրամաբանությունից չբխող արարքները:

Գոյություն ունի սակավամտության 3 աստիճան՝ թեթև (դեբիլություն), միջին (իմբեցիլություն) և ծանր (ապուլշություն):

**Ապուլշությունը** հաճախ զուգակցված է լինում ֆիզիկական արատներով, խոսքը բացակայում է. հիվանդները միայն անորոշ ձայներ են արձակում: Նրանք հակված են երբեմն աֆեկտիվ դրսևորումների, որի ժամանակ բղավում են, կծոտում իրենց ձեռքերը, ճանկռոտում դեմքը: Բայց ապուլշները սովորաբար պասիվ են, շրջապատի երևույթներին համապատասխան ռեակցիա տալու անընդունակ, անգամ խաղալիքներով չհետաքրքրվող:

**Իմբեցիլների** բառապաշարը շատ աղքատ է (մինչև 200-300 բառ), մտածողությունը պարզունակ է ու կոնկրետ-առարկայական: Վերացական մտածողությունը բացակայում է, ունեն սահմանափակ գիտելիքներ. հաշվել չեն կարողանում, գույները չեն տարբերում, իրերի և առարկաների էությունն ու նպատակը չեն հասկանում, հիշողությունը խիստ թույլ է, ուշադրությունն՝ անկայուն:

Իմբեցիլները կարող են ցուցաբերել որոշակի հուզականություն: Նրանք կապված են հարազատներին, իրենց խնամողներին, որոնց տեսնելիս ուրախանում են:

Իմբեցիլները ինքնուրույն կյանք չեն կարող վարել, մշտական հսկողության ու խնամքի կարիք ունեն: Նրանցում երբեմն հնարավոր է որոշ կենցաղային ունակություններ մշակել (ինքնուրույն սնվել, բնական կարիքները հոգալ, հասարակ ֆիզիկական աշխատանք կատարել հսկողությամբ):

**Դեբիլություն.** բառապաշարը համեմատաբար ծավալուն է (2000-3000 բառ), խոսքը՝ աղքատ, քիչ արտահայտիչ: Նման երեխաները հանրակրթական դպրոցների նույնիսկ տարրական դասարաններում շատ թույլ են սովորում, հաճախ կրկնում են դասարանները, սակայն օժանդակ դպրոցում համեմատաբար ավելի հեշտ են սովորում, կարողանում են ավարտել այն: Համեմատաբար մեխանիկական լավ հիշողություն ունենալու շնորհիվ հասարակ թվաբանական գործողությունները (գումարում, հանում) կարողանում են կատարել, սակայն մեծ դժվարությամբ: Մտածողությունը կոնկրետ է,

դժվարանում են գլխավորը առանձնացնել, ընդհանրացումներ ու եզրակացություններ անել, ասացվածքների և առածների իմաստը դժվարությամբ են հասկանում:

Այդուհանդերձ դեբիլները հաճախ են ցուցաբերում ջանասիրություն, որը և օգնում է նրանց որևէ արհեստ ձեռք բերելու:

Կենցաղային ոչ բարդ հարցերում վատ չեն կողմնորոշվում, հատկապես թեթև դեբիլները: Նրանք կարող են ինքնուրույն կյանք վարել, ֆիզիկական աշխատանքով զբաղվել, արհեստ ձեռք բերել, ակտիվորեն հարմարվել շրջապատի միջավայրին, ամուսնանալ, ընտանիք կազմել:

Դեբիլները բնավորությամբ ներշնչվող են, շուտ բռնկվող ու նեղակոտ: Չնչին առիթներից կարող են բռնկվել, ագրեսիվ արարքներ կատարել: Նրանց շարժումները աններդաշնակ է, պահվածքն ու քայլվածքը՝ դիսպլաստիկ:

**Թուլամտությունը (դեմենցիա)** զարգանում է օրգանական ծանր ախտահարումների հետևանքով: Նախկինում ձեռք բերված գիտելիքներն ու գործնական ունակություններն աստիճանաբար նվազում ու վերանում են: Թուլամտություն առաջացնող պատճառներից կարելի է նշել, օրինակ, գանգուղեղի ծանր վնասվածքը (վնասվածքային թուլամտություն), գլխուղեղի աթերոսկլերոզը (աթերոսկլերոզային թուլամտություն), գլխուղեղի ատրոֆիկ պրոցեսները (Պիկի և Այցհեյմերի հիվանդություններ, ծերունական թուլամտություն), էպիլեպսիան (էպիլեպսային թուլամտություն), պրոգրեսիվ պարալիզը (պարալիզային թուլամտություն) և այլն:

Թուլամտությունն ըստ առաջացնող հիմնական հիվանդության կարող է լինել ընդհանուր կամ ամբողջական (տոտալ) և մասնակի կամ օջախային (լակունար, պարցիալ):

**Ընդհանուր** (տոտալ) թուլամտության դեպքում հոգեկան բոլոր ֆունկցիաները ախտահարվում են. հիշողությունը թուլանում է, դատողություններ ու մտահանգումներ անելու ունակությունը վերանում կամ խիստ դժվարանում է, իրենց հիվանդագին վիճակի քննադատությունը թուլանում կամ լրիվ բացակայում է, հիվանդները չեն գիտակցում իրենց արատավոր վիճակը: Միաժամանակ խանգարվում է նոր գիտելիքներ, հմտություններ ձեռք բերելու ունակությունը: Հոգեկան ակտիվության կորըստին կամ աղավաղմանը զուգընթաց շրջապատում փոխվում է հիվանդների վարքը. նրանք հաճախակի տարօրինակ ու շրջապատի բարոյական պահանջներին չհամապատասխանող արարքներ են կատարում: Ապարգելակվում են նաև բնազդային հակումները, խեղաթյուրվում է աֆեկտիվ-կամային ոլորտը:

Տարբերում են՝ ծերունական (սենիլ) դեմենցիա. սրվում են բնավորության գծերը, քայքայվում են բոլոր հոգեկան ֆունկցիաները, ապարզակվում՝ հակումները, վերանում է տրամաբանական մտածողությունը:

Պարալիզային դեմենցիան առաջանում է պրոգրեսիվ պարալիզի դեպքում. ունի սիֆիլիսային ծագում: Բնորոշ է էյֆորիան, անհեթեթ զառանցանքը, քննադատության լրիվ բացակայություն, անձի խոր քայքայումը՝ ավարտվող հյուծանքով (մարագմ):

Համակենտրոն (կոնցենտրիկ) դեմենցիան բնորոշ է էպիլեպսիային: Սկզբնական շրջանում այն ունի լակունար (մասնակի) դեմենցիայի պատկեր (հիշողության, ուշադրության, զգացմունքների խանգարում), հետագայում ձևավորվում է ընդհանուր (տոտալ) դեմենցիա, որը բնորոշվում է եսակենտրոն ապրումներով, եսակենտրոն սևեռվածությամբ սեփական առողջակն խնդիրների վրա. այն ամենը, ինչը չի վերաբերում իր առողջական վիճակին, աստիճանաբար դուրս է մղվում հիշողությունից, սակայն հիշողության մեջ պահպանվում են հիվանդության բոլոր մանրունքները:

Տրանզիտոր (անցողիկ) թուլամտությունը բնորոշ է հետկաթվածային (հետինսուլտային) վիճակներին:

Պսիխոզեն թուլամտություն (պսևդոդեմենցիա). դեմենցիայի պատկերն ունի հիստերիկ, ֆունկցիոնալ բնույթ, անցողիկ է:

**Մասնակի** (պարզիալ կամ լակունար) թուլամտությունը հիմնականում զարգանում է հիշողության ֆունկցիայի խանգարման և ուշադրությունը կենտրոնացնելու անընդունակության հետևանքով: Առաջին հերթին ի հայտ են գալիս հաշվարկներ կատարելու, թվականները, անունները, ընթացիկ դեպքերը հիշելու ունակության խանգարում, հոգեկան պրոցեսների դժվարացում ու դանդաղեցում: Առօրյա, սովորական աշխատանքային գործունեության ժամանակ հիվանդները զգում են իրենց անկարողությունը, այն քննադատորեն են գնահատում: Բնորոշ է նաև հուզական անկայունությունը, պսիխոզեն (հատկապես դեպրեսիվ) ռեակցիաներ ունենալու հակվածությունը:

Մասնակի թուլամտությունը զարգանում է գանգուղեղի օրգանական հիվանդությունների (աթերոսկլերոզ, ուռուցք, սիֆիլիս և այլն) հետևանքով:

Ներկայումս մի շարք երկրներում լայնորեն կիրառվում է բանականության գործակցի (IQ) որոշման մեթոդը: IQ-ն որոշվում է հետևյալ բանաձևով՝

**հոգեբանական տարիք**

\_\_\_\_\_ X 100

**անձնագրային տարիք**

Այգեճկի տվյալներով 200 երեխաներից միայն մեկի IQ –ն բարձր է եղել 140-ից, իսկ մեկինն էլ ցածր 60-ից, իսկ մնացած երեխաների (90 տոկոս) IQ-ն եղել է 90-110-ի սահմաններում: Սակավամիտ երեխաների IQ –ն 60-ից ցածր է:

### Ստուգողական թեստեր

#### 1. Նշված գործոններից ո՞րը օլիգոֆրենիայի պատճառ է.

- ա) ծնողների ակոհողամոլությունը
- բ) մոր կրած վարակիչ հիվանդությունները հղիության ընթացքում
- գ) քրոմոսոմային շեղումները
- դ) մանկական տարիքը

#### 2. Ո՞ր ախտանշանով չի բնորոշվում դեմենցիան.

- ա) մտավոր գործունեության նվազմամբ` պայմանավորված տարբեր հիվանդություններով
- բ) գիտելիքների և ունակությունների աստիճանական կորստով
- գ) կլինիկական պատկերը փոխվում է տարբեր հիվանդությունների ժամանակ
- դ) բուժումը հնարավոր է ներյուլեպտիկների կիրառմամբ

#### 3. Նշված ախտանիշներից ո՞րը բնորոշ է էպիլեպսիայի հետևանքով առաջացած դեմենցիային.

- ա) հիշողության խանգարում
- բ) մտածողության հանգամայնություն
- գ) թուլահոգություն
- դ) բառապաշարի աղքատացում
- ե) դանդաղաշարժություն

#### 4. Ալցհեյմերի հիվանդության դեպքում ո՞ր ախտանիշներով չի բնորոշվում դեմենցիան.

- 1) ամնեզիա
- 2) աֆազիա
- 3) ամբիվալենտություն
- 4) ապրաքսիա
- 5) ամենցիա

ա) 2,3 բ) 3, 4 գ) 4,5 դ) 1,3,5 ե) 3,5

#### 5. Նշված հիվանդություններից որի՞ն է բնորոշ մասնակի դեմենցիան.

- ա) շիզոֆրենիա

- բ) էպիլեպսիա
- գ) ուղեղի անոթների աթերոսկլերոզ
- դ) ծերունական պսիխոզ

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. դ, 2. դ, 3. գ, 4. ե, 5. գ:**

### **ՄՏԱԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆՁԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Մտածողության խանգարումները մեծ տեղ են զբաղեցնում ընդհանուր հոգեախտաբանության մեջ: Մտածողության ախտաբանությունը դրսևորվում է՝

- ա) ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումներով,
- բ) մտածողության բովանդակության (դատողությունների) խանգարումներով:

**Ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումներ:** Այդ խմբից են մտածողության տեմպի փոփոխությունները, որոնք արտահայտվում են ասոցիացիաների դանդաղեցմամբ կամ արագացմամբ:

**Մտածողության տեմպի դանդաղելու** դեպքում հիվանդները դժվարությամբ են կատարում ցանկացած մտավոր աշխատանք, ուշացումով են ըմբռնում ասվածի իմաստը, նրանց խոսքը լինում է սակավաբառ: Ձուգորդունների դանդաղումը հիմնականում բնորոշ է դեպրեսիվ վիճակներին:

**Մտածողության արագացումը** բնութագրվում է մտքերի ընթացքի աշխուժությամբ: Այդ արագացումը կարող է վերաճել «մտքերի թռիչքի» (fuga idearum), երբ անհնար է դառնում որսալ մտքի թելը: Ուշադրության շեղվածության պատճառով հիվանդները, մի միտքը չավարտած, անցնում են մյուսին: Հիվանդները լինում են շատախոս, մտածողությունը դառնում է մակերեսային: Ձուգորդունների արագացումը հատուկ է մոլուցքային վիճակներին:

**Մտածողության ճեղքվածությունը** (շիզոֆազիա) դիտվում է շիզոֆրենիայի դեպքում: Դրան բնորոշ է մտքերի միջև տրամաբանական կապի բացակայությունը, թեև խոսքը լինում է քերականորեն ճշգրիտ: Այսպես, օրինակ՝ «Պողպատը տիեզերքի կորեյացիոն կայունությունն է: Գրեցի 17 սխալ, քանի որ ճշգրտել են 2 կարգի սիմետրիայի, դաշտի հզորությամբ: Պարզ է, ճշգրտումը ճկուն է: Ժամանակը կայուն է: Էդիկ, լավ պահիր կայունության աստիճանը: Հարգանքներով՝ Գևորգ»:

**Մտքի խցանում** կամ **կանգ** (շպերունգ). հիվանդը անսպասելիորեն պապանձվում է, մտքերն ասես արգելակվում են: Դա կատարվում է պարզ գիտակցության զուգակցմամբ. հիվանդն զգում է, որ միտքը չքացավ, բայց

մի քանի ակնթարթ անց շարունակում է կիսատ թողած խոսքը: Այդ երևույթը հաճախ դիտվում է շիզոֆրենիայի դեպքում:

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

**Սիմվոլիկ** (խորհրդանշական) մտածողություն. հիվանդները հատուկ, միայն իրենց հասկանալի իմաստ են նկատում շրջապատող իրերի ու երևույթների մեջ: Այսպես՝ կանաչ գույնը հիվանդի համար կարող է դժբախտության ահազանգ լինել, ասված նախադասության մեջ եղած բառերի թիվը հուշում է, թե քանի օր է մնացել նրան ապրելու և այլն: Սիմվոլիկան կարող է արտահայտվել հիվանդի գրավոր խոսքում, նկարներում և այլն:

**Մտածողության պերսներացիան** միևնույն բառի կամ արտահայտության, արդեն ասված խոսքի, նախադասության միօրինակ կրկնությունն է: Օրինակ՝ հարց. «Ի՞նչ զանգատներ ունեք»: Հիվանդի պատասխան. «Գանգատներ չունեն»: Հարց. «Դեղորայք ընդունե՞լ եք»: Պատասխան. «Գանգատներ չունեն» և այսպես շարունակ:

Մտածողության խանգարումներից է նաև **դատարկաբանությունը (փիլիսոփայական ինտոքսիկացիա)**, երբ հիվանդը անպտուղ, անմիտ իմաստականություն է անում՝ անկարող լինելով արտահայտելու ասելիքի նպատակն ու էությունը: Աղքատ և անբովանդակ դատողությունները նա համեմունք է վերամբարձ բառերով ու արտահայտություններով, փիլիսոփայուն է՝ չկարողանալով փաստերով հաստատել իր ասածը:

**Ստրահսություն** (մենտիզմ՝ մտքերի ականա հորդահոսք). մտքերի, պատկերների, պատկերացումների հորձանք է, այդ հորձանքը հսկելու անկարողություն, ինչպես նաև դրանք կողմնակի ուժերի կողմից հարուցված լինելու զգացում: Սա Կանդինսկի-Կլերամբոյի համախտանիշի ախտանիշներից մեկն է, բնորոշ է շիզոֆրենիային:

**Մտածողության անկապությունը** (ինկոհերենցիա) դիտվում է գիտակցության խանգարումների դեպքում: Դա վերլուծելու և ասոցիացիաների քառսային ընթացք է, երբ բացակայում են ոչ միայն տրամաբանության տարրերը, այլև խոսքի քերականական կանոնավորությունը: Խոսքը վեր է ածվում բառերի և արտահայտությունների անկապ կույտի. «Կանչե՛ք... վազում են... սև, սև... սեղաններ և աթոռներ»:

**Մտածողության հանգամայնությունը**, մտածողության դանդաղեցումը, մտքի դժվարահոսությունը, «մածուցիկությունը» բնորոշ են էպիլեպ-

սիային և գլխուղեղի օրգանական հիվանդություններին: Իներտության, մի մտքից մյուսին անցնելու դժվարության հետ մեկտեղ հիվանդը կանգ է առնում ավելորդ մանրամասների վրա՝ չկարողանալով կարևորը, էականը տարբերել երկրորդականից, անկարևորից:

**Մտածողության բովանդակության խանգարումներ:** Այս խանգարումներից են զառանցական մտքերը, կաչուն (սևեռուն) վիճակները և գերարժեքային մտքերը:

**Ձառանցական** մտքերը ախտաբանական հիմք ունեցող սխալ դատողություններ են: Դրանք ուղղման չեն ենթարկվում և չեն փոխվում հակառակը համոզելիս: Հիվանդը համոզված է իր դատողությունների, մտահոգությունների ճշմարտացիության մեջ, դրանց նկատմամբ քննադատություն չի ցուցաբերում: Սխալ, ոչ ճիշտ դատողություններ կարող են լինել նաև հոգեպես առողջ մարդկանց շրջանում: Սակայն դրանց վրա, ի տարբերություն զառանցանքի, կարելի է ազդել, որոշակի պայմաններում դրանք հնարավոր է շտկել, հաղթահարել (մակարդակի բարձրացում, կրթություն, համոզիչ փաստարկների մեջբերում և այլն):

Ձառանցական մտքեր պարունակող հոգեախտաբանական համախտանիշները դիտվում են հոգեկան շատ հիվանդությունների դեպքում:

Ձառանցանքը լինում է *առաջնային* (մեկնաբանողական) և *երկրորդային* (զգացմունքային, պատկերավոր): Առաջնային զառանցանքի համար հիմք են ծառայում փաստերը, իրադարձությունները, որոնք հիվանդի կողմից աղավաղված և սխալ մեկնաբանվում են յուրօրինակ ծուռ տրամաբանությամբ: Այն ամենը, ինչ հակասում է զառանցանքի սկզբունքներին, մի կողմ է նետվում որպես ոչ էական: Այսպես՝ հիվանդի կարծիքով անցորդները փողոցում խոսում են իր մասին, թերթերում տպագրված հոդվածները նվիրված են իր կյանքի իրադարձություններին և այլն: Ձառանցանքը առաջանում է հոգեկան խանգարման սկզբնական շրջանում և դրա միակ հատկանիշն է: Դրանցից են հայցամոլական, խանդի, սիրային, հիպոխոնդրիկ, բարձրատոհմիկ ծագման, բարեփոխումների, հետապնդման (հետապնդող-հետապնդվողներ) զառանցական մտքերը: Առաջնային զառանցանքը աստիճանաբար համակարգվում և պրոգրեսիվում է:

*Երկրորդային կամ զգայական* զառանցանքը ի սկզբանե ձևավորվում է ցնորքների, պսիխոսենսոր ու հուզական և հոգեախտաբանական այլ խանգարումներին զուգահեռ (օրինակ՝ ցնորքների, աֆեկտիվ խանգարումների հետ)՝ դրանց ազդեցության հետևանքով: Այդ զառանցական մտքերը բազմատեսակ են, փոփոխական՝ մերթ քիչ թե շատ մոտ են իրական իրադարձություններին, մերթ ֆանտաստիկական հետապնդման, թունավորման, նիհիլիստական, մեծամոլական, ֆիզիկական ազդեցության, ինքնամե-

ղաղրման և այլ բնույթի են: Այստեղ տրամաբանական կապերը թույլ են, «փաստարկումները» անհետևողական:

Առաջնային զառանցանքի դեպքում խանգարվում է գերազանցապես դատողական, տրամաբանական ճանաչողությունը, զգացողական զառանցանքի ժամանակ՝ իրական աշխարհի առարկաների և երևույթների անմիջական ընկալումը, արտացոլումը:

Այսպիսով, առաջնային զառանցանքը սովորաբար լինում է համակարգված, հետևողականորեն հիմնավորված հիվանդի սուբյեկտիվ, աղավաղված տրամաբանությամբ, մինչդեռ երկրորդային զառանցանքը համակարգված չէ, կցկտուր է, անկայուն, անավարտ, բազմաբնույթ:

Առանձնացնում են հետևյալ բնույթի զառանցական մտքեր:

**Վերաբերման և նշանակության** զառանցանք, երբ հիվանդը համոզված է, թե շրջապատում գոյություն ունեցող երևույթներն առնչվում են իր հետ: Նա ամենուրեք (մարդկանց խոսակցություններում, վարքագծում և արարքներում, իրերի տեղադրության մեջ) տեսնում է իր հասցեին ուղղված ակնարկ, ազդանշաններ, սպառնալիքներ: Օրինակ՝ եթե երկու մարդ կանգնած են կանգառում, ուրեմն հետևում են իրեն, եթե մեկը հարց է տալիս, ուրեմն ծաղրում է իրեն և այլն:

**Հետապնդման** զառանցանքի առկայության դեպքում հիվանդը համոզված է լինում, որ ինքը թշնամիներ ունի, որոնք հետևում են իրեն՝ նպատակ ունենալով վնասելու և ֆիզիկապես ոչնչացնելու իրեն: Թշնամիները կարող են լինել առանձին մարդիկ, կազմակերպություններ, պետական օրգաններ: Հիվանդը կարծում է, որ իրեն կարող են և պատրաստվում են թունավորել (թունավորման զառանցանք), որը հաճախ ամրապնդվում է համապատասխան ցնորքներով: Նման հիվանդները մի որոշ ժամանակ ցուցաբերում են ծայրահեղ զգուշավորություն, ապա սկսում են հետապնդել իրենց կարծեցյալ հետապնդողներին (հետապնդվող-հետապնդողներ):

**Ֆիզիկական ազդեցության** զառանցանքի առկայության դեպքում հիվանդը կարծում է, թե իր վրա ներգործում են «մագնիսական դաշտով», «տիեզերական ճառագայթներով», «էլեկտրական հոսանքով», որ այդ ներգործությունը իրականացվում է հատուկ սարքերի, հարմարանքների միջոցով, կորզում են նրա մտքերը, կառավարում գործողությունները, առաջ բերում տհաճ զգացողություններ:

**Խսանդի զառանցանքի** առկայության դեպքում հիվանդը համոզված է ամուսնական անհավատարմության մեջ, օրինակ՝ հիվանդ ամուսինը մանրակրկիտ ստուգում է կնոջ անկողինը, սպիտակեղենը, հետևում, թե նա ուր է գնում, ինչպես է հագնվում, դիմահարդարվում, ում հետ է խոսում և այլն: Ցանկացած փաստին տալով սխալ մեկնաբանություն՝ հիվանդը երբեմն

կատարում է ազդեցիկ արարքներ: Խանդի զառանցանքը ավելի հաճախ առաջանում է տղամարդկանց շրջանում:

**Չայցանդական** զառանցանքը դրսևորվում է հիվանդի հանգվածությամբ, որ անբայրացական մարդիկ կամ թշնամիները ոտնահարում են իր անձնական իրավունքները, որ ինքը, հանուն արդարության մղած պայքարի, ենթարկվում է հետապնդումների: Այդ պատճառով էլ հիվանդները բազմաթիվ բողոքներ են գրում տարբեր գերատեսչություններ, հանդիպումներ ունենում պաշտոնատար անձանց հետ: Չիվանդին հակառակը համոզելու փորձերը միայն ավելացնում են նրա «թշնամիների» թիվը:

**Չիպոխոնդրիկ** զառանցանքն արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդները հանգված են, թե տառապում են ծանր, անբուժելի հիվանդությամբ: Նրանք դիմում են տարբեր մասնագետների, ենթարկվում լաբորատոր բազմաթիվ հետազոտությունների: Դրանց՝ հիվանդությունը ժխտող պատասխանները նրանց չեն հանգստացնում, այլ իրենք են սկսում մշակել բուժման մեթոդներ, հատուկ ռեժիմ, դիետա: Երբեմն 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 **Միհիլիստական** կամ **ժխտողական** զառանցանք:

**Ինքնամեղադրման** կամ **մեղավորության** զառանցանքը ծագում է տրամադրության դեպրեսիվ զուգակցմամբ: Չիվանդներն իրենց մեղադրում են իբր զանազան անբարոյական արարքների, ծանր հանցագործությունների համար: Նրանք հանգված են, որ մարդիկ իրենց մեղադրում, դատապարտում են այդ արարքների համար (որոնք իրականում նրանց կողմից չեն կատարվել): Նման հոգեվիճակում հիվանդները հաճախ ինքնասպանության փորձեր են կատարում:

**Մեծամղական** զառանցանքը զարգանում է բարձր տրամադրության զուգակցմամբ: Դրա տարատեսակներն են հարուստ լինելու, բարձրաշխարհիկ ծագման, գյուտարարական, ռեֆորմատորական «բարեփոխության», սիրային զառանցանքները:

**Մնացորդային** (ռեզիդուալ) զառանցանքը կրած սուր պսիխոզի հետևանք է, երբ հոգեխանգարման վիճակից դուրս գալուց և մյուս ախտանիշների (ցնորքներ, գիտակցության խանգարումներ, հոգեշարժական զրգովածություն) անհետանալուց հետո դիտվում է վերացած որոշ հոգեախտաբանական վիճակների զառանցանքային մեկնաբանություն: Օրինակ՝ հիվանդը դելիրիումի վիճակից դուրս գալուց հետո շարունակում է պնդել, թե իր մորը «փոխել են», և ուն որ ներկայացնում են, ուրիշ կին է: Որոշ ժամա-

նակ անց ռեզիդուալ զառանցանքը ապաճում է, և հիվանդի քննադատությունը լիովին վերականգնվում է:

**Ինդուկցված** (ներշնչված, մակածված) զառանցանքը ձևավորվում է այն առողջ մարդկանց շրջանում, ովքեր երկար ժամանակ շփում են ունեցել հիվանդ հարազատի կամ աշխատակցի հետ: Ձառանցանքի այս տեսակի դեպքում նույնությամբ կրկնվում է հիվանդի (ինդուկտորի) զառանցանքի բովանդակությունը: Դրսևորվում է այն անձանց մոտ, որոնց քննադատական դիտողականությունը թույլ է, ինտելեկտը բարձր չէ, ներշնչվող են: Համեմատաբար հաճախ ինդուկցվում են երեխաները, ընտանիքի անդամները:

#### **Ձառանցակազմության մեխանիզմները**

1. Կատաթին մեխանիզմ. զառանցանքը ձևավորվում է չիրականացված հակումների, ձգտումների հիման վրա (գյուտարարական, հայցամոլական զառանցանքներ և այլն):

2. Հոլոթին մեխանիզմ. զառանցանքը ձևավորվում է՝ պայմանավորված զգացմունքային, հուզական վիճակներով (մեծամոլական, ինքնամեղադրման զառանցանքներ և այլն):

3. Կատեստետիկ մեխանիզմ. զառանցանքը ձևավորվում է ցնորքների ազդեցությամբ (թունավորման, հետապնդման զառանցանքներ և այլն):

4. Սենեստոպաթիկ մեխանիզմ. զառանցանքը ձևավորվում է սենեստոպաթիկ խանգարումների ներքո (հիպոխոնդրիկ, ֆիզիկական ազդեցության զառանցանքներ և այլն):

**Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ վիճակներն** արտահայտվում են կաչուն կամ սևեռուն մտքերով, կասկածների, հիշողությունների, պատկերացումների, ցանկությունների, վախի, գործողությունների ձևով: Կաչուն վիճակները զառանցական և գերարժեքային մտքերից տարբերվում են նրանով, որ պահպանվում է հիվանդների քննադատական վերաբերմունքը: Նրանք հասկանում են, որ դա հիվանդագին վիճակ է, ջանում են ազատվել այդ կաչուն ապրումներից, դիմում են բժշկական օգնության՝ ակտիվորեն փորձելով հաղթահարել դրանք, բայց ի վիճակի չեն լինում ազատվել դրանցից:

**Օբսեսիաները** (*կաչուն մտքերը*) կարող են արտահայտվել այս կամ այն, երբեմն անհեթեթ գաղափարով, որը մշտապես գրավում է հիվանդի ուշադրությունը: Կաչուն պատկերացումների դեպքում հիվանդի ներքին տեսադաշտում շարունակ հայտնվում են անիրական պատկերներ:

**Ֆորիաները** (*կաչուն վախերը*) խիստ բազմազան են: Նման դեպքում հիվանդին համակում է ուժեղ երկյուղ, որը նա ոչ մի կերպ ի վիճակի չի լինում հաղթահարել: Մի դեպքում ծագում է կաչուն վախ փակ տարածություններից (կլաուստրոֆորիա), երբ հիվանդները չեն կարողանում վերելակից օգտվել, ինքնաթիռ նստել, մնալ կողպված սենյակում: Այլ դեպքում առաջա-

նում է վախ բաց տարածությունից (ագորաֆորիա), երբ նա չի կարողանում հրապարակով քայլել կամ փողոցն անցնել: Գոյություն ունի նաև վախ ամբոխի նկատմամբ, երբ հիվանդը մարդաշատ վայրում վախենում է շնչահեղձ լինելուց (անտրապոֆորիա), վախ մահվան հանդեպ (թանատոֆորիա), վարակիչ կամ անբուժելի ախտով հիվանդանալու վախ (սիֆիլիոֆորիա, կանցեռոֆորիա): Երբեմն վախերի առկայության դեպքում հիվանդները սկսում են կատարել այս կամ այն գործողությունը, որը հիվանդի համար ունի պաշտպանական բնույթ և հետապնդում է սևեռուն վախը հաղթահարելու կամ մեղմելու նպատակ: Դրանք կոչվում են ծիսակարգեր (ռիտուալներ): Վերջիններս ծագում են վախերի հետ միաժամանակ: Այսպես՝ թանատոֆորիա ունեցող մի հիվանդ փողոց դուրս գալուց առաջ սեղանի շուրջը երեք անգամ պտույտ էր գործում, ագորաֆորիայով տառապող մի այլ հիվանդ փողոցն անցնելուց առաջ մի քանի կքանիստ էր կատարում: Սկզբնական շրջանում ծիսակարգը որոշակիորեն թեթևացնում է հիվանդի վիճակը, սակայն ավելի ուշ կորցնում է իր հանգստացնող նշանակությունը և այլևս չօգնելով հիվանդին՝ վեր է ածվում կաչուն գործողության:

**Կոմպուլսիաները** (*կաչուն գործողությունները*) նույնպես դրսևորվում են հիվանդի կամքին հակառակ, ժամանակի ընթացքում դառնում են սովորություն, որից դժվար է ազատվել (եղունգները կրծելը, յուրահատուկ ձևով պարանոցը ձգելը և այլն):

**Գերարժեքային մտքեր:** Գիտակցության մեջ գերիշխող տեղ են զբաղեցնում, հիվանդը դրանց տալիս է այնպիսի մեծ նշանակություն, որն ամենևին էլ տեղին չէ: Գերարժեքային մտքերն ունեն աֆեկտիվ հագեցվածություն, ուղեկցվում են հուզական լարվածությամբ, աչքի են ընկնում կայունությամբ: Ի տարբերություն կաչուն կամ զառանցական մտքերի՝ դրանք անհեթեթ բովանդակություն չունեն, քանի որ իրական դեպքերի նկատմամբ ցուցաբերած բնական հակազդեցություն են: Օրինակ՝ խանդը գերարժեքային միտք կարող է դառնալ այն դեպքում, երբ այն առաջ է գալիս իրական փաստերի կամ կողմնակի լուրերի հիման վրա: Սակայն եթե իրավիճակը բարերար էլք է ունենում, կամ հաջողվում է հիվանդին ապացուցել և համոզել, որ նա սխալվում է, ապա գերարժեքային մտքերը կորցնում են իրենց կարևորությունը:

Գերարժեքային մտքերը հաճախ ծագում են անձի պարանոյալ շրջանի խանգարումների դեպքում:

## Ստուգողական թեստեր

**1. Նշվածներից որո՞նք մտածողության ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումներ չեն.**

- 1) աուտիզմ
  - 2) շիզոֆազիա
  - 3) զառանցանք
  - 4) օլիգոֆազիա
  - 5) դատարկաբանություն (փիլիսոփայական ինտոքսիկացիա)
- ա) 1,3,5 բ) 2,3 գ) 3,4 դ) 2,4,5

**2. Նշվածներից ո՞րը կաչուն վիճակներից չէ.**

- ա) օբսեսիաներ
- բ) ֆոբիաներ
- գ) մտքերի հնչունություն
- դ) կոմպուլսիաներ

**3. Կաչուն մտքերի առկայության դեպքում՝**

ա) բացակայում է քննադատական վերաբերմունքը այդ մտքերի նկատմամբ

- բ) հիվանդները թաքցնում են այդ կաչուն մտքերը
- գ) կաչուն մտքերը ստանում են հնչունություն
- դ) բոլոր թվարկվածները
- ե) թվարկվածներից ոչ մեկը

**4. Մնացորդային (ռեզիդուալ) զառանցանքն ի հայտ է գալիս՝**

- ա) էպիլեպսիային պսիխոզից հետո
- բ) ալկոհոլային դելիրիումից հետո
- գ) գիտակցության խանգարմամբ ընթացող ինֆեկցիոն

պսիխոզներից հետո

- դ) բոլոր նշվածները
- ե) նշվածներից ոչ մեկը

**5. Նշվածներից որո՞նք չեն վերաբերում զառանցական մտքերին.**

- 1) ուղղման ենթակա չէ
  - 2) հնարավոր է վերացնել պսիխոթերապևտիկ ներգործությամբ
  - 3) բացակայում է քննադատական վերաբերմունքը
  - 4) առաջանում է հիվանդագին հողի վրա
  - 5) հիվանդն ունի քննադատական վերաբերմունք
- ա) 2,5 բ) 3,4,5 գ) 1,3,5 դ) 3,4

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. գ, 2. գ, 3. ե, 4. դ, 5. ա:**

## ՀՈՒՋԱԿԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Հույզը մարդու դրական կամ բացասական վերաբերմունքն է արտաքին աշխարհի երևույթների ու իր անձի նկատմամբ:

Մարդու հուզական վիճակների բնույթը պայմանավորված է զգացմունքի ուժգնությամբ և տևողությամբ: Նման վիճակներից է *տրամադրությունը*, որը դրական կամ բացասական համեմատաբար երկարատև ու կայուն հուզական բնույթ ունի: Կիրքը տևական, կայուն և ուժեղ զգացմունք է: *Աֆեկտը* կարճատև և ուժեղ հուզական պոռթկում է, ուղեկցվում է շարժողական ու վեգետատիվ արտահայտված երևույթներով:

Աֆեկտը կարող է լինել *ֆիզիոլոգիական* և *ախտաբանական* (պաթոլոգիական):

**Ֆիզիոլոգիական աֆեկտը** 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 գիտակցականի զուգակցմամբ, որի հետևանքով էլ անհատի կողմից այդ վիճակում թույլ տված հակահասարակական արարքների դեպքում նա համարվում է մեղսունակ և պատասխանատու:

**Ախտաբանական աֆեկտը** հոգեկան սուր կարճատև խանգարում է, որն ավելի հաճախ կարող է առաջանալ ոչ լիարժեք նյարդային համակարգ ունեցող անձնավորությունների շրջանում (զանգուղեղի վնասվածք, անձի խանգարում 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 կարող են դառնալ նաև խիստ հուզական իրավիճակները: Նման դեպքում գիտակցությունը մթազնում է, կողմնորոշումը խանգարվում, առաջանում են պատրանքացնորային ապրումներ՝ ուղեկցված արտահայտված շարժողական գրգռվածությամբ, ագրեսիվ վարքով: Հիվանդն այդ արտասովոր գրգռված վիճակում կարող է ջարդել, փշրել, սպանել և շրջապատի համար դառնալ խիստ վտանգավոր: Տևողությունը երկար է՝ մինչև մեկ ժամ, վերջանում է խոր քնով և լրիվ կամ մասնակի ամենզիայով:

Դատահոգեբուժական տեսանկյունից ախտաբանական աֆեկտը կարևոր է այն առումով, որ այդ վիճակում կատարած արարքների համար հիվանդը ճանաչվում է անմեղսունակ՝ նկատի ունենալով, որ նա հանցանքը կատարելիս հաշիվ չի տվել իրեն ու չի կարողացել ղեկավարել իր արարքները:

Հոգեկան հիվանդությունների շրջանում մեծ տեղ են գրավում հուզական ուղորտի խանգարումները, որոնք կարող են արտահայտվել հետևյալ ձևերով:

**Մանիակալ (մոլուցքային) վիճակ.** բնորոշվում է տրամադրության հիվանդագին բարձրացմամբ, անզուսպ ուրախությամբ, խանդավառությամբ, անհոգությանբ ու երջանկության զգացողությամբ, որն ուղեկցվում է հակումների ուժեղացմամբ և գործելու անհագ եռանդով: Հիվանդը մշտապես ժպտադեմ է, ամեն ինչից գոհ ու լավատես:

**Էյֆորիան** արտահայտվում է ընդհանուր պասիվության զուգակցմամբ ընթացող լավ ինքնազգացմամբ, երանելիությամբ, բարեհոգությամբ: Ի տարբերություն մոլուցքային վիճակի՝ էյֆորիան չի ուղեկցվում մտածողության պրոցեսների աշխուժությամբ և շարժողական ակտիվությամբ:

**Դեպրեսիվ վիճակը** բնորոշվում է տրամադրության անկմամբ, թախծալի հոգեվիճակով: Հիվանդի դեմքի արտահայտությունը վշտալից է, շրջապատը նրան չի հետաքրքրում, այն նրա համար դատարկ ու գորշ է դառնում: Հիվանդը կարծես թե արտաքին աշխարհը դիտում է սև ակնոցով:

Դեպրեսիայի տարբերակ է տազնապալից դեպրեսիան: Այս դեպքում հիվանդի դեմքն արտահայտում է վախ ու տազնապ: Նա դեմքի այլալված արտահայտությամբ հառաչում է, խոսում սպասվելիք արհավիրքների, դժբախտությունների ու տանջանքների մասին:

**Դիսֆորիան** ընկճված, մռայլ տրամադրություն է՝ զուգակցված դյուրագրգռության ու բարկության, բժախնդրության ու չարության հետ: Նման հիվանդը խիստ լարված է ու մռայլ, ամեն մի մանրուք ագրեսիվ արարքների պատճառ է դառնում: Այդ վիճակում, ցասման բռնկմամբ պայմանավորված, հիվանդը շրջապատի համար խիստ վտանգավոր է դառնում: Տևողությունը մի քանի օր է:

Գոյություն ունի դիսֆորիայի մի տարբերակ, որը պարբերական հարբեցողության (դիպսոմանիա) պատճառ է դառնում: Նման դեպքերում դիսֆորիան սկսվելուն պես հիվանդը ձգտում է ալկոհոլային խմիչքների գործածման, որը կարծես թե լիցքաթափում է մռայլությունն ու լարվածությունը (իսկական դիպսոմանիա):

**Հուզական թուլությունը կամ թուլահոգությունը** բնորոշվում է հուզական անկայունությամբ, երբ ամենաչնչին պատճառներից առաջանում է հուզմունք, լաց, արցունքներ, որը հեշտությամբ վերափոխվում է հակառակ վիճակի: Դրական և բացասական հույզերի այդ վերափոխումները կատարվում են շատ արագ ու հեշտ և պայմանավորված են նրանով, որ նման անհատը չի կարողանում ղեկավարել իր զգացմունքները: Հուզական թու-

լությունը բնորոշ է նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումներին (հիստերիա, ներասթեմիա), գանգուղեղային վնասվածքներին և այլն:

Չուզական թուլության տարբերակ է *թուլահոգությունը*, երբ չնչին պատճառներից հիվանդը նեղսրտում ու հեշտությամբ լաց է լինում: Թուլահոգությունը կարող է հանդիպել ուղեղի աթերոսկլերոզի, հիպերտոնիկ հիվանդության և այլ դեպքերում:

**Ամբիվալենտությունը** հուզական ոլորտի խանգարում է, որը դրսևորվում է երկու հակադիր զգացմունքների միաժամանակյա գոյակցությամբ: Այսպես՝ միաժամանակ կարող է առաջանալ խղճահարություն և անգթություն կամ սեր և ատելություն իր հարազատների նկատմամբ:

**Պարաթիմիա.** հույզերի այնպիսի աղավաղում է, որի դեպքում հիվանդի զգացմունքները չեն համապատասխանում տվյալ պահին ստեղծված իրավիճակին կամ, այլ կերպ ասած, դրական գրգիռներն առաջացնում են զգացմունքային բացասական ռեակցիա և ընդհակառակը: Օրինակ՝ վատ լուրերը հիվանդին ուրախություն են պատճառում, ուրախ միջավայրում նա տխրում է կամ ժպտալով հայտնում, որ շուտով իրեն պետք է դատապարտեն:

**Չուզական բթություն.** բնորոշվում է հուզական ոլորտի աստիճանաբար զարգացող աղքատությամբ ու բթությամբ, որը ի վերջո կարող է առաջացնել ապաթիա: Չիվանդը դառնում է անտարբեր շրջապատում կատարվող իրադարձությունների, հարազատների, մտերիմների, անգամ իր ապագայի նկատմամբ: Նրան ոչինչ չի հետաքրքրում, ոչ ոք և ոչինչ չի հուզում, չի անհանգստացնում: Նա լրիվ անտարբերությամբ է վերաբերվում իր շրջապատին, հարազատների ճակատագրին, ուրախությանն ու վշտին:

## Ստուգողական թեստեր

1. Ո՞ր դեպքում է դիտվում պատկերացումների արագացում.

- ա) էյֆորիա
- բ) մանիակալ համախտանիշ
- գ) ապաթիա
- դ) դեպրեսիվ համախտանիշ

2. Ո՞ր դեպքում է դիտվում հակասական հույզերի միաժամանակյա առկայություն.

- ա) պարաթիմիա
- բ) թուլահոգություն
- գ) էյֆորիա
- դ) անբիվալենտություն

3. Ախտաբանական աֆեկտին բնորոշ է՝

- ա) գիտակցության նեղացումը
- բ) արտաքին ազդակին ոչ ադեկվատությունը
- գ) ամենզիան
- դ) բուլոր նշվածները

4. Դիսֆորիային բնորոշ է՝

- ա) մռայլ, զայրացկոտ տրամադրությունը
- բ) հուզական անկայունությունը
- գ) հուզական թորշոմածությունը
- դ) բարեհոգությունը
- ե) վերը նշվածներից ոչ մեկը

5. Անտարբերության գերակշռությունն է՝

- ա) թուլահոգությունը
- բ) դիսֆորիկ վիճակը
- գ) մոլուցքային համախտանիշը
- դ) ապաթիան

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. բ, 2. դ, 3. դ, 4. ա, 5.դ:

## ԿԱՄԱՅԻՆ ՈԼՈՐՏԻ ԽԱՆՊԱՐՈՒՄՆԵՐ

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:

Կամային ակտիվության ախտաբանությունը դրսևորվում է *շարժումների, հակումների և ուշադրության* խանգարումներով:

Կամքի խանգարումները հոգեկան հիվանդությունների դեպքում արտահայտվում են *հիպերբուլիայով, հիպոբուլիայով*, ընդհուպ մինչև *աբուլիա (կամազրկություն)* և *պարաբուլիա (կամային ոլորտի աղավաղում)*:

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

**Հիպոբուլիան (կամային ակտիվության թուլացում)** բնորոշվում է ակտիվության նվազմամբ, թորշոնությամբ և որոշակի անտարբերությամբ: Նման հիվանդի դեպքում շրջապատի հետ շփումը սահմանափակ է: Հիվանդը պասիվ է, խուսափում է շրջապատի հետ ակտիվ շփման մեջ մտնելուց, որևէ աշխատանք կատարելուց, չի ցուցաբերում ձեռներեցություն, ինքնուրույնություն, քչախոս է, անվճռական, սննդի, սեռական և այլ հակումները՝ նվազած: Հիպոբուլիան կարող է հանդիպել մոլուցքային պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի, ներոզների, ասթենիկ վիճակների դեպքում:

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

**Պարաբուլիան (կամային ակտիվության աղավաղում)** հիմնականում արտահայտվում է հակումների խանգարմամբ:

**Չակունք** որոշակի ուղղություն և նպատակասլացություն չունեցող, չգիտակցված և աղոտ ձգտում է, կարիքը բավարարելու հոգեկան տարրական գործունեություն:

Չակունքներից են հոգեկան այն իմպուլսները, որոնք ունեն բնազդային ծագում (սննդի, ինքնապաշտպանության, սեռական և այլն): Մարդու հակունքները ղեկավարվում և համապատասխան դրսևորման են ենթարկվում կամքի կողմից: Չակունքների խանգարումները բազմազան են և գործնական հոգեբուժության բնագավառում հաճախակի են հանդիպում: Դրանցից են՝ գողանողությունը (կլեպտոմանիա), հրկիզամոլությունը (պիրոմանիա), շրջնոլիկությունը (դրոնոմանիա), հայիոյամոլությունը (կոպրոլալիա), շատակերությունը (պոլիֆագիա), եղնգակրծունը (օնիխոֆագիա), ինքնախեղունը (աուտոմոտիլյացիա), սեռական զանազան աղավաղումները (պերվեզիաներ) և այլն (ավելի մանրամասն նկարագրությունը տե՛ս «Պերվեզիաներ» գլխում):

**Ուշադրությունը** արտաքին աշխարհի երևույթների և օրգանիզմում կատարվող պրոցեսների նկատմամբ որոշակի ուղղվածություն և կենտրոնացվածություն ունեցող հոգեկան ֆունկցիան է: Ուշադրությունը կարող է լինել ոչ կամածին (պասիվ) և կամածին (ակտիվ): Ոչ կամածին ուշադրության դեպքում տվյալ երևույթի վրա ուշադրության կենտրոնացումը ինքնաբերաբար է առաջանում: Կամածին ուշադրությունը բնորոշվում է կամային գործունեությամբ և կապված է հարցի նպատակադրված գիտակցաբար լուծման հետ: Ուշադրությունը կարող է լինել կայուն և անկայուն: Կայուն ուշադրության դեպքում այն երկար ժամանակ կենտրոնացած է որոշակի օբյեկտի վրա, որը պայմանավորված է կամքի լարումով կամ տվյալ գործի նկատմամբ առաջացած հետաքրքրությամբ: Անկայուն ուշադրությունը բնորոշվում է ցրվածությամբ (նրոզներ, անձի ասթենիզացիա, գանգուղեղի օրգանական վնասումներ): Ուշադրության շեղումը՝ մի օբյեկտից ու գործունեության ձևից մշտապես մյուսին անցնել,՝ դիտվում է երկբևեռ պսիխոզի մոլուցքային փուլում:

**Շարժողական խանգարումները** բնորոշվում են շարժողական գրգռվածության կամ արգելակման ձևով, զուգորդված վարքի փոփոխություններով:

**Շարժողական գրգռվածությունը** մեկուսացված չի արտահայտվում, այլ միահյուսվում է հոգեկան մյուս ֆունկցիաների (հատկապես հուզական և մտածողության) խանգարման հետ, որը և ընդունված է անվանել *հոգեշարժական գրգռվածություն*: Նման դեպքում հիվանդը անհանգիստ է, գրգռված, մշտապես շարժման մեջ. ցուցաբերում է ան-միտ վարք, հաճախ կատարում է անհեթեթ գործողություններ: Հոգեշարժական գրգռվածությունը կարող է

հանդիպել մի շարք հոգեկան հիվանդությունների հատկապես սուր շրջաններում, որոնցից են, օրինակ, մոլուցքային, հեբեֆրենիկ, կատատոնիկ, դելիրիումային, ամենտիվ և հոգեշարժական գրգռվածության այլ տեսակներ (տե՛ս «Համախտանիշներ» գլխում):

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

### Ստուգողական թեստեր

#### 1. Կամային ուղրտի խանգարումները դրսևորվում են՝

- ա) ուշադրության խանգարումներով
- բ) հակումների խանգարումներով
- գ) շարժողական խանգարումներով
- դ) բոլոր նշվածներով
- ե) նշվածներից ոչ մեկով

#### 2. Ո՞րն է հիպերբուլիայի ամենաճիշտ բնորոշումը.

- ա) տրամադրության բարձրացում
- բ) տրամադրության ընկճում
- գ) հակումների նվազում
- դ) հակումների ուժեղացում
- ա) 3,5 գ) 2,3 դ) 3,4

#### 3. Նշվածներից ո՞րը կամային ուղրտի խանգարում չէ.

- ա) ուշադրության
- բ) վարքի
- գ) հիշողության
- դ) հակումների

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. դ, 2. դ, 3. գ:

## ԳԼՈՒԽ 3

### ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ (ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ)

---

Հոգեախտաբանությունը հոգեբուժության բաժիններից է, որի նպատակը հոգեկան խանգարումների ընդհանուր օրինաչափությունների և բնույթի ուսումնասիրությունն է: Ընդհանուր հոգեախտաբանության հիմնական միավորը համախտանիշն է՝ առանձին ախտանիշների օրինաչափ համադրումը: Առանձին ախտանիշը, չնայած իր կարևորությանը, չի կարող հոգեախտաբանական միավոր լինել, քանի որ այն նշանակություն է ձեռք բերում միայն մյուս ախտանիշների հետ միասնության և փոխկապվածության մեջ՝ ախտանշանաբանական կամ համախտանիշում:

Համախտանիշների կառուցվածքի և հերթափոխության ուսումնասիրությունը անհրաժեշտ է թերապևտիկ ներգործությունների արդյունավետությունը գնահատելու համար: Օրինակ՝ ժամանակակից հոգեդեղաբանական պատրաստուկներին բնորոշ է ազդեցությունը որոշակի հոգեախտաբանական համախտանիշների վրա: Համախտանիշի կառուցվածքը զգալիորեն պայմանավորված է հիվանդի տարիքով: Տարիքային տարբեր խմբերին բնորոշ են հոգեախտաբանական խանգարումների որոշակի տեսակներ: Մանկական տարիքին բնորոշ են համախտանիշներ, որոնց կառուցվածքի մեջ մտնում են վախերի հատուկ տեսակները և զառանցանքանման երևակայությունները: Պատանեկան (պուբերտատային) շրջանին բնորոշ են համախտանիշների չափազանց անավարտությունը և բազմաձևությունը (պոլիմորֆիզմը):

Ծերունական տարիքին բնորոշ են տիպիկ զառանցական համախտանիշները (կորստի զառանցանքով և այլն): Համախտանիշների տարիքային առանձնահատկությունները առկա են նաև արտածին (էկզոգեն) տիպի ռեակցիաների դեպքում:

Նորածնային շրջանում վնասակար գործոնի նկատմամբ ռեակցիայի հիմնական ձևը ցնցումային համախտանիշն է, մանկական տարիքում՝ էպիլեպտանման վիճակները, հասուն տարիքում՝ խոսքային ցնորագարությունը (վերբալ հալյուցիոզ), դելիրիան, ծերունականում՝ դելիրիոզ վիճակների աբորտիվ տեսակները:

Համախտանիշները, ըստ ծանրության աստիճանի, դասակարգվում են հետևյալ հերթականությամբ.

1. Ասթենիկ համախտանիշ, որը հոգեկան գործունեության առավել թեթև խանգարում է և հոգեկան մի շարք խանգարումներ դրանով են սկսվում:

2. Աֆեկտիվ համախտանիշներ, որոնք հանդիպում են շատ հիվանդությունների դեպքում, ընդ որում մոլուցքային համախտանիշը դեպրեսիվի համեմատությամբ վկայում է հիվանդության առավել ծանր լինելու մասին:

3. Նևրոտիկ համախտանիշներ (հիստերիկ, սևեռուն, սենեստոպաթիկ, հիպոխոնդրիկ, դիսմորֆոմանիկ):

4. Պարանոյալ համախտանիշ:

5. Ցնորագարություն (հալուցիմոզ):

6. Ցնորազառանցանքային համախտանիշներ:

7. Կատատոնիկ համախտանիշ:

8. Գիտակցության մթազման համախտանիշներ:

9. Ցնցումային համախտանիշներ:

10. Պսիխոթոզանական համախտանիշ:

Համախտանիշները լինում են հասարակ (փոքր) և բարդ (մեծ): Մեծ համախտանիշի ձևավորումը վկայում է հիվանդագին պրոցեսի խորացման, զարգացման և ախտաբանական խանգարումների տարածուն լինելու մասին: Այսպես, օրինակ, եթե դեպրեսիվ համախտանիշի դասական երրորդությունը ներամփոփում է թախիծ, մտածողական և շարժողական արգելակում, ապա հիվանդության ծանրացման դեպքում կարող են դիտվել արդեն զառանցական մտքեր, սևեռուն վիճակներ և այլն, այսինքն՝ դեպրեսիվ համախտանիշը (հասարակ) փոխակերպվում է դեպրեսիվ-պարանոյիդ, դեպրեսիվ-կաչունային (բարդ) համախտանիշների:

Համախտանիշի կլինիկական պատկերը դրսևորվում է երկու տեսակ խանգարումներով՝ *պոզիտիվ* (ախտաբանական՝ արգասավոր, պրոդուկտիվ) և *նեգատիվ* (պակասորդային, դեֆիցիտային): Նեգատիվ խանգարումներից են հոգեկան գործունեության հյուծումը, անձի կերտվածքի փոփոխությունները (պսիխոպաթացում), էներգետիկ պոտենցիալի նվազումը, հոգեկան գործունեության ապաճումը (ռեգրես), օջախային և ամբողջական թուլամտությունը: Նեգատիվ խանգարումների յուրահատկություններն անդրադառնում են պոզիտիվ ախտանիշների դրսևորմանը:

Պոզիտիվ համախտանիշները բաղկացած լինելով միևնույն տարրերից, կարող են դրսևորվել ամենատարբեր հիվանդությունների դեպքում: Սակայն նեգատիվ խանգարումների պատճառով համախտանիշը յուրաքանչյուր հիվանդության շրջանակներում նոզոլոգիական յուրահատկություն է ձեռք բերում: Գոյություն չունի թուլամտություն ընդհանրապես, այլ կա կոնկրետ ծերունական թուլամտություն, էպիլեպսային թուլամտություն, պա-

րալիզային թուլամտություն: Նույնը կարելի է նշել նաև մյուս համախտանիշների վերաբերյալ:

Ստորև շարադրված են առավել կարևոր ու հաճախ հանդիպող հոգեախտաբանական համախտանիշները:

### **ԱՍԹԵՆԻԿ ԴԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Շատ հաճախ է հանդիպում: Բնորոշվում է ինքնազգացման վատացմամբ, արագ հոգնածությամբ, աշխատունակության անկմամբ: Դիվանդները դառնում են պասիվ, անտարբեր: Նշվում է հոգեկան ֆունկցիաների, հատկապես հիշողության և ուշադրության թուլացում: Բնորոշ է նաև հուզական անկայունությունը, դյուրագրգռությունը: Հաճախակի են գլխացավերը, քնի խանգարումը, որն արտահայտվում է ցերեկային քնկոտությամբ կամ մղձավանջային երազներով ուղեկցվում գիշերային անհանգիստ քնով:

Դիվանդների գերակշռող մասը գերզգայուն է դառնում օրգանիզմում և ներքին օրգաններում կատարվող ամենաչնչին խանգարումների հանդեպ: Ուժեղ ծայրը, պայծառ լույսը նրանք չեն կարողանում հանդուրժել (հիպերեսթեզիա): Այդ բոլորը կարող են ուղեկցվել վեգետատիվ մի շարք խանգարումներով (ծայրանդամների սառեցման զգացում, երակազարկի և զարկերակային ճնշման անկանոնություն, ջլային ռեֆլեքսների ակտիվացում, տարազգայնություն և այլն):

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

### **ԴԻՍՏԵՐԻԿ ԴԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ**

Դիստերիկ համախտանիշներին են ծագումով հոգեծին (պսիխոզեն), զարգացման մեխանիզմներով ֆունկցիոնալ, իսկ դրսևորումներով չափազանց տարաբնույթ վիճակները: Խոսքը հիստերիկ նոպաների, գիտակցության հիստերիկ մթազնած վիճակների, հիստերիկ ամբուլատոր ավտոմատիզմների և ֆուզաների, Գանգերի համախտանիշի, պսևդոդեմենցիայի, պուերիլիզմի և այլ խանգարումների մասին է:

**Դիստերիկ նոպան առաջանում** է հանկարծակի և դրսևորվում է տարաբնույթ շարժումներով. հիվանդը ոտքերով դոփում է, տարածում է ձեռքերը, պոկոտում է մազերը, պատառոտում հագուստը, սեղմում ատամները, դողում է, սողում է հատակի վրայով, ամբողջ մարմնով կորանում է, հենվելով ծոծրակի և ոտնաթաթերի վրա (հիստերիկ կամար), լալիս է, հեկեկում,

բղավում, կրկնում միևնույն բառերն ու խոսքերը: Ի տարբերություն ընկ-  
նավորության (էպիլեպսային) նոպայի՝ այսպիսի հիվանդի պառկած դիրքում  
մկանային ուժը և շարժումները պահպանված են ամբողջ ծավալով: Հիստե-  
րիկ նոպայից հետո, ինչպես նաև նոպայից անկախ, կարող են դիտվել  
հիստերիկ այլ խանգարումներ: Հաճախ լինում են հիպերկինեզներ՝ գլխի,  
վերջույթների, մարմնի դող (տրեմոր), դեմքի մկանների տիկանման կծկում-  
ներ: Քնած ժամանակ հիպերկինեզները վերանում են, հիվանդի ուշադ-  
րությունը շեղելիս թուլանում են, հուզվելիս ուժեղանում:

Հիստերիկ պարեզներն ու պարալիզները ծագում են մոնո-, հեմի- և  
պարապլեգիայի ձևով, հաճախ ուղեկցվում են զգացողության խանգար-  
մամբ, որը սովորաբար չի համապատասխանում անատոմիական նյարդա-  
վորմանը: Հաճախ նկատվում են քայլվածքի խանգարումներ, որոնք հայտնի  
են աստազիա-արագիա անունով, մկանային տոնուսի խանգարումների  
բացակայության և ակտիվ ու պասիվ շարժումները պահպանված լինելու  
դեպքում հիվանդը չի կարողանում կանգնել և քայլել: Կարող է զարգանալ  
խոսքի խանգարումներ՝ կակազություն, ձայնի կորուստ (աֆոնիա), համ-  
րություն (մուտիզմ) և խուլուհամրություն (սուրդոմուտիզմ), տեսողության  
խանգարումներ՝ մասնակի կամ լրիվ կուրություն կամ տեսադաշտերի նե-  
ղացում, ինչպես նաև վեգետատիվ խանգարումներ՝ փսխում, գիտոց,  
զկռոց, ընպանի և կերակրափողի մկանների սպազմ (հիստերիկ գունդ),  
հաճախասրտություն (տախիկարդիա), հաճախամիզություն կամ միզակա-  
պություն: Հիստերիկ խանգարումներից է նաև Սյունիհաուզենի համախտա-  
նիշը՝ կարծեցյալ հիվանդության կամ վնասվածքի մասին ինքնաներշնչման  
և պսևդոլոգիայի հակումը. բժշկական հիմնարկներ հաճախակի դիմելու  
հետևանքով հիվանդը կարող է ենթարկվել չարդարացված վիրաբուժական  
միջամտությունների:

**Հիստերիկ մթնշաղային վիճակները** յուրատեսակ խանգարումներ են,  
որոնք դրսևորվում են վառ ցնորքների հոսքով և ամբողջությամբ փոխա-  
րինում են առկա իրավիճակը: Հիվանդի վարքը նման դեպքերում չափա-  
զանց արտահայտիչ է, երբեմն թատերական. նա ներկայացնում է տեսարան,  
որում հոգեբանական խելման իրավիճակը, որը նախորդում է տվյալ  
վիճակի զարգացմանը, հիմնականն է կամ զգալի տեղ է զբաղեցնում:  
Մթնշաղային վիճակում ծագում են անկայուն, հոգեբանորեն պայմանա-  
վորված հեղհեղուկ, չկանոնակարգված գառանցանքանման գաղափարներ:  
Հիստերիկ մթնշաղային վիճակները կարող են լինել ձգձգվող և տևել մի  
քանի օր: Այդ վիճակից դուրս գալուց հետո սովորաբար վրա է հասնում  
ամբողջական ամենզիա: Հիստերիկ ամբուլատոր ավտոմատիզմները և  
ֆուգաները բնորոշվում են տարբեր խորության գիտակցության խանգա-

րուններով: Հիստերիկ ամբուլատոր ավտոմատիզմի դեպքում հիվանդը կատարում է բարդ, սակայն սովորական շարքային գործողություններ: Հիստերիկ ֆուզան աննպատակ, սակայն արտաքինից նպատակային հանկարծակի գործողություն է, օրինակ՝ փախուստը: Այս վիճակները ևս ուղեկցվում են ամենզիայով:

**Գանգերի համախտանիշը** գիտակցության մթազմման հիստերիկ մթնշաղային տարբերակներից մեկն է: Այս դեպքում հիվանդը չի կարողանում պատասխանել տարրական հարցերի, կատարել այս կամ այն առօրյա գործողությունը, լուծել հասարակ թվաբանական խնդիր, բացատրել պարզ նկարի իմաստը: Նրա պատասխանները, չնայած ակնհայտ անհեթեթությանը, սովորաբար հարցերի շրջանակում են: Առաջին հայացքից հիվանդը գործում է ոչ ըստ էության, սակայն նրանում, այնուամենայնիվ, պահպանված է պահանջվող գործողության ընդհանուր ուղղվածությունը: Օրինակ՝ լուցկին վառելիս հիվանդը այն քսում է տուփին, սակայն հակառակ ծայրով: Հիվանդը ապակողմնորոշված է շրջապատում, անտարբեր է կատարվող դեպքերի նկատմամբ, անիմաստ ծիծաղում է, երբեմն վախեցած տեսք ունի, լինում է փութկոտ, անհանգիստ: Գանգերի համախտանիշը տևում է մի քանի օր: Վիճակից դուրս գալուց հետո նկատվում է ամենզիա:

**Պսևդոդեմենցիան** տարբերվում է գանգերյան համախտանիշից գիտակցության մթնշաղային մթազմման հարաբերականորեն նվազ խորությամբ: Հիվանդը շփոթված է, զանգատվում է շրջապատում կողմնորոշվելու անհնարինությունից, անմիտ հայացքով նայում է իր առջև, պատասխանում ոչ ըստ էության, անհեթեթ, աչքերը չռում է, մերթ ծիծաղում է, մերթ ընկճվում, չի կարողանում կողմնորոշվել պարզագույն խնդրի մեջ, պատասխանել առօրեական հարցին և դրա հետ մեկտեղ անսպասելիորեն ճիշտ պատասխանում է բարդ հարցին: Առանձնացված են պսևդոդեմենցիայի դեպրեսիվ և աժիտացված տեսակները: Առաջինի դեպքում հիվանդը թույլ է, ընկճված, շատ պառկում է, երկրորդի դեպքում՝ փութկոտ է, անհանգիստ, անհեթեթ: Պսևդոդեմենցիայի վիճակները կարող են տևել մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս:

**Պուերիլիզմը** անհեթեթ, հասուն մարդու հոգեվիճակին չհամապատասխանող մանկական վարքն է, որը դրսևորվում է մանկական շարժունակով, շարժումներով, չարաճճիություններով: Հիվանդը զվարճանում է խաղալիքներով, կամակորոթյուն անում, լալիս է, մանկան նման թոթովում: Շրջապատողները նրա համար «քեռիներ» և «մորաքույրներ» են: Տարրական խնդիրներ վճռելը կամ պարզագույն գործողությունների կատարումը ուղեկցվում է կոպիտ բացթողումներով ու սխալներով: Վարքի մանկական գծերի հետ մեկտեղ պահպանվում են հասուն մարդու առանձին

սովորությունները ու հմտությունները: Տրամադրությունը սովորաբար ընկճված է՝ չնայած արտաքին շարժունությանն ու կայտառությանը: Պուերիլիզմը պսևոդեմենցիայի համեմատությամբ ունի ավելի ձգձգվող ընթացք:

**Հիստերիկ ստուպորը** անշարժությամբ և անխոսությամբ (մուտիզմ) արտահայտվող վիճակ է: Բնորոշվում է աֆեկտիվ անկայունությամբ՝ պայմանավորված շրջապատող իրավիճակով և արտահայտվում է հիվանդի դիմախաղում (միմիկա) հուզական (էմոցիոնալ) ռեակցիաների բազմազանությամբ: Հաճախ այդ վիճակում նկատվում են պսևոդեմենցիայի և պուերիլիզմի առանձին գծեր (հիվանդը անիմաստ չռում է աչքերը, դեմքի արտահայտությունը մանկան նման անմեղ է): Առավելապես զարգանում է աստիճանաբար և հերթափոխում է պսևոդեմենցիայի և պուերիլիզմի վիճակներին: Ունի ձգձգվող ընթացքի միտում:

### **ԻՄՊՈՒԼՍԻՎ ՀԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Իմպուլսիվ հակումները խանգարումներ են, որոնք բնորոշվում են որևէ գործողություն կատարելու հանկարծակի ծագող ձգտումով, որը իշխում է գիտակցությանը, բանականությանը և իրեն ենթարկում հիվանդի վարքը: Դրանք հիվանդների մեծամասնության կողմից ընկալվում են որպես օտար, անհեթեթ, հիվանդագին վիճակներ: Իմպուլսիվ արարքները տիպիկ դեպքերում իրականացվում են առանց ներքին պայքարի և ներքին դիմադրության: Իմպուլսիվ հակումներից առավել տարածված են թափառամուլուցքը (դրոմոմանիան)՝ թափառելու անհաղթահարելի ձգտումը, գողամուլուցքը (կլեպտոմանիան)՝ իրեն ոչ պետքական իրեր գողանալու ձգտումը, հարբեցամուլուցքը (դիպսոմանիան)՝ ալկոհոլային խմիչքներ չարաշահելու հակումը, որը հաճախ ծագում է ալկոհոլ չգործածող մարդկանց շրջանում, հրդեհամուլուցքը (պիրոմանիա)՝ հրդեհելու ձգտումը, հոմիցիդոմանիա՝ մարդասպանություն կատարելու հակումը, հնոտիք հավաքելու հիվանդագին հակումը (Պլյուշկինի ախտանիշ) և այլն: Այս խանգարումները կարող են ծագել աֆեկտիվ վիճակների՝ դեպրեսիաների կամ հիպոմանիաների կազմում:

### **ԱՖԵԿՏԻՎ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ**

Աֆեկտիվ համախտանիշներից են առաջին հերթին տրամադրության խանգարմամբ դրսևորվող վիճակները: Աֆեկտի բնույթով պայմանավորված՝ տարբերում են դեպրեսիվ և մուլուցքային համախտանիշներ:

**Դեպրեսիայի համախտանիշ:** Տիպիկ դեպրեսիան բնորոշվում է դասական եռյակով, այն է՝ տրամադրության անկումը (հիպոթիմիա), շարժո-

ղական (մոտոր) և մտավոր (իդեատոր) արգելակվածությունը: Դեպրեսիվ վիճակներին (հատկապես թեթև՝ ցիկլոթիմիկ) բնորոշ են տրամադրության տատանումները՝ օրվա ընթացքում ընդհանուր վիճակի լավացմամբ, երեկոյան ժամերին դեպրեսիայի ինտենսիվության նվազմամբ, շարժողական և մտավոր արգելակվածության թույլ արտահայտվածությամբ:

Դեպրեսիաներին բնորոշ են նաև քնի խանգարումները՝ անքնությունը, հաճախակի արթնացումներով մակերեսային քունը կամ քնի զգացումի բացակայությունը: Դեպրեսիաներին բնորոշ են նաև մի շարք մարմնական (սոմատիկ) խանգարումներ. հիվանդը ծերացած տեսք ունի, նկատվում է եղունգների դյուրաբեկություն, մազաթափություն, անոթազարկի դանդաղում, փորկապություն, դաշտանային ցիկլի խանգարում և հաճախ դաշտանադար (ամենորեա), ախորժակի բացակայություն (սնունդը «կարծես թույն լինի», ուտում է ջանք գործադրելով) և նիհարում:

**Մեղանխողիկ կամ թախծոտ դեպրեսիան** բնորոշվում է անկունային, ընկճված տրամադրությամբ, ինտելեկտուալ և շարժողական արգելակվածությամբ: Հիվանդի ընկճված տրամադրության հետ մեկտեղ նկատվում է ճնշող, անսահման թախծ: Հաճախ այն ընկալվում է ոչ միայն որպես հոգեկան ցավ, այլև ուղեկցվում ֆիզիկական ծանր զգացողություններով (վիտալ թախծ), էպիգաստրալ շրջանում տհաճ զգացողությամբ, սրտի շրջանում ծանրությամբ կամ ցավերով:

Հիվանդին ներկան և ապագան երևում են մռայլ ու անելանելի: Հիվանդն օրերը անցկացնում է միևնույն դիրքում, նստում է գլուխը կախ կամ պառկում անկողնում: Շարժումները չափազանց դանդաղ են, դեմքի արտահայտությունը՝ թախծոտ, վշտալի: Բացակայում է գործունեության ձգտումը: Մտավոր (իդեատոր) արգելակվածությունը դրսևորվում է դանդաղ, ցածրաձայն խոսքով, նոր տեղեկատվության մշակման դժվարացմամբ, հաճախ հիշողության վատացման, չկենտրոնանալու զանգատներով:

**Տազնապային դեպրեսիան** կարող է լինել ինչպես աժիտացված, այնպես էլ արգելակված: Տազնապային-աժիտացված դեպրեսիայի դեպքում գերակշռում է հիվանդի խոսքի արագացումը, շարժողական գրգռվածությունը, անհանգիստ վիճակը: Առկա է նիհիլիստական գառանցանքը, հաճախ նաև Կոտարի համախտանիշը: Արգելակված դեպրեսիայի դեպքում հոգեախտաբանական պատկերը զգալի չափով որոշում է տազնապը:

**Անէսթետիկ դեպրեսիան** բնորոշվում է հիվանդության պատկերի մեջ հոգեկան անէսթեզիայի երևույթի գերակշռումով, այսինքն՝ հուզական ռեակցիաների կորուստ շրջապատի հանդեպ: Այդպիսի դեպրեսիան կարող է լինել զուտ անէսթետիկ, թախծային անէսթետիկ և տազնապային անէսթետիկ:

**Ապաթիկ դեպրեսիայի** կլինիկական պատկերում առաջին պլանում հայտնվում են մտավոր կամ ֆիզիկական գործունեության անհնարինությունը կամ դժվարացումը, դրդումների և հոգեկան ակտիվության բոլոր տեսակների մակարդակի նվազումը՝ որևէ գործունեության նկատմամբ ցանկություն և ձգտում չունենալու հետևանքով:

**Դիսֆորիկ դեպրեսիան** բնորոշվում է ընկճված տրամադրության զուգակցմամբ դիսֆորիայի, այսինքն՝ գրգռվածության, ցասկոտության, ագրեսիվության և քայքայիչ միտումների առաջացումով: Ընդ որում, գրգռման աղբյուր կարող են դառնալ այնպիսի առարկաները և իրավիճակները, որոնք քիչ առաջ չէին գրավում հիվանդի ուշադրությունը:

**Մանիակալ համախտանիշը** բնորոշվում է բարձր տրամադրությամբ, ասոցիատիվ պրոցեսների արագացումով և չափազանց ակտիվությամբ (մոլուցքային եռյակ): Հիվանդին հատուկ է ուրախ լինելը, ցրվածությունը, ուշադրության փոփոխականությունը, դատողությունների մակերեսայնությունը, լավատեսական վերաբերմունքը ներկայի և ապագայի նկատմամբ: Հիվանդը լավ տրամադրություն է ունենում, անսովոր զվարթություն, ուժերի հորդում է զգում, նրա համար խորթ է հոգնածությունը:

Ինտելեկտուալ գրգռվածությունը դրսևորվում է մտածելու տեմպի արագացմամբ, ուշադրության փոփոխականությամբ, հիշողության սրացմամբ (հիպերմնեզիայով): Հիվանդը շատախոս է, անդադար խոսում է, որի հետևանքով ձայնը խռպոտում է: Երգում է, բանաստեղծություններ արտասանում: Հաճախ զարգանում է մտքերի թռիչք՝ մտածողության կտրուկ արագացում, որի դեպքում մեկ անավարտ միտք փոխարինվում է մյուսով: Բնորոշ են մտքերի կցկտուրությունը և արտահայտությունների հակասականությունը, որը հասնում է մտքերի անկապության աստիճանի:

Հիվանդին հատուկ է սեփական անձի գերազնահատումը. նա իր մեջ բացահայտում է արտասովոր ընդունակություններ, հաճախ մասնագիտությունը փոխելու ցանկություն է հայտնում, պատրաստվում է իրեն հռչակել որպես հայտնի հետազոտող, արվեստագետ, գրող և այլն կամ իրեն դնում է այդպիսիների տեղը: Սովորաբար խոսքը բավականին անկայուն գերարժեք, մեծամոլական մտքերի մասին է: Հիվանդը երիտասարդացած տեսք է ունենում, նկատվում է ախորժակի լավացում, քնի տևողության կրճատում կամ անքնություն, բարձր սեքսուալություն: Մոլուցքային վիճակների դեպքում նկատվում է անոթազարկի հաճախացում (տախիկարդիա), գերթքարտադրություն (հիպերսալիվացիա), դաշտանային ցիկլի խանգարում:

Եթե ասոցիատիվ պրոցեսի արագացումը հիվանդների շրջանում հասնում է անկապության աստիճանի, իսկ ձգտումը գործողության՝ անկարգ, քաոսային գրգռվածության, ապա դա վկայում է խառը մոլագարությամբ:

յան (մանհայի) մասին: Մոլագարության (մանհայի) պատկերում գրգռվածության, ցասկոտության, բժախնդրության գերակշռումը վկայում է ցասկոտ մոլագարության մասին:

#### **ԿԱՏԱՏՈՒԿ ԳԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Սա հոգեկան խանգարման վիճակ է՝ շարժողական խանգարումների գերակշռումով, որը բնորոշվում է արգելակվածության (ստուպոր) և կամ գրգռվածության պատկերներով:

Կատատոնիկ ստուպորը դրսևորվում է անշարժությամբ, մկանային տոնուսի բարձրացումով և մուտիզմով (խոսելու անկարողություն): Տարբերում են մոմանման ճկունության երևույթներով ստուպոր, նեգատիվիստական ստուպոր և անշարժացումով ստուպոր:

**Մոմանման ճկունության (կատալեպսիայի) երևույթներով ստուպորի** դեպքում հիվանդի դիրքի ցանկացած փոփոխությունը պահպանվում է որոշակի ժամանակ: Սովորաբար մոմանման ճկունության երևույթներն առաջանում են սկզբում ծամիչ մկաններում, այնուհետև հաջորդաբար պարանոցի, վերին և ստորին վերջույթների մկաններում: Բնորոշ է «օդային բարձի ախտանիշը», որի դեպքում հիվանդը գլուխը պահում է բարձից որոշակի բարձր դիրքում: Այդ երևույթների անհետացումը կատարվում է հակադարձ կարգով:

Մոմանման ճկունությամբ ստուպորը կարող է փոխարինվել նեգատիվիզմով ստուպորի: Վերջինս երբեմն նախորդում է անշարժացումով ստուպորի սկսվելուն:

**Նեգատիվիստական ստուպորը** դրսևորվում է հիվանդի ամբողջական անշարժացմամբ, ընդ որում, դիրքը փոխելու ցանկացած փորձ առաջացնում է հակազդեցությամբ ուղեկցվող մկանների կտրուկ լարում: Տարբերում են նեգատիվիզմի պասիվ և ակտիվ տեսակները: Պասիվ նեգատիվիզմի դեպքում հիվանդը չի կատարում հրահանգները, իսկ նրան որևէ գործողություն կատարել պարտադրելու փորձը դիմադրության է հանդիպում, որն ուղեկցվում է մկանային լարվածության (տոնուսի) բարձրացմամբ: Ակտիվ նեգատիվիզմի դեպքում հիվանդը ոչ միայն դիմադրում է առաջարկվող գործողությանը, այլև ձգտում է կատարել հակառակ շարժողական ակտը:

**Անշարժացումով ստուպորը** մկանային խիստ լարվածության վիճակն է, որի դեպքում հիվանդը մշտապես միևնույն, հաճախ սաղմի դիրքում է: Նա կողքի վրա է պառկած, ոտքերը՝ կծկված ծնկահոդերում և սեղմված փորին, ձեռքերը՝ խաչած կրծքին, գլուխը՝ սեղմած կրծքին, ծնոտները սեղմած: Հաճախ նկատվում է կնճիթի ախտանիշ. շրթունքները ձգված են առաջ

ամուր սեղմած ծնոտներով: Անշարժացունով ստուպորին, ինչպես նաև կատատոնիկ ստուպորի որոշ այլ տեսակներին բնորոշ են մուտիզմի երևույթները:

**Կատատոնիկ գրգռվածությունը** կարող է լինել էքստատիկ (շփոթված պաթետիկ), հեբեֆրենիկ, իմպուլսիվ և համր (անխոս): Իմպուլսիվ գրգռվածությունը արտահայտվում է անսպասելի, հանկարծակի գործողություններով: Հիվանդը հանկարծակի ցատկում և ինչ-որ տեղ է վազում, ձգտում է հարվածել շրջապատի մարդկանց, հայտնվում է մոլեգին, բուռն, կատաղի ատելության, ագրեսիայի վիճակում, սառում, քարանում, անշարժանում է ոչ երկար ժամանակով, ապա նորից դառնում է գրգռված: Խոսքի մեջ հաճախ գերակշռում է լսված բառերի կրկնություն (էխոլալիա) կամ միևնույն բառերի կրկնություն (վերբիգերացիա):

**Չեբեֆրենիկ գրգռվածությունը** բնորոշվում է հիմարությամբ, ծամածռություններով, անհեթեթ, անմիտ քրքիջով: Հիվանդը ցատկոտում է, ծռնվում, պարում, անտեղի տափակ կատակներ է անում, հանկարծակի դառնում է ագրեսիվ:

Կատատոնիկ վիճակները՝ պայմանավորված գիտակցության մթազմման առկայությամբ կամ բացակայությամբ, բաժանվում են օնեյրոիդ և լյուցիդ տեսակների: Էքստատիկ, իմպուլսիվ և հեբեֆրենիկ գրգռվածությունը, ինչպես նաև մոմանման ճկունության երևույթներով ստուպորը և սուբստուպորոզ վիճակները զարգանում են գիտակցության օնեյրոիդ մթազրնման դեպքում: Նեգատիվիզմով և անշարժացունով ընթացող ստուպորը սովորաբար հատուկ է լյուցիդ կատատոնիային: Կատատոնիկ խանգարումների զարգացումը հոգեկան վիճակի ծանրության ցուցանիշ է:

## ՕԲՍԵՍԻՎ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Կաչուն վիճակները (օբսեսիաներ) բաժանվում են պատկերային կամ զգայական ձևերի, որոնք ուղեկցվում են աֆեկտի (հաճախ ծանր, տանջալից) և աֆետիվ՝ չեզոք բովանդակությամբ կաչունության զարգացումով:

**Ջգայական կաչուն վիճակներից** են կաչուն կասկածները, հիշողությունները, պատկերացումները, հակումները, գործողությունները, վախերը, հակակրանքները, սովորական արարքների նկատմամբ զգուշավորությունները:

**Կաչուն կասկածները** համառորեն առաջացող անվստահությունն է իրականացվող և իրականացված գործողությունների ճշմարտացի լինելու վերաբերյալ՝ հակառակ տրամաբանությանը և բանականությանը: Ծի՞շտ է գրված արդյոք փաստաթուղթը, անջատված է արդյոք էլեկտրական սարքը,

կողպված է արդյոք դուռը, չնայած մի քանի անգամ ստուգել է: Սրանք կաչուն վիճակների տիպիկ օրինակներ են:

**Կաչուն հիշողություններից** են հիվանդի համար որևէ տխուր, տհաճ կամ անոթալի իրադարձությունների անհաղթահարելի, համառ, տանջալից հիշողությունները, որոնք ուղեկցվում են անոթի, զղջման զգացումով: Նրանք գերիշխում են հիվանդի գիտակցության մեջ՝ չնայած դրանց մասին չմտածելու, մոռանալու ջանքերին:

**Կաչուն հակումները** այս կամ այն դաժան կամ չափազանց վտանգավոր գործողություն կատարելու հակումն է, որն ուղեկցվում է սարսափի, վախի, խուճապի զգացումով, դրանից ազատվելու անհնարինությամբ: Հիվանդին համակում է, օրինակ, անցնող գնացքի տակ նետվելու կամ մտերիմ մարդուն գնացքի տակ հրելու, կնոջը կամ զավակին չափազանց դաժան ձևով սպանելու միտքը: Ընդ որում, հիվանդը տանջալից կերպով զգուշանում է, որ այս կամ այն գործողությունը հանկարծ չիրագործվի:

**Կաչուն պատկերացումները** կարող են տարբեր կերպ դրսևորվել: Մի դեպքում դա կաչուն հակումների արդյունքը ցայտուն կերպով «տեսնելն է», երբ հիվանդը պատկերացնում է իրագործված դաժան արարքի արդյունքը: Մյուս դեպքում կաչուն պատկերացումները դրսևորվում են ոչ ճշմարտանման, երբեմն անհեթեթ իրավիճակների տեսքով, որոնք հիվանդն ընդունում է որպես իրականություն: Կաչուն պատկերացումների օրինակ է նաև այն, որ հիվանդը համոզված է, որ գերեզմանում թաղված ազգականը ողջ է, ընդ որում, հիվանդը տանջալից կերպով պատկերացնում և վերապրում է գերեզմանի մեջ մեռնողի տանջանքները: Կաչուն պատկերացումների գազաթնակետում դրանց անհեթեթության, ոչ ճշմարտանման լինելու գիտակցումը անհետանում է և, ընդհակառակը, դրանց իրական լինելու համոզվածություն է առաջանում: Այս դեպքում կաչունությունը ձեռք է բերում գերարժեք կազմավորման, իսկ երբեմն զառանցանքի բնույթ:

**Չակակրանքի կաչուն զգացումը**, ինչպես նաև հայիոյական և սրբապիղծ կաչուն մտքերը մտերիմ մարդու նկատմամբ, հիվանդին համակող, ոչնչով չարդարացված հակակրանքն է, ցինիկ, անվայել մտքերը և պատկերացումները հարգարժան մարդկանց նկատմամբ, հավատացյալների դեպքում՝ սրբերի կամ հոգևորականների նկատմամբ:

**Կաչուն գործողությունները** շարժումներ են, որոնք կատարվում են հիվանդի կամքին և ցանկությանը հակառակ, չնայած դրանք զսպելու համառ ջանքերին: Որոշ կաչուն գործողություններ հիվանդին տանջում են այնքան ժամանակ, մինչև դրանք չիրագործվեն, մյուսները հիվանդի կողմից մնում են աննկատ: Կաչուն գործողությունները հիվանդի համար տանջալից են հատկապես այն դեպքում, երբ դրանք դառնում են շրջապատի ուշադ-

րության առարկան: Որպեսզի դրանք չառաջանան, հիվանդը պետք է իրեն հետևի:

**Կաչուն վախերից կամ ֆոբիաներից** են կաչուն և անմիտ վախերը բարձրությունից, լայն փողոցից, բաց կամ փակ տարածությունից, մարդկանց շատ կուտակումից, հանկարծահաս մահից, անբուժելի հիվանդությունից և այլն: Ոմանց դեպքում կարող են առաջանալ ֆոբիաներ, որոնք ձեռք են բերում ամեն ինչից վախենալու բնույթ (պանֆոբիա): Եվ վերջապես հնարավոր է վախեր առաջանալու կաչուն վախ (ֆոբոֆոբիաներ): Կաչուն վախը երբեմն ուղեկցվում է ծիսակարգի (ռիտուալի) առաջացմամբ՝ գործողություն, որը կախարդանքի կամ հմայելու նշանակություն ունի, որը կատարվում է՝ չնայած օբյեկտի նկատմամբ քննադատական վերաբերմունքին, այս կամ այն անխուսափելի դժբախտությունից պաշտպանվելու նպատակով, հիվանդը չի կարող անցնել կամարի տակով, քանի որ մտածում է, որ հարազատների հետ դժբախտություն կպատահի, ինչ-որ կարևոր գործ սկսելուց առաջ նա պետք է երկու անգամ ճտտացնի մատներով, որպեսզի բացառի անհաջողության հնարավորությունը: Ծիսակարգը կարող է արտահայտվել հիվանդի կողմից որևէ մեղեդու կամ բառակապակցության կրկնության վերարտադրումով և այլն: Այս դեպքում նույնիսկ մտերիմները գլխի չեն ընկնում նման խանգարումների առկայության մասին: Ծիսակարգը կաչունությունների հետ զուգորդված, բավականին կայուն համակարգ է, որը կարող է պահպանվել տարիներ և նույնիսկ տասնամյակներ: Հնարավոր է նկարագրված բովանդակությամբ կաչուն վիճակների նաև այլ փոփոխություն՝ յուրօրինակ պաթոկինեզ, որը դրսևորվում է կաչուն վախերի աստիճանական դեզակտուալիզացիայով, ընդհուպ մինչև նրանց ամբողջական անհետացում և ծիսակարգերի փոխակերպում շարժողական կաչուն վիճակների: Երբեմն վերջիններս ձեռք են բերում հարուցվածության բնույթ (հոգեկան ավտոմատիզմի երևույթներ) կամ կատատոնիկ միօրինակությունների (ստերեոտիպիա) բնույթ:

**Աֆեկտիվ-չեզոք բովանդակության կաչուն վիճակները** կաչուն իմաստունաբանությունն է («ծակ փիլիսոփայություն»), կաչուն հաշիվը, չեզոք իրադարձության, տերմինի, ձևակերպման և այլնի կաչուն հիշողությունը կամ մտապահումը: Չնայած չեզոք բովանդակությանը՝ դրանք տանջում են հիվանդին, խանգարում նրա մտավոր գործունեությանը:

## **ՍԵՆԵՍՏՈՊԱԹԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Արտահայտվում է զանազան տիպի ու անդուր զգացողությունների՝ այրոցների, սեղմոցների, ծակծկոցների, քորի և այլ ձևերով, որոնք տեղակայված են մաշկի վրա, մարմնի տարբեր մասերում, ներքին օրգաններում և

ամենուր՝ առավել տանջալից դարձնելով հիվանդի տառապանքներն ու ապրումները: Ծանր դեպքերում հիվանդն զգում է իր ներքին օրգանների աշխատանքը, արյան շրջանառությունը՝ հաճախ տագնապալից մտածելով իր հիվանդության անբուժելիության մասին: Օբյեկտիվ քննության ժամանակ հիվանդի սոմատիկ վիճակի ախտաբանական փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում: Շատ հաճախ սենեստոպաթիկ վիճակները ազդեցության, հիպոխոնդրիկ և այլ բնույթի զառանցական մտքերի առաջացման պատճառ են դառնում:

#### **ՀԻՊՈՒՆՈՆՂՐԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Արտահայտվում է սեփական առողջության նկատմամբ չհիմնավորված զանազան զանգատներով:

Հիվանդները, ամբողջովին կլանվելով իրենց առողջական վիճակով (թեև իրականում ոչ մի հիվանդություն չունեն), տագնապալից մտահոգության մեջ են, երկյուղում են, թե իրենք լուրջ հիվանդությամբ են տառապում կամ ծանր հիվանդություն է սպասվում (սևեռուն հիպոխոնդրիա): Մշտապես զանգատվում են մարմնի տարբեր մասերի ցավերից, ծակոցներից, սեղմոցներից, ներքին օրգանների ցավերից: Նման դեպքերում հիպոխոնդրիան կարող է նյարդային (նևրոտիկ) բնույթ ունենալ:

Այլ դեպքերում հիպոխոնդրիան զառանցանքային բնույթ ունի: Նման հիվանդները մտածում են, թե տառապում են ծանր ու անհուսալի հիվանդությամբ, երբեք չեն համոզվում և ամեն կերպ աշխատում են ապացուցել իրենց հիվանդությունը: Անընդհատ դիմում են մասնագետ բժիշկներին, խնդրում հետազոտություններ, արմատական բուժումներ: Այդ բոլորն ուղեկցվում է տրամադրության անկումային վիճակով, հուսահատական մտքերով:

Հիպոխոնդրիկ համախտանիշը կարող է հանդիպել նևրոզների, պսիխոպաթիայի, շիզոֆրենիայի, դեպրեսիվ վիճակների և հոգեկան այլ խանգարումների դեպքում:

#### **ԴԻՍՄՈՐՖՈՍԱՆԻԱՅԻ-ԴԻՍՄՈՐՖՈՖՈՒԲԻԱՅԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Այս համախտանիշի դեպքում հիվանդների շրջանում առաջանում է իրենց մարմնի կառուցվածքի, դրա տարբեր մասերի փոփոխվածության, տզեղացման և այլանդակման համոզմունք: Հիվանդներին թվում է, թե իրենց մարմնի տարբեր մասերը փոխվել են, դեմքը տզեղացել է, քիթը, բերանը՝ այլանդակվել, ծայրանդամները ծռվել են, և այդ բոլորը այնքան են նրանց այլանդակել ու հրեշակերպ դարձրել, որ

հայելու մեջ նայելիս նրանք տհաճություն են զգում, հուսահատվում: Ոչ մի ձևով նրանց հակառակը համոզել հնարավոր չէ, և հաճախ նրանք դիմում են տարբեր մասնագետ բժիշկների, հատկապես վիրաբույժների՝ պահանջելով իրենց ենթարկել կոսմետիկական վիրահատման: Դիսմորֆոմանիայով-դիսմորֆոֆոբիայով տառապող հիվանդները այլ դեպքերում հայտնում են իրենցից վատ հոտեր գալու մասին:

### **ԿՈՏԱՐԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

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

Հուզական համախտանիշները հանդիպում են երկբևեռ պսիխոզի, նախածերունական (ինվոլուցիոն) պսիխոզի, արտածին (ինֆեկցիոն, ինտոկսիկացիոն, հոգեծին) ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների, շիզոֆրենիայի, էպիլեպսիայի, գանգուղեղի օրգանական վնասվածքների դեպքում:

### **ՑՆՈՐԱԳԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (ՀԱԼՈՒՑԻՆՈՋ)**

Բնորոշվում է գիտակցության պարզության զուգակցմամբ ընթացող, առավելապես լսողական ցնորքներով: Բազմաքանակ այդ ձայները մեծ մասամբ արտահայտվում են մենախոսություններով, հարց ու պատասխաններով: Որոշ դեպքերում ձայները մեկնաբանող, իսկ երբեմն էլ հրամայողական բնույթ ունեն: Այդ ամենն ուղեկցվում է անհանգստությամբ, վախի ու տագնապի երևույթներով: Ձայների ազդեցությամբ հիվանդները երբեմն կատարում են ոչ լրջախոհ ու վտանգավոր արարքներ:

Հիվանդների շրջանում քննադատությունը իրենց հիվանդագին վիճակի նկատմամբ մեծ մասամբ բացակայում է, բացառությամբ որոշ դեպ-

քերի, երբ հիվանդները հասկանում են իրենց՝ այդ լսողական ցնորքների հիվանդագին լինելը:

Ծանր դեպքերում լսողական ցնորքները կարող են զուգորդվել զառանցական մտքերով՝ ստանալով ցնորա-զառանցանքային համախտանիշի բնույթ:

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

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

### **ՀՈԳԵԶԳԱՅԱԿԱՆ (ՊՍԻԽՈՍԵՆՍՈՐ) ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Այս համախտանիշն ընդգրկում է զգայական ճանաչման մի շարք խանգարումներ, որոնցից են՝

ա) շրջապատի առարկաների, մարդկանց ձևի, չափի, մարմնամասերի ընկալման խանգարումը (մետամորֆոպսիա), որ կարող է արտահայտվել մակրոպսիայի (ամեն ինչ ընկալվում է մեծացած), միկրոպսիայի (ընկալվում է փոքրացած չափերով), պորոպսիայի (հեռավորության ընկալման խանգարում) երևույթներով,

բ) մարմնի սխեմայի խանգարումը (աուտոմետամորֆոպսիա), որն արտահայտվում է սեփական մարմնի, դրա տարբեր մասերի, ձևի, չափի, մեծության, քաշի, տեղակայության աղավաղված ընկալմամբ:

### **ԴԵՌԵԱԼԻԶԱՑԻԱՅԻ (ԻՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՕՏԱՐԱՑՄԱՆ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Իրականության զգայական ճանաչման այնպիսի խանգարում է, որի դեպքում արտաքին աշխարհը, շրջապատը հիվանդների կողմից ընկալվում են փոփոխված, ոչ իսկական, ոչ իրական, գունաթափված, կարծես թե սառած ու քարացած: Նման հիվանդները հաճախ գանգատվում են, որ շրջապատի մարդիկ, բնությունը ձևափոխված են, աղոտ, շղարշապատված: Նրանք մարդկանց դեմքերը փոխված են տեսնում, շենքերը ծռնված, ծառերի կանաչ տերևները՝ գունաթափված, կյանքը կարծես թե կանգ է առել:

Դեռեալիզացիան հաճախ զուգակցվում է դեպերսոնալիզացիայի հետ՝ ստանալով դեպերսոնալիզացիայի-դեռեալիզացիայի բարդ համախտանիշի բնույթ:

## **ԴԵՊԵՐՍՈՆԱԼԻԶԱՑԻԱ**

### **(ԱՆՁԻ ԲԱՑԱՍՄԱՆ, ԱՊԱԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՄԱՆ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Անձի ինքնագիտակցության այնպիսի խանգարում է, որի դեպքում փոխվում է հիվանդի՝ սեփական անձի ընկալումը, առաջանում է իր ես-ի օտարացման, երկատման, անբողջությունը կորցնելու զգացում: Հիվանդին թվում է, թե իր անձը փոխվել է, իր մեջ զգում է երկու ես, որոնցից մեկը գործում է, աշխատում, իսկ մյուսը՝ կողքից դիտում: Հաճախ խանգարվում է իր մարմնի սխեմայի ընկալումը. հիվանդին թվում է, թե իր մարմինը կամ դրա առանձին մասեր փոփոխվում են, մեծանում, փոքրանում, փոխում են իրենց տեղակայումը, ընդունում արտասովոր ձևեր:

### **ՊԱՐԱՆՈՅԱԼ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Բնորոշվում է գիտակցության պարզության զուգակցմամբ ընթացող համակարգված զառանցական մտքերով: Այդ զառանցանքները հիմնականում մոնոթեմատիկ են, մեծ մասամբ ունեն խանդի, հետապնդման, գյուտարարության, ռեֆորմիստական, սիրային և այլ բնույթ: Հիմքում ունենալով այս կամ այն հարցի (խանդ, գյուտարարություն, հետապնդում և այլն) աղավաղված միակողմանի սուբյեկտիվ մեկնաբանում՝ նման հիվանդները հիվանդագին յուրատեսակ տրամաբանությամբ հանդված պնդում ու արտահայտված հանգամայնությամբ ցանկանում են ապացուցել իրենց այդ մտքերի իրավացիությունը՝ չհամոզվելով ու չընդունելով ոչ մի հակաճառություն: Համոզված լինելով սեփական գերազանցության, իրենց արտահայտված մտքերի ճշմարտացիության մեջ՝ նրանք ինքնավստահ, խիստ ակտիվորեն ամեն կերպ աշխատում են ապացուցել և եռանդուն գործունեությամբ իրականացնել իրենց մտքերն ու որոշումները, որը հաճախ վտանգավոր բնույթ է ստանում՝ հիմքում ունենալով խանդ, հետապնդում և այլն:

Պարանոյալ համախտանիշի դեպքում ցնորքները բացակայում են: Հոգեկան մյուս ֆունկցիաների՝ աչքի զարնող փոփոխություններ չեն դիտվում, բացառությամբ քրոնիկական այն դեպքերի, երբ հիվանդի անձը սկսում է փոխվել:

### **ՊԱՐԱՆՈՒԴ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Բնորոշվում է հետապնդման, վերաբերման, թունավորման, խանդի, արտաքին ազդեցության (ֆիզիկական, հոգեկան), հիպոխոնդրիկ զառանցական մտքերով: Չառանցանքներն ուղեկցվում են աֆեկտիվ խանգարումներով: Չառանցանքների ազդեցությամբ հիվանդները վախի, տագնապի, լարված ու անհանգիստ վիճակում են:

Պարանոյիդ համախտանիշը շատ հաճախ զուգակցվում է ցնորքներով՝ ստանալով ցնորազառանցանքային համախտանիշի բնույթ: Նման դեպքերում առավել հաճախ հանդիպում են լսողական (կեղծ և իսկական), համի, հոտառական, շոշափական ցնորքներ: Հիվանդները լսում են զանազան ձայներ, որոնք հրամայողական են, մեկնաբանող, երբեմն սպառնալից են ու տհաճ, երբեմն հաճելի, ծանոթ, անծանոթ, անորոշ և այլն: Այդ ցնորքները հաճախ շրջապատի երևույթների զառանցանքային մեկնաբանման, ազդեցության, հետապնդման, թունավորման և այլ զառանցական մտքերի առաջացման պատճառ են դառնում:

Պարանոյիդ համախտանիշի տարբերակ է Կանդինսկու-Կլերամբոյի հոգեկան ավտոմատիզմի համախտանիշը:

Պարանոյիդ, ինչպես նաև ցնորազառանցանքային համախտանիշները դիտվում են շիզոֆրենիայի, արտածին ծագում ունեցող (ինֆեկցիոն, ինտոկսիկացիոն, հոգեծին) հոգեկան խանգարումների դեպքում:

### **ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՎՏՈՄԱՏԻԶՄԻ**

#### **(ԿԱՆԴԻՆՍԿԻ-ԿԼԵՐԱՄԲՈՅԻ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

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

Բնորոշ են 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, իրենց կամքից անկախ, ստիպողաբար են ընթանում (մենտիզմ), իրենց փոխարեն մեկ ուրիշն է մտածում, նրանց գլխի մեջ պատրաստի մտքեր են ներդրվում, իրենց մտքերը հնչում են դառնում, և շրջապատի մարդիկ լսում են այն: Հիվանդների շրջանում օտարանում են և արտաքին ուժերի կողմից ղեկավարվող են դառնում նաև նրանց շարժումներն ու գործողությունները:

Հոգեկան ավտոմատիզմի վերոհիշյալ ախտանշաններն ուղեկցվում են հետապնդման, ֆիզիկական ազդեցության զառանցանքներով: Հիվանդները հանդաված են, որ իրենք ամբողջովին իրենց հետապնդողների իշխանության տակ են, դարձել են մի «մեքենա», որի վրա ազդում ու ղեկավարում են զանազան ճառագայթներով, հոսանքներով, գերբնական ուժերով և այլն:

Առանձնացվում են հոգեկան ավտոմատիզմի հետևյալ տարբերակները.

Իդեատոր (ասոցիատիվ) ավտոմատիզմ. բնորոշվում է հիվանդի կամ-  
քից անկախ, ստիպողաբար առաջացող մտքերով ու պատկերացումներով,  
մտքերի հնչունությամբ, որ իրենց մտքերը, ցանկությունները, հակումները  
բաց են ու դարձել են ուրիշների սեփականությունը:

Սենսսթոպատիկ ավտոմատիզմ. արտահայտվում է իբրև թե արհես-  
տականորեն առաջացրած զանազան զգացողություններով՝ ծակոցներով,  
այրոցներով, ցավերով և այլն, որոնք հիվանդների կողմից զառանցական  
մեկնաբանություններ են ստանում:

Կինեսթետիկ (շարժողական) ավտոմատիզմ, երբ, ըստ հիվանդների,  
իրենց շարժումներն ու գործողությունները կորցնում են իրենց պատկա-  
նելիությունը, դադարում են իրենց սեփականը լինելուց, դառնում են դրսից  
ղեկավարվող ու կառավարվող:

Կինեսթետիկ ավտոմատիզմներից են նաև Սեզլայի կողմից նկարա-  
գրված խոսակցական (վերբալ) այն կեղծ ցնորքները, երբ հիվանդը հանդ-  
ված է, որ արտաքին ուժերի ազդեցությամբ, իր կամքից անկախ, լեզուն և  
շրթունքները շարժվում ու խոսքեր են արտասանում:

Հոգեկան ավտոմատիզմի (Կանդինսկու-Կլերամբոյի) համախտանիշը  
հիմնականում դիտվում է շիզոֆրենիայի, հազվադեպ հոգեկան այլ հիվան-  
դությունների դեպքում:

### **Պարաֆրեն համախտանիշ**

Արտահայտվում է տրամադրության էյֆորիկ զուգակցմամբ ընթացող  
ֆանտաստիկական բնույթի անհեթեթ մեծամոլական, հետապնդման, ազդե-  
ցության զառանցական մտքերով: Հիվանդներն ինքնագոհ են, երջանիկ,  
իրենց համարում են «տիեզերքի տիրակալներ», «աշխարհը վերափոխող-  
ներ»: Հայտնում են, որ իրենք օժտված են արտակարգ ուժով, ամենակարող  
են, տիրապետում են աշխարհի բոլոր լեզուներին: Կարծում են, թե ստեղծ-  
ված են՝ մարդկության ճակատագիրը որոշելու:

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

Պարաֆրեն համախտանիշը կարող է հանդիպել շիզոֆրենիայի,  
օրգանական պսիխոզների՝ պրոգրեսիվ պարալիզի, ծերունական պսիխոզի  
և այլ դեպքում:

## **Գիտակցության խանգարման համախտանիշներ**

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

Հոգեբուժության մեջ գիտակցության սահմանումը պայմանավորված է դժվարություններով, քանի որ գոյություն ունեցող ձևակերպումներից ոչ մեկը սպառիչ չէ: Սակայն գիտակցության ամենատարբեր խանգարումներն ունեն հստակ չափանիշներ, որոնք համընդհանուր են: Այդ ընդհանուր նշանները նկարագրել է գերմանացի հոգեբույժ Յասպերսը: Դրանք են՝

1. շրջապատի ընկալման անկարողություն կամ ոչ հստակ, կտրտված ընկալում;
2. տեղի, ժամանակի, իրադրության մեջ և սեփական անձի նկատմամբ ապակողմնորոշվածություն;
3. գիտակցության մթազնունն ընդգրկող ժամանակահատվածի նկատմամբ լրիվ կամ մասնակի ամնեզիա;
4. դատողություններ անելու անկարողությամբ կամ մտքերի կապակցվածության թուլությամբ արտահայտվող մտածողության խանգարում:

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

Գիտակցության խանգարման առավել տարածված համախտանիշներից մեկը շշմածությունն է:

**Շշմածությունը** բնորոշվում է ընկալման և իմաստավորման հստակության խանգարմամբ, կողմնորոշման դժվարությամբ: Հիվանդները հարցերը հասկանում են դժվարությամբ, երբեմն հարցը մի քանի անգամ կրկնելուց հետո (արտաքին աշխարհից եկող գրգիռների ընկալման շեմը մեծանալու հետևանքով), պատասխանները ուշացած են, ցածրաձայն, համառոտ: Հանձնարարությունները կատարում են մասնակիորեն, ուշացումով, դանդաղ: Ամեն ինչի նկատմամբ անտարբեր են, զգացմունքները՝ թորշոմած, հայացքը՝ մտամոլոր ու անիմաստ: Ուշադրությունը ցրված է, դժվար է լինում կենտրոնացնել: Հիշողությունը թուլացած է, մտապահումն ու վերհիշելը՝ խիստ դժվարացած: Հիվանդները որոշ չափով արգելակված են, ոչնչով չեն զբաղվում ու հետաքրքրվում:

Շշմածութեան թեթև աստիճանը կոչվում է **օքնութիւլացիա** (հուն. nubes՝ ամպ): Այս դեպքում գիտակցութիւնը ժամանակ առ ժամանակ կարճատև մշուշապատվում ու նորից պարզվում է:

Շշմածութեան առավել ծանր աստիճանը **սոպորն է**, որի դեպքում հիվանդները դառնում են անշարժ, ոչ մի հարց չեն հասկանում ու չեն պատասխանում, կողմնորոշումը իսպառ բացակայում է: Նրանք ուժեղ գրգիռներին տալիս են թույլ ու կարճ ռեակցիաներ, իսկ սովորական գրգիռներին ոչ մի պատասխան չեն տալիս:

Ավելի ծանր դեպքերում կարող է դիտվել **կոմա**, որը շշմածութեան ամենածայրահեղ աստիճանն է: Հիվանդը լրիվ անգիտակից վիճակում է, բոլոր ռեֆլեքսները, սոպորին հակառակ, բացակայում են: Այդ վիճակում առաջանում են սրտանոթային և շնչառական զանազան խանգարումներ: Կոմա կարող է առաջանալ զանգուղեղային վնասվածքների, թունավորումների, ուրեմիայի, գերշաքարարյունութեան և թերշաքարարյունութեան (հիպեր-, հիպոգլիկեմիայի) դեպքում:

## **ԴԵԼԻՐԻՈՒՄ**

Բնորոշվում է գիտակցութեան մթազնմամբ, տեղի, ժամանակի, շրջապատի կողմնորոշման, իրադրութեան խանգարմամբ: Ես-ի կողմնորոշումը պահպանված է: Հիվանդները հարցերը հասկանում են ոչ լրիվ, պատասխանները հաճախ կցկտուր են ու ոչ ստույգ: Առավելապես բնորոշ են տեսողական վառ ու առատ ցնորապատրանքային զգայախաբութիւնները: Հիվանդները տեսնում են մանր ու մեծ, ամենատարբեր ձևի ու գույնի կենդանիներ, հրեշներ, թշնամիներ, որոնք նրանցում վախ ու սարսափ են առաջացնում: Երբեմն հետաքրքրութեամբ կան սարսափած հայացքով նայում են, երբեմն 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 ամենն ուղեկցելով բղավոցներով, սպառնալիքներով, հոգեշարժական արտահայտված գրգռված վիճակով: Երեկոյան ժամերին հիվանդների վիճակը ավելի է ծանրանում, բոլորովին չեն քնում:

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

Կան դելիրիումի ատիպիկ երկու տարբերակներ:

Փնթինթան կամ մեղմ (մուսիտիրային) դելիրիում, երբ գրգռվածութիւնն արտահայտված չէ ու սահմանափակվում է անկողնու սահմաններում: Հիվանդը՝ պառկած կամ նստած, ձեռքերով ու ոտքերով ինչ-որ չկորդինաց-

ված շարժումներ է կատարում, քաշում, ճմռթում վերմակը՝ ցածրաձայն ինչ-որ փնթփնթոցներով, անհասկանալի ու անկապ խոսքեր ու բառեր արտասանելով:

Մասնագիտական (պրոֆեսիոնալ) դելիրիում, երբ ցնորքների բնույթը և հիվանդի վարքը արտահայտում է նրա աշխատանքային ու մասնագիտական գործողությունը, օրինակ՝ ավտովարորդը իբրև 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՝ շփոթ վիճակ: Հիվանդները հարցերը չեն հասկանում և չեն պատասխանում: Կողմնորոշումը ինչպես տեղի, ժամանակի, շրջապատի և իրադրության, այնպես էլ իրենց ես-ի նկատմամբ լրիվ խանգարված է: Նրանք կարողանում են ընկալել միայն շրջապատի առանձին երևույթները, այն էլ կցկտուր ու թերի, սակայն դրանք համադրել ու հասկանալ չեն կարողանում:

Հիվանդության կլինիկական պատկերում առաջնայինը մտածողության (ասոցիացիաների) անկապությունն է (ինկոհերենցիա): Նման վիճակում հիվանդներն անընդհատ խոսում են, սակայն գիտակցության խանգարումն այնքան խորն է, որ չկապակցված առանձին բառերից բացի, տրամաբանական ոչ մի միտք չեն կարողանում արտահայտել: Անվերջ ու առանց ընդհատումների արտասանվող այդ բառերը երբեմն այնքան բազմազան են ու անկապ, որ առաջացնում են մի վիճակ, որ կոչվում է «բառային խառնաբրդ»: Միաժամանակ մոլորված ու անօգնական հայացքով շուրջն են նայում՝ չհասկանալով, թե ինչ է կատարվում շրջապատում և իրենց հետ:

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

Ծանր դեպքերում ամենտիվ համախտանիշն ընթանում է շարժողական գրգռվածությամբ, որը սահմանափակ բնույթ ունի: Նման վիճակում հիվանդները անկողնու սահմաններում ձեռքերով (կարֆոլոգիա՝ մատնաքաղ) ու ոտքերով միատեսակ անվերջ շարժումներ են կատարում, վեր ու վար են նետվում, ձգվում, ծռնվում՝ ծախսելով հսկայական էներգիա, որ երբեմն աղետալի վախճանի է հասցնում:

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

Ամենտիվ համախտանիշը հանդիպում է սոմատիկ, ինֆեկցիոն հիվանդությունների, հետծննդյան սեպսիսի դեպքում:

### **ՕՆԵՅՐՈՒԴ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ**

Գիտակցության երազանման, մթագնած վիճակ է, որ հիմնականում ուղեկցվում է ցնորազառանցանքային ֆանտաստիկական զգայախաբույրյուններով:

Հիվանդը իրականությունից կտրված, երազային վիճակ ապրող մարդու է նմանվում, հարց տալիս կարծես թե սթափվում է, պատասխանում ու անմիջապես նորից խորասուզվում իր ֆանտաստիկական անրջային աշխարհի մեջ: Հիվանդի սթափվելու վիճակը նույնպես ձևական բնույթ ունի, քանի որ նա իրեն պահում է խիստ պասիվ, հարցերին պատասխանում է կարծես քնի մեջ:

Բնորոշ է այն, որ հիվանդներն իրենց ապրումներով դառնում են այդ պատրանքացնորքային իրադարձությունների անմիջական մասնակիցը, մինչդեռ արտաքնապես նրանք մնում են անշարժ կամ երբեմն դրսևորում են թեթև գրգռվածություն. նրանք հայտնում են, որ «ճախրում են տիեզերքում, միջնուլորակային թռիչքներ են գործում, մասնակցում են պատերազմների, ծովային ճանապարհորդություններ են կատարում, կռվում ծովահենների դեմ» և այլն: Հիվանդների աչքերի առջև հաջորդաբար փոխվում են այդ պատկերները, որտեղ իրականը, պատրանքայինն ու ցնորայինը խառնվում են՝ դառնալով միահյուսված ամբողջություն: Առկա է նաև երկակի կողմնորոշում: Ցնորապատրանքային ֆանտաստիկական ապրումներով հանդերձ՝ հիվանդը գիտակցում է, որ հիվանդանոցում է, խոսում է բժշկի հետ, ճանաչում է իրեն շրջապատող հիվանդներին, ռեալ իրականությունը կարողանում է ճիշտ գնահատել: Նման վիճակները երբեմն դիտվում են առողջ մարդկանց շրջանում երազների ժամանակ, այդ պատճառով էլ այս վիճակը պատկերավոր անվանում են «երազ արթուն վիճակում»:

Օնեյրոիդ խանգարման դեպքում դիտվում են նաև զառանցական մտքեր: Նման դեպքերում հիվանդների կողմից շրջապատի իրադարձությունները մեկնաբանվում են զառանցական ձևով: Շրջապատի մարդկանց արարքները, շարժումները, հայացքները հիվանդների կողմից հաճախ ըն-

կալվում են արտասովոր, խրթին ձևով՝ ստանալով հատուկ նշանակություն ու նպատակ: Հիվանդները շրջապատի մարդկանց խոսակցությունների մեջ որսում են միայն իրենց համար հասկանալի ինչ-որ իմաստ: Երբեմն մարդկանց փոխված են տեսնում՝ ծանոթներին ընդունելով որպես անծանոթ, իսկ անծանոթներին որպես ծանոթ (դրական և բացասական նմանակի ախտանիշ): Նրանք կարծում են, որ երբեմն նույն մարդը հանդես է գալիս տարբեր դիմակներով «Ֆրեզոլի ախտանշան», կամ անընդհատ փոփոխվում է շրջապատող իրականությունը (ինտերմետամորֆոզի զառանցանք): Վերոհիշյալ ախտանիշների համակցումը արտահայտում է Կապգրայի համախտանիշի կլինիկական պատկերը:

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

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

### **ԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՄԹՆՇԱՂԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿ**

Գիտակցության մթազմման յուրատեսակ ձև է, որը բնորոշվում է գիտակցության նեղացմամբ, կողմնորոշման խանգարմամբ, շրջապատի ընկալման դժվարությամբ:

Մթնշաղային վիճակը սկսվում և վերջանում է հանկարծակի՝ տևելով ոչ երկար՝ ռոպեներից մինչև ժամեր, երբեմն նաև օրեր, հետագա լրիվ ամենզիայով:

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

**Ամբուլատոր ավտոմատիզմ.** արտահայտվում է մեխանիկորեն կատարվող շարժումների ու գործողությունների ձևով, որի դեպքում հիվանդը բոլորովին հաշիվ չի տալիս իրեն:

**Ֆուզան** կարճատև ամբուլատոր ավտոմատիզմ է, որի դեպքում հիվանդը անսպասելի սկսում է վազել կամ մի քանի անգամ պտտվել իր առանցքի շուրջը՝ վերջանալուց հետո ոչինչ չհիշելով կատարվածի մասին:

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

**Գիշերաշրջություն** (սոմնամբուլիզմ). հիվանդը գիշերը վեր է կենում, ման գալիս, կատարում որոշ գործողություններ ու նորից վերադառնում իր

անկողինը կամ էլ քնում է որտեղ պատահի՝ ոչինչ չհիշելով կատարվածի մասին:

Գիտակցության մթնշաղային վիճակները դիտվում են էպիլեպսիայի, ինֆեկցիաների, գանգուղեղի օրգանական հիվանդությունների, մասնավորապես գանգուղեղային վնասվածքների, ուռուցքների, հոգեծին հիստերիկ ռեակցիաների դեպքում:

### ***ՑՆՑՈՒՄԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ***

***Տե՛ս «էպիլեպսիա» և «Կոնվերսիոն ներոզ» գլուխները:***

### **ԿՈՐՍԱԿՈՎՅԱՆ (ԱՄՆԵՍՏԻԿ) ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

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

Ֆիքսացիոն ամնեզիան արտահայտվում է հատկապես ընթացիկ դեպքերի մտապահման խանգարմամբ: Հիվանդները հանձնարարված նույնիսկ 2 – 3 թվանշանները շուտ մոռանում են, չեն կարողանում գտնել իրենց հիվանդասենյակը, մահճակալը, չեն հիշում բուժանձնակազմին, չգիտեն ինչ են կերել, միևնույն մարդուն բարևում են օրը մի քանի անգամ: Ապակոդմնորոշումը տարածվում է նաև ժամանակի ու տեղի վրա. չգիտեն տարվա միսը, ամսաթիվը, իրենց գտնվելու վայրը: Այդ բոլորով հանդերձ՝ հիվանդները որոշ չափով հիշում են մինչ հիվանդությունը տեղի ունեցած դեպքերը, տարեթվերը, ձեռք բերած գիտելիքներն ու կյանքի փորձը:

Մտապահման վերոհիշյալ խանգարումները զուգակցվում են կեղծ հիշողություններով, երբ հիվանդները հիշողության բացը ինքնաբերաբար լրացնում են իրենց կյանքում կատարված դեպքերի նկարագրություններով (պսևդոռեմինիսցենցիա) կամ մտացածին ու հնարովի պատասխաններով (կոնֆաբուլյացիա):

Կորսակոմյան (ամնեստիկ) համախտանիշը հանդիպում է ալկոհոլային պսիխոզի (կորսակոմյան պոլիմերիտային պսիխոզ), գանգուղեղի օրգանական ախտահարումների (ուռուցքներ, ծերունական պսիխոզ, ծանր ինֆեկցիոն, ինտոկսիկացիոն պսիխոզներ) դեպքում:

### ***ԲԱՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ (ԻՆՏԵԼԵԿՏԻ) ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ***

***(տե՛ս ախտանիշների բաժնում՝ գլուխ 2)***

## **ՊՍԻԽՈՐԳԱՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ (ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈՍԻՆԴՐՈՍ, ԷՆՑԵՖԱԼՈՊԱԹԻԿ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ)**

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

Պսիխոօրգանական համախտանիշի դեպքում առանձնացվում են հետևյալ տարբերակները:

**Ասթենիկ** տարբերակն արտահայտվում է ֆիզիկական և հոգեկան թուլությամբ, թորշոնածությամբ, աշխատունակության նվազմամբ: Նման հիվանդների շրջանում դիտվում է նաև հուզական անկայունություն, հիշողության թուլացում, ուշադրության հյուժվածություն և անկայունություն:

**Պյուրաբորոքային** (էքսպլոզիվ) տարբերակի դեպքում աչքի է զարնում պյուրաբորոքությունը, աֆեկտիվ անկայունությունը, շրջապատի ընդհանուր նորմերի հետ անհաշտվողականությունը, զայրացկոտությունն ու չարությունը, իսկ զայրության պահերին ագրեսիվ վարքի հակվածությունը:

**Էյֆորիկ** տարբերակը բնորոշվում է տրամադրության բարձրացմամբ, որի դեպքում հիվանդներն անհիմն ուրախ են, երջանիկ ու անհոգ: Հոգեշարժական աշխուժությունը երբեմն կարող է հասնել մինչև գրգռվածության: Քննադատությունը իրենց վիճակի նկատմամբ բացակայում է:

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

Պսիխոօրգանական համախտանիշի դեպքում հոգեկան վերոհիշյալ ախտանշանները երբեմն զուգակցվում են նյարդաբանական օջախային խանգարումներով (աֆազիա, ազնոզիա, գանգուղեղային 12 զույգ նյարդերի զանազան խանգարումներ և այլն):

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

### **ՆԵԳԱՏԻՎ ՀՈԳԵԱՆՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ**

Նեգատիվ կամ դեֆիցիտար վիճակներին են դասվում բազմաթիվ դարձելի կամ կայուն խանգարումները՝ հոգեկան գործունեության ասթե-

նիզացիայից մինչև արտահայտված հոգեկան մարազմի վիճակը, ներառյալ անձի փոփոխությունները, ամենստիկ համախտանիշը և թուլամտության վիճակը:

Հոգեկան գործունեության *ասթենիզացիան* նեգատիվ խանգարումների առավել թեթև ձևն է, որը դրսևորվում է հոգեկան հյուժվածությամբ, գրգռվածությամբ, թուլության, հիպերէսթեզիայի նշաններով: Ասթենիայի ախտանշաբանությունը և դրա առանձին դրսևորումների արտահայտվածությունը կարող են լինել տարբեր: Երբեմն հոգեկան հյուժվածության խորության ու կայունության և համեմատաբար ոչ մեծ մտավոր կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության միջև առկա է անհամապատասխանություն:

Նեգատիվ խանգարումների առավել խոր տեսակը հիվանդների կողմից սուբյեկտիվորեն զգացվող անձի հոգեկերտվածքի փոփոխություններն են: Դա դրսևորվում է ներքին կենսանախադրյալների, հուզական ռեակցիաների, շրջապատում կատարվող երևույթների գնահատման, շրջապատողների նկատմամբ վերաբերմունքի փոփոխությամբ: Սովորաբար այդպիսի փոփոխությունները հաճախ չեն արձանագրվում: Նեգատիվ խանգարումները խորանալիս առաջանում են նաև անձի օբյեկտիվորեն արձանագրվող փոփոխություններ: Որոշ դեպքերում խոսքը անձին բնորոշ գծերի հիպերտրոֆիայի և պսիխոպաթային առանձնահատկությունների սրացման մասին է, մյուս դեպքերում՝ եռանդի, նախկինում նրան ոչ հատուկ պսիխասթենիկ, հիստերիկ, հիպոխոնդրիկ, պարանոյիկ բնույթի գծերի առաջացումով անձի ամբողջ հոգեկերտվածքի փոփոխության մասին:

Աններդաշնակությունը (դիսհարմոնիան) կարող է դրսևորվել անձի պսիխոպաթանման փոփոխություններով՝ տրամադրության կայուն բարձրացումով, էյֆորիայով, անհոգությամբ, անգործությամբ, երբեմն գրգռվածությամբ, չափազանց, հաճախ տեղին և իրավիճակին չհամապատասխանող շփվողությամբ և մարդամոտությամբ, մտերմավարությամբ, դիմացինի հանդեպ հեռավորության զգացողության կորստով, իր վարքագծի անհամապատասխանությունը հասկանալու բացակայությամբ:

*Հոգեկան էներգետիկ ներուժի անկումը* անձի առավել խոր փոփոխության վկայությունն է, որն արտահայտվում է հոգեկան ակտիվության, արդյունավետության նվազմամբ (ռեդուկցիա), հիվանդի՝ իր գիտելիքների ծավալից ակտիվորեն օգտվելու անհնարինությամբ, մասնագիտական և այլ գիտելիքների պահպանված պաշար ունենալու դեպքում նոր տեղեկատվություն յուրացնելու անկարողությամբ:

*Անձի մակարդակի իջեցում և նրա ռեզրեսը* նեգատիվ փոփոխությունների զարգացման հաջորդ փուլն է: Սովորաբար այն դրսևորվում է ակտիվության և աշխատունակության կայուն անկումով, հետաքրքրու-

յունների շրջանակի նեղացմամբ, անհատականությանը հատուկ գծերի կորստով, խիստ հոգնելիությամբ, գրգռող թուլությամբ, ոչ խիստ արտահայտված դիսմենստիկ խանգարումներով:

**Ամենատիկ համախտանիշը** հիշողության արտահայտված խանգարումներով, ինչպես նաև անձի փոփոխության խոր աստիճանով բնորոշվող վիճակն է: Համախտանիշին բնորոշ է պրոգրեսիվող ամենզիան՝ հիշողության խանգարման առավել տիպիկ ձևը: Ամենզիան բնորոշվում է օրինաչափորեն հաջորդական հիշողության անկումով՝ վերջին շրջանում ձեռք բերած նոր գիտելիքների կորստից մինչև անցյալում կուտակած գիտելիքների, հին փորձի կորուստը: Եթե սկզբում հիշողությունից ջնջվում է վերջին օրերի, ամիսների նյութը, ապա հետագայում արդեն՝ վերջին տարիներինը, տասնամյակներինը: Վաղ տարիքում ձեռք բերած հիշողությունները, ինչպես նաև առավել կազմակերպված և ավտոմատացված գիտելիքները պահպանվում են բավականին երկար:

Ամենատիկ համախտանիշը կարող է դրսևորվել նաև ֆիքսացիոն ամենզիայով, որին բնորոշ են հիշելու, մտապահելու խանգարումները, ամենատիկ ապակողմնորոշումը (հիվանդը չի գտնում իր տունը, բնակարանը, սենյակը): Հիվանդը չի ճանաչում իր ծանոթներին, ազգականներին, իսկ հետագայում նաև նրան, ում հետ ապրում է՝ հաճախ նրան ընդունելով որպես վաղուց մահացած ազգականի: Այնուհետև հիշողությունը կառուցվում է նաև անցյալի իրադարձությունների վրա: Հիվանդը մոռանում է իր մոտիկ հարազատների տարիքը, անունները, այդ թվում և իր զավակների: Հաճախ դուստրը հիվանդի կողմից ընդունվում է որպես քույր, ամուսինը որպես հայր և այլն: Ամենատիկ համախտանիշին բնորոշ նշաններ են պարամնեզիաները՝ հիշողության խաբկանքները. հիշողություն իրականում տեղի չունեցած իրադարձության մասին՝ պսևդոռեմինիսցենցիա կամ հիշողություն իրականում տեղի ունեցած, սակայն ժամանակի մեջ տեղաշարժված իրադարձության մասին՝ կոնֆաբուլյացիա (ներկայումս առկա է կոնֆաբուլյացիան և պսևդոռեմինիսցենցիան ընդհանուր «կոնֆաբուլյացիա» տերմինով միավորելու միտում):

Որպես պարամնեզիաներ կարող են զարգանալ և կրիպտոմնեզիաները՝ հիշողության խեղաթյուրումները. իրադարձությունները, որոնց մասին հիվանդը կարդացել կամ լսել է շրջապատից, վերագրում է սեփական անձին: Հիվանդը ենթադրում է, որ դրանք կատարվել կամ կատարվում են իր կյանքում:

**Թուլամտություն:** Այս ախտաբանությանն են պատկանում հոգեկան գործունեության կայուն, քիչ հետադարձելի աղքատացումով համախտանիշները՝ ճանաչողական պրոցեսների թուլացումը, զգացմունքների աղքատ-

տացունը, վարքի փոփոխությունները: Նոր տեղեկատվության յուրացումը գործնականորեն անհնար է, անցյալի փորձի օգտագործումը՝ չափազանց դժվարացած:

**Անձի հյուժանք (մարագմ)** նեգատիվ խանգարումների առավել ծանր տեսակն է, որի դեպքում առկա է խոր թուլամտություն՝ շրջապատի հետ շփման ունակության կորստով, հետաքրքրությունների և հակումների լրիվ անհետացմամբ: Պահպանվում են սնվելու և սեռական բնագոյները: Առաջինը դրսևորվում է շատակերությամբ, ուտելին չուտելիից տարբերելու անկարողությամբ, երկրորդը՝ սեռական ապասարգելակումով, օնանիզմով, անչափահասների հետ սեռական կապերի մեջ մտնելու փորձերով և այլն: Մարագմի վիճակին բնորոշ են ընդհանուր ծանր ֆիզիկական հյուժումը, մաշկային ծածկույթների սնուցողական (տրոֆիկ) փոփոխությունները, ներքին օրգանների դիստրոֆիան, ոսկրերի բեկունությունը:

### Ստուգողական թեստեր

#### 1. Նշվածներից ո՞րը չի ներառվում պարանոիդ համախտանիշում.

- ա) թունավորման զառանցանք
- բ) հետապնդման զառանցանք
- գ) ինքնամեղադրման զառանցանք
- դ) ֆիզիկական ազդեցության զառանցանք
- ե) ցնորքներ

#### 2. Նշվածներից ո՞րը չի ներառվում պարանոյալ համախտանիշում.

- ա) վերաբերման զառանցանք
- բ) հետապնդման զառանցանք
- գ) ցնորքներ
- դ) մեծամոլական զառանցանք

#### 3. Հոգեկան ավտոմատիզմի համախտանիշը (Կանդիսի-Կլերամբո) բնորոշվում է՝

- ա) ֆիզիկական ազդեցության զառանցական մտքերով
- բ) վերբալ-կինեսթետիկ ցնորքներով
- գ) կեղծ ցնորքներով
- դ) բոլոր նշվածներով
- ե) նշվածներից ոչ մեկով

#### 4. Ո՞ր ախտանիշը չի ընդգրկում կորսակոլյան համախտանիշը.

- ա) կոնֆաբուլյացիա
- բ) ֆիքսացիոն ամնեզիա
- գ) ուշացած ամնեզիա

դ) պսևդոռեմինիսցենցիա

**5. Ինչո՞վ չի դրսևորվում սոմնուլենտ վիճակը.**

ա) կիսաքնած վիճակ (հիվանդը ժամանակի մեծ մասը պառկած է փակ աչքերով)

բ) սպոնտան խոսքի բացակայություն

գ) կոնֆաբուլյացիա

դ) արտաքին գրգռիչները կարող են որոշ ժամանակ մեղմացնել ախտաբանական վիճակը

**6. Հոգեկան ո՞ր խանգարումը բնորոշ է դելիրիումին.**

ա) պարեյդոլիկ պատրանքներ

բ) տեսողական ցնորքներ

գ) հոգեկան ավտոմատիզմի ախտանիշներ

դ) աֆեկտիվ խանգարումներ

ե) շարժողական գրգռվածություն

**7. Նշվածներից ո՞րը մուսիտիրային դելիրիումի բնութագիրը չէ.**

ա) խիստ արտահայտված շարժողական գրգռվածություն՝ հիվանդները փախչում են, պաշտպանվում, գոռգոռում

բ) շարժողական գրգռվածություն անկողնու սահմաններում

գ) հիվանդները քթի տակ անհասկանալի բառեր են մռթմռթում

դ) հիվանդը՝ պառկած կամ նստած, ձեռքերով ու ոտքերով անկանոն շարժումներ է անում, քաշում, ճմռթում է վերմակը

**8. Նշված հոգեկան խանգարումներից որո՞նք բնորոշ չեն դելիրիումին.**

1) երկակի կողմնորոշում

2) իսկական տեսողական ցնորքներ

3) պարեյդոլիկ պատրանքներ

4) շարժողական գրգռվածություն

5) մոմանման ճկունություն

ա) 1,2,4 բ) 1,3 գ) 1,5 դ) 3,5

**9. Նշվածներից որո՞վ չի բնութագրվում շնածությունը.**

ա) գիտակցության պարզության նվազում ընդհուպ մինչև լրիվ կորուստ

բ) արտահայտված ցնորքների և գառանցանքների առկայություն

գ) արտաքին գրգռիչների նկատմամբ դրդման շեմի բարձրացում

դ) մտածողության դանդաղում, դժվարացում, իրավիճակի ամբողջական գնահատման դժվարացում տարրական երևույթների ճիշտ գնահատման պայմաններում

ե) շարժումների դանդաղում, սակավացում

**10. Գիտակցության մթազմման համախտանիշները նշվածներից որո՞վ չի նկարագրվում.**

- ա) արտաքին աշխարհի արտացոլման խանգարում
- բ) կտրվածություն շրջակա միջավայրից (շրջապատի իրավիճակի ընկալման դժվարացում, լրիվ բացակայություն, տեղի, ժամանակի, իր եսի նկատմամբ ապակողմնորոշում )
- գ) մտածողության անկապություն, գիտակցության խանգարման հատվածի նկատմամբ լրիվ կամ մասնակի ամենեզիա
- դ) վիճակի հնարավոր, արհեստականորեն առաջացած բնույթի զգացողություն

**11. Երկակի կողմնորոշումը բնորոշ չէ՝**

- ա) դելիրիումին
- բ) օնեյրոիդին
- գ) և՛ մեկին, և՛ մյուսին
- դ) ո՛չ մեկին, ո՛չ մյուսին

**12. Գիտակցության ո՞ր խանգարմանն է բնորոշ մտածողության անկապությունը.**

- ա) դելիրիում
- բ) օնեյրոիդ
- գ) ամենցիա
- դ) մթնշաղային վիճակներ

**13. Որի՞ դեպքում է հիվանդի վարքը բխում տեսողական ցնորքներից.**

- ա) դելիրիում
- բ) օնեյրոիդ
- գ) երկուսն էլ
- դ) ոչ մեկը

**14. Գիտակցության ո՞ր խանգարումը ունի պարոքսիզմալ ընթացք.**

- ա) դելիրիում
- բ) ամենցիա
- գ) մթնշաղային խանգարում
- դ) նշվածներից ոչ մեկը

**15. Ո՞ր ախտանիշը չի մտնում Կորկինայի տրիադայի մեջ.**

- ա) ֆիզիկական արատի առկայության համոզվածություն
- բ) տրամադրության անկում
- գ) վերաբերման մտքեր
- դ) ֆիքսացիոն ամենեզիա

**16. Վալտեր-Բյուելի տրիադայով արտահայտվում է՝**

- ա) պսիխոթոզանական համախտանիշը
- բ) հոգեկան ավտոնատիզմի համախտանիշը
- գ) գիտակցության մթնշաղային խանգարումը
- դ) նշվածներից ոչ մեկը

**17. Նշվածներից ո՞րի դեպքում է հիվանդին թվում է, թե իր շարժումները դեկավարվում են դրսից.**

- ա) մենտիզմ
- բ) կինէսթետիկ ավտոնատիզմ
- գ) սենեստոպաթիկ ավտոնատիզմ
- դ) անբուլատոր ավտոնատիզմ

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. ա, 2. գ, 3. ա, 4. գ, 5. բ, 6. դ, 7. ա, 8. գ, 9. ա, 10. գ, 11. դ, 12. ա, 13. բ:**

## Գ Լ ՈՒ Խ 4

### ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

---

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

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

Հարցազրույցի ժամանակ սկզբից ևեթ հիվանդի հետ պետք է ստեղծել անկեղծ հարաբերությունների մթնոլորտ. հարցնել նրա առողջության, ինքնազգացողության մասին և հանգիստ ու մեղմ զրույցների միջոցով շահել նրա վստահությունը, որպեսզի նա համոզված լինի բժշկի կողմից իր նկատմամբ ցուցաբերվող ուշադիր ու բարյացակամ վերաբերմունքի մեջ:

Անամնեզում անհրաժեշտ է մանրամասն տեղեկություններ ստանալ հիվանդի ժառանգականության, 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 շրջանին: Տեղեկություններ պետք է հավաքել նաև հիվանդի բանակի ծառայության վերաբերյալ:

Ուշադրություն պետք է դարձնել կրած հիվանդություններին, ինչպես նաև վնասակար սովորություններին (ծխել, խմել և այլն), պարզել հիվանդի անձի նախահիվանդային վիճակը, բնավորության գծերը (մարդամոտություն, ինքնամփոփություն, անհաշտվողականություն և այլն):

Հիվանդության անամնեզ. պետք է պարզել, թե հիվանդության առաջացմանը ինչ դրդապատճառներ են նախորդել, նկարագրել նյարդահոգեկան խանգարման առաջին նշանները: Ժամանակագրությունը պահպանելով՝ ցույց տալ հիվանդության ընթացքը:

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:

**Կլինիկական օբյեկտիվ քննության տվյալներ:** *Սոմատիկ վիճակ.* մինչ օբյեկտիվ զննում կատարելը անհրաժեշտ է նշել հիվանդի գանգատները, ինքնազգացումը: Պետք է մանրագնին ստուգել մարմնի վրա սպիների, քերծվածքների, կապտությունների, դաջվածքների առկայությունը: Ներքին օրգանների քննությունը կատարվում է այնպես, ինչպես թերապևտիկ կլինիկաներում:

**Նյարդաբանական վիճակ.** ստուգվում են բբերի ձևը, մեծությունը, համաչափությունը, բբերի` լույսի հակազդման բնույթը, ակոմոդացիան և կոնվերգենցիան, ակնագնդերի շարժումը, ակնախաղը (նիսագմը), գանգուղեղային մյուս նյարդերի վիճակը, ջլային ռեֆլեքսները վերին և ստորին ծայրանդամներում (հավասար, անհավասար, ակտիվ, պասիվ, բացակա):

**Յոգեկան վիճակ.** հոգեկան վիճակը նկարագրելու համար հիվանդին մի քանի օր պետք է մանրագնին հետազոտել ու դիտել, հետևել նրա վարքագծին, շարժունակին, գործողություններին, խոսակցությանը: Յոգեկան վիճակը պետք է ընդգրկի հիվանդի հոգեկան գործունեության բոլոր ոլորտները ու ունենա նկարագրական բնույթ:

Ջրույցի ժամանակ պետք է ուշադրություն դարձնել հիվանդի արտաքին տեսքին, դեմքի աչքերի արտահայտությանը, շարժումներին: Պետք է ուշադրություն դարձնել նաև խոսելու հնչերանգին և արտասանության ձևին, շարժողական, զգայական, հուզական երևույթներին, բառապաշարին և այլ հարցերին:

Յոգեկան վիճակի նկարագրությունն սկսվում է հիվանդի հետ շփում հաստատելու մատչելիությունից, այնուհետև պետք է որոշել հիվանդի գիտակցության պարզությունը, ստուգել, թե հիվանդը ինչպես է հասկանում իրեն տրված հարցերը և ինչպիսի պատասխաններ է տալիս (ըստ էության, ստույգ, շեղ, կցկտուր, անմիտ և այլն): Գիտակցության պարզության որոշման չափանիշ է նաև տեղի, ժամանակի, շրջապատի, իրադրության նկատմամբ կողմնորոշումը, որ կոչվում է ալոպսիխիկ կողմնորոշում, և կողմնորոշումը իր անձի նկատմամբ (ազգանուն, անուն, հայրանուն, տարիք, մասնագիտություն)` աուտոպսիխիկ կողմնորոշում:

Գիտակցության պարզության տարբեր խանգարումների դեպքում կողմնորոշումը տարաբնույթ փոխվում է:

Ընկալման ֆունկցիայի նկարագրության դեպքում պետք է նշել, թե չկա՞ն արդյոք պատրանքացնորային զգայախաբություններ: Սակայն միշտ չէ, որ նա հայտնում է իր ունեցած զգայախաբությունների մասին: Այստեղ բժշկին օգնության է հասնում հիվանդի վարքի օբյեկտիվ դիտողականությունը. լսողական ցնորքների դեպքում հիվանդը բամբակով կամ ձեռքով

փակում է ականջները, ականջ դնում ինչ-որ ձայների, պատասխանում է դրանց:

Տեսողական ցնորքների դեպքում, ցնորքների բնույթով պայմանավորված՝ հիվանդը սևեռուն հայացքով մի կողմ է նայում, որտեղ ոչինչ չկա:

Համի, հոտի ցնորքների դեպքում հիվանդները տհաճ հոտեր են զգում, քթանցքներն են փակում, սննդից են հրաժարվում, աշխատում են օդանցքները բացել:

Պետք է ստուգել նաև հոգեզգայական (պսիխոսենսոր) խանգարումների առկայությունը (սենեսթոպաթիա, այլաձևություն (մետամորֆոպաթիա), մարմնի սխեմայի խանգարում):

Հիշողության ֆունկցիայի ստուգումը սկսվում է անամնեզը հավաքելու պահից, երբ հիվանդը պատասխանում է իր ծննդյան տարեթվի, տարիքի, հասցեի, աշխատանքի վայրի և այլ հարցերին: Միաժամանակ ուշադրություն է դարձվում, թե ինչպիսի ժամանակագրական հաջորդականությամբ է հիվանդը հայտնում իր անամնեզը, և թե որքանով է այն համընկնում օբյեկտիվ անամնեզին:

Երկարատև զրույցի ընթացքում հնարավոր է լինում որոշել հիվանդի *բանականության* (ինտելեկտի) մակարդակը, որ բխում է այս կամ այն հարցին տված նրա պատասխաններից, բառապաշարից, մտածողական պրոցեսների և իմացական գործունեության մակարդակից: Պետք է որոշել, թե հիվանդի բանականությունը որքանով է համապատասխանում նրա սոցիալ-կրթական մակարդակին, կյանքի փորձին և տարիքին:

Մտածողության ֆունկցիան ստուգելիս հիվանդին ազատ խոսելու, իր հիվանդագին ապրումներն արտահայտելու հնարավորություն պետք է տալ, ուշադրություն դարձնել մտածողության պրոցեսի ընթացքին: Հիվանդին նրբանկատորեն պետք է հարցնել, թե ինչի մասին է նա մտածում, չկա՞ն արդյոք նրան խանգարող մտքեր: Կանդինսկո-Կլերամբոյի համախտանիշի առկայության դեպքում մանրամասն պետք է նկարագրել այն՝ ցույց տալով դրա տարբերակները (իդեատոր (ասոցիատիվ), սենեսթոպաթիկ, շարժողական (կինեսթետիկ) ավտոմատիզմ):

Հոգեկան բուրբ հիվանդությունների դեպքում *հույզերը* այս կամ այն չափով ու ձևով փոփոխության են ենթարկվում: Զրույցի ընթացքում պետք է հետևել հիվանդի դեմքի արտահայտությանը, դիմախաղին, կեցվածքին, շարժումներին, խոսակցության տեմպին, անգամ հազմվածքին և այլն: Այսպես, օրինակ՝ տրամադրության անկմանը բնորոշ է թախծոտ հայացքը, շարժումների դանդաղեցումը, դժվարությամբ ու ցածրաձայն խոսելը:

Տրամադրության բարձրացումը արտահայտվում է հիվանդի դեմքի աշխույժ, ուրախ, ժպտերես արտահայտությամբ, խանդավառությամբ, աչ-

քերի փայլով, հոգեշարժական գրգռվածությամբ, անձի գերազնահատմամբ, մեծամոլական մտքերով, ուշադրության սրվածությամբ և հոգեշարժական գրգռվածությամբ:

Յուզական բթության դեպքում դիտվում է անտարբերություն շրջապատի, նույնիսկ իր հարազատների նկատմամբ, հետաքրքրության բացակայություն, որը զուգակցված է անգործության 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:

Պետք է որոշել, թե հիվանդի կամային ուղորտի ինչ բնույթի խանգարումներ կան (*հիպերբուլիա, հիպորբուլիա, աբուլիա*), հակումների աղավաղումներ՝ կլեպտոմանիա, պիրոմանիա, կոպրուլաի), դրոմոմանիա, անոռեքսիա, բուլիմիա և այլն:

Շարժողական խանգարումները առավելապես դիտարկվում են բուժանձնակազմի կողմից: Դրանք հիմնականում արտահայտվում են հոգեշարժական գրգռվածությամբ և արգելակմամբ:

Հոգեշարժական գրգռվածության (մոլուցքային, հեբեֆրենիկ, կատատոնիկ, հոգեծին, հիստերիկ, էպիլեպսային, դելիրիումային, ամենտիվ) դեպքում պետք է նկարագրել հիվանդների գրգռվածության և գործողությունների բնույթը, դրանց ուղեկցող հոգեկան այլ խանգարումներ (հույզերի, գիտակցության և հոգեկան այլ ֆունկցիաների):

Արգելակված հիվանդների մոտ պետք է նկարագրել բնորոշ ախտանշաններ:

Հոգեկան վիճակի նկարագրության վերջում պետք է նշել նաև հիվանդի վարքի առանձնահատկությունները բաժանմունքում, որը դիտարկվում է բուժանձնակազմի կողմից, մարդամոտություն, ինքնամփոփություն, անհանգստություն, ցնորային և զառանցանքային ապրումներ, զանազան ծիսակարգեր, սևեռուն գործողություններ, ինչպես նաև փախուստ կատարելու հակվածություն, ինքնամվաստացման և ինքնասպանության միտումներ ու փորձեր, սննդից հրաժարվելը, չքնելը և այլն: Եթե նշվում են հիվանդի ցնցումային նոպաներ, ապա դրանք պետք է դիտարկել ու բնութագրել:

**Հարկլինիկական քննություններ:** Հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման հարցում որոշակի նշանակություն ունեն հարկլինիկական քննությունները: Դրանցից են՝ արյան և մեզի կենսաքիմիական քննությունները, Վասերմանի ռեակցիան արյան մեջ, գոտկային պունկցիան, ողնուղեղային հեղուկի քննությունը, աչքի հատակի քննությունը, էլեկտրասրտա-

գրությունը: Կատարվում են նաև փորձարարահոգեբանական և գործիքային մի շարք քննություններ:

**Փորձարարահոգեբանական ուսումնասիրություններ:** 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:

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 ինչպիսին է հիվանդի վերաբերմունքն առաջարկված աշխատանքի և փորձարարի դիտողությունների հանդեպ, առաջադրանքի կատարման ինքնուրույնությունը, ճշտությունը և այլն:

Փորձարարահոգեբանական մեթոդները կարող են կիրառվել կլինիկահոգեախտաբանական ուսումնասիրությունը շարունակելու և խորացնելու նպատակով:

Կորեկտուրային փորձ. հիվանդին առաջարկվում է ստանդարտ տեքստից ջնջել որևէ երկու տառ: Առաջադրանքը կատարելու դանդաղ տեմպը բնորոշ է դեպրեսիային, ինչ-որ չափով նաև ուղեղի օրգանական անոթային ախտահարումներին, արագ տեմպը՝ մոլուցքային համախտանիշին: Կարևոր է նշել փորձարկվող առաջադրանքը կատարելիս հիվանդի վերաբերմունքը այդ առաջադրանքի հանդեպ:

Թվեր որոնելու մեթոդ՝ «Շուկտեի 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 դեպքում:

Հաշվարկ՝ ըստ Կրեպելինի. միևնույն թվի հանումը հաջորդաբար փոքրացող գումարից, օրինակ՝ մտքում 100-ից հանել 13, 7, 9 և այլն՝ արտասանելով դրանց պատասխանը: Այսպես հետազոտում են հաշվելու ունակությունները, ուշադրության կայունությունը:

Հիշողության խանգարումները հայտնաբերելու համար օգտվում են բառերը և թվերը մտապահելու և վերարտադրելու, ոչ բարդ սյուժեով պատմվածքներ վերարտադրելու մեթոդներից:

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

Անձի փորձարարահոգեբանական հետազոտման մեթոդները բավականին բարդ են: Դրանք պրոյեկտիվ մեթոդներն են, որոնցից հատկապես ճանաչում են գտել Ռորշախի մեթոդը, ԹԱԹ (թեմատիկ ասերցեպտիվ թեստ) մեթոդը, ինչպես նաև տարբեր հարցաշարեր (Մինեսոտի բազմապրոֆիլային անձի հարցարան), որոնք հնարավորություն են տալիս վերլուծելու հետազոտվողների անհատական հոգեբանական բնութագիրը, իրականացնելու անձի հոգեբանական փնտրողումը: Այդ մեթոդները հնարավորություն են տալիս հայտնաբերելու անձի համար նշանակալից հարաբերությունները, ուսումնասիրելու «հիվանդության ներքին պատկերը», պարզելու «կոնֆլիկտային ապրումների ոլորտը» և հոգեբանական փոխհատուցման մեխանիզմները:

Հոգեախտաբանական ուսումնասիրությունը կիրառվում է հոգեկան տարբեր հիվանդությունների դեպքում՝ հոգեկան գործնեության փոփոխությունները բնութագրելու նպատակով: Այդպիսի ուսումնասիրությունները պահանջում են հատուկ կազմակերպված լաբարատոր պայմաններ, հոգեբանական մասնագիտական որակավորում և փորձարարական աշխատանքի որոշակի փորձ:

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

Հիվանդի փորձարարական հետազոտման մեթոդների ընտրությունը պետք է լինի անհատական՝ համապատասխանելով առաջադրված խնդրին, հիվանդի վիճակին և կրթական մակարդակին:

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

Հոգեբանական փորձարարության հետազոտությունը մեծածավալ է: Այդ պատճառով անհրաժեշտություն չկա ամեն մի հիվանդի ենթարկելու

այդպիսի քննության: Պետք է առանձնացնել այն հիվանդներին, որոնց վերաբերյալ ծագում են այնպիսի հարցեր, որոնք նպատակահարմար են լրացնել հոգեբանական փորձարարության միջոցով՝ նախապես ձևակերպելով կոնկրետ խնդիրները:

**Գլխուղեղի ուսումնասիրության գործիքային մեթոդներ:** Գլխուղեղի ֆունկցիոնալ վիճակը ուսումնասիրելու և օրգանական ախտահարումները հայտնաբերելու նպատակով օգտագործվում են էլեկտրոնային բարդ սարքավորումներ:

**Էլեկտրաուղեղագիր կամ էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա (ԷՌԳ կամ ԷԷԳ):** Գլխուղեղի վիճակը գնահատող տարածված մեթոդներից է, որը հնարավորություն է տալիս գրանցելու նրա էլեկտրաակտիվությունը գանգի չվնասված ծածկաշերտի վրայով: Առաջինը իրականացրել է գերմանացի գիտնական Բերգերը (1923թ.): Կենսապոտենցիալները գրանցում են միլիոնավոր անգամ հզորացնող էլեկտրոնային ուժեղացուցիչների և օսցիլիոսկոպների գրանցող հարմարանք ունեցող էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆով: Յետազոտման արդյունքները հնարավորություն են տալիս դատելու ինչպես գլխուղեղի կեղևի և ենթակեղևային գոյացությունների կենսաէլեկտրական ակտիվության խախտման մասին, այնպես էլ ի հայտ բերելու հիվանդագին պրոցեսի տեղակայումը:

Չնայած ԷՌԳ-ի ավանդական տեսողական (վիզուալ) քննությունը զուրկ չէ սուբյեկտիվությունից, սակայն մենչև օրս էլ այն լայնորեն կիրառվում է գործնական նպատակով: 1950-ական թթ. սկզբին ԷՌԳ-ն վերլուծելու համար հատուկ ավտոմատիկ անալիզատորների օգնությամբ սկսեցին կիրառվել մաթեմատիկական մեթոդներ:

Գլխուղեղի էլեկտրաակտիվությունը հետազոտվում է ինչպես հանգստի վիճակում, այնպես էլ տարբեր գրգռիչների ազդեցության և ֆունկցիոնալ փորձանմուշների դիտարկման պայմաններում: Կիրառվում են տարբեր հաճախականության և ինտենսիվության լույսի բռնկումներ, տարբեր բարձրության և ուժի ձայն, հիպերվենտիլյացիոն փորձանմուշ և այլն: Ներկայումս հոգեբուժության մեջ ԷՌԳ-ն կարևոր է հատկապես էպիլեպսիան, գլխուղեղային վնասվածքները, օրգանական այլ ախտահարումներ ախտորոշելու գործում:

Առողջ անձանց ԷՌԳ-ն ձևափոխվում է լայն սահմաններում: Դրա հիմնական բաղադրամասերը ստորաբաժանվում են երկու խմբի՝ ռիթմիկ և ոչ ռիթմիկ տատանումներ:

Ռիթմիկ տատանումներն են.

á /ալֆա/ ռիթմ. 8-12 տատանում/ վրկ, հանգստի ռիթմ է և սովորաբար նորմայի դեպքում գրանցվում է գլխուղեղի ծոծրակային շրջանում:

β /բետա/ ռիթմ. 13-25 տատանում/վրկ, արագ ռիթմ է, գրանցվում է մտավոր աշխատանքով զբաղվելու ժամանակ:

γ /գամմա/ ռիթմ. 25-30 տատանում/վրկ և ավելի, գրանցվում է գրգռված, մասնավորապես, հուզական վիճակներում:

Δ /դելտա/ ռիթմ. 1-3 տատանում/վրկ, գրանցվում է քնած ժամանակ:

Θ /տետա/ ռիթմ. 4-7 տատանում/վրկ, գրանցվում է գլխուղեղի օրգանական ախտահարումների ժամանակ, հուզային դիսկոմֆորտի վիճակում:

Ոչ ռիթմիկ տատանումները հանդիպում են միայնակ ալիքներով կամ դրանց խմբերով: Դրանցից են՝ ա) սուր ալիքները, բ) պիկ (սրածայր) տատանումները սուր փոքր ալիքների նման, նվազ տևական, գ) արագ ասինխոն տատանումները, դ) պարոքսիզմային ակտիվությունը, այսինքն՝ էՌԳ-ի վրա հանկարծակի առաջացող ալիքներ կամ դրանց խմբեր, որոնք հաճախակաճությամբ և ամպլիտուդով խիստ տարբերվում են վերը նկարագրված ալիքներից: Պարոքսիզմային ակտիվությունը կարող է արտահայտվել սուր կամ դանդաղ ալիքներով կամ սուր և դանդաղ ալիքների կոմպլեքսներով: ԷՌԳ-ն ուսումնասիրելիս ուշադրության կենտրոնում պետք է պահել այնպիսի պարամետրեր, ինչպիսիք են կենսապոտենցիալների տատանումների կոնֆիգուրացիան, ամպլիտուդը, հաճախականությունը, տատանումների ռիթմը և տարածվածությունը:

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

Արթուն վիճակում էՌԳ-ում վրա գերակշռում է 100 մկվ-ից ոչ մեծ ամպլիտուդով ձ ռիթմը: Գակատային շրջանում գրանցվում է β ռիթմ՝ մինչև 15 մկվ ամպլիտուդով: Հոգեկան ակտիվությունը մեծանալու դեպքում (բարդ մտավոր աշխատանք) հաճախանում է ձ ռիթմը, և փոքրանում է նրա ամպլիտուդը: Հանգստի վիճակում դիտվում են ձ ռիթմի հակառակ փոփոխություններ: Կարճատև հանկարծակի արտաքին գրգռի ազդեցությամբ ձ ռիթմը 2-3 վայրկյանով անհետանում է, որը համապատասխանում է կողմնորոշիչ ռեակցիային:

Հոգեբուժության մեջ էՌԳ-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 ուժը չափազանց փոքր է, սակայն էլեկտրոնային տեխնիկայի շնորհիվ հնարավոր դարձավ որսալ այդ թույլ տատանումները և ուսումնասիրել տարբեր պահիսոֆիզիոլոգիական պրոցեսներ:

**Էխոնցեֆալոգրաֆիա /ԷՄՈԷԳ/.** ուղեղի ուլտրաձայնային ուսումնասիրության մեթոդ է՝ հիմնված էխոլոկացիայի (արձագանքի արտացոլման) սկզբունքի վրա, որի դեպքում գրանցվում են արտացոլված ուլտրաձայնային ազդանշանները ուղեղի մեդիալ (միջնային) կառուցվածքներից՝ թափանցիկ միջնապատից, երրորդ փորոքից և էպիֆիզից: Ուլտրաձայնային ազդանշանները հաղորդվում են ձախից և աջից միաժամանակ: Ծավալուն պրոցեսների ժամանակ (ուռուցքներ, հեմատոմաներ, թարախակույտեր) ուղեղի միջնային կառուցվածքները տեղաշարժվում են դեպի առողջ կիսագունդը: Առաջին դեպքում ուլտրաձայնի անցած ուղին ավելի փոքր է, քան չափստահարված կողմում: Այսպիսով, արտացոլված իմպուլսի (ազդանշան) մուտքի ժամանակային տարբերությունը հնարավորություն է տալիս որոշելու մինչև միջնային կառուցվածքները եղած տարածությունը և ցույց է տալիս դրանց կողմնային (լատերալ) շեղումը: ԷՄՈԷԳ-ն կիրառվում է ուղեղի լոկալիզացված օրգանական հիվանդության ախտահարման դեպքում:

**Ուղեղի ռենտգենաբանական հետազոտությունն** ընդգրկում է կրահոգրաֆիան, պենսոնցեֆալոգրաֆիան, անգիոգրաֆիան և համակարգչային համակարգային շերտագրությունը:

**Կրահոգրաֆիան** գանգի և նրա պարունակության ռենտգենաբանական ուսումնասիրությունն է՝ առանց կոնտրաստ նյութերի ներմուծման: Մեթոդը կարևոր տեղեկություններ է տալիս ուղեղի օրգանական ախտահարումների դեպքում: Ներգանգային ճնշումը բարձրանալու հետևանքով (ուռուցք, թարախակույտ, հեմատոմա և այլն) գանգոսկրերի վրա ի հայտ են գալիս մատնապուճեր, ուժեղանում է անոթանկարը, նկատվում է թուրքական թամբի փոփոխություններ: Մեթոդը հայտնաբերում է գանգի ոսկորների հաստացումն ու դեֆեկտները, օտար մարմինների առկայությունը և մի շարք այլ ախտաբանական փոփոխություններ:

**Պենսոնցեֆալոգրաֆիան** ռենտգենաբանական ուսումնասիրության 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 դեպքում:

**Անգիոգրաֆիան (անոթագրություն)** 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 նորագոյացումները, որոնք հասցնում են արյան մատակարարման խանգարման և անոթանկարի փոփոխման:

**Համակարգչային շերտագրությունը** ուղեղի շերտավոր ուսումնասիրության ռենտգենաբանական և ռենտգենադիտումնային մեթոդ է՝ էլեկտրոնային հաշվիչ մեքենայով ստացած տվյալների միաժամանակյա մշակումով: Կիրառվում է ուռուցքների և ուղեղային ծավալուն այլ պրոցեսների, գլխուղեղի վնասվածքների, դրա ապաճումը ախտորոշելու դեպքում:

**Սերնդաբանական (գենեոլոգիական)** մեթոդի հիմքում հիվանդի կլինիկաժառանգաբանական վերլուծությունն է, ինչպես նաև այս կամ այն հոգեկան հիվանդությամբ կամ հոգեկան զարգացման անոմալիայով բարդացած ժառանգականության հայտնաբերումը: 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, երկբևեռ պսիխոխոզով հիվանդների ընտանիքներին:

**Երկվորյակային մեթոդը** հիմնված է մոնոզիգոտ (միաձվածին) և դիզիգոտ (երկձվածին) երկվորյակային զույգերի միջև վերլուծվող հատկանիշի կոնկորդանտության համեմատության վրա: Միազիգոտ և երկզիգոտ զույգերի տարբերությունների հակադրումը հնարավորություն է տալիս դատելու ժառանգական և արտաքին գործոնների հարաբերության մասին, որոնցով պայմանավորված է հիվանդության զարգացումը: Երկվորյակների և նրանց մերձավոր հարազատների հիվանդությունների կլինիկական առանձնահատկությունների ուսումնասիրությունը հնարավորություն է տալիս պարզելու սերնդաբանական գործոնների դերը հիվանդության ախտանշանների ձևավորման գործում (հիվանդության զարգացման սկիզբը, ելքը և այլն):

Բջջաժառանգաբանական (ցիտոգենետիկ) մեթոդը հնարավորություն է տալիս պարզելու քրոմոսոմների որակական և քանակական հատկանիշները (քրոմոսոմների նուրբ կառուցվածքային վերլուծություն, սեռական քրոմատինի հայտնաբերում և այլն): Բջջաժառանգաբանական մեթոդով այս կամ այն քրոմոսոմային անոմալիա (անկանոնություն) հայտնաբերելու դեպքում անհրաժեշտ է ներծին պսիխոզներով տառապողների շրջանում անցկացնել հիվանդի առավել մանրամասն հետազոտություն:

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

## ԳԼՈՒԽ 5

### ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԷԹՈՂԱԹՈԳԵՆԵՋՆ ՈՒ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

---

Պատճառագիտության և ախտածնության միասնությունը բացահայտվում է ոչ բոլոր հոգեկան հիվանդությունների դեպքում: Մի շարք հոգեկան հիվանդությունների պատճառը բացահայտված է, բայց դեռ ուսումնասիրված չէ պատճառածնությունը (պաթոգենեզը), և հակառակը՝ հայտնի է պատճառածնությունը (պաթոգենեզը), բայց դեռ անհայտ է մնում պատճառը: Ուստի, օրինակ, հնարավոր չէ պատասխանել այն հարցին, թե ինչու միևնույն պատճառը (սթրես) մեկի դեպքում առաջացնում է անցողիկ ռեակցիա, իսկ մյուսի դեպքում՝ քրոնիկական պսիխոզ: Այսպիսով, հոգեկան հիվանդությունների պատճառագիտության և զարգացման մեխանիզմների վերաբերյալ գիտությունը դեռ պարզաբանելու շատ հարցեր ունի:

Որոշ դեպքերում պատճառագիտական գործոնը հանդես է գալիս որպես հիվանդության առաջացման դրդապատճառ: Հետագայում ախտաբանական պրոցեսն ընթանում է ներքին օրինաչափություններով՝ այլևս սերտ կապ չունենալով հիվանդությունն առաջացնող պատճառի հետ: Դրա ցայտուն օրինակը արտածին ռեակցիան է. այդ դեպքերում արտածին գործոնը սադրանքի կարող է ենթարկել ներծին հիվանդությունը:

Ախտաբանական գործոնը երբեմն հիվանդություն կարող է առաջացնել լրացուցիչ պայմանների առկայության դեպքում, որոնք հեշտացնում կամ օժանդակում են այդ հիվանդության զարգացմանը: Այսպես, օրինակ, կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական վնասվածքի առկայությունը, մարմնական հիվանդությունները, ակոհոլամոլությունը, հոգեկան ցնցումները՝ թուլացնելով օրգանիզմը, բարենպաստ պայմաններ են ստեղծում հիվանդության առաջացման համար:

Այսպիսով, հիվանդության առաջացման համար հիմնական ախտածին պատճառից բացի, անհրաժեշտ է նաև օրգանիզմի որոշակի ֆիզիոլոգիական վիճակ, որը նպաստում է հիվանդության առաջացմանը: Հայտնի է, որ ուղեղային աթերոսկլերոզով տառապողներից միայն աննշան քանակով անձանց դեպքում է զարգանում աթերոսկլերոզային թուլամրտությունը: Հետևաբար ներծին այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են ժառանգականությունը, մարմնակազմությունը (կոնստիտուցիան), սեռը, տարիքը, իմունակենսաբանական ռեակտիվությունը կարևոր դեր են կատարում հիվանդության

առաջացման, ընթացքի օրինաչափությունների և կլինիկական պատկերի ձևավորման գործում:

Հոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառների և ախտածնության ուսմունքում չի կարելի պարզունակություն և միակողմանիություն հանդես բերել: Դա հատկապես ցայտուն է արտահայտվում՝ պայմանավորված նեյրոֆիզիոլոգիայի, կենսաքիմիայի և հոգեդեղաբանության նշանակալից հաջողությունների շնորհիվ ստացված նորագույն տվյալներով:

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի ներգործության նեյրոֆիզիոլոգիական վերլուծությունը հնարավորություն է տալիս սահմանելու ընդհանուր օրինաչափությունների դերը հիվանդությունների ախտածագումային հիմք համարվող ուղեղային ֆուկցիոնալ-դինամիկ համակարգերի փոխադարձ կապի մեջ:

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

Հետաքրքիր տվյալներ են ստացվել նյութափոխանակության տարբեր օղակների քննության ժամանակ, որոնց խանգարումը շիզոֆրենիայի, բիբլյար պսիխոզի դեպքում օրգանիզմում առաջացնում է թունավոր արգասիքներ (աուտոդինտոքսիկացիա):

Վերջապես մի շարք հոգեկան հիվանդությունների առաջացման ու զարգացման գործում նախատրամադրվածություն առաջացնող կարևոր գործոն է ժառանգականությունը, որի ուսումնասիրությունն իրականացվում է կլինիկասերնոբանական, կենսաբանական, բջջաբանական և այլ մեթոդներով:

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

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

Ներկայումս այդպիսին է ընդհանուր առմամբ հոգեկան հիվանդությունների առաջացման պատճառների ախտածին մեխանիզմների պատկերացումը: Դրանից ելնելով էլ՝ կատարվել 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 դասակարգումները (ՅՄԴ) շատ երկրներում փոփոխվում և հարմարեցվում է տվյալ երկրում գոյություն ունեցող ազգային դասակարգմանը:

Դասագրքում ներկայացված հոգեկան հիվանդությունների դասակարգումը հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (ՅՄԴ-10) համապատասխանեցումն է կիրառվող ուսումնական ծրագրին (ըստ նոգոլոգիական սկզբունքի): Ներկայումս մշակվում է ՅՄԴ-11-ը:

**ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ  
10-րդ տարբերակի հավելված**

**ՀՈԳԵԿԱՆ ԵՎ ՎԱՐՔԱՅԻՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ  
ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ**

**ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ**

- F0** օրգանական, ներառյալ ախտանշանային, հոգեկան խանգարումներ
- F1** հոգեկան և վարքային խանգարումներ՝ հոգեակտիվ նյութերի գործածման հետևանքով
- F2** շիզոֆրենիա, շիզոտիպային և զառանցական խանգարումներ
- F3** տրամադրության աֆեկտիվ խանգարումներ
- F4** նևրոտիկ, սթրեսով պայմանավորված և սոմատոֆորմ խանգարումներ
- F5** վարքային համախտանիշներ՝ պայմանավորված ֆիզիոլոգիական խանգարումներով և ֆիզիկական գործոններով
- F6** հասուն անձի և մեծահասակի վարքի խանգարումներ
- F7** մտավոր հետամնացություն
- F8** հոգեբանական զարգացման խանգարումներ
- F9** սովորաբար մանկական և դեռահասության տարիքում սկսվող վարքային և հուզական խանգարումներ

## ԳԼՈՒԽ 6

### ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

---

Հոգեկան խանգարումների բուժումն իրագործվում է տարբեր մեթոդների համալիր կիրառմամբ. կենսաբանական բուժումը զուգորդում են հոգեթերապիայի և հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային վերականգնողական միջոցառումների հետ:

Հոգեկան հիվանդությունների ժամանակակից բուժման առանձնահատկությունը դրա շարունակականության ապահովումն է ստացիոնար և ամբուլատոր պայմաններում: Ամբուլատորային պահպանողական թերապիայի խնդիրն է հիվանդի առողջական վիճակի կայունացումը և ախտադարի (ռեմիսիայի) խորացումը:

#### ՀՈԳԵԴԵՂԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Կենսաբանական բուժումը (հոգեմետ դեղամիջոցներ, էլեկտրացնցումային բուժում) ենթադրում է ներգործում հոգեկան խանգարումների հիմքում ընկած կենսաբանական պրոցեսների վրա:

Հոգեդեղաբանական բուժման կիրառումը տեղ է գտել 20–րդ դարի 50-ական թվականներին, երբ սինթեզվեց ու հոգեկան հիվանդների բուժման համար առաջարկվեց օգտագործել քլորպրոմազին (ամինազին): Ներկայումս թողարկվում են հոգեդեղաբանական մեծաքանակ նյութեր, որոնց կիրառումը հիվանդի հոգեկան վիճակի ու վարքի նպատակաուղղված կանոնավորման հնարավորություն է ստեղծում: Պսիխոտրոպ դեղանյութերով բուժման մեծ արդյունավետությունը նպաստեց հիվանդների «ազատ» բուժման սկզբունքի զարգացմանը: Գրգռված վիճակների վրա ներգործման հնարավորությունը հոգեբուժական հիմնարկներում նախադրյալներ ստեղծեց մեղմ խնայողական ռեժիմ ներդնելու, պսիխոթերապիան և աշխատանքային բուժումը լայնորեն կիրառելու համար: Միաժամանակ հնարավորություն ստեղծվեց կրճատելու ստացիոնար բուժման ժամկետը, կազմակերպվեցին «բաց դռներով» հիվանդանոցներ ու բաժանմունքներ: Այդ ամենը հեշտացրեց հոգեկան հիվանդների սոցիալական հարմարվողականության հնարավորությունները: Փոխվեց հոգեբուժական հիվանդանոցների ողջ

կառուցվածքն ու դրվածքը. այնտեղ սկսեցին բուժվել նաև սահմանային հիվանդություններով հիվանդները:

### **Պսիխոտրոպ դեղանյութերի դասակարգումը**

Պսիխոտրոպ դեղանյութերի բազմաթիվ դասակարգումների հիմքում ընկած է այդ դեղանյութերի խմբավորման սկզբունքը՝ ըստ կլինիկական ազդեցության: 1969 թվին առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գիտական խմբի կողմից առաջարկված դասակարգման մեջ պսիխոտրոպ դեղանյութերը համակարգված են յոթ խմբով:

1. **Նեյրոլեպտիկներ (հակահոգեգարային դեղեր)**. պսիխոզները ակտիվ բուժելու հիմնական միջոցներն են: Դրանք ընկճում են հոգեշարժական ակտիվությունը, հանգստացնում գրգռված հիվանդին, դրսևորում հակապսիխոզային ներգործություն՝ ընտրողաբար ազդելով ցնորքների, զառանցանքների, կատատոնիկ և այլ հիվանդագին խանգարումների վրա:

Նեյրոլեպտիկներն ունեն նաև նեյրոտրոպ (նյարդահակ) ազդեցություն, որը դրսևորվում է արտաբրգային (էքստրապիրամիդալ) երևույթներով և նյարդավեգետատիվ խանգարումներով: Նեյրոլեպտիկների խմբից են՝

ֆենոթիազինի ածանցյալները (ամինազին, տիզերցին, էտապերազին, ֆրենոլոնմ տրիֆտազին, նեուլեպտիլ, մաժեպտիլ),

բուտերոֆենոնի ածանցյալները (հալոպերիդոլ, տրիսեդիլ, դրոպերիդոլ),

թիոքսանտենի ածանցյալները (քլորպրոտիքսեն, թիոտիքսեն),

այլ նեյրոլեպտիկներ (պինոզիդ, ֆլուշափրիլեն, լեպոնեքս, սուլպիրիդ),

նոր սերնդի նեյրոլեպտիկներ (ոչ տիպային)՝ ռիսպերիդոն (ռիսպերդալ, ռիսպոլեպտ), օլանզապին (զիպրեկսա), քվետիպին (սերոկվել), կլոզապին (լեպոնեկս, ազալեպտին), զիպրազիդոն (զեոդոն):

**Տրանկվիլիզատորներ (անքսիոլիտիկներ, տագնապամարիչներ)**. օժտված են թույլ հակապսիխոզային ազդեցությամբ, վերացնում են հուզական լարվածությունը, վախը, տագնապը, թողնում նաև միոռելաքսացիոն և հակացնցումային ազդեցություն: Այս խմբից են՝

բենզոդիազեպինի ածանցյալները (ելենիում, դիազեպամ, նիտրազեպամ, օքսազեպամ, ալպրազոլամ, ֆենազեպամ, լորազեպամ, կլոնազեպամ),

դիֆենիլմետանի ածանցյալները (ամիզիլ, մետամիզիլ, հիդրօքսիզին, ատարաքս),

անքսիոլիտիկ ազդեցությամբ այլ դեղանյութեր (նոքսիրոն, միդոկալմ):

2. **Հակադեպրեսանտներ** կան թիմոանալետիկներ (թիմոս` հոգի, անալետախս` վերականգնում). օժտված են դեպրեսիվ վիճակները վերացնելու ունակությամբ: Ըստ կլինիկական արդյունքների` տարբերում են հանգստացնող, հավասարակշռող և խթանող ազդեցությամբ հակադեպրեսանտներ, որոնցից են`

եռացիկլ հակադեպրեսանտները (մելիպրամին, անաֆրանիլ, նովերիլ, ամիտրիպտիլին, նորտրիպտիլին, ազաֆեն, լուդիոմիլ),

մոնոամինոօքսիդազի ինհիբիտորները (ԻՄԱՈ), արգելակիչներ (հարազիդ, նուրեդալ, տրանսամին, ինդոպան),

այլ հակադեպրեսանտները (պիրազիդոլ, օրիզեն),

նոր սերնդի հակադեպրեսանտները` ֆլուօքսետին (պրոզակ), պառօքսետին (պաքսիլ), ֆլուվօքսամին (ֆեվարին), սերտրալին (զոլոֆտ), ցիտալոպրամ:

3. **Նորմոթիմիկներ** (լիթիումի աղեր, կարբամազեպին, վալպրոատներ) կան թիմոստաբիլիզացնող դեղանյութեր, որոնք կանոնավորում են աֆեկտիվ դրսևորումները և ունեն կանխարգելիչ ազդեցություն փուլային ընթացք ունեցող աֆեկտիվ պսիխոզների դեպքում:

4. **Նոոտրոպներ**. օժտված են նյարդային բջիջների մետաբոլիզմը խթանելու, ԿՆՅ-ում հյուսվածքային փոխանակությունը կանոնավորելու ունակությամբ: Ցուցված են գլխուղեղի վնասվածքների, ինֆեկցիաների և ինտոքսիկացիաների դեպքում, որոնք ուղեկցվում են գիտակցության խանգարումներով և արտահայտված ասթենիայով, ինչպես նաև աթերոսկլերոզի և հետկաթվածային վիճակների դեպքում (ամինալոն, էնցեֆաբոլ, նոոտրոպիլ, պանտոգամ):

5. **Հոգեխթանիչներ** (պսիխոտիմուլյատորներ). բարձրացնում են աֆեկտիվության մակարդակը, վերացնում հոգնածության զգացումը (ֆենամին, պերվիտին, ցենտեդրին):

6. **Պսիխոդիսլետիկներ** (պսիխոտոմիմետիկներ, հալյուցինոզեններ). առաջացնում են փորձարարական պսիխոզներ` գունավոր ցնորքներ, էյֆորիա, դեպերսոնալիզացիա, մտածողության խանգարումներ`

ա) ինդոլի ածանցյալներ LSD – 25, բուֆոտենին,

բ) այլ նյութեր (մեսկալին, հաշիշ):

## Նեյրոլետաիկներ

ա) *Նեյրոլետաիկներ արգելակող ազդեցությամբ.*

Ամինազին. գործնական հոգեբուժության բնագավառում լայն կիրառում ունի. հոգեշարժական զրգռվածության դեպքում ցուցաբերում է արագ

զարգացող հանգստացնող ազդեցություն: Հակապսիխոզային ներգործության շնորհիվ դրական մեծ ազդեցություն է ցուցաբերում հատկապես ցնորազառանցանքային, մոլուցքային, հեբեֆրենիկ համախտանիշները բուժելու դեպքում: Կուրսային բուժումը սկսվում է 25–50մգ-ից՝ աստիճանաբար մեծացնելով օրվա դեղաչափը մինչև 400–500մգ: Օգտագործվում է նաև 2,5%-անոց լուծույթ՝ միջմկանային և ներերակային ներարկումներով:

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

Տերալեն (մեթիլպրոնազին). օժտված է թույլ հանգստացնող, անկսիոլիտիկ և աննշան հակապսիխոզային ազդեցությամբ: Ցուցված է սենեստոպաթիաների, ֆոբիաների, կաչուն վիճակների, ինչպես նաև ԿՆՀ–ի օրգանական ախտահարումների պատճառով առաջացած թեթև արտահայտված հոգեկան խանգարումների դեպքում: Նշանակվում է օրվա ընթացքում 10–25մգ մինչև 200–400մգ ներքին ընդունմամբ և միջմկանային ներարկմամբ:

Սոնապաքս (մելերիլ, թիորիդազին). օժտված է արտահայտված հանգստացնող և թույլ հակապսիխոզային ազդեցությամբ, ունի նաև թեթևակի հակադեպրեսիվ ազդեցություն, մեղմացնում է վախի, տագնապի, անհանգստության զգացողությունը, վերացնում հիվանդների հուզային անհավասարակշռությունը և հիպոխոնդրիկ ապրումները: Կողմնակի ազդեցությունը թույլ է արտահայտված, այդ պատճառով էլ նշանակվում է ներքին ընդունմամբ, օրվա ընթացքում 25–50մգ՝ աստիճանաբար հասցնելով 600–800 մգ -ի:

Քլորպրոտիքսեն (տրոլկսալ, տարակտամ). դրական ազդեցություն ունի տագնապային-դեպրեսիվ վիճակների ցնորազառանցանքային համախտանիշի դեպքում: Պսիխոտրոպ հատկություններով նմանվում է տիզերցինին, նվազ տոքսիկ է, քան ամինազինը, այդ պատճառով էլ գերադասելի է նշանակել հատկապես տարեց հասակի և սոմատիկ հիվանդությունների հետևանքով թուլացած հիվանդներին: Օրվա դեղաչափը՝ 25–50մգ-ից մինչև 200–400 մգ:

Լեպոնեքս (կլոզապին, ազալեպտին). պսիխոտրոպ ազդեցությամբ նման է ամինազինին, տիզերցինին, քլորպրոտիքսենին, դրական ներգործություն ունի, երբ նշված դեղամիջոցները երկարատև կիրառելու դեպքում թուլանում է վերջիններիս ազդեցությունը: Չի առաջացնում կողմնակի արտաբրզային խանգարումներ, համեմատաբար թույլ արդյունավետ է, քան

ամինազինը սուր ցնորազառանցանքային համախտանիշի դեպքում, սակայն ունի հանգստացնող ազդեցություն գրգռվածությամբ ուղեկցվող աֆեկտիվ խանգարումների դեպքում: Տևական օգտագործման դեպքում զարգանում է ագրանուլոցիտոզ, այդ պատճառով էլ անհրաժեշտ է հիվանդի արյան մշտական հետազոտություն: Կիրառվում է նույն դեղաչափերով, ինչ ամինազինը:

բ) *Նեյրոլեպտիկներ՝ առավելապես հակապսիխոզային ազդեցությամբ.*

Մաժեպտիլ (թիոպրոպերազին). արդյունավետ բուժիչ ազդեցություն ունի ցնորազառանցանքային խանգարումների, հատկապես շիզոֆրենիայի ծանր, չարորակ (կատատոնիկ և հեբեֆրենիկ) ձևերի դեպքում: Հաճախակի առաջացնում է արտաբրզային բարդություններ: Բուժումն սկսվում է 5–10մգ դեղաչափով՝ հասցնելով օրական 80–120մգ-ի:

Տրիֆթազինը (ստելազին, տրիֆլուպերազին) արդյունավետ ազդեցություն ունի շիզոֆրենիայի դեպքում: Փոքր դեղաչափերի (30–40մգ) դեպքում ունի ակտիվացնող, իսկ մեծ դեղաչափերի դեպքում (40–80մգ) արգելակող ազդեցություն: Բուժումն սկսվում է 5-10 մգ դեղաչափով:

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

Հալոպերիդոլը և տրիսեդիլը (տրիպերիդոլ, տրիֆլուպերիդոլ) օժտված են առավել արտահայտված ընտրողական ազդեցությամբ ցնորքների և զառանցանքների դեպքում: Սրանք հզոր հակապսիխոզային դեղանյութեր են, որոնք ազդում են առավել դեղակայուն հոգեկան խանգարումների դեպքում: Առաջացնում են արտաբրզային խանգարումներ: Հալոպերիդոլի օրական դեղաչափն է 1,5–3մգ-ից մինչև 20–40 մգ, տրիսեդիլի օրական դեղաչափը՝ 0,5մգ-ից մինչև 10-15մգ:

գ) Երկարատև ազդեցությամբ օժտված պսիխոտրոպ դեղանյութերը հիվանդներին ազատում են դեղորայքի բազմակի ներմուծումներից և հնարավորություն են տալիս ռացիոնալ կազմակերպելու ամբուլատոր բուժումը:

Մոդիտեն-դեպո (ֆտորֆենազին դեպո, մոդեկատ). արդյունավետ ազդեցություն ունի շիզոֆրենիայի քրոնիկական ձևերի դեպքում, երբ անհրաժեշտ է պսիխոտրոպ դեղանյութերի տևական օգտագործումը (մասնավորապես ցնորազառանցանքային համախտանիշի դեպքում): Թողարկվում է 2,5 տոկոս յուղային լուծույթի ձևով: Նշանակվում 1-2մլ միջմկանային ներարկմամբ, և դեղաչափը աստիճանաբար հասցվում է 75-100մգ-ի՝ 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 դեպքում՝ շաբաթը մեկ անգամ 5-10մգ դեղաչափով, միջմկանային ներարկումներով:

Սեննապ (պենֆլուրիդոլ) և պինոզիդ (օրապ). օժտված են նախորդներին բնորոշ հատկություններով, օգտագործվում են հաբերով (սեպամը՝ 7 օրը մեկ անգամ՝ 20–100մգ, օրապը՝ օրը մեկ անգամ՝ 2-10մգ դեղաչափերով):

Ատիպիկ (ոչ տիպային). հակապսիխոտիկները՝ ռիսպերիդոն (ռիսպուլեպտ, ռիսպերոլ), կիրառվում է օրը 2-8մգ դեղաչափով: Օլանզապինի (զիպրեկսա) օրական դեղաչափը 5-20մգ է, քվետիպինի (սեռոկվել) օրական դեղաչափը՝ 100-750մգ, կլոզապինինը (լեպոնեքս, ազալեպտին)՝ 50-600մգ, ունեն նույն կիրառումը, ինչ տիպիկ նեյրոլեպտիկները, սակայն դրսևորում են արտաբրզային և հորմոնային կողմնակի առավել թույլ ազդեցություն:

Ի տարբերություն դասական նեյրոլեպտիկների, որոնք արդյունավետ են միայն «դրական ախտանիշների» բուժման համար՝ ոչ տիպային նեյրոլեպտիկներն ազդում են ինչպես «դրական» (պոզիտիվ), այնպես էլ «բացասական» (նեգատիվ) ախտանիշների վրա:

**Տրանկվիլիզատորներ (հանգստացուցիչներ).** դրանց մի մասը օժտված է առավելապես հանգստացնող ազդեցությամբ՝ մեպրոտան (մեպրոբամատ, անդաքսին), էլենիում (լիբրիում, նապոտոն), օքսազեպան (տազեպան), միտրազեպան (ռադեդորմ, էունոկտին), ֆենազեպան, մեբիկար և այլն:

Ակտիվացնող ազդեցությամբ տրանկվիլիզատորներից են տրիօքսազինը, ռուդոթելը (մեդազեպան, նոբրիում), սեդուքսենը (դիազեպան, վալիում), լորազեպանը (տեմեստա): Այս դեղանյութերը նշանակվում են՝ ելնելով հիվանդի անհատական առանձնահատկություններից: Դրանք օրգանիզմի վրա թողնում են հանգստացնող ազդեցություն, բարձրացնում տրանսդորությունը, արտաբրզային և նյարդավեգետատիվ խանգարումներ չեն առաջացնում:

**Նորմոթիմիկներ կամ թիմոկայունացնող դեղանյութեր:** Սրանցից են լիթիումի աղերը, կարբամազեպինը, վալպրոատները, որոնք օգտագործվում են մոլուցքային վիճակները կասեցնելու, ինչպես նաև երկբևեռ պսիխոզի փուլերը կանխարգելելու նպատակով: Լիթիումի աղերը թողնում են ոչ թե արգելակող ազդեցություն, ինչպես նեյրոլեպտիկները, այլ կարգավորում են տրանսդորությունը, որը հանգեցնում է մտածողության պրոցեսի և վարքի

կանոնավորմանը: Բուժման կուրսը տևում է մի քանի ամիս, դեղաչափը 300–400մգ-ից աստիճանաբար հասցվում է օրական 1500-2500մգ-ի: Նշանակվում է հաբերով և միջմկանային, ներերակային ներարկումներով: Կանխարգելիչ նպատակով փոքր դեղաչափով նշանակվում է երկու անգամ: Արյան պլազմայում թույլատրելի խտությունը պետք է լինի 0,6–1,2մմոլ, այդ պատճառով անհրաժեշտ է արյան մեջ լիթիումի խտության մշտական հսկողություն (առաջին ամսում՝ շաբաթը մեկ անգամ): Հակացուցված են հղիության, ներքին օրգանների ֆունկցիաների խանգարման, կատարակտի դեպքում: Ներմուծման առաջին օրերին կարող են դիտվել ընդհանուր թուլություն, քնկոտություն, ընկճվածություն, դիսպեպտիկ երևույթներ (այս դեպքում պետք է փոքրացնել դեղաչափը, ապա աստիճանաբար մեծացնել): Ալերգիկ երևույթների, հիպերկիմեզների, էքստրասիստոլայի, էնդոկրին և վեգետատիվ համակարգերի ֆունկցիայի խանգարումներ առաջանալու դեպքում անհրաժեշտ է դեղաչափը փոքրացնել կամ փոխարինել մեկ ուրիշով: Կարբամազեպինը կիրառվում է բիպոլար պսիխոզի տևական պրոֆիլակտիկա ապահովելու նպատակով, չնայած հակացնցումային դեղամիջոց է:

**Հակադեպրեսանտներ՝** ակտիվացնող, հանգստացնող, հավասարակշիռ ազդեցությամբ:

Խթանող (ակտիվացնող) ազդեցությամբ հակադեպրեսանտներից են մելիպրամինը (իմիպրամին, տոֆրանիլ, իմիզիլ), որը նշանակվում է ներքին ընդունմամբ և միջմկանային ներարկումներով օրական 25–250մգ դեղաչափով: Ցուցված են «մաքուր» դեպրեսիաների, մասնավորապես երկբևեռ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլի բուժման դեպքում: Եթե դեպրեսիայի ժամանակ նկատվում են նաև ցնորազառանցանքային ապրումներ, տազնապալից վիճակներ, ուրեմն մելիպրամինը պետք է համակցել հակապսիխոզային և հանգստացնող ազդեցությամբ օժտված նեյրոլեպտիկների հետ: Սույն դեղամիջոցի տևական օգտագործումից դեղակայունություն առաջանալու դեպքում նպատակահարմար է մեծացնել դեղաչափը կամ այն փոխարինել այլ դեղամիջոցով:

Հանգստացնող ազդեցության հակադեպրեսանտներից են ամիտրիպտիլինը, ազաֆենը, պիրազիդոլը, որոնք հակադեպրեսիվ ազդեցությունից բացի ունեն նաև հանգստացնող ազդեցություն: Նշանակվում են դեպրեսիվ-տազնապալին վիճակների դեպքում, որոնք ուղեկցվում են ցնորքներով և զառանցանքով: Նման դեպքերում հանգստացնող ազդեցությամբ հակադեպրեսանտները պետք է զուգակցել նեյրոլեպտիկների հետ:

Հավասարակշռող ազդեցությամբ հակադեպրեսանտները՝ անաֆրանիլ (կլոմիպրամին), լուդիոմիլ (մապրոտիլին), պիրազիդոլ (պիրլինդոլ), նշանակվում են՝ հաշվի առնելով հիվանդի վիճակի յուրահատկությունները:

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

Նոր սերնդի հակադեպրեսանտները՝ ֆլուօքսետին (պրոզակ)՝ 20-80մգ օրական դեղաչափը, պարօքսետին (պակսիլ)՝ օրը 10-80մգ, ֆլուվօքսամին (ֆեվարին)՝ օրը 50-400մգ, սերտրալին (զոլոֆտ)՝ օրը 50-200մգ, ցիտալոպրամ՝ օրը 20-60մգ, ըստ ազդման մեխանիզմների՝ այս դեղամիջոցները կոչվում են սերոտոնինի հետզավթման ընտրողական արգելակիչներ (ՍՅԸԱ):

Այս խմբի դեղերի ազդեցության մեխանիզմը նման է եռացիկլային հակադեպրեսանտներին, սակայն սրանք առավել ընտրողաբար են արգելակում սերոտոնինի հետզավթումը սինապսային ճեղքից՝ կապվելով սերոտոնին փոխադրիչների հետ և ավելացնում են գրգռափոխանցիչի քանակությունը սինապսներում: Հենց գրգռափոխանցիչների ավելացման պահը համընկնում է բուժիչ ազդեցությանը: ՍՅԸԱ-ները ունեն կողմնակի ազդեցությունների ավելի նեղ ոլորտ:

**Նեյրոանալետիկներ (խթանիչներ)**՝ սիդնոկարբը և սիդնոֆենը (օրական 5010-ից մինչև 60-80մգ 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 հակադեպրեսանտների հետ:

**Նոոտրոպներ**՝ մետաբոլիկ ազդեցության պրեպարատներ: Այս խմբից են ամինալոնը (գամալոն), պիրացետամը (նոոտրոպիլ), էնցեֆաբոլ (պիրիդիտոլ), պանտոգամը: Այս դեղանյութերը կանոնավորում և խթանում են կենտրոնական նյարդային համակարգում հյուսվածքային մետաբոլիզմի պրոցեսները. առավել արդյունավետ են վնասվածքային էնցեֆալոպաթիայի, թեթև մտավոր հետամնացության, գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների սկզբնական փուլերի, ասթենիկ վիճակներով ուղեկցվող ինֆեկցիաների և ինտոքսիկացիաների դեպքում: Գիտակցության խանգարումներով ուղեկցվող սուր ինտոքսիկացիաների դեպքում ավելի արդյունավետ է

պիրացետամի ներմուծումը (3000-6000մգ) ներերակային կաթիլային կամ միջմկանային ներարկումներով:

Նոոտրոպները մասնավորապես պիրացետամը, լայնորեն կիրառվում է ալկոհոլիզմը բուժելու, ալկոհոլային դելիրիումը և արստինենցիան կասեցնելու նպատակով:

Ստորև ներկայացված են համապատասխան աղյուսակները:

### Ոչ տիպային հակահոգեգարային (նեյրոլեպտիկներ) դեղերը

Դեղի անվանումը	Դեղաձևերի դեղաչափերը (մգ)
կլոզապին (լեպոնեքս, ազալեպտին)	h. 25, 100
օլանզապին (զիպրեկսա)	h. 2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20
ռիսպերիդոն (ռիսպերոլալ)	h.0,25, 0,5, 1, 2, 3, 4
քվետիպին (սերոկվել)	h. 25, 100, 200, 300
զիպրազիդոն (զեռոդոն)	դպ. 20, 40, 60, 80
լոքսապին (լոքսիտան)	դպ. 5, 10, 25, 50
արիպիպրազոլ (արիլիթի)	h. 10, 15, 20, 30

Աղյուսակը վերցված է «*Հոգեմետների և ցավազերծիչների դեղաբանությունը*» գրքից ( *Է.Ս. Գաբրիելյան, Ա.Յ. Այվազյան, Ա.Վ. Բայկով, 2010*):

h. – հաբ

դպ. – դեղապատիճ (կապսուլա)

### Հակադեպրեսանտներ

Դեղի անվանումը	Դեղաձևերի դեղաչափերը (մգ)	Օրական միջին դեղաչափը (մգ)	Դեղաչափերի օգտագործման ժամանակահատվածը
<b>Ցիկլային միակցություններ</b>			
Իմիպրամին (Մելիպրամին և այլն)	h. 10, 25, 50 դպ.75, 100, 125, 150 ն. 25 մգ/ 2 մլ	50 – 300	> 225
ամիտրիպտիլին (սարոտեն և այլն)	h. 10, 25, 50, 100, 150 ն.10մգ/մլ, 20մգ/մլ	150 – 200	50 – 300
նորտրիպտիլին (պամելոր և այլն)	դպ.10, 25, 50, 75 լ. 10 մգ/5մլ	75 – 100	25 – 150

կլոմիպրամին (անաֆրանիլ և այլն)	դպ. 10, 25, 50, 75 ն. 25 մգ/2 մլ	150 – 200	50 – 250
միանսերին (լեռիվոն)	հ. 30	30 – 90	30 – 120
դոկսետաին (սինեկվան և այլն)	դպ. 10, 25, 50, 75, 100, 150 լ. 10մգ/մլ	150 – 200	25 – 300
տրիմիպրամին (սուրմոնտիլ)	դպ. 25, 50, 100	150 – 200	50 – 300
դեզիպրամին (պետիլիլ և այլն)	հ. 10, 25, 50, 75, 150 դպ. 25; 50	150 – 200	> 125
պրոտրիպտիլին (վիվակտիլ)	հ. 5, 10	15 – 40	10 – 60
մապրոտիլին (լուդիոմիլ)	հ. 10, 25, 50, 75 ն. 25մգ/5մլ	100 – 150	50 – 200
ամոկսապին (ազենդին)	հ. 25, 50, 100, 150	150 – 200	50 – 300
<b>Սոնոամինոքսիդազի արգելակիչները (ՄԱՕհ)</b>			
մոկլոբեմիդ (աուրոռիկս)	հ. 150, 300	300 – 600	150 – 900
<b>Սերոտոնինի հետզավթման ընտրողական արգելակիչներ (ՄՀԸԱ)</b>			
ֆլուօքսետին (պրոզակ, ֆրամեքս)	հ. 10, 20 լ. 20մգ/5մլ	20	5 – 80
ֆլուվոքսամին (ֆևարին)	հ. 50, 100	150 – 200	50 – 300
պարոքսետին (պաքսիլ, ռեկսետին)	հ. 20, 30	20	10 – 50
սերտրալին (զոլոֆտ)	հ. 50, 100	100 – 150	50 – 200
ցիտալոպրամ (ցիպրամիլ)	հ. 20, 40	20	10 – 60
<b>Ոչ տիպային հակադեպրեսանտներ</b>			
միրտազապին (րեմեթոն)	հ. 15, 30, 45	30	15 – 60
տրազոլոն (դեզերիլ)	հ. 50, 75, 100, 150, 300	200 – 300	100 – 600

բուսարոպիոն (վելբուտրիոն)	հ. 75, 100	200 – 300	100 – 450
թիանեպտին (կոաքսիլ)	հ. 12,5	37,5	12,5 – 50
միլնացիպրան (իկսել)	դպ. 25, 50	100	30 – 200
վենլաֆակսին (էֆեկսոր)	հ. 37,5, 75 դպ. 75, 100	75 – 225	75 – 375
նեֆազադոն (սերզոն)	հ. 10, 25 50, 75	200 – 300	100 – 600

Աղյուսակը վերցված է *“Фармакотерапия психических расстройств”*

(Дж. Арана, Дж. Розенбаум, 2006):

հ. – հաբ

դպ. – դեղապատիճ (կապսուլա)

### Տազնապամարիչ և քնարեր դեղեր

Դեղի անվանումը	Դեղաձևերի դեղաչափերը (մգ)	Երկարատև ազդեցության դեղեր (մգ)	Ներարկումային դեղեր (մգ)
ալպրազոլամ (կսանակս)	հ. 0,25, 0,5, 1,0, 2,0		
բուսպիրոն (բուսպար)	հ. 5, 10		
հիդրոքսազին (ատարակս և այլն)	հ. 25		
դիազեպամ (վալիում, ռելանիում, սեդուքսեն, սիբազոն և այլն)	հ. 2, 5, 10 մ. 5, 10/2,5մլ	15	10 մգ/2 մլ, 5 մգ/2 մլ, 50մգ/10մլ (սրվակ)
զոլպիդեմ (իվադալ)	հ. 5, 10		
զոպիկլոն (իմովան, ռելաքսոն և այլն)	հ. 7,5		
կլոնազեպամ (անտելեպսին, ռիվոտրիլ և այլն)	հ. 0,25, 0,5, 1,0, 2,0 2,5մգ/մլ (խմելու լուծույթ)		1 մգ/ 2 մլ
կլորազեպատ (տրանքսեն և այլն)	հ. 3,75, 7,5, 15,0 g. 3,75, 5,0, 7,5, 10, 15,0	11,25; 22,5	
լորազեպամ	հ. 0,5, 1,0, 2,0, 2,5		20 մգ/ 10 մլ

(ատիվան, մերլիտ, լորաֆեն և այլն)			40 մգ/ 2 մլ (սրվակ)
մեդազեպամ (մեզապամ, ռուդոտել)	հ. 10,0		
մեպրոբամտ (մեպրոտան)	հ. 200, 400		
մեդազոլամ (դորմիկում և այլն)	հ. 7,5, 15,0		1 մգ/մլ 3 մգ/մլ 5 մգ/մլ
միտրազեպամ (ռադեդորմ, էունոկտին և այլն)	հ. 5,0, 10,0		
օքսազեպամ (նոզեպամ, տազեպամ և այլն)	հ. 10, 15, 30 դպ. 10, 15, 30		
տոֆիզոպամ (գրանդաքսին)	հ. 50,0		
տրիազոլամ (խալցին)	հ.0,125, 0,25		
ֆենազեպամ	հ.0,5, 1,0, 2,5		1 մգ/մլ 3 մգ/մլ
ֆլունիտրազեպամ (ռոզիպնոլ)	հ. 1,0		
խլորոհիազեպօքսիդ (լիբրիում, էլենիում, խլոզեպիդ և այլն)	հ. 5, 10, 25 դպ. 5, 10, 25		100 մգ/2մլ
էստազոլամ (պրոսոմ)	հ. 1, 2		
ֆլուրազեպամ (դալման)	դպ. 15, 30		
կենազեպամ (սիզնոպամ)	դպ. 7,5, 15,0, 30,0 հ. 10,0		

Աղյուսակը վերցված է **“Фармакотерапия психических расстройств”**

**(Дж. Арана, Дж. Розенбаум, 2006):**

հ. – հաբ

դպ. – դեղապատիճ (կապսուլա)

ն. – ներարկման լուծույթ

**Հակահոգեզարային դեղեր կիրառելիս առաջացած կողմնակի երևույթները (բարդությունները):**

Հոգեդեղաբանական բուժման ընթացքում ի հայտ են գալիս կողմնակի երևույթներ, որոնք պայմանավորված են ոչ միայն դեղամիջոցի հատկություններով, այլև դրա հանդեպ օրգանիզմի անհատական զգայունությամբ, նյարդային համակարգի օրգանական ախտահարմամբ և այլն: Դեղանյութի գերդեղաչափավորումից առաջացած կողմնակի երևույթները կարող են հանգեցնել մի շարք բարդությունների առաջացման (արտաբրգային խանգարումներ, ագրանուլոցիտոզ և այլն):

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

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

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

Պարկինսոնիզմի երևույթները կարող են զարգանալ ինչպես նեյրոլեպտիկների, այնպես էլ հակադեպրեսանտների մեծ դեղաչափեր կիրառելու դեպքում:

Նշված կողմնակի երևույթները կանխելու նպատակով դեղամիջոցա-  
յին բուժմանը զուգահեռ նշանակվում են ուղղիչներ (կանոնավորիչներ, կո-  
րեկտորներ)՝ ցիկլոդոլ, պարկոպան, արտան, ռոմպարկին, դինեզին և այլն՝  
օրական 4–12մգ դեղաչափով:

Կուլեն–Կամպֆի համախտանիշը և պարոքսիզմալ (հանկարծակի)  
զարգացող դիսկինետիկ այլ խանգարումները կարելի է կասեցնել 1–2մլ  
20%-անոց կոֆեինի լուծույթի ենթամաշկային ներարկման կամ 1–2մլ 2,5%-  
անոց ամինազինի, սեդուքսենի, ռելանիումի, միջմկանային ինչպես նաև  
կալցիումի քլորիդի, գլյուկոզայի, վիտամին B<sub>1</sub> -ի ներերակային ներարկման  
միջոցով:

Արտաբրգային քրոնիկական խանգարումների դեպքում նշանակվում  
են նոտրոպներ՝ մեծ դեղաչափերով՝ վիտամինների և գլյուկոզայի հետ հա-  
մակցված:

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

## **ԷԼԵԿՏՐԱՑՆՑՈՒՄԱՅԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱ**

Էլեկտրացնցումային բուժումը կատարվում է այդ նպատակով ստեղծ-  
ված էլեկտրացնցումային հատուկ ապարատի միջոցով, որն ունի էլեկտրոդ-  
ներ, վոլտաչափ և վայրկենաչափ: Այս մեթոդով բուժումն անց է կացվում  
միայն սոմատիկ (մարմնական) հիվանդությունների բացակայության դեպ-  
քում:

Միացնելուց անմիջապես հետո առաջանում է էպիլեպսանման ցնցու-  
մային նոպա: Նոպայից հետո հիվանդը ոչինչ չի հիշում կատարվածի մասին:

Բուժման կուրսի համար պահանջվում է 6-10 ցնցումային նոպա՝ 2-3-  
օրյա ընդմիջումներով: Բուժական արդյունավետությունը նշվում է միջին  
հաշվով 3-7 նոպա առաջանալուց հետո:

Պայմանավորված պսիխոտրոպ դեղամիջոցների լայնորեն կիրառ-  
մամբ, բուժման այս մեթոդը համեմատաբար մեծ ցուցումներ չունի: Ցուցում-  
ներ են պսիխոտրոպ դեղամիջոցներին չենթարկվող «դեղակայուն» դեպրե-  
սիվ վիճակները, հատկապես շիզոֆրենիայի և երկբևեռ պսիխոզի շրջանակ-  
ներում, ինվոլուցիոն մելանադոթությունը, ինչպես նաև շիզոֆրենիայի կատա-  
տոնիկ ձևը:

## ՊՍԻԽՈԹԵՐԱՊԻԱ

Պսիխոթերապիան բուժական մի մեթոդ է, երբ բժիշկը խոսքի միջոցով ներագ-դում է հիվանդի հոգեկան աշխարհի վրա: Դրա նպատակը հիվանդության ախտանիշները վերցնելն է, հիվանդի վերաբերմունքը իր անձի, հիվանդագին վիճակի և շրջապատի մարդկանց նկատմամբ փոխելը:

Պսիխոթերապիայի բուժական արդյունքը պայմանավորված է ոչ միայն անհատի բնավորության առանձնահատկություններով, հիվանդության ձևով ու ընթացքով, այլև բժշկի փորձառությամբ ու հմտությամբ, բուժական հիմնարկում բարոյաէթիկական, հիգիենիկ, դեօնտոլոգիական սկզբունքների կիրառմամբ:

**Ներշնչում (suggestio).** խոսքի միջոցով հիվանդի հոգեկան աշխարհի վրա նպատակաուղղված ազդեցությունն է, որն ընդունվում է հիվանդի կողմից առանց քննադատական վերամշակման: Ներշնչում կարելի է անցկացնել ինչպես արթուն, այնպես էլ հիպնոսի և նարկոհիպնոսի վիճակում:

**Ռացիոնալ պսիխոթերապիա.** առանց հիվանդին քնեցնելու՝ բժիշկը զրույցի ընթացքում բացատրում է հիվանդության իմաստը, ծագման պատճառները, հիվանդագին նշանների զարգացման օրինաչափությունները՝ ներշնչելով նրան ինքնավստահություն՝ հաղթահարելու կույր, անհիմն վախը հիվանդության նկատմամբ, բացահայտում է նրա մոլորությունը սուբյեկտիվ տհաճ զգացողությունների, դատողությունների նկատմամբ: Բժիշկը, այս ձևով դիմելով հիվանդի բանականությանը, փաստորեն փոխում է նրա մտածելակերպը, օգնում է այլ աչքով նայելու իր վիճակին, հոգեպես չընկճվելու, չհուսահատվելու: Իզուր չէ՝ ռուս հայտնի բժիշկ Վ.Մ. Բեխտերևը ասել է. «Եթե բժշկի հետ զրուցելուց հետո հիվանդի վիճակը չի թեթևանում, ապա նա վատ բժիշկ է»:

**Աուտոգեն մարզման մեթոդը:** Այն 1923թ. առաջարկել է գերմանացի բժիշկ Ի.Գ. Շուլցը: Ինքնամարզումը՝ ակտիվացնելով հոգեկարգավորիչ մեխանիզմները, թուլացնում, ապա վերացնում է վախը, տագնապը, անքնությունը, դյուրագրգիռությունը, հոգնածությունը: Այն լայնորեն կիրառվում է ոչ միայն ներոզների, այլև ներքին օրգանների տարբեր հիվանդություններին ուղեկցող նյարդային խանգարումների բուժման դեպքում, ինչպես օրինակ՝ սրտամկանի ինֆարկտից հետո տագնապալի տրամադրությունը, հիվանդության կրկնության հնարավորության նկատմամբ վախի զգացումը:

**Հիպնոս (hypnosis).** հունարեն բառ է, նշանակում է քուն: Այդ անվանումը առաջարկել է անգլիացի վիրաբույժ Ջ. Բրեդը 1843թ.: Բուժմանը նախորդում են հիվանդին նախապատրաստելու նպատակով բացատրական զրույցները, որոնց դեպքում պարզաբանվում է հիպնոսի մեթոդի կարևորութ-

յունը, ճշտվում են հիվանդի պատկերացումները հիպնոսի մասին: Բժիշկը մատչելի լեզվով բացատրում է հիվանդին, որ հիպնոսի միջոցով համակենտրոնացվում են օրգանիզմի թաքնված ուժերը, դրանով պայմաններ ստեղծում արագ ապաքինվելու համար: Հիվանդը պետք է իմանա, որ հիպնոթերապիան գիտականորեն հիմնավորված, արդյունավետ բուժական մեթոդ է, որը բարձրացնում է նրա ընկալունակությունը բժշկի կողմից կիրառվող բուժական ներշնչման նկատմամբ:

## ԳԼՈՒԽ 7

### ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

---

Հոգեբուժության բնագավառում երբեմն անհրաժեշտություն է առաջանում հիվանդներին ցույց տալու անհետաձգելի օգնություն՝ պայմանավորված վտանգավոր որոշ վիճակներով՝ հոգեշարժական գրգռվածություն, էպիլեպսիային վիճակ, սննդից հրաժարվելը, հոգեշարժական արգելակում, ինքնասպանության փորձեր, պսիխոտրոպ դեղամիջոցներից առաջացած թունավորումներ և այլն:

Հոգեշարժական գրգռված վիճակ կարող է հանդիպել մոլուցքային, կատատոմիկ, հեբեֆրենիկ, դելիրիումային, ամենտիվ և այլ բնույթի սուր հոգեկան խանգարումների դեպքում: Եթե հիվանդը տանն է, նրա նկատմամբ պետք է սահմանել հսկողություն ու վնասազերծել, հեռացնել այն իրերն ու առարկաները, որոնք նա կարող է օգտագործել շրջապատին կամ հենց իրեն վնասելու համար: Շտապ բուժօգնության հատուկ բրիգադի կամ մի քանի հոգու օգնությամբ հիվանդին պետք է տեղափոխել հոգեբուժական ստացիոնար: Հանգստացուցիչ որևէ դեղամիջոցի առկայության ու հնարավորության դեպքում լավ է հիվանդանոց տեղափոխելուց առաջ սրսկել ու հանգրստացնել հիվանդին:

Ստացիոնարի պայմաններում հոգեշարժական գրգռվածության դեպքում ներարկվում են նեյրոլեպտիկ դեղանյութեր (ամինազին՝ 2,5%-անոց 2–4մլ, հալոպերիդոլ՝ 0,5 %-անոց 1–2մլ, տիզերցին՝ 2,5%-անոց 1–1, 5մլ հիմնականում միջմկանային):

Երբեմն այդ դեղանյութերի ազդեցությունն ուժեղացնելու նպատակով դրանք կարելի է զուգորդել փոքր տրանկվիլիզատորների, հատկապես դիազեպամի (ռելանիում, սեդուքսեն) 0,5%-անոց 2–4մլ միջմկանային կամ ներերակային ներարկումներով: Նեյրոլեպտիկների բացակայության դեպքում հիվանդին կարելի է հանգստացնել բարբամիլի 5%-անոց կամ 10%-անոց 5–10մլ լուծույթի միջմկանային կամ ներերակային ներարկման միջոցով:

*Էպիլեպսիային վիճակ.* անհետաձգելի օգնության մանրամասն նկարագրությունը տե՛ս «Էպիլեպսիա» գլխում:

Հոգեկան անոռեքսիայի դեպքում հիվանդները սննդից հրաժարվում են տարբեր պատճառներով (թունավորման, ինքնամեղադրման զառանցանքներ, ինքնասպանության մտքերով ուղեկցվող դեպրեսիվ վիճակ, համի,

հոտի, հրամայողական ցնորքներ, հոգեշարժական արգելված վիճակ, որը կատատոնիայի դեպքում հաճախ ուղեկցվում է նաև ակտիվ նեգատիվիզմով):

Նման դեպքերում հիվանդին պետք է համոզել պարբերաբար, թեկուզ և քիչ-քիչ կերակրել, հակառակ դեպքում դիմել արհեստական կերակրման՝ ռեստիցեն զոնդի կամ ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման միջոցով:

Հոգեշարժական արգելակման վիճակում եղող հիվանդի արհեստական սնուցումը առավել նպատակահարմար է կատարել ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակման միջոցով: Ապարգելակումը կատարվում է 20%-անոց 1–2մլ կոֆեինի լուծույթի և 4–5 բուլբուլ անց թարմ պատրաստված 5%-անոց կամ 10%-անոց ամիտալ-նատրիումի (բարբամիլի) դանդաղ ներարկման միջոցով (դեղաչափի քանակը պայմանավորված է հիվանդի ապարգելակմամբ): Ապարգելակված հիվանդն արդեն կերակրվում է ինքնուրույն, բուժանձնակազմի օգնությամբ:

Անհրաժեշտ է հետևել նաև արգելակված հիվանդի անոուրինար ֆունկցիաների նորմալ գործունեությանը:

Ինքնասպանության մտքերի ու միտումների պատճառները բազմազան են: Դրանցից են դեպրեսիվ վիճակները, ինքնամեղադրման զառանցանքները, հատկապես թախծի պոռթկումներով ուղեկցվող ինվոլյուցիոն մելանաղծությունը, ծանր հիպոխոնդրիկ զառանցանքները, աշխարհի կործանման, սպասվող մոտալուտ արհավիրքների զառանցական մտքերը, թունավորման, հետապնդման և այլն:

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

Հոգեբուժական ստացիոնարում ինքնասպանության մտքերով տառապող հիվանդները մշտապես պետք է լինեն հատուկ հսկողության տակ:

## **ՊՍԻԽՈՏՐՈՂ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻՑ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ԹՈՒՆԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Նեյրոլեպտիկներ կիրառելու հետևանքով հաճախ առաջանում են մի շարք սոմատոնյարոսթաբանական և հոգեախտաբանական խանգարումներ:

Թունավորման դեպքում առաջին նշաններից է մարմնի ջերմաստիճանի անկումը: Երակազարկը դառնում է թելանման, արագ: Առաջանում է շնչառության խանգարում: Նյարդային համակարգում դիտվում են խոսքի խանգարումներ, ծնոտակարկանություն (տրիզմ), արտաբրգային զանազան խանգարումներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ:

Հոգեկան խանգարումներից թունավորման ոչ ծանր դեպքերում առաջանում են դելիրիումային կամ գիտակցության մթնշաղային վիճակներով ընթացող գիտակցության մթագնումներ, դեպրեսիվ, դիսֆորիկ վիճակներ, հոգեշարժական գրգռվածություն, իսկ ծանր դեպքերում՝ արագ զարգացող կոմատոզ վիճակ:

Անհետաձգելի բուժօգնությունը առաջին հերթին պետք է սկսել ստամոքսի լվացումից, որից հետո ստամոքս ներմուծել կաթի շիճուկ, բուսական յուղ: Աղիքները պետք է դատարկել ու մաքրել հոգնաների միջոցով, կատարել 1–2մլ նովուրիտի կամ լազիքսի միջնկանային ներարկում, արյուն բաց թողնել (400–500մլ-ի սահմաններում): Շնչառության խանգարման դեպքում կատարել թթվածնային ինհալացիա, 0,5%-անոց 10մլ բենեդրիդի ներերակային կամ 1%-անոց 1մլ լոբելինի կամ 0,15%-անոց 1մլ ցիտիտոնի միջնկանային ներարկումներ:

Սրտային սուր անբավարարության դեպքում պետք է նշանակել գլիկոզիդներ, փորոքային էքստրասիստոլայի դեպքում՝ 10%-անոց 3–10մլ նովոկաինամիդի ներերակային դանդաղ ներարկում՝ զարկերակային ճնշումը հսկելով:

Էպիլեպսաման ցնցումների դեպքում նշանակել 1%–2%-անոց 50–100մլ քլորալ հիդրատի հոգնա կամ 0,5%-անոց 2-5մլ դիազեպամի (ռելա-նիում, ապաուրին, սեդուքսեն) ներերակային ներարկում:

Արտաբրգային արտահայտված երևույթների դեպքում նշանակել ուղղիչներ (ցիկլոդոլ 0,002, պարկոպան 0,005, նորակին 0,002), ինչպես նաև տրենբլեքսի 2մլ միջնկանային ներարկում:

Հակադեպրեսանտներից (մելիպրամին, անաֆրանիլ, իմիպրամին, ամիտրիպտիլին և այլն) առաջացած թունավորումների դեպքում սկզբնական շրջանի ընդհանուր ընկճվածությունից 4–5 ժամ անց մարմնի ջերմաստիճանի անկման զուգակցմամբ կոմատոզ վիճակ է զարգանում, որն ընթանում է գիտակցության ալիքածն բնույթի կարճատև պարզեցումներով: Անհետաձգելի բուժօգնությունը հիմնականում նման է նեյրոլեպտիկ դեղանյութերի թունավորման դեպքում կիրառվող միջոցառումներին: Շողացող առիթմիայի դեպքում խորհուրդ է տրվում 40%-անոց 20մլ գլյուկոզայի և 0,025%-անոց 1 մլ ստրոֆանտին K, 0,1%-անոց 2–3 մլ անապրիլինի ներերակային ներարկումներ՝ զարկերակային ճնշումը հսկելով: Հաճախառիթմիկության դեպքում ցուցված է 0,1%-անոց 1–5մլ անապրիլինի (պրոպրանոլոլի) ներերակային, 0,1%-անոց 1մլ էզերինի ենթամաշկային ներարկումներ:

Տրանկվիլիզատորների չարաշահումից առաջացած թունավորումների սկզբնական շրջանի խանգարումներից է քնկոտությունը, ատաքսիան, որին հետևում է կոմատոզ վիճակի զարգացումը: Առաջանում են նաև

սրտանոթային և շնչառական մի շարք խանգարումներ (տախի- կամ բրադի- կարդիա, թոքերի ատելեկտազ, շնչառության անբավարարություն, հևոցներ, աղիքների ատոնիա և այլն): Անհետաձգելի բուժօգնությունը նույնն է, ինչ նեյրոլեպտիկներից առաջացած թունավորումների ընթացքում տեղ գտած արյան շրջանառության խանգարումների դեպքում:

Տրանկվիլիզատորների և հատկապես դիազեպամի (սեդուքսեն) ու քլորդիազեպոքսիդի (էլենիում) թունավորումների դեպքում առաջացած միո- ռելաքսիացիայի դեպքում պետք է նշանակել 0,1%-անոց ստիխինինի 5մլ ներերակային ներարկում: Թունավորման ծանր դեպքերում անհրաժեշտ է կատարել հենոդիալիզ:

## ԳԼՈՒԽ 8

### ՀՈԳԵՐՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

---

Մեր երկրում հոգեբուժական ծառայություն են մատուցում ՀՀ առողջապահության նախարարության հոգեբուժական հիվանդանոցները, դիսպանսերները, կիսաստացիոնար հաստատությունները, ընդհանուր սոմատիկ բուժհաստատությունների հոգեբուժական բաժանմունքները և կաբինետները, մանկական բաժանմունքները և հոգեբուժական հիվանդանոցների և դիսպանսերների կազմում գործող կաբինետները:

Քանի որ սահմանային հոգեկան խանգարումներով հիվանդները կազմում են հոգեկան հիվանդների ընդհանուր թվի գերակշիռ մաս, իսկ հանրապետությունում գոյություն ունեցող հոգեբուժական ստացիոնարները և բուժման դիսպանսերային ձևերը միշտ չէ, որ բավարարում են այդ հիվանդների բուժման պահանջները, անհրաժեշտ է իրականացնել նրանց օգնությունը հոգեբուժական դիսպանսերներից դուրս: Այդ օգնությունը կազմակերպվում է տարօրջային պոլիկլինիկաներում (հոգեթերապևտիկ կաբինետներ), ընդհանուր սոմատիկ հիվանդանոցների կազմում (պսիխոսոմատիկ բաժանմունք), գործում են նաև առանձին ներոզների և այլ սահմանային խանգարումների հիվանդանոց՝ ստացիոնար, կիսաստացիոնար, ցերեկային ստացիոնար բաժանմունքներով և հոգեթերապևտիկ լայն ծառայություններով:

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

Արտահիվանդանոցային ծառայության ոլորտն ընդգրկում է հոգեբուժական հանրապետական, քաղաքային և շրջանային դիսպանսերները, շրջանային և քաղաքային պոլիկլինիկաների մասնագիտացված կաբինետները:

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

Հոգեբուժական ծառայության համակարգում են ընդգրկված նաև սոցիալական ապահովագրության ծառայության մեջ մտնող հաշմանդամների տները՝ խնամքի կարիք զգացող հոգեկան հիվանդների և մտավոր հետամնաց երեխաների համար, լուսավորության համակարգում գործող

օժանդակ գիշերօթիկ դպրոցները՝ մտավոր թերզարգացած երեխաների ուսուցման համար, նյարդահոգեկան առողջարանները և այլն:

Արտահիվանդանոցային օգնության կենտրոնը հանրապետական հոգեբուժական դիսպանսերն է: Դիսպանսերն աշխատանքը կազմակերպում է տեղամասային սկզբունքով: Տեղամասային կաբինետները բացի, դիսպանսերի կառուցվածքի մեջ են մտնում նաև պսիխոթերապիայի, փորձարարահոգեբանական, լոգոպեդիկ կաբինետները, կլինիկաախտորոշիչ, էլեկտրաուղեղագրային լաբորատորիաները, մանկական և դեռահասների, սոցիալական օգնության, բուժաշխատանքային արհեստանոցները, գրանցման բաժինը, կազմ-մեթոդական և վիճակագրական կաբինետը և այլն:

Դիսպանսերը զբաղվում է հոգեկան խանգարումներով տառապող հիվանդների ակտիվ հայտնաբերմամբ: Այդ նպատակով դիսպանսերի տեղամասային հոգեբույժը ամենօրյա սերտ կապի մեջ է իր սպասարկման տարածքի համապատասխան պոլիկլինիկայի, մաշկավեներաբանական և այլ կաբինետների ու դիսպանսերների հետ, որոնց միջոցով հայտնաբերում ու հաշվառման է վերցնում հոգեկան խանգարում ունեցող հիվանդներին, զբաղվում նրանց բուժկանխարգելիչ հարցերով, իսկ կարիքի դեպքում ուղարկում է հոգեբուժական համապատասխան հիվանդանոց՝ ստացիոնար բուժման:

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

Դիսպանսերի աշխատանքում կարևոր տեղ են զբաղեցնում հիվանդների սոցիալ-կենցաղային և իրավական օգնության հարցերը: Սոցիալական օգնության կաբինետը զբաղվում է հիվանդներին աշխատանքի տեղավորելու, աշխատանքի բնույթը փոխելու, ինչպես նաև կենցաղային պայմաններն ուսումնասիրելու, բնակարանային, ընտանեկան և զանազան այլ հարցերով:

Իրավական օգնության կաբինետը զբաղվում է հիվանդների իրավական հարցերով: Անիրավունակ հոգեկան հիվանդների շահերը պաշտպանելու նպատակով այդ կաբինետի աշխատողները հանդես են գալիս դատարանում, բնակարանային շահագործման վարչություններում, նոտարական գրասենյակներում, պետապահովագրության մարմիններում: Նրանք զբաղվում են հոգեկան հիվանդների իրավունակության, գործունեության և խնա-

մակալության հարցերով: Այդ նպատակով քաղաքացիական գործով դատահոգեբուժական փորձաքննության և համապատասխան ժողդատարանի կողմից անիրավունակ ճանաչված հոգեկան հիվանդների նկատմամբ նշանակվում է խնամակալ: Խնամակալություն նշանակվում է դիսպանսերներում գործող խնամակալական հանձնաժողովի կողմից, որտեղ մասնակցում են գլխավոր բժիշկը՝ որպես հանձնաժողովի նախագահ, տեղամասային հոգեբույժը, համապատասխան շրջանի առողջապահության և ներքին գործերի մարմինների ներկայացուցիչները: Խնամակալական հանձնաժողովը հիվանդի հարազատներից ու մտերիմներից որևէ մեկին նշանակում է հիվանդի խնամակալ՝ հանձնարարելով նրան տնօրինելու հիվանդի ունեցվածքը, հետևելու նրա առողջության, բուժման, սննդի և կենցաղային այլ հարցերին, տնօրինելու նրա կենսաթոշակը, այն նպատակաուղղված օգտագործելու հիվանդի կարիքների համար: Խնամակալների գործունեությունը հսկվում է դիսպանսերի սոցիալական-իրավական օգնության կաբինետի աշխատողների կողմից:

Հոգեբուժական դիսպանսերի գործունեության հետևյալ բնագավառը ազգաբնակչության շրջանում պսիխոհիգիենիկ և սան-լուսավորական աշխատանքների կազմակերպումն է: Դիսպանսերի կազմ-մեթոդական կաբինետը հոգեկան հիվանդների հաշվառման ու վիճակագրական հարցերից բացի, զբաղվում է ազգաբնակչության հոգեբուժական օգնության կազմակերպման, նրա հեռանկարային զարգացման հարցերով, տեղամասային հոգեբույժների հետ համատեղ կազմակերպում է հոգեառողջագիտական ցուցահանդեսներ, դասախոսություններ ինչպես տարբեր հիմնարկ ձեռնարկություններում, այնպես էլ հիվանդների հարազատների հետ: Ջրույցներն ու հանդիպումները պետք է կազմակերպվեն ազգաբնակչությանը հետաքրքրող զանազան թեմաներով (նկրոզներ, ալկոհոլամոլություն, թմրա- և թունամոլության և այլն): Դիսպանսերը զբաղվում է նաև հոգեկան հիվանդացության հաշվառմամբ ու վիճակագրությամբ: Այն բնակավայրերում, որտեղ հոգեբուժական արտահիվանդանոցային ծառայությունը լավ է կազմակերպված, հիվանդների մեծամասնությունը հաշվառված է:

Գյուղական վայրերում հոգեկան հիվանդների դիսպանսերային հսկողության և պահպանողական բուժման հարցերն իրականացվում են գյուղական բժշկական տեղամասերի կողմից: Նրանք պարբերաբար մեթոդական ցուցմունքներ ու կոնսուլտացիաներ են ստանում շրջանային հոգեբուժական կաբինետից կամ հանրապետական հոգեբուժական դիսպանսերից: Վերջինս պլանային ձևով կազմակերպում է բժիշկների գործուղումներ՝ շրջաններին խորհրդատվական-մեթոդական օգնություն ցուցաբերելու նպատակով:

**Յոգեբուժական հիվանդանոցներ:** Յոգեբուժական ստացոնիար օգնությունն իրականացվում է հոգեբուժական հիվանդանոցներում, ընդհանուր սոմատիկ հիվանդանոցների հոգեբուժական կամ սոմատոպսիխիկ բաժանմունքներում: Յոգեբուժական հիվանդանոցներում բաժանմունքները կազմակերպվում են ըստ տարիքի (մանկական և դեռահասների, ժերոնաբանական), ինչպես նաև զինվորական, դատահոգեբուժական, սահմանային հիվանդությունների սանատոր-վերականգնողական: Ի տարբերություն նախկինի, երբ առանձնացվում էին բաժանմունքներ գրգռված և հանգիստ հիվանդների համար, ներկայումս պսիխոֆարմակալոգիայի շնորհիվ անցկացվող բուժումը հնարավորություն է տալիս ստեղծելու ներբաժանմունքային դիֆերենցված հիվանդասենյակներ հոգեկան խանգարման տարբեր վիճակներում եղող հիվանդների համար (ծանր հիվանդներ, խիստ հսկողության կարիք զգացող հիվանդներ): Բաժանմունքում կա նաև ինտենսիվ բուժման հիվանդասենյակ, աշխատանքային թերապիայի սենյակ և այլն: Մեծ նշանակություն ունի բաժանմունքի կահավորումը (հեռուստացույց, ծաղիկներ, սեղանի խաղեր և այլն): Յոգեբուժական ժամանակակից հիվանդանոցները հազեցված են նաև մի շարք լրացուցիչ լաբորատորիաներով ու կաբինետներով (կլինիկաախտորոշիչ, կենսաքիմիական, իմունաբանական, փորձարարահոգեբանական, էլեկտրաուղեղագրական, ռենտգենաբանական և այլն): Հիվանդանոցը պետք է ունենա դահլիճ, գրադարան, կինոսրահ, սպորտ-հրապարակ, զբոսայգի:

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

- Հիվանդանոցի որոշ բաժանմունքներ հարաբերական իմաստով փակ են. հիվանդը չի կարող ուզած ժամանակ ելք ու մուտք ունենալ:
- Հիվանդանոցում հիվանդները միջին հաշվով ավելի երկար են մնում:
- Յոգեբուժական հիվանդանոցում ավելի, քան որևէ այլ տեղ խիստ կարևոր նշանակություն ունի բուժիչ-պաշտպանողական ռեժիմի ստեղծումն ու կիրառումը:
- Հիվանդները մշտապես հսկվում են բուժանձնակազմի կողմից, իսկ իրենց կամ շրջապատի համար վտանգավոր հիվանդները առավել խիստ են հսկվում: Նման հիվանդների մոտ չեն թողնվում այնպիսի իրեր ու առարկաներ (դանակ, պատառաքաղ, մկրատ, ասեղ և այլն), որոնք նրանց կողմից կարող են ի չարը գործածվել:
- 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 լինի բուժող բժշկի տեսադաշտում:

Ստացիոնար բուժման ամենակարևոր օղակներից է աշխատանքային թերապիան: Այն լինում է ներբաժանմունքային և արտաբաժանմունքային, որն անցկացվում է այդ նպատակով նախատեսված հատուկ արհեստանոցներում:

Հիվանդների հոգեբուժական ստացիոնար ընդունվելու ցուցմունքներ են հոգեկան սուր խանգարումները, որոնք նրանց դարձնում են վտանգավոր թե՛ իրենց և թե՛ շրջապատի համար, ախտորոշման անհրաժեշտությունը, ինչպես նաև համապատասխան մարմինների որոշումներով իրականացվող աշխատանքային, զինվորական և դատահոգեբուժական հետազոտությունները, (փորձաքննությունները):

Հիվանդները ստացիոնար բուժման են ընդունվում հոգեբուժական դիսպանսերի կամ կաբինետների ուղեգրով, շտապ բուժօգնության մասնագիտացված բրիգադի միջոցով:

Հիվանդները հոգեբուժական ստացիոնար են ընդունվում իրենց և հարազատների կամքով: Եթե հիվանդը անհետաձգելի հոսպիտալացման կարիք ունի, բայց համաձայն չէ ու չի ցանկանում հիվանդանոց ընդունվել, ընդունարանում երեք բժիշկների մասնակցությամբ որոշվում է նրա հոսպիտալացման ենթարկելու հարցը, և միայն նրանց գրավոր եզրակացությունից հետո հիվանդը ստացիոնար է ընդունվում: Թյուրիմացաբար հոգեբուժական հիվանդանոց ընդունված հիվանդի հարցը 72 ժամվա ընթացքում պետք է պարզվի ու համապատասխան վերջնական որոշում կայացվի հարցը դատարանում քննարկելուց հետո:

Հիվանդը հոգեբուժական ստացիոնար ընդունվելիս սովորաբար զննման է ենթարկվում հերթապահ բժշկի կողմից, որը հոգեկան վիճակի ուսումնասիրությունից բացի, քննում է նաև նրա սոմատիկ վիճակը: Նա ստուգում է, թե մարմնի վրա չկա՞ն արդյոք վնասվածքներ, քերծվածքներ, վերքեր, կապտություններ: Չի թույլատրվում, որ հիվանդն իր հետ վերցնի կտրող կամ ծակող առարկա, դանակ, պատառաքաղ, ածելի, ասեղ և այլն:

Հիվանդի բուժման կուրսն ավարտելուց հետո ստացիոնարից դուրսգրումը կատարվում է բուժող բժշկի կողմից՝ բաժանմունքի վարիչի գիտությամբ: Հիվանդին դուրս գրելուց հետո նրա հիվանդության պատմության քաղվածքը (էպիկրիզ) ուղարկվում է համապատասխան դիսպանսեր, որտեղ հիվանդը շարունակում է մշակակված պահպանողական բուժումը տեղամասային հոգեբույժի հսկողությամբ: Վերջինս զբաղվում է նաև հիվանդի սոցիալական հարցերով: Գործող օրենքի համաձայն՝ էպիլեպսիայով, շիզոֆրենիայով, ինչպես նաև առաջին և երկրորդ խմբի հաշմանդանություն

ունեցող հիվանդները ամբուլատոր անվճար բուժօգնություն են ստանում, իսկ երրորդ խմբի հաշմանդամ հիվանդները՝ 50% զեղչով:

Չոգեբուժական օգնության գործուն 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 ստացված բուժական արդյունքներն ամրապնդելու կարիք ունեն, կամ դիսպանսերից ուղարկվող այն հիվանդները, որոնք հոսպիտալացման կարիք չեն զգում:

### **Թմրաբանական օգնության կազմակերպումը**

Թմրաբանական օգնությունն իրականացվում է արտահիվանդանոցային և ստացիոնար ծառայության միջոցով:

Արտահիվանդանոցային ծառայությունն ընդգրկում է թմրաբանական մասնագիտացված դիսպանսերի, շրջանային բուժմիավորումների, բուժսանմասերի թմրաբանական կաբինետների, արդյունաբերական խոշոր ձեռնարկությունների ու տնտեսությունների թմրաբանական կայանների ու բուժակային կետերի մի ամբողջ ցանց: Այդ ցանցը հիմնականում սպասարկում են հոգեբույժ-թմրաբանները, ինչպես նաև մասնագիտացված թմրաբան բուժակներն ու բուժքույրերը:

Արտահիվանդանոցային թմրաբանական ծառայությունը հիմնականում զբաղվում է բուժկանխարգելիչ և սոցիալ-իրավաբանական օգնության կազմակերպման բազմազան հարցերով: Աշխատանքի բնույթով այն սերտ կապի մեջ է հոգեբուժական բուժօգնության կետերի և ներքին գործերի մարմինների հետ:

Ազգաբնակչության թմրաբանական օգնության կազմակերպման հիմնական կենտրոնը հանրապետական թմրաբանական կլինիկան է: Դրա կառույցում են տեղամասային թմրաբանական կաբինետները, հոգեբուժական և սոմատիկ բուժօգնության կետերի ցանցում գործող թմրաբանական կաբինետները, արդյունաբերական ձեռնարկություններում և խոշոր տնտեսություններում գործող թմրաբանական բուժական կետերը, ինչպես նաև թմրաբանական ստացիոնարը, ցերեկային ստացիոնարը, գիշերային պրոֆիլակտորիումը, բուժարտադրական արհեստանոցները և լրացուցիչ մի շարք ենթաբաժիններ (կազմ-մեթոդական կաբինետ, ֆունկցիոնալ ախտորոշման լաբորատորիա, կլինիկա-կենսաքիմիական լաբորատորիա, ռենտգենաբանական և ֆիզիոթերապիայի, հոգեբանական, հիպնոսային բուժման և այլ կաբինետներ ու լաբորատորիաներ):

Թմրաբանական դիսպանսերն զբաղվում է ալկոհոլամոլությամբ, թմրամոլությամբ և թունամոլությամբ տառապող հիվանդներին հայտնաբերելու, հաշվառելու, կոնսուլտատիվ և բուժկանխարգելիչ միջոցառումներ կազմակերպելու, սոցիալ-աշխատանքային և այլ հարցերով:

Դիսպանսերում շուրջօրյա աշխատանք է կատարում հարբածության աստիճանը որոշող փորձաքննության կաբինետը: Կաբինետի բժիշկը փորձաքննության է ենթարկում այդտեղ ուղարկված անձանց՝ տալով համապատասխան գրավոր եզրակացություն: Փորձաքննության ժամանակ բժիշկը մանրամասն զննում է փորձարկվողի մարմնի, նյարդային և հոգեկան վիճակը, անհրաժեշտության դեպքում օգտագործում է նաև լաբորատոր որոշ մեթոդներ, որոնցից բավականին լայն կիրառում ունի Մոխուվի 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 ժամանակ արտաշնչած (փչած) օդի մեջ ալկոհոլի գոլորշիներ չլինելու դեպքում խողովակի մեջ գտնվող բամբակից պատրաստված նյութը (ռեագենտը) գույնը չի փոխում: Իսկ դրական ռեակցիայի դեպքում առաջանում է կանաչավուն օդակ: Խնած ալկոհոլի քանակով պայմանավորված՝ օդակի գույնը ավելի վառ է դառնում:

Ալկոհոլամոլությամբ, թմրամոլությամբ և թունամոլությամբ հիվանդների բուժումը կարելի է անցկացնել կամավոր, անանուն և հարկադիր: Վերջինս կիրառվում է չարամիտ այն ալկոհոլամոլների նկատմամբ, որոնք համառորեն հրաժարվում են բուժման ենթարկվել: Նման դեպքերում հիվանդը հարազատների, հասարակական կամ վարչական կազմակերպությունների միջնորդությամբ քննության է ենթարկվում բժշկական հանձնաժողովի կողմից և նրա տված եզրակացության ու ժողդատարանի որոշման համաձայն՝ ուղարկվում է ներքին գործերի նախարարության տնօրինությամբ գործող բուժաշխատանքային պրոֆիլակտորիում՝ հարկադիր բուժման: Զարկադիր բուժման ընթացքում հիվանդն աշխատում է պրոֆիլակտորիումի տարածքում գտնվող աշխատանքային որևէ արհեստանոցում, միաժամանակ ընդունելով համապատասխան բուժում:

Ալկոհոլամոլության ստացիոնար բուժումը կատարվում է ինչպես թմրաբանական հիվանդանոցում, այնպես էլ հոգեբուժական հիվանդանոցի թմրաբանական մասնագիտացված բաժանմունքում:

Թմրաբանական ծառայության կարևոր օղակներից է սանլուսավորական աշխատանքը: Այդ աշխատանքում բժիշկ-թմրաբաններից ու հոգեբույժներից բացի, ներգրավվում են նաև այլ բնագավառներում աշխատող բժիշկներ: Բնակչության տարբեր խավերի մեջ բացատրական աշխատանք-

ներ են կազմակերպվում ոչ միայն թմրամոլության կործանարար հետևանքների մասին, այլև թմրամոլություն առաջացնող պայմաններն ու գործոնները բացահայտելու և վերացնելու ուղղությամբ:

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

80-ական թվականների վերջից ակնհայտ դարձավ մի շարք օրենսդրական փաստաթղթերի մշակման անհրաժեշտությունը հոգեբուժության ոլորտում, որի հիմք ծառայեց արտահայտված հասարակական բողոքը՝ ընդդեմ հոգեկան հիվանդների իրավունքների խախտման: 2004թ. մայիսի 25-ին ընդունվեց հոգեբուժական օգնության մասին ՀՀ օրենքը, որն ընդգրկում է հոգեբուժական ծառայությունների կլինիկական, սոցիալական, իրավական, կազմակերպման և այլ ոլորտները: Օրենքը նախատեսում է հոգեկան խանգարումներով տառապող քաղաքացիների պաշտպանվածություն հոգեբուժական օգնություն ցուցաբերելու ընթացքում, նրանց իրավունքների և շահերի պահպանում, հասարակության և հոգեբուժության ծառայությունների աշխատակիցների պաշտպանվածություն հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց վտանգավոր արարքներից: Հատուկ ուշադրություն է դարձվել հոգեկան հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային վերականգնողական հարցերին, որի նպատակն է հիվանդի անձնական և հասարակական դիրքի լիարժեք կամ մասնակի վերականգնումը: Վերականգնման անմիջական խնդիրներն են՝

- բժշկական վերականգնումը՝ հիվանդության առավելագույնս հնարավոր կլինիկական փոփոխատուցում և դրա անցանկալի հետևանքների կանխարգելում,

- մասնագիտական-աշխատանքային վերականգնումը՝ հիվանդի վերադարձ հանրօգուտ ինքնուրույն աշխատանքի, ինքնուրույն գոյության հնարավորության ապահովում,

- սոցիալական վերականգնումը՝ հիվանդի հասարակական դիրքի վերականգնում:

Այսպիսով, պետք է նշել, որ հոգեկան հիվանդների համալիր բուժումը կենսաբանական մեթոդների հետ մեկտեղ ներառում է սոցիալ-աշխատանքային վերականգնողական և վերահարմարվողական միջոցառումներ: Ժամանակակից վերականգնողական մոտեցումներն ուղղված են հիվանդի անձի, նրա խաթարված ունակությունների վերականգնմանը, կոմպենսատոր մեխանիզմների ակտիվացմանը:

## II ՄԱՍ. ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

### ԳԼՈՒԽ 9

#### ՊՍԻԽՈՍՈՍԱՏԻԿ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

#### (սոմատոպսիխիկ և սոմատոֆորմ)

---

Հոգեկան խանգարումների այս խումբը ներառում է երկու տիպի՝ սոմատոպսիխիկ (սիմպտոմատիկ) և սոմատոֆորմ խանգարումներ:

Սոմատոպսիխիկ խանգարումներից են հոգեկան այն հիվանդությունները, որոնք զարգանում են սոմատիկ հիվանդությունների հողի վրա և կոչվում են սիմպտոմատիկ պսիխոզներ: Այդ խանգարումների վերաբերյալ պատկերացումը ձևավորվել է դեռևս Հիպոկրատի ժամանակաշրջանում, սակայն ժամանակակից տեսությունը հիմնված է Կ. Բոնհոֆերի (XXդ. սկիզբ) «արտածին տիպի ռեակցիաներ» սահմանման վրա:

Պսիխոսոմատիկ բժշկությունը նեղ իմաստով (սոմատոֆորմ խանգարումներ) ձևավորվեց միայն 1930-1950-ական թվականներին: Համաձայն այդ պատկերացման՝ սոմատիկ հիվանդությունների պատճառ կարող են լինել հոգեբանական գործոնները կամ հոգեկան խանգարումները:

#### ՍԻՄՊՏՈՍԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐ

#### (սոմատոպսիխիկ խանգարումներ)

Արտածին (էկզոգեն) բնույթի բոլոր հիվանդությունները՝ թե՛ սուր, թե՛ քրոնիկական, թե՛ վարակիչ, թե՛ ոչ վարակիչ, որոշակի ազդեցություն են թողնում հոգեկան գործունեության վրա՝ առաջացնելով տարբեր աստիճանի արտահայտվածություն ունեցող հոգեկան խանգարումներ (թեթև ասպենդեպրեսիվ վիճակից մինչև ծանր պսիխոտիկ խանգարումներ և նույնիսկ թուլամտություն):

Մինչև 19-րդ դարը հոգեբուժության բնագավառում իշխում էր այն կարծիքը, որ սոմատիկ յուրաքանչյուր հիվանդությանը բնորոշ է յուրահատուկ հոգեկան խանգարում, այսինքն՝ պսիխոզի կլինիկական պատկերը պայմանավորված է այն առաջացնող արտածին պատճառով: Սակայն գերմանացի հոգեբույժ Բոնհոֆերի (Bonhoeffer, 1908) աշխատություններով նմանատիպ պատկերացումները փոխվեցին: Բոնհոֆերը ինֆեկցիաների, թունավորումների և սոմատիկ այլ հիվանդությունների դեպքում, դիտարկելով հոգեկան խանգարումների նմանություն (շմամություն, դելիրիում, ամենցիա, էպիլեպսանման ընթացող մթնշաղային վիճակ և սուր ցնորա-

գարություն), առաջադրեց «արտածին տիպի ռեակցիաներ» սահմանումը, որի համաձայն՝ տարբեր ծագում ունեցող հոգեախտաբանական միանման հատկանիշների առկայությունը պայմանավորված է ոչ թե արտածին պատճառի յուրահատկությամբ, այլ օրգանիզմի (ուղեղի) ընդհանուր ռեակցիայով («արտածին տիպի ռեակցիաներ»): Բոնհոֆերը նշում էր, որ զանազան վնասաբեր գործոնների հետևանքով օրգանիզմում կատարվող բազմազան փոփոխություններն առաջացնում են թունավոր արգասիքներ («միջանկյալ օղակ»): Ի պատասխան այդ միջանկյալ թունավոր նյութերի ազդեցության՝ ուղեղը մշտապես տալիս է միաձև՝ «արտածին տիպի ռեակցիաներ»:

Եթե սիմպտոմատիկ սուր պսիխոզները մեծ մասամբ ընթանում են Բոնհոֆերի կողմից նկարագրված «արտածին ռեակցիայով», ապա քրոնիկական բնույթի սոմատիկ և վարակիչ (ինֆեկցիոն) հիվանդություններից, ինտոքսիկացիաների հետևանքով առաջացած հոգեկան խանգարումները ձեռք են բերում էնդոգենանման (չիզոֆրենանման, մոլուցքային, դեպրեսիվ և այլն) կլինիկական պատկեր և ձգձգվող ընթացք:

Սիմպտոմատիկ պսիխոզների հիվանդացությունը 5-8% է:

## **ՍՈՒՐ ՍԻՄՊՏՈՄԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ**

Այս պսիխոզներին սովորաբար նախորդում է կարճատև պրոդրոմալ շրջան, որն ընթանում է գլխացավով, թորշոմածությամբ կամ գրգռվածությամբ, հուզական և քնի խանգարումներով, գերզգայունությամբ (հիպերէսթեզիայով): Այս պսիխոզներն ընթանում են հետևյալ «արտածին տիպի ռեակցիաներով»:

**Դելիրիումային համախտանիշ:** Մեծ մասամբ առաջանում է սուր վարակիչ և սոմատիկ ծանր հիվանդությունների դեպքում՝ հաճախ ուղեկցվելով բարձր ջերմությամբ («տենդային զառանցանք»): Այս վիճակը բնորոշվում է գիտակցության մթազնման զուգակցմամբ առաջացած վառ, արագ հաջորդափոխվող զգայախաբություններով ու դրանցից բխող հոգեշարժական գրգռվածությամբ: Տևում է մի քանի ժամից մինչև 1-2 օր՝ վերջանալով հիվանդի առողջացմամբ: Պայմանավորված վարակի արտահայտվածությամբ, պսիխոզի զարգացմամբ, անհատի նախահիվանդագին վիճակով և լրացուցիչ վնասաբեր գործոնների առկայությամբ՝ կարող է զարգանալ ամենցիա:

**Ամենտիվ համախտանիշ:** Հիվանդները, ինչպես իրենց անձի, այնպես էլ տեղի, ժամանակի, իրադրության մեջ բոլորովին չեն կողմնորոշվում: Մտածողության պրոցեսը խանգարվում է՝ հասնելով խոսքի անկապության: Հիվանդներն անընդհատ խոսում են, արտասանում չկապակցված, պատահական բառեր. խոսքը հասնում է բառերի անհասկանալի կույտի («բառային

խառնաբրդոշ»): Հոգեշարժական գրգռվածությունը հաճախակի սահմանափակվում է անկողնու սահմաններում: Քունը լրիվ խանգարվում է, առաջանում են կորտված պարանոհիզ զառանցական մտքեր, էպիզոդիկ ցնորքներ, շփոթ վիճակ: Ամենտիվ վիճակը տևում է օրեր և շաբաթներ: Ավարտվում է անձի արտահայտված ասթենիզացիայով և հիվանդության շրջանի ամենզիայով: Ծանր դեպքերում հնարավոր է պսիխոթոզանական համախտանիշի զարգացում:

Սոմատոզեն և վարակիչ պսիխոզների դեպքում դելիրիումային և ամենտիվ համախտանիշները հաճախակի փոխարինում են մեկը մյուսին՝ ստեղծելով կլինիկական խայտաբղետ պատկեր:

**Մթնշաղային վիճակը էպիլեպսանման գրգռվածությամբ** սկսվում է հանկարծակի: Բնորոշվում է գիտակցության և կողմնորոշման խոր խանգարմամբ: Հիվանդները տեսողական և լսողական սարսափեցուցիչ ցնորքների և զառանցանքների ազդեցությամբ դառնում են խիստ ագրեսիվ, փախչում են, հարձակվում՝ հաճախ դառնալով չափազանց վտանգավոր շրջապատի համար: Խանգարումը տևում է 2-3 ժամ, ավարտվում է լրիվ ամենզիայով:

**Սուր լսողական (վերբալ) ցնորագարությունը** բնորոշվում է հիվանդների մոտ հանկարծակի սկսվող լսողական ցնորքներով, որոնք ունեն մեկնաբանողական բնույթ: Հիվանդները լսում են բազմաթիվ ձայներ, հիմնականում երկխոսություն: Երբեմն ձայները միմյանց հետ խոսում են, հիվանդի մասին (երրորդ դեմքով) ակնարկներ անում: Երբեմն այդ ձայները հրամայողական բնույթ են ընդունում: Ձայների ազդեցությամբ (որոնք երեկոյան ժամերին ավելի են ուժեղանում) հիվանդները դառնում են լարված, վախ ու տագնապ են ապրում: Ցնորքներին զուգահեռ կարող են առաջանալ նաև զառանցական մտքեր: Գիտակցությունը խանգարված չէ:

**Շշմածությունը** նույնպես սոմատիկ և վարակիչ հիվանդությունների, ծանր թունավորումների դեպքում հաճախակի հանդիպող հոգեկան խանգարումներից է: Շշմածությունը այն «ընդհանուր ֆոնն» է, որի վրա սուր շրջանում զարգանում է վարակների և թունավորումների բնորոշ հոգեախտաբանական այս կամ այն ախտանշանը: Արտահայտվում է տարբեր աստիճաններով. թեթև աստիճանը նման է քնկոտ վիճակի, ծանր աստիճանը հասնում է սոպորի և նույնիսկ կոմայի:

## **ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԵՎ ՍՈՄԱՏԻԿ ՈՐՈՇ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ**

**Կատաղություն:** Կատաղության հարուցիչը ֆիլտրվող վիրուսների ներթոտրոպ խմբից է: Մարդիկ վարակվում են կատաղած շներից, կատուներից, գայլերից և այլ կենդանիներից:

Կատաղության գաղտնի շրջանը միջին հաշվով տևում է 2-10 շաբաթ, իսկ երբեմն՝ նույնիսկ մեկ տարուց ավելի: Նախանշանային շրջանը բնորոշվում է վերքի տեղում առաջացած ցավերով, վախի ու տագնապի երևույթներով: Հիվանդի ջերմաստիճանն սկսում է բարձրանալ, երակազարկն արագանում է, հանդես են գալիս կատաղությանը բնորոշ ախտանշաններ՝ թքարտադրության ու քրտնարտադրության ուժեղացումը, ջրավախությունն (հիդրոֆոբիա) ու օդավախությունը (աերոֆոբիա):

Շուտով դրսևորվում է դելիրումային համախտանիշով 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, փշրում են, վնասում իրենց, պատառոտում հագուստը, հարձակվում շրջապատի մարդկանց վրա, կծում, ճանկռոտում: Գրգռվածությունը ժամանակ առ ժամանակ կարող է անհետանալ, երբ գիտակցությունը պարզվում է, կարճատև հանգիստ վիճակ է առաջանում, սակայն ջրավախության, օդավախության բնորոշ ախտանշանները շարունակում են տանջել հիվանդին:

Աստիճանաբար հիվանդությունն ավելի է խորանում, 3-4-րդ օրը հիվանդը մահանում է սրտային արագ զարգացող անբավարարությունից և շնչառական կենտրոնի կաթվածից:

Դիահերձումը գլխուղեղում հայտնաբերում է բորբոքային փոփոխություններ՝ ուղեղանյութի և նրա թաղանթների արտահայտված արյունալցում և արյունազեղումներ:

Կատաղության դեպքում յուրահատուկ պատճառային բուժում չկա: Սիմպտոմատիկ բուժումը հիմնականում ուղղվում է ցնցումային նոպաներ առաջացնող պատճառների վերացմանը: Անհրաժեշտ է հիվանդի համար ապահովել բացարձակ հանգիստ՝ առանձին մթնեցված հիվանդասենյակում, որը պետք է զերծ պահել ռեֆլեկտոր ցնցումներ առաջացնող օդի հոսանքներից, վառ լույսից, փայլուն առարկաներից: Անհրաժեշտ է պահպանել բացարձակ լռություն: Խնամող անձնակազմը պետք է հսկի, որ հիվանդը իրեն չկծի, որ նրա թուքը մաշկի կամ լորձաթաղանթների վրա չընկնի: Հիվանդի վիճակը կարելի է թեթևացնել գլյուկոզայի, ֆիզիոլոգիական լուծույթի ենթամաշկային և հակաբիոտիկների ողնուղեղային ներարարկումներով: Պետք է կատարել սնուցող հոգնաներ: Տանջալից ցնցումների, ինչպես նաև գրգռվածության դեպքում կատարվում են քլորալ հիդրատի հոգնաներ, մորֆինի ենթամաշկային ներարկումներ: Հանգստացնող կարևոր միջոց է նեյրոլեպտիկների կիրառումը:

Եթե կատաղության դեպքում բուժումը գրեթե անհուսալի է, ապա կանխարգելիչ միջոցառումները հսկայական նշանակություն ունեն: Առաջին հերթին պետք է պայքարել թափառող ու անտեր շների և այլ կենդանիների դեմ: Կենդանու կծելու դեպքում, եթե կատաղության կասկած կա, անհրաժեշտ է կատարել հակառաբիկ պատվաստումներ, մինչև կասկածելի կենդանու ուղեղի քննության արդյունքների պարզելը (Նեգրիի մարմնիկների հայտնաբերում):

Կանխարգելիչ միջոցառումներից մեծ նշանակություն պետք է տալ սանիտարալուսավորական աշխատանքներին:

**Էնցեֆալիտ (ուղեղաբորբ):** Էնցեֆալիտը կարող է լինել առաջնային (երբ գլխուղեղը անմիջականորեն է ախտահարվում) և երկրորդային (երբ ուղեղանյութը վնասվում է որպես այս կամ այն ինֆեկցիայով պայմանավորված բարդություն):

Գլխուղեղը անմիջականորեն ախտահարող էնցեֆալիտներից է էպիդեմիկ էնցեֆալիտը, տզային, մոծակային և մի շարք այլ վիրուսային էնցեֆալիտներ:

Էպիդեմիկ էնցեֆալիտը առաջին անգամ նկարագրել է ավստրիացի գիտնական Էկոնոմոն 1917թ., այդ հիվանդության համաճարակի շրջանում (1915-1920 թվականներ), որից էլ առաջացել է նրա անվանումը՝ 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՝ լեթարգիական քնի բնույթով (այստեղից էլ առաջացել է այս հիվանդության մյուս անվանումը՝ լեթարգիական էնցեֆալիտ): Հիվանդները համարյա թե ամբողջ օրը քնած են, նրանց խիստ դժվար է արթնացնել: Հետագայում արտահայտվում է քնի ռիթմի խանգարում՝ գիշերային անքնություն և ցերեկային քնկոտություն:

Էնցեֆալիտի սուր շրջանի նյարդաբանական ախտանշաններն արտահայտվում են ուղեղաթաղանթային (մենինգիալ) երևույթներով, սրտխառնոցներով ու փսխումներով ուղեկցվող գլխացավերով: Շուտով հանդես են գալիս նաև զանգուղեղային և որոշ նյարդերի խանգարումներ, ավելի հաճախ ակնաշարժիչ և զատող նյարդերի պարեզ (կոպի մեկ կամ երկկողմանի իջեցում, երկտեսություն (դիպլոպիա), դիմանյարդի պարեզ, ակնախաղ (միստագմ), 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 համախտանիշներով:

Դելիրիումային համախտանիշը կլինիկական պատկերով հիշեցնում է ալկոհոլային դելիրիումին, որտեղ գերակշռում են վառ տեսողական ցնորքները, պատրանքները, ակոազմները՝ ուղեկցված անհանգըստությամբ, վախի և տագնապի երևույթներով: Ծանր դեպքերում կարող է հանդիպել փնթփնթան կամ մեղմ (մուսխտիրային) դելիրիում, որն ընթանում է առանց շարժողական գրգռվածության:

Էպիդեմիկ էնցեֆալիտի սուր շրջանից հետո՝ երկարատև ամիսների և նույնիսկ տարիների ընթացքում, աստիճանաբար զարգանում է քրոնիկական շրջանը, որն ընթանում է նյարդաբանական և հոգեկան յուրահատուկ ախտանշաններով: Նյարդաբանական ախտանշանները հիմնականում արտահայտվում են բբերի լույսի հակազդման ռեակցիայի թորշոնածությամբ, ակնախաղով, կոնվերգենցիային պարեզով, երկտեսությամբ, երբեմն՝ տեսողական նյարդի ապաճմամբ, դիմանյարդի պարեզով, ինչպես նաև վեգետատիվ արտահայտված խանգարումներով (ուժեղ լորձահոսություն, գերքըրտություն, հատկապես դեմքի մաշկի ճարպոտություն):

Մանկական հասակում կրած էնցեֆալիտից հետո կարող է առաջանալ ընդհանուր տհասություն (ինֆանտիլիզմ) և հասակի այնպիսի թերաճ, ինչպիսին դիտվում է բազմագեղձային (պրուլիզլանդուլարային) խանգարումների դեպքում:

Քրոնիկական շրջանի ամենաբնորոշ նշաններից են արտաբրգային խանգարումները, որոնք արտահայտվում են պարկինսոնյան համախտանիշով: Այդ համախտանիշին բնորոշ նշաններից են շարժումների և հոգեկան պրոցեսների դանդաղեցումն ու աղքատացումը (բրադեֆրենիա, բրադիկինեզիա): Հիվանդները շատ քիչ ու դանդաղ են շարժվում, երկար ժամանակ սառչում են միևնույն դիրքում: Ընդհանուր կաշկանդվածության զուգակցմամբ դեմքը ամիմիկ է (անդիմաշարժ), արտահայտությունից զուրկ: Դրական կամ բացասական հույզերը իրենց արտահայտությունը չեն գտնում հիվանդի դեմքի վրա, որը մշտապես մնում է դիմականման: Աչքերը հազվադեպ են թարթվում: Չափազանց բնորոշ է պարկինսոնիզմով տառապող հիվանդի քայլվածքը: Նա քայլում է փոքրիկ քայլերով, ծնկները հազիվ ծալելով, քայլելիս ձեռքերը չեն շարժվում, ինչպես վերին, այնպես էլ ստորին ծայրանդամները բոլոր հողերում թեթևակի ծալված են, իրանը՝ որոշ չափով թեքված դեպի առաջ, իսկ գլուխը՝ հակած: Այդ ամենը քայլող մանեկենի կամ քայլող տիկնիկի տպավորություն է թողնում (տիկնիկի քայլվածք): Հաճախակի լինում է մկանային տոնուսի տարածուն մեծացում (ռիզիդություն): Շոշափելիս հաճախ դիտվում են նաև մկանային լարվածության տատանումներ, որոնք արտահայտվում են մկանների թռիչքային կծկումներով ու թուլացումներով (ատամնավոր անիվի ֆենոմեն):

Պարկինսոնիզմին բնորոշ են ծայրանդամների, գլխի և նույնիսկ իրանի մանր դողոցները, որոնք առավելապես ընդգրկում են ձեռքերի մատները: Այդ դողոցները հատկապես արտահայտված են լինում հիվանդի հանգստի պահերին, որոնք առավել ուժեղանում են հուզմունքների և լարվածության դեպքում, իսկ քնած ժամանակ դադարում են:

Էպիդեմիկ էնցեֆալիտի քրոնիկական շրջանում դիտվում են նաև լուրջ հոգեկան խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են հոգեկան ֆունկցիաների ակտիվության նվազմամբ, 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 տարված են իրենց բուժման մտքերով: Կարող են հանդիպել նաև դեպրեսիվ վիճակներ՝ ինքնասպանության հակումներով:

Մանկական հասակում և դեռահասների շրջանում կարող են դրսևորվել բնավորության յուրահատուկ փոփոխություններ՝ ուղեկցված արտակարգ շարժունությամբ, սանձարձակությամբ: Նման հիվանդներին բնորոշ են անկարգությունն ու վարքի անկազմակերպվածությունը, որն ընթանում է բարձր տրամադրության չպատճառաբանված զուգակցմամբ և հաճախ հիմար արարքների ու գործողությունների առիթ է տալիս: 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 դրսևորվում է հատկապես հակումների աղավաղումը, որն արտահայտվում է շատակերության և գերսեռազգայնության երևույթներով, իսկ երբեմն էլ ընդհակառակը՝ այդ հակումների վերացմամբ կամ այլատիպ աղավաղումներով (կլեպտոմանիա, դրոմոմանիա և այլն):

Որոշ դեպքերում բնավորության փոփոխությունները զարգանում են թախծի զգացման ձևով: Հիվանդները դառնում են անտրամադիր, ամեն ինչից դժգոհ ու բժախնդիր, օրերով լաց են լինում, անվերջ ձանձրացնում իրենց գանգատներով ու խնդրանքներով: Արտահայտված կաշունությամբ հանդերձ՝ շատ նեղացկոտ են, շուտ վիրավորվող:

Քրոնիկական էնցեֆալիտով տառապողների դեպքում կարող են հանդիպել նաև պսիխոսենսոր խանգարումներ՝ մետամորֆոպսիայի, մարմնի սխեմայի խանգարման, դեպերսոնալիզացիայի և դեռեալիզացիայի երևույթներով, որոնք հանդես են գալիս նոպայածև, առավելապես քնելիս կամ արթնանալիս: Երբեմն հանդիպում են նաև ակնառլորքային նոպաներ (ակնագնդերի ստիպողական բարձրացում դեպի վեր, հազվադեպ դեպի կողմ և այդ վիճակում մի քանի վայրկյան, թույլ և նույնիսկ ժամ տևող

սևեռացում), որոնք ուղեկցվում են տազնապի ու վախի երևույթներով, իսկ հաճախ՝ գիտակցության օնեյրոիդ բնույթի խանգարմամբ: Առավել հազվադեպ կարող են դիտվել ցնորազառանցանքային բնույթի հոգեկան խանգարումներ:

Ախտաբանական անատոմիան սուր շրջանում ի հայտ է բերում բորբոքային պրոցեսի հետևանքով առաջացած ախտահարում առավելապես ուղեղաբնում (գորշ նյութ, ստորտեսաթմբային կորիզներ): Քրոնիկական շրջանում, բորբոքային փոփոխություններով հանդերձ, հայտնաբերվում են ապաճական փոփոխություններ (բջիջների ոչնչացում, սպիների հետևանքով առաջացած փոփոխություններ):

**Տգային (գարնանաամառային) էնցեֆալիտը** սուր ինֆեկցիոն-վիրուսային հիվանդություն է, որը սովորաբար գլուխ է բարձրացնում գարնան վերջերից, այդ պատճառով էլ անվանվում է սեզոնային կամ գարնանաամառային էնցեֆալիտ:

Հիվանդության հարուցիչը ֆիլտրվող վիրուսն է, որը տարածվում է յուրատեսակ տզերի միջոցով: Այդ վիրուսն ունի նեյրոտրոպ հատկություն, որն առաջին հերթին վնասում է կենտրոնական նյարդային համակարգը: Ուղեղային հյուսվածքը ենթարկվում է բորբոքային և սնուցախանգարումային (դիստրոֆիկ) դիֆուզ փոփոխության: Հատկապես վնասվում են ողնուղեղի պարանոցային հաստուկը, երկարավուն ուղեղը, միջին ուղեղը և ուղեղի թաղանթները:

Հիվանդության սուր ընթացքի դեպքում նյարդաբանական ախտանշաններից (ծայրամասային և կենտրոնական պարալիզներ ու պարեզներ, միոկլոնիկ կայուն հիպերկինեզներ և այլն) բացի, առաջանում են գիտակցության մթազնամբ ընթացող հոգեկան խանգարումներ (շնմածություն, դիլիրիումային և ամենտիվ համախտանիշներ՝ ուղեկցված հոգեշարժական գրգռվածությամբ):

Հիվանդության ենթասուր շրջանում հոգեկան խանգարումները մեծամասնության դեպքում ընթանում են ասթենիկ կայուն համախտանիշով: Երբեմն կարող են հանդիպել նաև կորսակոմյան համախտանիշ, ցնորազառանցանքային խանգարումներ, ինչպես նաև անձի պսիխոպաթանման փոփոխություններ:

**Մոծակային (ամառաաշնանային) ճապոնական էնցեֆալիտն** առաջին անգամ տարածվել է ճապոնիայում, որից էլ առաջացել է դրա անվանումը: Հիվանդության հարուցիչը նեյրոտրոպ վիրուսն է, որը օգոստոս-սեպտեմբեր ամիսներին փոխանցվում է մարդկանց մոծակների միջոցով:

Այս դեպքում ուղեղում կատարվում են բորբոքային փոփոխություններ, առաջանում են մեռուկային օջախներ և կեղևի ու ենթակեղևի տարբեր շրջանների դեգեներատիվ-տոքսիկ փոփոխություններ:

Հիվանդությունը սկսվում է սուր, և առաջին իսկ ժամերից գիտակցությունը խանգարվում է՝ շճմածությունից մինչև սոպոր և կոմա:

Չենց այդ սկզբնական շրջանում էլ կարող են առաջանալ հոգեկան սուր խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են հոգեշարժական գրգռվածությամբ ուղեկցվող դելիրիումային կամ ամենտիվ համախտանիշներով: Պսիխոզից դուրս գալուց հետո դրսևորվում են հիշողության խանգարումներ՝ կորսակոպյան համախտանիշով, իսկ ծանր դեպքերում՝ ստուպորային վիճակներ:

Էնցեֆալիտների բուժման գործում առաջին հերթին կատարվում են ռեկոնվալեսցենտների (հիվանդացած-առողջացածների) արյան շիճուկի ներգոտկային կամ ներմկանային ներարկումներ, թունազերծող միջոցառումներ, հակաբիոտիկներ, հորմոնային պատրաստուկներ, իսկ պարկինսինոզմի դեպքում՝ հակապարկինսոնյան դեղամիջոցներ: Հոգեկան սուր խանգարումների դեպքում ներյուլեպտիկներ պետք է նշանակել զգուշությամբ, փոքր դեղաչափերով: Միաժամանակ պետք է կատարել նաև սիմպտոմատիկ բուժում՝ երբեք չնոռանալով սրտի դեղամիջոցների մասին:

**ՁԻԱՀ-ի դեպքում առաջացած հոգեկան խանգարումներ:** Ձեռքբերովի իմունոդեֆիցիտային համախտանիշի դեպքում առաջացած հոգեկան խանգարումները քիչ են ուսումնասիրված և այդ մասին մասնագիտական գրականության մեջ քիչ տեղեկություններ կան:

Հիվանդության սկզբնական շրջանում դիտվում է ներոզանման պատկեր, որն արտահայտվում է ուշադրության ցրվածությամբ, տրամադրության անկայունությամբ, աչքի է զարնում առավել հաճախ հանդիպող դեպրեսիվ վիճակը: Հետագայում հիշողության ֆունկցիան սկսում է թուլանալ, քննադատությունը նվազում է, հիվանդները դառնում են անզուսպ, հեշտ բռնկվող: Աստիճանաբար հոգեկան խանգարման երևույթներն ավելի են խորանում, ընդհուպ մինչև պսիխոթոզանական համախտանիշի ձևավորում:

**Հոգեկան խանգարումները սոմատիկ հիվանդությունների դեպքում**

Սոմատոզեն բնույթի հոգեկան խանգարումներ առավել հաճախ առաջանում են սրտի, թոքերի, երիկամների, լյարդի հիվանդությունների, խոցային հիվանդության, չարորակ նորագոյացությունների, ալիմենտար (սնուցախանգարման), ավիտամինոզների դեպքում, ինչպես նաև հետվիրահատական, հետծննդյան շրջաններում:

**Սրտամկանի ինֆարկտ:** Այս հիվանդության սուր շրջանում հաճախ նկատվում է վախ, տազնապ, անհանգստություն, շարժողական գրգռվածություն:

Ենթասուր շրջանում կարող են դիտվել շճմածությամբ կամ դելիրիումով ընթացող գիտակցության խանգարումներ, երբեմն էյֆորիկ վիճակ, որն ուղեկցվում է շատախոսությամբ, գործելու ձգտմամբ, իր վիճակի հանդեպ քննադատության վերացմամբ:

Լավացման շրջանում պահպանվում է ընկճվածությունը, հիպոխոնդրիան կամ ընդհակառակը՝ հիվանդության հանդեպ անհամապատասխան վերաբերմունքը, երկարատև ասթենիան:

Սրտային հեղձուկի նոպաների դեպքում նկատվում է մահվան վախ, տազնապ, հիպոխոնդրիա, որոնք ընթանում են տրամադրության անկման զուգակցմամբ:

Հոգեկան խանգարումներ կարող են հանդիպել սրտի վիրահատությունից հետո մեծ մասամբ երկուսից երեք օր անց և արտահայտվում են մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր տևող դելիրիումային, ամենտիվ բնույթի գիտակցության խանգարումներով: Նկարագրվում են նաև համեմատաբար երկար տևողությամբ ընթացող դեպրեսիվ-զառանցանքային և սուբստուպորային վիճակներ:

**Լյարդի հիվանդություններ:** Հոգեկան խանգարումները բավականին հաճախ են հանդիպում: Լյարդի ցիռոզի դեպքում առաջին հերթին նկատվում են ֆիզիկական թուլություն, ուժասպառություն, թորշոնածություն, ասթենիկ վիճակ, որն ուղեկցվում է վախերով ու տազնապով, ինչպես նաև վեգետատիվ խանգարումներով: Սոմատիկ վիճակի ծանրացմանը զուգահեռ՝ կարող է զարգանալ շճմածություն՝ ծանր դեպքերում հասնելով մինչև սպորի և կոմայի:

Լյարդի թունավոր սնուցախանգարման (տոքսիկ դիստրոֆիա) դեպքում կարող են առաջանալ դելիրիումաամենտիվային բնույթի սուր խանգարումներ, ցնորագառանցանքային, կատատոնանման համախտանիշներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ:

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

Թոքերի տուբերկուլոզի սկզբնական շրջանում մի կողմից տուբերկուլոզային ինտոքսիկացիայի, իսկ մյուս կողմից հոգեկան ապրումների հետևանքով առաջանում է դյուրագրգռելիությամբ, հուզական անկայունությամբ (առավել հաճախ անկունային տրամադրությամբ), արագ հոգնածությամբ:

յամբ, աշխատունակության անկմամբ, գլխացավով, քնի խանգարմամբ և այլ ախտանշաններով արտահայտվող ասթենիկ վիճակ:

Այդ դեպքերում հիվանդի բարձրագույն նյարդային համակարգի անհատական առանձնահատկություններով և ինտոքսիկացիայի արտահայտվածության աստիճանով պայմանավորված՝ կարող են ի հայտ գալ բնավորության գծերի հիվանդագին սրացումներ, ինչպես նաև անձի պսիխոպաթանման զարգացում: Նման դեպքերում հիվանդը դառնում է դյուրագրգիռ, անզուսպ, շրջապատի նորմերի հետ չհաշտվող, չնչին առիթներից աֆեկտիվ բռնկումներ է ունենում: Նման անձնավորությունները երբեմն հակվում են թմրանյութեր չարաշահելուն՝ 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 զանգուղեղի անմիջական ախտահարում առաջացնել՝ մեծ մասամբ արտահայտվելով մենինգիտներով կամ մենինգոէնցեֆալիտներով: Նման դեպքերը կարող են ուղեկցվել գիտակցության դիլիրիումային և ամենտիվ խանգարումներով:

Թոքերի տուբերկուլոզի վերջին՝ ծանր շրջանում, կարող է դիտվել էյֆորիկ վիճակ. տրամադրության բարձրացումը չի համապատասխանում հիվանդության ծանրությանը: Նման դեպքերում աչքերի յուրահատուկ փայլի և գունատության զուգակցմամբ առկա է այտերի թեթև կարմրություն: Սոմատիկ վիճակի 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:

**Չարորակ ուռուցքներ:** Այս հիվանդությունների դեպքում հոգեկան խանգարման ամենասկզբնական արտահայտությունը ասթենիան է, որն ընթանում է հուզական արտահայտված անկայունությամբ, երբեմն նաև աֆեկտիվ բռնկումներով: Բնորոշ է, որ հիվանդության ախտորոշումն իմանալուց հետո հիվանդի ասթենիկ վիճակին ավելանում է նաև հոգեկան ապրումներով պայմանավորված պսիխոզեն ռեակցիան՝ հաճախ արտահայտվելով ասթենո-դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ և այլ համախտանիշներով: Նման դեպքերում երբեմն դրսևորվում են սուիցիդալ մտքեր ու հակումներ: Ծանր դեպքերում կարող են դիտվել նաև գիտակցության

զանազան (առավել հաճախ դելիրիումային և ամենտիվ բնույթի) խանգարումներ:

**Երիկամների հիվանդություններ:** Երիկամների հիվանդությունների դեպքում հոգեկան խանգարումների արտահայտվածության աստիճանը մեծ մասամբ զարգանում է սոմատիկ վիճակի ծանրությանը զուգահեռ:

Ամենահաճախ ու ամենավաղ հանդիպող խանգարումներից է ասթենիկ համախտանիշը: Ասթենիայի դեպքում առաջին ախտանիշներն են գերզգայնությունը, գրգռական թուլությունը և կայուն անքնությունը: Մյուս դեպքերում, երբ հիվանդի սոմատիկ վիճակը դեկոմպենսացիայի է ենթարկվում, զարգանում է շնամոթություն և հոգեկան բոլոր պրոցեսների արգելակում: Այս շրջանում կարող են դիտվել էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ: Կարող են առաջանալ նաև հոգեկան սուր խանգարումներ՝ գիտակցության դելիրիումային, ամենտիվ և օնեյրոիդ համախտանիշների կամ դրանց ատիպիկ տարբերակների արտահայտությամբ: Հիվանդների շրջանում կոմատոզ վիճակից դուրս գալուց հետո կարող է դիտվել ասթենիկ համախտանիշի ասթենոլեգետատիվ տարբերակ, որն արտահայտվում է բազմաթիվ վեգետատիվ ախտանշաններով, մարմնի սխեմայի՝ ժամանակ առ ժամանակ առաջացող խագարումներով, ինչպես նաև սենեստոպատիկ զանազան ախտանշաններով:

**Չարորակ (պերնիցիոզ) սակավարյունություն:** Այս հիվանդության դեպքում ամենահաճախ հանդիպող հոգեկան խանգարումը ասթենիան է, որն արտահայտվում է տրամադրության թեթև անկումային (սուրդեպրեսիվ) զուգակցմամբ ընթացող ֆիզիկական և հոգեկան թուլությամբ, արագ հոգնածությամբ, հուզական անկայունությամբ, ցրվածությամբ, հիպոխոնդրիկ զանազան գանգատներով:

Հիվանդության սրացման, ինչպես նաև ձգձգվող ընթացքի դեպքում կարող են դիտվել վախի և տագնապի երևույթներով ընթացող դեպրեսիվ վիճակներ, ինչպես նաև գիտակցության զանազան խանգարումներ (դելիրիումային, ամենտիվ, ներառյալ սոպոր և կոմա):

**Հետծննդյան պսիխոզներ:** Հետծննդյան պսիխոզներն առաջանում են ծննդաբերությունից տարբեր ժամանակահատվածներ անց: Այդ ժամանակահատվածը կարող է տատանվել 1-2 օրից մինչև 1-2 շաբաթ և նույնիսկ 1-2 ամիս: Այն հիմնականում պայմանավորված է հետծննդյան բարդություններով, առավել հաճախ սեպսիսի զարգացմամբ, ինչպես նաև գիմեկոլոգիական, ինֆեկցիոն բնույթի զանազան բարդություններով: Պսիխոզի առաջացմանը նպաստող պայմաններ են հիվանդների սոմատիկ վիճակը, բարձրագույն նյարդային համակարգի վիճակը, միկրոսոցիալ (ընտանեկան) անբարենպաստ պայմանները և այլն:

Յետծննդյան պսիխոզները կարող են արտահայտվել գիտակցության տարբեր բնույթի (դելիրիումային, ամենտիվ, օնեյրոիդ) խանգարումներով, դեպրեսիվ համախտանիշով, իսկ առավել հաճախ՝ դելիրիումաամենտիվային, ամենտիվաօնեյրոիդային, դեպրեսիվ-զառանցանքային բարդ համախտանիշների, ինչպես նաև կատատոնանման, ցնորագարության և այլ համախտանիշներով:

Որոշ դեպքերում ծննդաբերությունից հետո ասթենիզացիայի ենթարկված անձանց շրջանում հոգեծին (պսիխոզեն) ազդակները կարող են առաջացնել դեպրեսիվ վիճակ՝ ուղեկցված տրամադրության արտահայտված անկմամբ ու թախիծով, ինքնամեղադրական մտքերով: Այդ դեպրեսիվ վիճակները երբեմն այնքան արտահայտված են լինում, որ հիվանդը դառնում է անտարբեր և անզգա անգամ նորածին մանկան նկատմամբ, ինչպես նաև ծագում են ինքնասպանության մտքեր:

Քիչ դեպքեր չեն հանդիպում, երբ հոգեծին ռեակցիաներ են առաջանում արատավոր երեխա ծնվելիս, նորածնի մահից և նման բնույթի հոգեկան այլ ապրումներից: Հոգեկան ապրումներով պայմանավորված դեպրեսիվ վիճակների բուժումը հատկապես արդյունավետ է անտիդեպրեսանտներ կիրառելու դեպքում:

Յետծննդյան բարդությունների դեպքում առաջացած հոգեկան խանգարումների արտածին ծագումը բավականին կասկածելի է, և նման դեպքերում հարկ է լինում մտածել պսիխոզի ներծին (էնդոզեն) բնույթի մասին: Որոշ դեպքերում ինչպես հղիությունը, այնպես էլ ծննդաբերությունը շիզոֆրենիայով կամ երկբևեռ պսիխոզով տառապող հիվանդների շրջանում կարող են սրել ու ակտիվացնել հիվանդությունը: Դիտվում են նաև այնպիսի դեպքեր, երբ հետծննդյան պսիխոզը սկսվում է Բոնհեֆերի կողմից նկարագրված «արտածին ռեակցիայով», և որոշ ժամանակ անց գիտակցության խանգարումներով ընթացող արտածին ախտանշաններն ապաճում են՝ տեղը զիջելով ներծին պսիխոզի պատկերին՝ փաստորեն ներծին պսիխոզների նկատմամբ կանխատրամադրված անձանց դեպքում սադրանքի ենթարկելով այդ հիվանդությունները:

## **ԶԳՁԳՎՈՂ ՍԻՄՊՏՈՄԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ**

Սոմատիկ հիվանդության ծանր, ձգձգվող ընթացքը կարող է նպաստել սիմպտոմատիկ պսիխոզների երկարատև ձևերի առաջացմանը, ընդհուպ մինչև 2-3 ամիս: Այդ պսիխոզներն ավարտվում են երկարատև ծանր ասթենիայով, իսկ երբեմն կարող է զարգանալ պսիխոթոզանական համախտանիշ: Պսիխոթոզանական համախտանիշը բնորոշվում է Վալտեր-Բյուելի տրիադայով՝ հիշողության թուլացում, դատողությունների, տրամաբա-

նության թուլացում, աֆեկտիվ անկայունություն: Առանձնացնում են այս համախտանիշի հետևյալ տարբերակները.

*Ասթենիկ.* արտահայտվում է հոգեկան և ֆիզիկական թուլությամբ, դյուրհոգնելիությամբ, ուշադրության հյուժվածությամբ, հիշողության թուլացմամբ, ցածր աշխատունակությամբ:

*Էքսպլոզիվ.* այս տարբերակի դեպքում ամենաարտահայտված ախտանիշը աֆեկտիվ անկայունությունն է: Հիվանդները զայրացկոտ են, հավանաբար դիսֆորիկ պոռթկումների և ագրեսիվ վարքագծի:

*Էյֆորիկ.* հիվանդներն անհոգ են, երջանիկ, առանց քննադատական վերաբերմունքի իրենց իրական վիճակի նկատմամբ:

*Ապաթիկ.* հիվանդներն անտարբեր են թե՛ իրենց անձի, թե՛ շրջապատի նկատմամբ:

Ձգձգված սիմպտոմատիկ պսիխոզներին բնորոշ են նաև դեպրեսիվ, մոլուցքային, հիպոխոնդրիկ, շիզոֆրենանման (ցնորազառանցանքանման և կատատոնանման) պատկերով: Հիվանդությունն ընթանում է հուզական անկայունությամբ, դյուրագրգռությամբ, հոգեկան արագ հյուժվածությամբ, սոմատո-վեգետատիվ խանգարումներով: Լաբորատոր քննության տվյալները բավականին դյուրացնում են տարբերակիչ ախտորոշման հարցը:

Արտածին և ներծինանման բնույթ ունեցող հոգեկան խանգարումներից բացի, սոմատիկ և վարակիչ որոշ հիվանդություններ կարող են նպաստել այնպիսի էնդոգեն պսիխոզների զարգացմանը, ինչպիսիք են շիզոֆրենիան և բիպոլյար պսիխոզը: Նման դեպքերում սիմպտոմատիկ պսիխոզը նախորդում է ներծին պսիխոզին անմիջապես կամ երբեմն մեկից մինչև մի քանի ամիս առաջ՝ դառնալով այդ ներծին հիվանդության առաջացմանն օժանդակող կամ պրովոկացիայի ենթարկող գործոն: Այս հարցում որոշակի նշանակություն ունի նաև կանխատրամադրվածությունը:

Ձգձգվող սիմպտոմատիկ պսիխոզներն առավելապես հանդիպում են ռևմատիզմի, բրուցելլոզի, մալարիայի, բժավոր և որովայնային տիֆի, կատաղության, էնցեֆալիտների, ՁԻԱՀ-ի, ուղեղի սիֆիլիսի դեպքում: Սոմատիկ ոչ վարակիչ հիվանդություններից պետք է նշել սրտամկանի ինֆարկտը, լյարդի և երիկամների հիվանդությունները, թոքերի տուբերկուլյոզը, չարորակ ուռուցքները, չարորակ անեմիան, հետծննդյան պսիխոզները:

### **ՍԻՄՊՏՈՍԱՏԻԿ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Սիմպտոմատիկ պսիխոզների բուժումն անցկացվում է համալիր տարբերակով, ներգործելով և առաջնայինը հոգեկան խանգարում առաջացնող պատճառի վրա (սոմատիկ կամ ինֆեկցիոն հիմնական հիվանդության) նրա բուժմանը: Այդ տեսակետից հիվանդը մշտապես պետք է լինի

թերապևտի, սրտաբանի, էնդոկրինոլոգի, ինֆեկցիոնիստի, հոգեբույժի կամ համապատասխան այլ մասնագետ-բժշկի հսկողության տակ: Քանի որ պսիխոզի սուր շրջանում հիվանդը վտանգավոր կարող է լինել ինչպես իր, այնպես էլ շրջապատի համար, ուստի նրան պետք է մեկուսացնել և ապահովել շուրջօրյա հսկողություն: Պսիխոզի ձգձգվող ընթացքի դեպքում հիվանդի բուժումն ավելի լավ է կազմակերպել ընդհանուր հիվանդանոցի սոմատոպսիխիկ բաժանմունքում:

Սոմատիկ հիմնական հիվանդության դեմ անցկացվող բուժական միջոցառումներից բացի, պետք է կատարել նաև թունազերծող և օրգանիզմն ամրապնդող բուժում: Այդ նպատակով կիրառվում են 40%-անոց գլյուկոզայի, 25%-անոց ծծմբաթթվային մազնեզիումի, 40%-անոց ուրոտրոպինի, C, B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, B<sub>15</sub> (PP) վիտամինների ներարկումներ, որոնք հաճախ կարելի է զուգակցել հեմոդեզի հետ (կաթիլային ներարկումներով): Թունազերծող ներգործություն ունեն նաև գլյուտամինային թթուն, և այլն: Այդ բոլորով հանդերձ՝ պետք է կիրառել սիրտ-անոթային գործունեությունը պահպանող (կոֆեին, կորդիամին և այլն) ու հանգստացնող դեղամիջոցներ:

Պսիխոզի բուժումն անցկացվում է համախտանշանաբանական (սինդրոմոլոգիական) սկզբունքով: Երբեք չպետք է մոռանալ, որ հոգեկան խանգարված գործունեության կանոնավորումը իր հերթին նպաստում է սոմատիկ հիմնական հիվանդության հաջող բուժմանը:

Համախտանշանաբանական բուժման դեպքում հոգեչարժական գրգռվածությունը կանխվում է հատկապես ամինազինի 2,5%-անոց, տիզերցինի 2,5%-անոց, դիազեպամի (ռելանիում, վալիում, սեդուքսեն) 0,5%-անոց լուծույթի ներարկումներով (րիսպերիդոն 0,025գ, օլանզապին՝ 2,5մգ):

Ցնորազառանցանքային համախտանիշի դեպքում առավել արդյունավետ է հալոպերիդոլի 0,0015գ հաբերի կամ 0,1%-անոց լուծույթի և այլ նեյրոլեպտիկների օգտագործումը:

Դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում նշանակվում են հակադեպրեսանտներ՝ մելիպրամին (տոֆրանիլ, իմիպրամին 0,025գ կամ 2,5%-անոց լուծույթ, ամիտրիպտիլին (տրիպտիզոլ) 0,025 գ, պիրազիդոլ 0,025 գ, ազաֆեն 0,025գ, ֆեվարին 50մգ, զոլոֆտ 50մգ և այլն):

Նևրոզային և նևրոզանման խանգարումների, հոգեկան լարվածության դեպքում արդյունավետ է բենզոդիազեպինի ածանցյալների և այլ տրանկվիլիզատորների կիրառումը:

Ելնելով այն բանից, որ սոմատիկ հիվանդությունների դեպքում հիվանդների մոտ հաճախ խիստ զգայունություն է դիտվում նեյրոլեպտիկ դեղամիջոցների հանդեպ, առաջանում են բազմազան բարդություններ, ուստի այդ դեղանյութերը պետք է կիրառել ոչ մեծ դեղաչափերով և խիստ

զգույշ՝ յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում ունենալով անհատական մոտեցում: Սոմատոզեն պսիխոզների բուժումը մեծապես պայմանավորված է պսիխոթերապիայով, ինչպես նաև հիվանդի հոգեկան ոլորտի վրա դրականորեն ներգործող բոլոր առավելագույն պայմանները (բուժիչ-պաշտպանողական ռեժիմ, դեոնտոլոգիա, միկրոսոցիալական միջավայրի առողջացում և այլն) ստեղծելով ու բարելավելով:

### **ՍԻՖԻԼԻՍԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐ**

Կենտրոնական նյարդային համակարգի սիֆիլիսային ախտահարման դեպքում կարող են դիտվել առաջընթաց բնույթի ծանր հոգեկան խանգարումներ՝ ուղեղի սիֆիլիս և պրոգրեսիվ պարալիզ:

### **Ուղեղի ՍԻՖԻԼԻՍ**

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

**Սիֆիլիսային նկրասթենիան** ներոսիֆիլիսի ամենավաղ դրսևորումն է, որի առաջացման հիմքում մի կողմից սիֆիլիսային ինտոքսիկացիան է, մյուս կողմից՝ հոգեծին (պսիխոզեն) գործոնը, որն առաջանում է հիվանդի հոգեկան ապրումներից սիֆիլիսով վարակվելու դեպքում: Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ընդհանուր թուլությամբ, գլխացավով, քնի խանգարմամբ, հուզական անկայունությամբ, դյուրագրգիռությամբ, կենտրոնանալու և հիշելու անկարողությամբ:

**Կաթվածանման (անոթային) ձևը** բնորոշվում է ուղեղի մանր ու մեծ անոթների վնասվածքով, որը կարող է հասցնել կաթվածների՝ առաջացնելով պարալիզներ, պարեզներ, ապրաքսիա, աֆազիա և այլ օջախային երևույթներ:

**Էպիլեպսանման ձևի** դեպքում տեղ են գտնում ինչպես էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ, այնպես էլ գիտակցության մթնշաղային վիճակներ:

**Գումային ձևը** կլինիկական պատկերով հիշեցնում է ուղեղի ուռուցք: Ուղեղում առաջացած գումաների մեծությամբ ու տեղակայմամբ պայմանավորված՝ կարող են դիտվել նյարդաբանական զանազան խանգարումներ՝ ներզանգային ճնշման բարձրացում, ուժեղ գլխացավեր, շշմածություն, թորշոմածություն, անտարբերություն, երբեմն նույնիսկ էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ: Աչքի հատակի քննության դեպքում հայտնաբերվում են տեսողական նյարդերի կանգային պտկիկներ:

**Ցնորագառանցանքային ձևը** համեմատաբար դանդաղ է զարգանում: Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է լսողական ցնորքներով ու պարանոիդ բնույթի զառանցական մտքերով:

**Բնածին սիֆիլիս:** Հիվանդությունը պտղի ներարգանդային վարակի հետևանք է: Բնածին սիֆիլիսը բնորոշվում է մարմնական մի շարք ախտանշաններով՝ հուտչինսոսնյան երրորդությամբ:

Կլինիկական պատկերում առաջնային են մենինգոէնցեֆալիտները, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաները, մտավոր թերզարգացումը:

**Ուղեղի սիֆիլիսի բուժումը:** Առաջին հերթին անցկացվում է ախտածնային բուժում՝ ուղղված հիմնական հիվանդության՝ սիֆիլիսի դեմ: Այդ նպատակով համալիր կիրառվում են վիսմուտի, մկնդեղի, սնդիկի, յոդի պատրաստուկներ և հակաբիոտիկներ, ինչպես նաև անցկացվում է սիմպտոմատիկ բուժում:

## **ՊՐՈԳՐԵՍԻՎ ՊԱՐԱԼԻԶ**

Քրոնիկական ծանր հոգեկան հիվանդություն է: Որպես ինքնուրույն նոզոլոգիական միավոր՝ 1822 թվականին առաջին անգամ նկարագրել է հոգեբույժ Բեյլը, իսկ դրա սիֆիլիսային ծագումը 1913 թվականին ապացուցել է ճապոնացի գիտնական Նոգուշին, որը հոգեկան հիվանդների ուղեղում հայտնաբերել է սիֆիլիսի հարուցիչ՝ դժգույն սպիրոխետ:

Պրոգրեսիվ պարալիզի ընթացքը բաժանվում է երեք շրջանի՝ սկզբնական, հիվանդության ծաղկման և վախճանային (մարագմ):

**Սկզբնական (ներասթենիկ)** շրջանը բնորոշվում է օրգանական երանգավորում ստացած ներոզանման ախտանշաններով՝ գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, արագ հոգնածություն, ակտիվության թուլացում, աշխատունակության անկում, քնի խանգարում և այլն: Սակայն ի տարբերություն ներասթենիայի՝ ի հայտ են գալիս նաև հոգեկան խանգարումներ՝ ինքնավերահսկողության թուլացում կամ կորուստ. հիվանդները դառնում են կոպիտ, անտակտ, ապարզելակված:

Հիվանդության ծաղկման շրջանը բնորոշվում է առաջընթաց թուլանտությամբ: Հիշողության խանգարումներն ավելի են ուժեղանում, դատողությունը թուլանում է, հիվանդները դադարում են ըմբռնել իրենց հիվանդագին վիճակը, վարքը դառնում է անհեթեթ, առաջանում են զգացմունքների ու հակումների զանազան խանգարումներ: Թույլ են տալիս չվերահսկվող արարքներ. դրանք շռայլում են անիմաստ, ծանոթ և անծանոթ մարդկանց նվերներ են բաժանում, հեշտությամբ սեռական կապեր են ստեղծում պատահական մարդկանց հետ: Ինտելեկտի ծանր խանգարումներով ուղեկցվող օրգանական այս թուլանտության զուգակցմամբ առաջա-

նում են հոգեախտաբանական զանազան խանգարումներ՝ զառանցանքներ (հաճախակի մեծամոլական բնույթի), էյֆորիա, դեպրեսիա, գրգռվածություն և այլն:

Վախճանային (մարազմի) շրջանը բնորոշվում է հիվանդի ֆիզիկական և հոգեկան լրիվ քայքայմամբ (պարալիզային մարազմ): Հիվանդները կորցնում են շրջապատի հետ բանականորեն հաղորդակցվելու ունակությունը, ուտում են ամեն ինչ՝ չտարբերելով ուտելին ոչ ուտելիից, չեն կարողանում ինքնուրույն հոգալ իրենց բնական կարիքները, կորցնում են խոսելու ունակությունը, խիստ հյուժվում են, որն ուղեկցվում է ոսկրերի կոտրվածքներով, գլխուղեղի արյունազեղումներով, ցնցումային նոպաներով, պառկելախոցերով: Մահն առաջանում է հերթական կաթվածից, էպիլեպսային վիճակից կամ լրացուցիչ որևէ վարակից, ծայրաստիճան կախեկտիկ վիճակում (ֆիզիկական մարազմ):

Նյարդաբանական ախտանշաններից պետք է նշել Արգայլ-Ռոբերտսոնի համախտանիշը (բբերի՝ լույսին հակազդման բացակայություն, սակայն հակազդման առկայություն կոնվերգենցիայի և ակկոնոդացիայի դեպքում), բբերի անհավասարաչափությունն ու ձևափոխությունը, ծնկային ռեֆլեքսների անհավասարությունը, իսկ հաճախ նաև բացակայությունը: Խոսակցությունը դառնում է անհասկանալի, ոչ պարզ և անհստակ (դիզարթրիա), դեմքը դիմականման է, նկատվում է քիթ-շրթային ծալքի ասիմետրիա:

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), Լանգեի կոլոիդային ռեակցիան, ինչպես նաև ողնուղեղային հեղուկի մեջ հատկապես լիմֆոցիտային բջիջների շատացումը (պլեոցիտոզ):

Պաթոմորֆոլոգիական քննության դեպքում հայտնաբերվում է գլխուղեղի տարածուն ախտահարում՝ ճակատային բլթերի ապաճում, գլիոզ հյուսվածքի ուռճացում, փորոքների լայնացում և ջրգողություն, սիֆիլիսային էնդարթերիտի երևույթներ:

Գոյություն ունեն պրոգրեսիվ պարալիզի տարբեր տեսակներ, որոնցից ամենահիմնականը դասական կամ էքսպանսիվ (մոլուցքային) տեսակն է: Այս դեպքում տրամադրության էյֆորիկ զուգակցմամբ դրսևորվում են անհեթեթ, մեծամոլական, զառանցական մտքեր: Հանդիպում են նաև դեպրեսիվ, թուլամտային, գրգռված, պարանոիդ, ցնցումային և այլ տեսակներ:

**Յուլենիլ (պատանեկան) պրոգրեսիվ պարալիզ:**

Այս ձևն առաջանում է բնածին սիֆիլիսով տառապողների շրջանում, որն ի հայտ է գալիս մեծ մասամբ 15-20 տարեկանում: Պատանեկան պրոգրեսիվ պարալիզի դեպքում հուսալիստոնյան երրորդությունից բացի առկա են պրոգրեսիվ պարալիզին բնորոշ այլ ախտանշաններ, որոնցից հիմնականը բանականության զարգացման կանգն է:

**Բուժումը:** Անցկացվում է համալիր՝ հակասիֆիլիսային դեղամիջոցներ, վիտամինաթերապիա, սիմպտոմատիկ բուժում (նեյրոլեպտիկներ, հակադեպրեսանտներ, սեդատիվ և քնաբեր, հակացնցունային դեղամիջոցներ), պսիխոթերապիա:

### **ՍՈՍԱՏԻԿ ԱՆՏԱՆԻՇՆԵՐՈՎ ԴՐՍԵՎՈՐՎՈՂ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ (սոմատոֆորմ խանգարումներ)**

Բոլոր բժիշկ-մասնագետներն ակնհայտ կապ են նշում հոգեկան խանգարումների և սոմատիկ հիվանդությունների միջև: Ընդհանուր բժշկական փորձը ապացուցում է, որ այն անձինք, որոնք ունեն հոգեկան խանգարումներ, ցուցաբերում են սոմատիկ հիվանդությունների ավելի բարձր մակարդակ:

Պսիխոսոմատիկ խանգարումներն արտահայտում են հոգեկան և սոմատիկ պրոցեսների միջև գոյություն ունեցող սերտ կապերը: Այդ կապերի ուսումնասիրությունը հանգեցրել է երկու տեսակետի՝ մի կողմից հոգեբանական գործոնները (սթրեսները) կարող են նպաստել սոմատիկ հիվանդության առաջացմանը, մյուս կողմից հոգեկան խանգարումները կարող են դրսևորվել սոմատիկ ախտանիշներով:

Առաջին տիպի պսիխոսոմատիկ կապերի վրա հիմնված տեսության կողմնակիցները կարծում են, որ մարդու օրգանիզմում հուզական փոփոխություններն ուղեկցվում են ֆիզիոլոգիական փոփոխություններով, և եթե այդ փոփոխությունները հաճախակի են կամ կայուն, ապա կարող են առաջացնել ախտաբանական սոմատիկ փոփոխություններ և դրանց հետևանքով մի շարք հիվանդություններ՝ բրոնխային ասթմա, էսենցիալ զարկերակային հիպերտենզիա, թիրեոտոքսիկոզ, ռևմատոիդ հոդաբորբ, ոչ յուրահաուկ խոցային կոլիտ, պեպտիկ խոց, նեյրոդերմիտ և այլն:

Մի տեսության համաձայն՝ այդ հիվանդությունների առաջացումը պայմանավորված է անձի յուրահատկություններով: Մյուս տեսության կողմնակիցները կարծում են, որ հոգեբանական գործոնները ախտաբանական պրոցեսներ են առաջացնում այն օրգաններում, որոնք ունեն նախատրամադրվածություն: Այդ հիվանդությունները հայտնի են օրգան-նկրոզների անվանմամբ՝ սրտի նկրոզ, ստամոքսի նկրոզ և այլն:

Պսիխոսոմատիկ կապերի երկրորդ տիպը այն ախտաբանական պրոցեսների հիմքում է, որոնց շնորհիվ հոգեկան խանգարումները դրսևորվում են սոմատիկ ախտանշաններով: Սոմատիկ ախտանշանները, որոնք պայմանավորված չեն որևէ ֆիզիկական պատճառով, մարմնական հիվանդությամբ, հաճախ հանդիպում են ընդհանուր պրակտիկայի բժշկների այցելուների շրջանում: Նման սոմատիկ ախտանշանները փաստորեն հոգեկան խանգարումների դրսևորում է, և այդ հոգեկան խանգարումները բավական բազմազան են:

Մարմնական ախտանիշներով արտահայտվող հոգեկան խանգարումներից են կոնվերսիոն հիստերիան, հիպոխոնդրիան, դիսմորֆոֆոբիան, տագնապային խանգարումը, սոմատոֆորմ ցավային խանգարումը, ադապտացիայի խանգարումները, սոմատիզացված խանգարումը:

Ներկայումս հստակ պատկերացում չկա, թե ինչպիսի մեխանիզմով է հոգեկան խանգարումը վերածվում մարմնական ախտանիշի: Այդ մեխանիզմը, այդ պրոցեսը կոչվում է սոմատիզացիա, սակայն ինչն է այդ սոմատիզացիայի հիմքը՝ առայժմ պարզ չէ:

Սոմատիզացիան հանդիպում է հոգեկան բազմաթիվ խանգարումների դեպքում, սակայն այն առավել բնորոշ է ադապտացիայի, տրամադրության տագնապային խանգարումներին, դեպրեսիային:

Պսիխոսոմատիկ խանգարումների հիվանդացությունը 15-50% է:

### **ՍՈՍԱՏՈՖՈՐՄ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

**Սոմատիզացված խանգարում:** Հիմնական հատկանիշը բազմաթիվ սոմատիկ գանգատներն են տարիների ընթացքում, որոնք սկսել են դրսևորվել հիվանդի կողմից դեռևս մինչև 30 տարեկան հասակը:

Սոմատիզացված խանգարումն առավելապես հանդիպում է կանանց շրջանում: Հիվանդությունը դժվար է բուժվում:

**Կոնվերսիոն խանգարում:** Կոնվերսիոն խանգարումները՝ ամենզիա, սենսոր խանգարումներ, քայլելու դժվարություններ և այլն, որոնք մանրամասն նկարագրված են կոնվերսիոն ներոզի դեպքում, ավելի քիչ են հանդիպում ընդհանուր պրակտիկայում: Հիվանդանոցներ այդպիսի ախտորոշումով դիմողները 1% են:

**Սոմատոֆորմ ցավային խանգարում:** Առաջանում են քրոնիկական բնույթի ցավեր, որոնք պայմանավորված չեն որևէ սոմատիկ հիվանդությամբ, սակայն վեց ամսից ոչ պակաս հիվանդին մտահոգում են:

**Հիպոխոնդրիա:** Բնորոշվում է հիվանդի մշտական մտավախությամբ, հանգստում, որ ինքը տառապում է այս կամ այն հիվանդությամբ: Ադեկվատ կլինիկական և լաբորատոր հետազոտությունները բացառում են որևէ

սոմատիկ հիվանդության գոյությունը, որը կարող էր առաջացնել հիվանդի կողմից ներկայացվող գանգատներն ու զգացողությունները: Սակայն հիվանդի համոզմունքը հնարավոր չէ վերացնել բժիշկների բացատրություններով, հետազոտությունների արդյունքներով: Հիպոխոնդրիա ախտորոշումը հաստատվում է այն դեպքում, երբ համառորեն դրսևորվող այդ համոզմունքը ունի վեց ամսից ոչ պակաս տևողություն:

**Դիսմորֆոֆորիա:** Այս համախտանիշի առկայության դեպքում հիվանդը համոզված է, որ իր մարմնի այս կամ այն մասը չափազանց մեծ է կամ չափազանց փոքր, տծև կամ այլանդակ: Նա ամբողջովին տարվում է իր «տգեղության» հետ կապված մտքերով ու տառապանքներով, նրան թվում է, թե բոլորն ուշադրություն են դարձնում և խոսում են այդ մասին:

Դիսմորֆոֆորիան դժվար է ենթարկվում բուժման: Կոսմետիկական վիրաբուժությունը հակացուցված է, եթե, իհարկե, չկան արտաքին լուրջ թերություններ:

**Բուժումը:** Պսիխոսոմատիկ տեսության ներկայացուցիչները կարծում էին, որ պսիխոսոմատիկ խանգարումները ենթակա են հոգեբանական բուժման, որը կարող է նպաստել առողջացմանը կամ հիվանդագին վիճակի բարելավմանը: Սակայն պարզվեց, որ հոգեբանական որոշ խանգարումներ, որոնք առաջանում են սոմատիկ հիվանդություններով պայմանավորված, հոգեբուժական միջոցներով բուժման կարիք ունեն` նեյրոլեպտիկներ, հակադեպրեսանտներ, անքսիոլիտիկներ և, իհարկե, պսիխոթերապիա:

## Ստուգողական թեստեր

### 1. Հիվանդություններից ո՞րն է սիմպտոմատիկ պսիխոզ.

- ա) նախածեղունական պսիխոզ
- բ) էպիլեպսիա
- գ) ուղեղի սիֆիլիս
- դ) բոլորը
- ե) ոչ մեկը

### 2. Ո՞ր ռեակցիան սուր արտածին չէ.

- ա) դելիրիում
- բ) պսիխոօրգանական համախտանիշ
- գ) ամենտիվ համախտանիշ
- դ) գիտակցության մթնշաղային համախտանիշ

3. Ո՞ր համախտանիշը բնորոշ չէ ձգձգվող սիմպտոմատիկ պսիխոզներին.
- ա) ասթենիկ համախտանիշ
  - բ) պարանոիդ համախտանիշ
  - գ) մոլուցքային համախտանիշ
  - դ) դելիրիոզ համախտանիշ
4. Ո՞րը ուղեղի սիֆիլիսի կլինիկական ձև չէ.
- ա) ասթենիկ
  - բ) պարանոիդ
  - գ) հեբեֆրենիկ
  - դ) դեպրեսիվ
5. Նշվածներից ո՞րը պսիխոսոմատիկ խանգարումներից չէ.
- ա) կոնվերսիոն հիստերիա
  - բ) դիսմորֆոֆոբիա
  - գ) կաչուն վիճակների նևրոզ
  - դ) հիպոխոնդրիա
  - ե) սոմատոֆորմ ցավային խանգարում
6. Պրոգրեսիվ պարալիզի առավել հավանական սկզբնական ախտանիշն է՝
- ա) դիզարտրիան
  - բ) Առգայլ-Ռոբերտսոնի ախտանիշը
  - գ) պտոզը
  - դ) անիզոկորիան
7. Սուր սիմպտոմատիկ պսիխոզների տևողությունն է՝
- ա) 2-3 ժամ
  - բ) 2-3 օր
  - գ) 2-3 շաբաթ
  - դ) բոլորն էլ ճիշտ են
  - ե) ոչ մեկը ճիշտ չէ
- Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. գ, 2. բ, 3. դ, 4գ, 5գ, 6բ, 7դ

# ԳԼՈՒԽ 10

## ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱ

---

Շիզոֆրենիան քրոնիկական հիվանդություն է, որն ունի նույնպիսի հարաճուն կամ անընդմեջ հարաճուն (պրոգրեսիվ) ընթացք և դրսևորվում է անձի հետզհետե զարգացող փոփոխություններով՝ էներգետիկ պոտենցիալի (կարողունակության) անկումով, հույզերի աղքատացումով, խորացող ինքնամփոփությամբ (աուտիզմ), ինչպես նաև բազմազան հոգեախտաբանական խանգարումներով: Անձի վերոհիշյալ փոփոխություններն էլ հենց ընկած են շիզոֆրենիայի դեֆեկտի հիմքում, որի ծանրության աստիճանը պայմանավորված է այդ փոփոխությունների խորությամբ՝ հոգեկան գործունեության հազիվ նկատելի խանգարումներից մինչև խոր կազմալուծում:

Շիզոֆրենիան ներծին հիվանդություն է, քանի որ դրա պատճառագիտության և ախտածագման մեջ վճռական դեր են կատարում ներքին մեխանիզմները:

Այն սկսվում է գերազանցապես երիտասարդ տարիքում (17-25տ.), սակայն կարող է դրսևորվել նաև երեխաների և տարեց մարդկանց շրջանում: Շիզոֆրենիային հատուկ հոգեախտաբանական նշանները նկարագրվել են այդ հիվանդությունը առանձին նոզոլոգիական միավոր ընդունելուց դեռ շատ առաջ:

Գերմանացի հոգեբույժ Է. Կրեպելինը 1896թ. նկարագրել է մի խումբ հոգեկան հիվանդություններ՝ դրանք անվանելով վաղաժամ թուլամտություն (լատ. «dementia praecox»):

Վիեննացի հոգեբույժ Ե. Բլոյլերը (1911թ.) տվյալ հիվանդությունը բնութագրելիս չափանիշ է ընդունել ոչ թե վաղ զարգացող ելքային վիճակները, ինչպես կարծում էր Կրեպելինը, այլ հոգեախտաբանական սկզբունքը: Բլոյլերը ելնում էր այս հիվանդությանը բնորոշ հոգեկան խանգարումների յուրահատուկ կառուցվածքից, այսինքն՝ հոգեկան ճեղքվածությունից, ուստի և պսիխոզների այդ խմբի համար առաջարկել է «շիզոֆրենիա» տերմինը (հոգու ճեղքվածություն «shiso» – ճեղքում, անձի երկատվածություն «phren» – հոգի):

Շիզոֆրենիայի դեպքում ճեղքվածությունը դրսևորվում է հոգեկան գործունեության ամբողջականության խախտմամբ՝ ընդգրկելով ճանաչողական, հուզական, վարքային ոլորտները, որոնցով էլ պայմանավորված են պոզիտիվ և նեգատիվ ախտանիշներն ամբողջությամբ:

**Շիզոֆրենիայի տարածվածությունը:** Ըստ ԱՅԿ-ի տվյալների՝ աշխարհի բնակչության 0,85-1%-ը տառապում է շիզոֆրենիայով: Ըստ մասնագիտական գրականության տվյալների՝ վերջին 50 տարիների ընթացքում շիզոֆրենիայի դինամիկան կայուն է:

### **ԱԽՏԱՆՇԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ**

Շիզոֆրենիայի դեպքում դիտվում են ախտաբանական գրեթե բոլոր ախտանիշները և համախտանիշները, բացի նրանցից, որոնք բնորոշ են գլխուղեղի օրգանական հիվանդություններն (հիշողության խանգարումներ, բանականության օրգանական բնույթի փոփոխություններ, պարոքսիզմալ էպիլեպսանման համախտանիշներ):

Զնայած ախտանիշների ողջ բազմազանությանը, շիզոֆրենիայի ժամանակ կարելի է առանձնացնել առանցքային հոգեախտաբանական խանգարումները, որոնք դրսևորվում են հիվանդության սկզբնական շրջանից և խորանալով առաջացնում են անձի դեֆեկտ, ընդհուպ մինչև օրգանական թուլամտությունից դժվար տարբերվող հոգեկանի կոպիտ կազմալուծում:

Այդ խանգարումները արտահայտվում են հոգեկան ֆունկցիաների տարակարգությամբ (դիսկորդանտություն), այսինքն մտածողության, հույզերի և կամային ակտիվության աններդաշնակություն, ճեղքվածություն:

Ասոցիատիվ պրոցեսների խանգարումները դրսևորվում են նրանով, որ այդ պրոցեսները, կորցնելով կապը արտաքին աշխարհի երևույթների հետ, դառնում են հիվանդի անձնական փորձից չբխող, վերացական, անիրական պատկերացումներ: Մտածողությունը կորցնում է կոնկրետությունը, առաջանում են անպտուղ իմաստականություն, 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 ինքնամոտի, անմատչելի: Այս վիճակը Ե. Բլոյլերն անվանել է աուտիզմ: Ասոցիատիվ պրոցեսների հարաճող ճեղքվածությունը հանգեցնում է մտածողության, խոսքի փեղեքման (շիզոֆազիա), որի դեպքում դժվար է լինում ըմբռնել հիվանդի խոսքի իմաստը: Օրինակ՝ «Մաուզլին ուղեղի կապն է ձեռագրի խմբագրությանը: Ձեզ հասկացա, ես կապի մեջ եմ, 12-25-70: Հարգանքներով՝ Գուրգեն»:

Ասոցիացիաների խանգարումը կարող է դրսևորվել մտքերի ականա հորդահոսքով (մտքահոսությամբ /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 բանածևը (H<sub>2</sub>O).

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, կուտակում (ագլուտինացիա), օրինակ՝ նոր բառը կազմվում է կիսատ բառերից, անկանոն հնչյուններից և այլն («Աշբլբտոզը Ալպրշտշլբտլ Ռշլտրտրբզլ՝ սա իմ անունը, ազգանունը և հայրանունն է, որոնցով ես փոխարինել եմ իմ առաջվանը, որոնք ինձ չէին պատկանում»՝ հայտնում է հիվանդներից մեկը): Նեոլոգիզմը շիզոֆազիայի հետ մեկտեղ առաջացնում է «խոսքի խառնաբրդոշ», ուր հաճախ ստերեոտիպով կրկնվում են միևնույն բառակապակցությունները (պերսևերացիա):

Շիզոֆրենիայի դեպքում հուզական ոլորտի խանգարումները նույնպես խիստ ինքնատիպ են, բազմազան և մեծ նշանակություն ունեն ախտորոշելու համար: Հիվանդության սկզբում լինում է տրամադրության անկում, որն ունի ոչ առարկայական բնույթ: Սկզբից ևեթ այդ ընկճվածությունը անտարբերությամբ է ուղեկցվում այն ամենի նկատմամբ, ինչը նախկինում հետաքրքրում էր հիվանդին: Սկսում են ի հայտ գալ անհամապատասխան հուզական դրսևորումներ (պարաֆնիա), երբ ուրախալի լուրերը առաջ են բերում զայրույթ, արցունքներ, իսկ ծնողների հանդեպ սերը փոխվում է ատելության, զգվանքի. հույզերի ճեղքվածությունն արտահայտվում է անբիվալենտությամբ, երբ հիվանդները միաժամանակ հանդես են բերում փոխհակասական զգացումներ՝ սեր և ատելություն: Հիվանդության խորացմանը զուգընթաց՝ հույզերը հետզհետե մարում են, առաջ են գալիս հուզական անլություն և բթություն:

Եթե հիվանդության սկզբում հիվանդները զգում են իրենցում կատարվող փոփոխությունները, հարազատների, մերձավորների և իրենց իսկ հանդեպ վերաբերմունքի փոփոխությունները համարում են հիվանդագին, անբնական, որն էլ երբեմն նրանց մղում է ինքնասպանության, ապա հետագայում ճանաչողական և հուզական ոլորտների միջև ուժեղացող ճեղքվածության հետևանքով հիվանդներն այլևս չեն գիտակցում հուզական բթությունը:

Կամային գործունեության խանգարումները դրսևորվում են վարքի, հակումների, ուշադրության ախտաբանությամբ:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների վարքը բնութագրվում է ակտիվության նվազմամբ, 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 ինպուլսիվ, անսպասելի, չպատճառաբանված արարքներով, որոնք առաջանում են հիվանդների կամքից ու ցանկություններից անկախ. օրինակ՝ նրանք հանկարծակի ագրեսիա են ցուցաբերում, տեղից վեր են թռչում՝ կատարելով որևէ անհեթեթ գործողություն, սկսում հայիոյել և այլն: Կարող են հանդիպել նաև հակառակ վիճակներ, երբ հիվանդը տեղում քարանում է, չի խոսում, արգելակվում է: Մի այլ դեպքում ի հայտ են գալիս ծամածռություններ, միապաղաղ սեթևեթ (մաներական) շարժումներ, դիմախաղ, ստերեոտիպ գործողություններ, էփտերույթներ (էփուլալիա, էփուպրաքսիա, էփումիմիա):

Շիզոֆրենիայի դեպքում մշտապես լինում են հակումների և բնազդների խանգարումներ: Ուտելու բնազդի խանգարումներն արտահայտվում են շատակերությամբ կամ սննդից հրաժարումով, սեռական բնազդը կարող է անհետանալ կամ ընդհակառակը՝ ուժեղանալ կամ էլ լինել այլասերված բնույթի: Ինքնապահպանման բնազդի խանգարման դեպքում հիվանդները վնասվածքներ են հասցնում իրենց, հաճախ էլ փորձում ինքնասպան լինել:

Նրանք դժվարությամբ են ուշադրությունը կենտրոնացնում, հաճախ անհնար է լինում այն գրավել որևէ բանով: Սա հիվանդների անաշխատունակության պատճառներից մեկն է: Նրանք կարող են կարդալ ամբողջ էջեր, սակայն ի վիճակի չեն վերարտադրելու որևէ բան, չնայած հիշողության խանգարումներ չեն դիտվում:

Վերը նշված մտածողության ասոցիատիվ պրոցեսների և հուզակամային ոլորտի խանգարումները շիզոֆրենիայի նեգատիվ ախտանշաններն են:

Այսուհանդերձ, շիզոֆրենիայի ախտանշանությունը վերոհիշյալ խանգարումներով չի սպառվում: Շիզոֆրենիայի կլինիկական պատկերին բնորոշ են նաև արգասավոր (պրոդուկտիվ) ախտանիշներ: Հիվանդության առավել հաճախ դիտվող ախտանիշներից են ընկալման խանգարումները, մասնավորապես ցնորքները, որոնք խիստ բազմազան են: Առավել բնորոշ են լսողական ցնորքները: Սկզբնական շրջանում դրանք կանչեր են, որոնք

հիվանդի անունն են տալիս, հետագայում դառնում են արդեն «խոսակցություններ», որոնք իրենց բնույթով և բովանդակությամբ կարող են լինել հրամայողական, մեկնաբանող, փոխհակասական, սպառնալի և այլն: Լսողական ցնորքները կարող են լինել ինչպես իսկական, այնպես էլ կեղծ, գլխում հնչող, ինչ-որ մեկի կողմից «սարքված»: Կեղծ ցնորքները խիստ բնորոշ են շիզոֆրենիային:

Համի և հոտառական ցնորքներն արտահայտվում են ծայրահեղ տանջալի զգացողություններով (նեխածահոտ, դիակահոտ, ժանգահամ, արնահամ, դառնահամ): Բավական հաճախ լինում են ընդհանուր զգայության կամ մարմնական ցնորքներ՝ էլեկտրական հոսանքի, գլխի երկատվության զգացողություններ: Իսկական տեսողական ցնորքները շիզոֆրենիային բնորոշ չեն, իսկ տեսողական կեղծ ցնորքները երբեմն են լինում:

Մտածողության խանգարումները վերը նկարագրված նեգատիվ ախտանիշներից բացի, արտահայտվում են նաև զառանցական մտքերով: Հիվանդության դանդաղ ընթացքի դեպքում սկզբնական շրջանում, երբ քննադատությունը պահպանված է, հիվանդներն ակտիվորեն թաքցնում են զառանցանքը, այնպես հմտորեն սքողում, որ ամիսներ շարունակ նրանց առողջ մարդուց 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՝ կարծելով, որ այդ ամենը որոշակի կապ ունի իրենց հետ:

Շիզոֆրենիայի դեպքում 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: Երբեմն այս հիվանդության դեպքում առաջանում է հիպոխոնդրիկ զառանցանք, որի դեպքում հիվանդները ներքին օրգանների ախտահարվածության գանգատներով դիմում են ամեն տեսակի մասնագետի, բացի հոգեբույժից:

Թունավորման, խանդի, ֆիզիկական ազդեցության զառանցական մտքերը՝ անհեթեթ բովանդակությամբ, շրջապատի կողմից շուտ են իմացվում: Մեծամոլական զառանցանքը շիզոֆրենիայի դեպքում հազվադեպ է լինում, հիվանդները համոզված են, որ ունեն բարձրաշխարհիկ ծագում, որից էլ բխում է նրանց վարքը:

## ՀԱՄԱԽՏԱՆՇԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Շիզոֆրենիայի դեպքում դիտվող համախտանիշները կարող են վկայել ախտաբանական պրոցեսի այս կամ այն փուլի կամ խորության աստիճանի մասին: Շիզոֆրենիայի համախտանիշներն են՝

- ◆ ասթենիկ համախտանիշը,
- ◆ աֆեկտիվ համախտանիշները,
- ◆ ներդաշնան համախտանիշը,
- ◆ զառանցանքային և ցնորազառանցանքային համախտանիշները,
- ◆ կատատոնիկ համախտանիշը,
- ◆ հեբեֆրենիկ համախտանիշը

## ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

**Հասարակ ձևը** զարգանում է պատանեկան տարիքում և կորիզային, բուժման նկատմամբ դիմակայուն ձևերից է: Այն հիմնականում բնութագրվում է զարգացման դանդաղ տեմպով և անընդհատ զարգացող (պրոգրեդիենտ) ընթացքով: Հիվանդության սկզբից ևեթ ի հայտ է գալիս ակտիվության, մղումների նվազում: Հիվանդը կորցնում է հետաքրքրությունները, դառնում թորշոմած, պասիվ, անախտաձեռնող: Աստիճանաբար խզում է կապը ընկերների հետ. հարաբերությունները ծնողների հետ դառնում են սառը, նրանց հանդեպ առաջանում է թշնամական վերաբերմունք, ատելություն, ագրեսիվություն: Աճում է օտարացումը, մեկուսացումը բոլորից և առօրյա իրավիճակից: Հիվանդը դադարում է հաճախել դասերին, պարամունքներին, գնալ աշխատանքի, դառնում է փնթի, անփույթ և անտարբեր նույնիսկ իր ապագայի հանդեպ: Նա ավելի ու ավելի է խորասուզվում սեփական ապրումների աշխարհը, զարգանում է ինքնավերլուծություն (ռեֆլեքսիա), «փիլիսոփայական ինտոքսիկացիա», իրական կյանքից կտրված դատարկաբանություն: Ավելի ու ավելի է արտահայտվում աուտիզմը՝ մտավոր ակտիվության մակարդակի, էներգետիկ պոտենցիալի նվազմամբ: Սկզբնական փուլում հիվանդը զգում է իր հետ կատարվող փոփոխությունները, փորձում զբաղվել ինչ-որ բանով՝ հաճախ դրսևորելով իրեն ոչ բնորոշ հետաքրքրություններ: Սակայն հազիվ որևէ բան ձեռնարկելով՝ թողնում է այն և փորձում նորը սկսել («դրեյֆ»): Այսպես՝ թողնելով ուսումը՝ հիվանդը սկսում է օտար լեզու ուսումնասիրել, իսկ այնուհետև հաջորդաբար հրապուրվում է երաժշտությամբ, փիլիսոփայական մտակառուցումներով և այլն: Հույզերն անկայուն են, գերակշռում է դյուրագրգռությունը, ընկճվածությունը՝ ուղեկցվելով ինքնասպանության սևեռում 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՝ *նկրոզանման*, երբ գերակշռում են նկրոտիկ համախտանիշները, և *պսիխոպաթանման*, երբ առկա են պսիխոպաթանման ախտանիշներ:

**Չեքեֆրենիկ ձևը** այլ կերպ կոչվում է «պատանեկան», քանի որ այն նույնպես բնորոշ է պատանեկան տարիքին, զարգանում է սեռական հասունացման շրջանում, շիզոֆրենիայի «կորիզային» ձևերից է և բնութագրվում է հոգեախտաբանական ախտանշանների բազմազանությամբ: Բացասական (նեգատիվ) ախտանիշների զուգակցմամբ ի հայտ են գալիս թեթևամտություն, քմահաճություն, շինծուություն հիշեցնող արարքներ: Հիվանդները խոսում են՝ փոխելով ձայներանգը, գործածում են խեղաթյուրված բառեր, անհասկանալի արտահայտություններ և նախադասություններ, խոսքը հաճախ վերածվում է «բառային խառնաբրող»-ի, դիտվում է մտածողության արտահայտված ճեղքվածություն: Նրանք ընդունում են անբնական դիրքեր, չորեքթաթ վազում, ծափ են տալիս ամենաանհարմար իրավիճակներում, ծամածռություններ անում, նմանակում շուրջը գտնվողներին, ընդօրինակում կենդանիների վարքը, պաճուճաբար հագնվում: Բնորոշ են ծամածռությունը, հիմարությունը, սեթևեթությունը, խոսքի մեջ՝ նեոլոգիզմների առատությունը, հակումների ապարգելակվածությունը, հաճախ անպատեհ քրքիջները կամ հեկեկոցները: Հաճախակի լինում են զգայախաբություններ՝ լսողական կամ մարմնական ցնորքներով: Հանդիպում են տարբեր բովանդակության չհամակարգված անկապ զառանցական մտքեր. մեծամոլական զառանցանքը փոխարինվում է մեղավորության զառանցանքով, հետապնդման զառանցանքը՝ հիպոխոնդրիկ մտքերով: Կարճ ժամանակահատվածում զարգանում է ելքային վիճակ՝ խոր թուլամտությամբ:

Շիզոֆրենիայի **կատատոնիկ ձևն** առաջանում է 20-30 տարեկանում, հազվադեպ՝ արբունքի շրջանում: Այն կարող է ունենալ չարորակ ընթացք՝ ծավալվելով համեմատաբար դանդաղ, անընդմեջ զարգանալով՝ առանց գիտակցության խանգարման («կորիզային կատատոնիա»): Ելքն անբարենպաստ է: Կատատոնիկ ձևի երկրորդ տարբերակը սկսվում է սուր և բնորոշվում է բուռն զարգացմամբ՝ գիտակցության օնեյրոիդ տիպի խանգարմամբ, ընթանում է համեմատաբար բարենպաստ և ավարտվում բավականին խոր ռենիսիայով (պարբերական կատատոնիա):

Կատատոնիկ շիզոֆրենիան դրսևորվում է ստուպորի կամ գրգռվածության ձևով:

**Կատատոնիկ ստուպորիմ** (ընդարմածությամբ) բնորոշ են հոգեշարժական արգելակվածությունը, համրությունը, ակտիվ կամ պասիվ նեգատիվիզմը: Լինում են մկանային տոնուսի խանգարումներ՝ լարվածության, կատալեպսիայի ձևով, ինչպես նաև մոնաման 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 ստուպոր) 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 կարող են դիտվել իմպուլսիվ գործողություններ: Օնեյրոիդ ընդարմացման դեպքում հիվանդներն անրջային երևակայական բնույթի բարդ ապրումներ են ունենում (տիեզերական աղետներ, տեղափոխում այլ աշխարհներ և պատմական դարաշրջաններ): Այս ապրումները երազների են նման, հիվանդները որոշ չափով հիշում են և պատմում դրանց մասին օնեյրոիդ ընդարմացումից դուրս գալուց հետո:

**Կատատոնիկ գրգռվածությունը** կարող է նախորդել ընդարմացմանը կամ զարգանալ դրանից հետո: Այն սուր ձևով արտահայտվում է իմպուլսիվ գործողություններով, միօրինակությամբ, անիմաստությամբ և ստերեոտիպությամբ ուղեկցվող աննպատակ, քառսային գրգռվածությամբ: Երբեմն էլ շարժումները դառնում են ռիթմիկ՝ հիշեցնելով 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, պերսևերացիան, էխոլալիան «բառերի շիլաշփոթ» են ստեղծում: Հիվանդներն արտաբերում են անկապ բառակապակցություններ, ստերեոտիպորեն կրկնում են բառերը, շրջապատողների խոսքերից արտահայտություններ որսում:

**Պարանոիդ ձևի** հիմնական հոգեախտաբանական համախտանիշը ցնորագառանցանքն է: 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), որոնց հետևանքով հիվանդությունը դրսևորվում է սովորաբար հասուն տարիքում (30-40 տարեկանում):

Սկզբնական փուլերում ի հայտ են գալիս վերաբերման մտքեր, այնուհետև չհամակարգված, կտրտված բնույթ ունեցող հետապնդման, թունավորման, ազդեցության զառանցանքներ: Ժամանակի ընթացքում դրանք ձևավորում են համոզմունքների համակարգ, որոնց կարող են ավելանալ նաև ցնորային ախտանշանները: Լսողական ցնորքները լինում են իսկական և կեղծ. հաճախ հանդիպում են համի և հոտառական ցնորքներ, սենեստոպաթիաներ: Կեղծ ցնորքները և հաճախ դրանց հիմքի վրա զարգացող ֆիզիկական ազդեցության ու հետապնդման զառանցական մտքերը ձևավորում են Կանդինսկու-Կլերամբոյի կամ հոգեկան ավտոմատիզմի համախտանիշը:

Պարանոիդ շիզոֆրենիայի դեպքում ազդեցության ու հետապնդման զառանցանքների հետ մեկտեղ հանդիպում է նաև հիպոխոնդրիկ զառանցանք: Վերջինս արտահայտվում է օրգանիզմի քայքայման և անխուսափելի մահվան մտքերով, անբուժելի ծանր մարմնական հիվանդության առկայության հիվանդագին համոզվածությամբ և հաճախ հիմնվում է կայուն, տանջալից սենեստոպաթիաների վրա (պոկվում է լյարդը, փափկում են ոսկորները, չորանում է արյունը և այլն):

Պարանոիդ շիզոֆրենիայի դեպքում բանականության խանգարումները ուշ են զարգանում, սակայն հիվանդության ծավալմանը զուգընթաց՝ զառանցական համակարգը քայքայվում է. զառանցանքը հիվանդի համար կորցնում է իր արդիականությունը, և զարգանում է ապաթիկ բնույթի թուլամտություն:

**Շիզոաֆեկտիվ (ցիրկուլյար) ձևը** բնութագրվում է մոլուցքային կամ դեպրեսիվ վիճակների պարբերական առաջացմամբ, որոնց միջև լինում են բավականին խոր ու տևական ախտադադարներ: Ինչպես մոլուցքային, այնպես էլ դեպրեսիվ վիճակների դեպքում աֆեկտիվ «մաքուր» խանգարման զուգակցմամբ դիտվում են շիզոֆրենիային բնորոշ բացասական, պակասորդային և դրական (արգասավոր) ախտանիշներ: Բացասական ախտանիշները (հույզերի բթացում, նախաձեռնության որոշակի նվազում, ինքնամփոփություն), որոնք բնորոշում են անձի փոփոխությունները, սովորաբար առաջանում են հիվանդության առաջին սրացումներից հետո: Որոշ դեպքերում անձի այս փոփոխությունները քիչ են արտահայտված լինում, որի հետևանքով դժվարանում է տարբերակիչ ախտորոշումը: Շիզոաֆեկտիվ շիզոֆրենիայի դեպքում ժամանակի ընթացքում դիտվում է հիվանդության կլինիկական պատկերի աստիճանական պարզեցում: Այս ձևն ունի համեմատաբար բարորակ ընթացք, և անկախ նոպաների հաճախականությունից՝ անձի խոր դեֆեկտ չի առաջանում:

**Մանկական տարիքի շիզոֆրենիա:** Շիզոֆրենիայի բոլոր համախտանիշները երեխաների ու դեռահասների շրջանում ձեռք են բերում նրանց

տարիքին հատուկ առանձնահատկություններ: Այսպես՝ մանկական տարիքի վաղ ախտանիշներն են ակտիվության խանգարումը, սովորական հետաքրքրությունների օտարացումը, խորասուզումը երևակայությունների աշխարհը՝ անփույթ վարքով, իրենց հասակակիցների հետ խաղերի մեջ ընդգրկվելու և խաղալիքներով զբաղվելու անկարողությունը: Ձառանցական մտքեր հազվադեպ են լինում, ավելի շուտ դրանք երեխայի անսպասելի կցկտուր արտահայտություններն են այն մասին, որ ծնողներն իրեն չեն սիրում:

### **ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱՅԻ ԸՆԹԱՑՔԻ ՁԵՎԵՐԸ**

Շիզոֆրենիան քրոնիկական ընթացք ունեցող հիվանդություններից է: Նախանշանների շրջանում աննկատ դրսևորումներն աստիճանաբար վերածվում են մանիֆեստային շրջանի արտահայտված ախտանիշների և ախտանիշախմբերի, ավելի ուշ՝ ելքային վիճակներում՝ վերածվելով խոր պակասորդային (դեֆիցիտար) ախտանիշների (անձի դեֆեկտի):

Առանձնացնում են շիզոֆրենիայի ընթացքի երեք հիմնական ձև՝ *անընդհատ* (չընդմիջվող), *նոպայաձև-զարգացող* (շուբանման, այսինքն՝ նոպաներով ընթացող) և *պարբերական*:

**Անընդհատ ընթացող** շիզոֆրենիան կարող է ունենալ թույլ (թորշոմած) և չարորակ զարգացող ընթացք: Առաջին տարբերակը, պայմանավորված է ախտանշանների աստիճանական, քիչ նկատելի զարգացմամբ, բնութագրվում է հոգեկան պրոցեսների խանգարման ոչ խոր արտահայտվածությամբ, անձի դանդաղ, հիվանդագին փոփոխմամբ և հիվանդների սոցիալական հարմարման առավել բարձր հնարավորություններով: Թորշոմած ընթացող շիզոֆրենիայի ախտանիշները սահմանափակվում են նկրտիկ (օբսեսիվ, ֆորբիկ, վեգետատիվ և այլն), պսիխոպաթիկ, աֆեկտիվ, հիպոխոնդրիկ և թույլ արտահայտված պարանոիդ խանգարումների շրջանակով:

Թորշոմած, թույլ զարգացող շիզոֆրենիան ավելի հաճախ սկսվում է 16-18 տարեկանում, սակայն ակնհայտ ախտանիշներն ի հայտ են գալիս ավելի ուշ: Հիվանդության ամենասկզբից իսկ դիտվում են հուզական անհամապատասխանություն, թուլություն, ինքնամփոփվածություն, հետաքրքրությունների շրջանակի սահմանափակում, հակումների խեղաթյուրում: Այս զուգակցմամբ դրսևորվում են համահարթված, վերը նշված արգասավոր ախտանշանները:

Չարորակ զարգացող անընդհատ ընթացող շիզոֆրենիան սովորաբար առաջանում է մանկական և պատանեկան տարիքում: Արգասավոր խանգարումները բազմաբնույթ են (զառանցական, ցնորական, կատա-

տոնահեքեֆրենիկ). դրանց նախորդում են բացասական ախտանշանները: Արագ ձևավորվում են ծանր ելքային վիճակներ, ինչը պայմանավորված է նաև բուժմանը վատ ենթարկվելու հանգամանքով: Անընդհատ հարաճուն ընթացքը բնորոշ է շիզոֆրենիայի հասարակ և հեքեֆրենիկ ձևերին, ինչպես նաև լյուցիդային կատատոնիային:

**Նուպայածև զարգացող (շուբանման)** շիզոֆրենիան ընթանում է նուպաներով, որոնք ընդմիջվում են ռեմիսիաներով (ախտանիշների նվազմամբ): Հոգեախտաբանական ախտանշաբանությունը բազմազան է, գերակշռում են պարանոիդ կամ կատատոնիկ խանգարումները՝ աֆեկտիվ երևույթներով:

Ռեցիդիվների (ախտադարձերի) թվի մեծացմանը զուգընթաց՝ դիտվում է կլինիկական պատկերի աստիճանական բարդացում. պարանոիդ համախտանիշը հաճախ վերափոխվում է Կանդինսկու-Կլերամբոյի համախտանիշի: Եթե հիվանդության վաղ փուլերում նուպայից հետո քննադատական վերաբերմունքը բավականին վերականգնվում է, և առաջանում են խոր ախտադարձեր (ռեմիսիաներ), ապա հետագայում հիվանդության յուրքանջուր նոր սրացման դեպքում նուպաներն ավելի ու ավելի տևական են դառնում: Ախտադարձի (ռեմիսիայի) շրջանում հոգեախտաբանական խանգարումների ավելի ու ավելի շատ մնացորդային երևույթներ են դիտվում, էլ ավելի է նվազում 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 կարող է ընթանալ ցանկացած տարիքում սկսված շիզոֆրենիան:

**Պարբերական ընթացքով շիզոֆրենիայի** կլինիկական արտահայտությունները շատ ընդհանրություններ ունեն բիպոլյար պսիխոզի հետ՝ և՛ համեմատական բարենպաստ ընթացքն է և՛ հստակ աֆեկտիվ խանգարումների առկայությունը մոլուցքային և դեպրեսիվ վիճակներով, անձի հարաբերական պահպանվածությունը՝ չնայած հիվանդության վաղեմությանը: Ախտադարձերը (ռեմիսիաները) խորն են, դրանց ընթացքում գրեթե լիովին ապաճում են պսիխոտիկ ախտանշանները, իսկ նուպաները հաճախ զարգանում են հոգեախտաբանական սուր խանգարումներով:

Պարբերական շիզոֆրենիան ներառում է տարբեր տիպի նուպաներ. աֆեկտիվ (միա- և երկբևեռ), աֆեկտիվ-զառանցական (դեպրեսիվ-պարանոիդ) և օմեյրոիդ-կատատոնիկ: Այդ նուպաները կարող են ունենալ մինչև մի քանի ամիս տևողության ընթացք, կարող են լինել նաև շատ կարճատև

(մինչև 2 շաբաթ), տարանցիկ նուպաներ: Շիզոֆրենիայի պարբերական ընթացքի դեպքում արտահայտված դեֆեկտ չի առաջանում:

## ՊԱՏՃԱՆՈՎԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԱԽՏԱՃԱԳՈՒՄԸ

Շիզոֆրենիայի առաջացման և զարգացման մասին կան տասնյակ տեսություններ: Ծագումնաբանական տեսության համաձայն, որը հիմնված է շիզոֆրենիայով հիվանդների ժառանգականության կլինիկավիճակագրական ուսումնասիրության վրա, ժառանգական գործոնի դերը կասկած չի հարուցում: Հաստատված է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ընտանիքներում այդ հիվանդությամբ հիվանդանալու հավանականությունն ավելի մեծ է: Այսպես, եթե երկվածին երկվորյակներից մեկն ընտանիքում հիվանդացել է շիզոֆրենիայով, ապա դրա առաջացման հավանականությունը երկրորդի դեպքում 17% է: Միաձվածին երկվորյակներից մեկի հիվանդանալու դեպքում մյուսի հիվանդանալու հավանականությունը հասնում է 85-90%-ի: Եթե հիվանդ է ծնողներից մեկը, ապա երեխաների՝ շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հավանականությունը 16% է, իսկ երկու ծնողների հիվանդ լինելու դեպքում այն հասնում է մոտ 70-80%-ի: Սրա հետ մեկտեղ շիզոֆրենիայով հիվանդների տոհմաբանական ծառում առկա է այս հիվանդության զգալի կուտակում:

20-րդ դարի սկզբում ենթադրություն արվեց այն մասին, որ շիզոֆրենիայի հիմքում տոքսիկոզ է (թունախտը): Սկզբում կարծում էին, որ դա արտածին թունավորման արդյունք է (տուբերկուլյոզ, կոլիբացիլոզ, ստրեպտակոկային վարակ), 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:

Իմունաբանության զարգացման հաջողությունները գիտնականների ուշադրությունը բևեռեցին շիզոֆրենիայի իմունոլոգիական ռեակտիվականության հարցին: Առաջ քաշվեց «աուտոիմունացման» տեսությունը, որի համաձայն՝ ուղեղային հյուսվածքն ավերգենի բնույթ է ձեռք բերում, այսինքն՝ օրգանիզմը սեփական հյուսվածքների, մասնավորապես ուղեղի

հյուսվածքների հակածինների դեմ հակամարմիններ է սինթեզում: Այս հակամարմինները կարող են վնասել ուղեղի հյուսվածքները:

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

**Ախտաբանական անատոմիան:** Ախտաբանաանատոմիական փոփոխությունները շիզոֆրենիայի դեպքում չի կարելի անվանել 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:

### **ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Շիզոֆրենիայի ախտորոշումը, դրա սահմանազատումը այլ հիվանդություններից զգալիորեն դժվար է ինչպես հիվանդության սկզբնական փուլում, երբ ախտանշաններն այնքան էլ արտահայտված չեն, այնպես էլ ծավալված պատկերի դեպքում, երբ հոգեախտաբանական խանգարումները բավականին նման են նյարդահոգեկան այլ հիվանդությունների դեպքում հանդիպող փոփոխություններին: Շիզոֆրենիան անհրաժեշտ է ախտորոշել՝ ոչ թե որոշակի ախտանիշներ առանձնացնելով, այլ հիմնվելով շիզոֆրենիայի նեգատիվ ախտանշանների վրա, որոնցով ձևավորվում է հենց սկզբնական փուլում առաջացած այդ հիվանդությանը բնորոշ հոգեկան դեֆեկտը, և որոնք ներկայացված են ախտանշաբանական բաժնում:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Շիզոֆրենիայի բուժումը հիմնականում անցկացվում է հետևյալ եղանակներով՝ պսիխոֆարմակոթերապիա, պսիխոթերապիա, բուժման անարդյունավետության դեպքում էլեկտրացնցումային թերապիա (էՑԹ) և հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային վերականգնմանն ուղղված միջոցառումներ:

Պսիխոտրոպ միջոցներից հիմնականում կիրառում են նեյրոլեպտիկներ (գիպրեքսա) 2,5-20մգ, օրական ռիսպերիդոն (ռիսպոլեպտ) 2-8մգ, քվետիպին (սերոկվել) 25-200մգ, կլոզապին (ազալեպտին) 25-100մգ (հալոպերիդոլ, տրիֆտազին և այլն), որոնք բավականին գործուն ազդեցություն են թողնում շարժողական գրգռվածությամբ, ագրեսիվ գործողություններով, աֆեկտիվ լարվածությամբ ընթացող սուր պսիխոտիկ վիճակների դեպքում: Անհրաժեշտության դեպքում կիրառում են նաև հակադեպրեսանտներ ֆլուօքսետին (պրոզակ) 10-20մգ, սերտալին (զոլոֆտ) 50-150մգ, ամիտրիպտիլին 150-200մգ և այլն:

## Ստուգողական թեստեր

**1. Ո՞ր ախտանիշներն են բնորոշ շիզոֆրենիային.**

- ա) աուտիզմ
- բ) ամբիվալենտություն
- գ) զառանցանք
- դ) բոլոր նշվածները

**2. Ասոցիատիվ պրոցեսի ո՞ր խանգարումը բնորոշ է շիզոֆրենիային.**

- ա) սինվոլիկ մտածողություն
- բ) պաթոլոգիական հանգամայնություն
- գ) դատարկաբանություն
- դ) աուտիստիկ մտածողություն

**3. Նշվածներից ո՞րը բնորոշ է շիզոֆրենիայի ընթացքին.**

- ա) անընդմեջ-զարգացող
- բ) կոնտինուալ
- գ) դանդաղ զարգացող (թորշոնընթաց)
- դ) նոպայաձև

**4. Նշվածներից ո՞րը բնորոշ է պարանոիդ շիզոֆրենիային.**

- ա) հիվանդության նոպաներն առաջանում են սպոնտան
- բ) հոգեկան ավտոմատիզմների առաջացում
- գ) կլինիկական պատկերում հիմարային վարքագծի դրսևորում
- դ) ցնորա-զառանցանքային ախտանիշների գերակշռում

**5. Ո՞ր համախտանիշները չեն զարգանում շիզոֆրենիայի դեպքում.**

- 1. մոտոր, իդեատոր ավտոմատիզմներ
  - 2. պսիխոթոզանական համախտանիշ
  - 3. Հանգերի համախտանիշ
  - 4. Կոտարի համախտանիշ
  - 5. պարանոիդ համախտանիշ
- ա) 1,4    բ) 3,5    գ) 2,3,4    դ) 1,3,5

**6. Շիզոֆրենիայի դեպքում տիպիկ են հուզական հետևյալ խանգարումները.**

- 1. դիսֆորիա
- 2. թուլահոգություն
- 3. հուզական անկայունություն

4. հուզական թորշոնածություն

5. անբիվալենտություն

ա) 1,3 բ) 4,5 գ) 2,4 դ) 1,5

**7. Նշվածներից որո՞նք են բնորոշ շիզոֆրենիային.**

1. կայուն դեֆեկտի ձևավորում

2. առաջացում հոգեցունց տրավմայից հետո

3. զարգացող ընթացք

4. գառանցանք

5. լրիվ առողջացում

ա) 4,5 բ) 1,3,4 գ) 3,4 դ) 2,5

**8. Ո՞ր ախտանիշներով չի դրսևորվում շիզոֆրենիայի հասարակ ձևը.**

1. նեգատիվ ախտանիշների գերակշռություն

2. դրեյֆ

3. հուզականային ոլորտների ընկճում

4. հոգեկան ավտոնատիզմներ

5. հիշողության խանգարումներ

ա) 1,3 բ) 4,5 գ) 2,4 դ) 1,4,5

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. դ, 2.բ, 3.բ, 4.գ, 5.գ, 6.բ, 7.բ,**

**8.բ:**

## ԳԼՈՒԽ 11

### ԵՐԿՔԵԿԵՌ ԱՖԵԿՏԻՎ ԽԱՆՉԱՐՈՒՄ

Երկբևեռ պսիխոզը (բիպոլյար պսիխոզ, մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզ, ցիկլոֆրենիա, ցիրկուլյար պսիխոզ) ներծին հիվանդություն է, որը համեմատաբար հազվադեպ է հանդիպում (հոսպիտալացված հիվանդների 3-5%), ընդ որում, կանայք գրեթե երկու անգամ հաճախ են հիվանդանում, քան տղամարդիկ: Այն մեծ մասամբ սկսվում է միջին տարիքում (30-40 տարեկան): Հիվանդության պատճառը մինչ այժմ հայտնի չէ:

Հիվանդությունն անձի դեգրադացիա չի առաջացնում նույնիսկ այն դեպքերում, երբ հոգեկան խանգարման փուլերը հաճախ են կրկնվում: Միջփուլային շրջանում հիվանդը հոգեպես լրիվ առողջ է:

Երկբևեռ պսիխոզին բնորոշ է պարբերականությունը: Հիվանդությունն ընթանում է մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս տևողությամբ, մոլուցքային կամ դեպրեսիվ փուլերով: Չնայած այդ փուլերի հաջորդականության մեջ որոշակի ընդգծված օրինաչափություն չկա, այնուամենայնիվ առանձնացվում են դրանց ընթացքի մի քանի ձևեր:

**Պարբերական** ընթացքը հիմնականում բնորոշվում է միևնույն փուլի հաջորդականությամբ՝ դրանց միջև ընկած լուսավոր շրջաններով:

**Փոփոխվող** (alternans) ընթացքի դեպքում փուլերը հաջորդափոխվում են կլինիկական հակադիր (մոլուցքային կամ դեպրեսիվ) վիճակներով:

**Երկբևեռ** (bipolaris) ընթացքի դեպքում հիվանդության լուսավոր շրջանը սկսվում է մեկը մյուսին անընդմեջ հաջորդող երկու փուլերից հետո:

**Տևական** (continua) ընթացքի դեպքում հիվանդությունն 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, տարիքով պայմանավորված՝ աստիճանաբար լուսավոր շրջաններն ավելի են կարճանում:

#### ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ

Հիվանդությունն ընթանում է 2 փուլով՝ մոլուցքային և դեպրեսիվ:

**Մանիակալ փուլը** հիմնականում բնորոշվում է ախտանշանների երրորդությամբ՝ տրամադրության բարձրացում, մտածողության (ասոցիա-

տիվ պրոցեսների) ընթացքի արագացում և հոգեշարժական գրգռվածություն:

Հիվանդների տրամադրությունը բարձր է: Նրանք ուրախ են ու ժպտերես, ինքնագոհ են ու երջանիկ: Բնորոշ է լավատեսությունը և շրջապատը վառ գույներով ընկալելու առկայությունը: Անհոգ են, երգում են, պարում, կատակում, սրամտում, ոչ ոքի ոչինչ չեն մերժում, խոստումներ են տալիս, որոնք հաճախ անհեթեթության են հասնում: Հիվանդների ուշադրությունը սրված է, բայց որևէ հարցի շուրջ չի կենտրոնանում: Հիշողությունը նույնպես սրված է, խոսում են արագ, անընդհատ, բարձր ձայնով, աշխույժ դիմախաղով և արտահայտիչ շարժումներով: Հիվանդներն արտահայտում են իրենց անձի գերազնահատման մտքեր:

Վերոհիշյալ բոլոր ախանիշները զուգորդվում են հիվանդների հոգեշարժական գրգռվածությամբ: Նրանք անընդհատ ոտքի վրա են, շարժման մեջ: Շփման մեջ են մտնում բոլորի հետ, հեշտ ծանոթություններ ստեղծում: Ձգտում են աշխատել, ամենփն օգնել՝ շուրջն ստեղծելով անկարգություն, ժխոր, կեղտ և քառասյին իրարանցում: Հիպերսեքսուալ են, շատակեր. ուտում են կանգնած, արագ:

Հիվանդների վիճակը երեկոյան ժամերին ավելի է ծանրանում:

**Դեպրեսիվ փուլը** բնորոշվում է մոլուցքային փուլին հակառակ ախտանիշների երրորդությամբ՝ տրամադրության անկում, մտածողության ընթացքի դանդաղում և հոգեշարժական արգելակում:

Հիվանդների տրամադրությունն ընկած է: Նրանց դեմքն արտահայտում է տանջանք, տխրություն, թախիծ ու վիշտ: Ողջ շրջապատը հիվանդների կողմից ընկալվում է մռայլ գույներով: Հիվանդների տրամադրության անկումն ու թախիծը ուղեկցվում են սրտի և կրծքի շրջանի ծանր ու սեղմող լարվածությամբ և տանջալից ցավի զգացումով (սրտային թախիծ - *anxietas praecordialis*):

Դեպրեսիվ հիվանդների մտածողության ընթացքը դանդաղած է (ինտելեկտուալ արգելակում): Հարցերին պատասխանում են դժվարությամբ, ցածրաձայն և ուշացումով. հաճախ հարկ է լինում հարցը կրկնել, իսկ լրիվ արգելակման դեպքում բոլորովին չեն խոսում:

Բնորոշ են տազնապով ու վախով ուղեկցված ինքնամեղադրման ու ինքնանվաստացման մտքերը: Հիվանդներն իրենց համարում են մեղավոր ու արժեզրկված, անցյալը համարում են սխալներով լի մի շրջան, ներկան ընկալում են որպես անբացատրելի ու անելանելի տառապանք, իսկ ապագան՝ անհեռանկարային ու մռայլ: Բնորոշ ախտանշան է հոգեկան անզգայացումը: Հիվանդները կարծում են, որ դարձել են անտարբեր ու «անհոգի», կորցրել են անգամ իրենց հարազատների, իրենց երեխաների նկատմամբ

ունեցած զգացմունքները: Այդ բոլորը հասկանալով հանդերձ՝ նրանք խիստ ծանր են վերապրում հուզական պահերի, հատկապես սիրո կորուստը (anaesthesia psychica dolorosa):

Հիվանդների շրջանում ինքնամեղադրման, ինքնանվաստացման և անլիարժեքության մտքերը հաճախ ինքնասպանության (սուիցիդալ) մտքերի ու փորձերի են հասցնում:

Դեպրեսիվ վիճակում հիվանդները մշտապես գլուխները ցած գցած, կուչ եկած ու անշարժ նստած են կամ անկողնում պառկած: Բնորոշ է թախծի խորացումը և ինքնազգացման վատացումը հատկապես առավոտյան ժամերին, որն օրվա երկրորդ կեսին մի փոքր մեղմանում է:

**Սոմատո-վեգետատիվ խանգարումներ:** Երկբևեռ պսիխոզի ինչպես մոլուցքային, այնպես էլ դեպրեսիվ փուլերում առկա են սոմատո-վեգետատիվ մի շարք խանգարումներ՝ քաշի անկում, բերանի չորացում, զարկերակային ճնշման տատանումներ, կանանց շրջանում դաշտանի խանգարումներ, կարմիր, կայուն դերմոգրաֆիզմ, ինչպես նաև Վ.Պ. Պրոտոպոպովի երրորդությունը (երակազարկի արագացում, բբերի լայնացում և փորկապություն):

### **ԵՐԿԲԵԿՆՈՒ ՊՍԻԽՈՋԻ ԽԱՌՈՐ ԵՎ ԱՏԻՊԻԿ ՁԵՎԵՐՈՐ**

Երկբևեռ պսիխոզի խառը ձևերի դեպքում մոլուցքային և դեպրեսիվ ախտանիշները միահյուսվում են՝ արտահայտվելով զայրացած մոլագարության, մոլուցքային ստուպորի, գրգռված դեպրեսիայի (մեղմանաղծության) և այլ հոգեախտաբանական պատկերներով:

**Ջայրացած մոլագարություն** (մանիա) դեպքում շարժողական և ինտելեկտուալ ակտիվությունը զուգակցվում է դյուրագրգռությամբ, բժանդրությամբ, դժգոհությամբ ու չարությամբ:

**Մանիակալ** (մոլուցքային) **ստուպորի** դեպքում տրամադրության բարձրացումը ընթանում է ոչ թե շարժողական գրգռվածությամբ, այլ արգելակմամբ:

**Գրգռված մեղմանաղծության** (մեղմանաղծություն) դեպքում դեպրեսիվ վիճակներին բնորոշ շարժողական արգելակմանը փոխարինում է տազնապով ու լարվածությամբ ուղեկցվող շարժողական գրգռվածությունը:

**Ատիպիկ ձևերից է ցիկլոթիմիան:** Դա երկբևեռ պսիխոզի թեթև (ամբուլատեր) ձևն է, ավելի հաճախ է հանդիպում և բնորոշում է հիվանդության ախտանշանների թերաճությամբ (հիպոմանիակալ կամ սուբդեպրեսիվ վիճակներ), որոնք մինչև արտահայտված հոգեկան խանգարման չեն հասնում, սակայն երկբևեռ պսիխոզի 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, երբեմն հիվանդությունը կարող է ընթանալ առանց՝ լուսավոր շրջանների (տևական ընթացք):

Ցիկլոթիմիան կլինիկական պատկերի թույլ արտահայտված լինելու պատճառով հաճախ որպես հիվանդագին վիճակ չի գնահատվում:

Քողարկված դեպրեսիա: Վերջին տարիներին մասնագիտական գրականության մեջ սկսել են ավելի հաճախ նկարագրվել քողարկված (թաքնված, ծածկընթաց) դեպրեսիան:

Քողարկված դեպրեսիայի դեպքում առաջնային են դառնում հիմնականում 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, ախորժակի բացակայությամբ և այլ բազմաթիվ խանգարումներով ու զանգատներով):

Օբյեկտիվ քննության ժամանակ ներքին օրգանների կողմից ախտաբանական ոչ մի պրոցես չի հայտանբերվում: Չնայած դրան՝ հիվանդները դիմում են տարբեր մասնագետների (նյարդաբան, թերապևտ և այլն), զանազան բուժումներ են ստանում, բայց առանց նկատելի արդյունքների:

## **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Մանիակալ փուլի բուժման դեպքում հիմնականում կիրառվում են նեյրոլեպտիկներ և հանգստացնող դեղամիջոցներ:

Մանիակալ գրգռվածության դեպքում կիրառվում են ավելացվող դեղաչափերով նեյրոլեպտիկներ՝ ամինազին 25մգ կամ 2,5%-անոց լուծույթ, հալոպերիդոլ՝ 1,5մգ կամ 0,5%-անոց լուծույթ, լեպոնեքս՝ 25մգ, ածխաթղթվային կարբոնատ լիթիում՝ 1,2գ՝ պարբերաբար ստուգելով լիթիումի խտությունը արյան շիճուկի մեջ ֆինլեպսին 0,2գ և տաք լոգանքներ (ջրի ջերմաստիճանը 36-37, 20-30 օր) և այլն: Քնի խանգարումների կարգավորման, ինչպես և հիպոմանիակալ վիճակի բուժման դեպքում գերադասելի է տրանկվիլիզատորների օգտագործումը՝ էլենիում (լիթիում)՝ 5մգ, սեդուքսեն (սիբազոն, ռելանիում, վալիում)՝ 5մգ, նոզեպամ (տազպամ)՝ 10մգ, ֆենագեպամ՝ 0,5մգ և այլն:

Դեպրեսիվ վիճակում եղող հիվանդների բուժումը սովորաբար պետք է կատարել ստացիոնարի պայմաններում: Ինքնավնասման և ինքնասպանության փորձերը կանխելու նպատակով պետք է սահմանել խիստ

հսկողություն, նրանց մոտից նրբանկատորեն վերացնել այն բոլոր իրերն ու առարկաները, որոնց օգնությամբ կարող են կատարել ինքնքսասպանության փորձեր:

Դեպրեսիվ վիճակների դեպքում արդյունավետ է տրամադրությունը բարձրացնող ու խթանիչ հատկությամբ օժտված հակադեպրեսանտները՝ մելիպրամին (իմիպրամին, անաֆրանիլ, տոֆրանիլ) 25մգ կամ 1,2%-անոց լուծույթի ներարկումը, պիրազիդոլ, նորտրիպտիլին, ֆլուօքսետին (պրոզակ) 10մգ, սերտրալին (զոլոֆտ)25-50մգ: Արտահայտված վախի, տագնապի, աժիտացիայի դեպքում անհրաժեշտ է անկսիոլիտիկ տրանկվիլիզատորների (դիազեպան, ֆենազեպան, լորազեպան) միջմկանային ներարկում:

Դեպրեսիայի ծանր դեպքերում, երբ դեղամիջոցային բուժումը դրական արդյունք չի տալիս, կամ երբ դեղորայքի նկատմամբ կայունություն է առաջանում, խորհուրդ է տրվում էլեկրացնցումային բուժում:

Քանի որ երկբևեռ պսիխոզի լուսավոր շրջանում հիվանդը գործնականորեն հոգեպես առողջ է, ուստի հանցագործություն կատարելիս նա ճանաչվում է մեղսունակ և պատասխանատու իր կատարած արարքների համար:

Նույն պսիխոզի դեպրեսիվ փուլում եղող հիվանդները երբեմն կարող են ինքնասպանություն կամ մասսայական սպանություններ կատարել: Նման դեպքերում նրանք ճանաչվում են անմեղսունակ:

Երկբևեռ պսիխոզով տառապող հիվանդները նոպաներից հետո լիրվ առողջ են և աշխատունակ: Միայն խիստ ձգձգվող նոպաների կամ շատ հաճախ կրկնվող փուլերի դեպքում կարող է դրվել անաշխատունակության հարցը:

Երկբևեռ պսիխոզով տառապող հիվանդները զինվորական ծառայության համար ոչ պիտանի են: Այդ հարցում առավել էական նշանակություն ունեն հիվանդությանը բնորոշ վարքագծային խանգարումները՝ առաջին հերթին ինքնասպանության վտանգով պայմանավորված:

Երկբևեռ պսիխոզի տարածվածությունը տատանվում է 0,4%-3,3% սահմաններում:

## Ստուգողական թեստեր

### 1. Ստորև նշվածներից ո՞րն է բնորոշ երկբևեռ պսիխոզի ընթացքին.

- ա) տրամադրության ցիկլիկ տատանումներ
- բ) ապատիայի և աբուլիայի աստիճանաբար աճում
- գ) կորսակոյվյան համախտանիշ
- դ) անցնցում պարոքսիզմների պարբերաբար առաջացում

### 2. Ո՞ր ախտանիշով չի կարող արտահայտվել իդեատոր գրգռվածությունը.

- ա) մտքերի թռիչք
- բ) կոնֆաբուլյացիա
- գ) հիպերմնեզիա
- դ) ասոցիացիաների արագացում

### 3. Նշվածներ ո՞րը ճիշտ չէ երկբևեռ պսիխոզի մոլուցքային փուլի վերաբերյալ.

- ա) անձի գերազնահատման մտքեր
- բ) դիտվում է մտքերի թռիչք
- գ) հնարավոր է ինքնամեղադրման զառանցական մտքերի զարգացում
- դ) նկատվում է հակումների ուժեղացում

### 4. Հոգեկան ոլորտի ո՞ր խանգարումներն են բնորոշ երբևեռ պսիխոզին.

- 1. աֆեկտիվ ոլորտի խանգարումներ
  - 2. ասոցիացիաների ընթացքի խանգարումներ
  - 3. շարժողական-կամային խանգարումներ
  - 4. գիտակցության մթազնման համախտանիշները
- ա) 1,3,4    բ) 1,2,4    գ) 1,2,3    դ) 2,3,4

### 5. Երկբևեռ պսիխոզի մոլուցքային փուլին բնորոշ են՝

- 1. ֆիքսացիոն ամնեզիա
  - 2. հետապնդման զառանցական մտքեր
  - 3. պսևոռեմինիսցենցիա
  - 4. ասոցիացիաների ընթացքի արագացում
  - 5. տրամադրության բարձրացում
- ա) 4,5    բ) 1,3,4    գ) 3,5    դ) 2,5

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1.ա, 2.բ, 3.գ, 4.գ, 5.ա:

## ԳԼՈՒԽ 12

### ՆԵՎՐՈՋՆԵՐ

---

Պսիխոզեն (հոգեծիմ) հիվանդությունները զարգանում են հոգեկան ձգձգվող կամ սուր տրավմաների հետևանքով և ժամանակավոր, դարձելի խանգարումներ են: Հոգեծիմ (պսիխոզեն) հիվանդությունների կլինիկական յուրահատկությունը պայմանավորված է հոգեցունց գործոնի բնույթով, հիվանդի անձի պրենորբիդ կերտվածքով, նյարդային համակարգի վիճակով: Ջարգացմանը կարող են նպաստել նաև տարբեր սոմատիկ, ինֆեկցիոն հիվանդություններ, որոնք առաջացնում են ասթենիզացիա: Տարբերում են հոգեծիմ հիվանդությունների երկու խումբ՝ ներոզներ (նյարդախտեր) և սթրեսով պայմանավորված խանգարումներ (ռեակտիվ պսիխոզներ):

Նյարդախտը (ներոզները) կամ նյարդային խանգարումները ֆունկցիոնալ նյարդահոգեկան խանգարումներ են:

**Ներոզների տարածվածությունը:** Նյարդախտի հիվանդացությունը 74,2–100.000 է բնակչության հաշվարկով:

Տարբերում են նյարդախտի 3 հիմնական ձևեր՝ նյարդաթուլություն (ներասթենիա), կաչուն-սևեռուն խանգարումներ և հիստերիկ ներոզ: Բացի նշվածներից, տարբերում են նաև հետևյալ ձևերը. վախի նյարդախտ, սպասման նյարդախտ, դեպրեսիվ նյարդախտ, հիպոխոնդրիկ նյարդախտ (ներոզ):

### ՆԵՎՐԱՍԹԵՆԻԱ (ՆՅԱՐԴԱԹՈՒԼՈՒԹՅՈՒՆ)

Ներասթենիան ներոզի ամենատարածված ձևը: Նյարդաթուլության բնութագրական հատկանիշը գերհոգնածության զգացման ինտենսիվությունն է: Գերակշռում են հետևյալ գանգատները. «անտանելի» հոգնածություն, կենսական տոնուսի նվազում, ֆիզիկական և մտավոր ուժերի նվազում, թուլություն, էներգիայի բացակայություն, սովորական ծանրաբեռնվածության անտանելիություն: Նկատվում է գերզգայունություն (սենսիբիլիզացիա) արտաքին գրգռիչների նկատմամբ (ֆոտոֆոբիա, հիպերակուզիա, հիպերոսմիա), ինչպես նաև ֆիզիոլոգիական զգայությունների նկատմամբ (սովորական, նորմալ ֆիզիոլոգիական ֆունկցիաների զգացողության չափից ավելի ինտենսիվ ընկալում՝ սրտխփոց, պերիստալտիկայի ուժեղացում և այլն): Նյարդաթուլության մշտական ախտանշաններն են գլխացավերը, որոնք սեղմող, ճնշող բնույթ ունեն: Նյարդաթուլության հիմնական ախտանշաններից են քնի և արթնության ցիկլի խանգարումները: Օրվա ընթացքում նկատվում է քնկոտություն, իսկ գիշերը քնում են անհան-

գիստ, ընդմիջումներով, տազնապային: Այս ամենին զուգահեռ՝ նկատվում են նաև դյուրզորգռելիություն, հուզական անկայունություն, անհամբերություն, ուշադրության թուլացում, ախորժակի խանգարում:

Բնորոշ են վեգետատիվ խանգարումները, որոնք սկզբնական փուլում դրսևորվում են ֆիզիկական կամ հուզական լարվածության ժամանակ, ապա ստանում են կայուն բնույթ. զարգանում է տախիկարդիա, քրտնարտադրություն, ՁՆ-ի տատանումներ, վերջույթների սառեցում, քնի և ախորժակի խանգարումներ, գլխացավեր: Հետագայում գումարվում են աֆեկտիվ (հուզապոռթկման) խանգարումները: Հիվանդները չեն կարողանում տիրապետել իրենց զգացմունքներին: Նրանք շատ չնչին պատճառներից կարող են խիստ հուզվել, լաց լինել:

Տարբերում են նաև նյարդաթուլության հիպերսթենիկ և հիպոսթենիկ տեսակները կամ փուլերը: Հիպերսթենիկ տեսակին բնորոշ են դյուրզորգռելիությունը, հիպերեսթեզիաները, աֆեկտիվ (հուզապոռթկումային) ռեակցիաների հակումը, ուշադրության խանգարումները: Հիպոսթենիկ տեսակին առավել բնորոշ են աշխատունակության անկումը, հոգնածության մշտական զգացումը, քնկոտությունը, թուլությունը, արագ զարգացող հյուծվածությունը:

## ԿՊՉՈՒՆ-ՍԵՎԵՌՈՒՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Տարբերում են օբսեսիվ-կոմպուլսիվ և տազնապային-ֆոբիկ խանգարումներ:

Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարումները դրսևորվում են կաչուն մտքերով, պատկերացումներով, հիշողություններով, հակումներով, գործողություններով:

**Օբսեսիաներ (կաչուն մտքեր):** Հիվանդի կամքից անկախ առաջացող մտքեր, պատկերներ են, որոնք ստերեոտիպ ձևով կրկին և կրկին ծագում են հիվանդի մտքում, որոնց նկատմամբ պահպանված է քննադատական վերաբերմունքը, սակայն հիվանդը չի կարողանում ազատվել դրանցից: Օրինակ՝ մարդը անընդհատ մտածում է, որ հարազատների հետ վատ դեպք կարող է պատահել:

**Կաչուն գործողություններ** կամ կոմպուլսիաներ: Կրկնվող, ստերեոտիպ գործողություններ, արարքներ են: Օրինակ՝ մարդը խոսելու ընթացքում անընդհատ պտտում է ձեռքում եղած իրը, գծում է ինչ-որ պատկերներ, անիմաստ տեղափոխում է սեղանի վրա դրված առարկաները: Կարող են ձևավորվել նաև ծիսակարգեր, որոնք կաչուն գործողություններ և արարքներ են, և հիվանդի համար ունեն ֆոբիաների, կաչուն կասկածների նկատ-

մամբ պաշտպանական իմաստ: Օրինակ՝ միզոֆորիա ունեցող հիվանդը անընդհատ լվանում է ձեռքերը, ընդ որում, յուրաքանչյուր լվացման ժամանակ 10 անգամից ոչ պակաս ի՞նչ է անում: Եթե այդ ընթացքում հաշվելիս սխալվում է, ապա սկսում է հաշվել կրկին:

**Կաչուն կասկածներ:** Որևէ գործողություն կատարելիս կամ որոշում ընդունելիս հիվանդի մեջ անընդատ կասկածներ են ծագում դրանց ճիշտ, անսխալ լինելու վերաբերյալ: Կասկածների բովանդակությունը կարող է լինել տարբեր, օրինակ՝ փակել<sup>՞</sup> է արդյոք դուռը, թե՞ ոչ, անջատվա՞ծ է էլեկտրականությունը, գազը և այլն: Կասկածները կարող են վերաբերել նաև մասնագիտական գործունեությանը:

**Կաչուն հակումներ (մանիաներ):** Սրանք ակամա առաջացող ցանկություններ և հակումներ են, որոնցից են արիթմոմանիան, օնոմատոմանիան, դրոմոմանիան, պիրոմանիան, դիպսոմանիան, կլեպտոմանիան, սուիցիդոմանիան, հոմիցիդոմանիան, տրիխտոսիլոմանիան:

Օբսեսիաներից են նաև կոնտրաստային կաչունությունները, դրանք սեփական անձը կամ շրջապատի մարդկանց վնասելու մտքեր են, կամ այնպիսի մտքեր, որոնք հակասում են տվյալ մարդու էթիկական, բարոյական էությանը: Օրինակ՝ սուր առարկայի առկայության դեպքում մոր մեջ առաջանում է կաչուն պատկերացում այն մասին, թե ինչպես է ինքը այդ սուր առարկայով վնասում իր երեխային և այլն:

Տագնապային-ֆորբիկ խանգարումների կլինիկական պատկերում նկատվում են խուճապային (պանիկ) գրոհներ և վախերի (ֆորբիկ) խանգարումներ:

Խուճապային (պանիկ) գրոհները պարոքսիզմալ առաջացող և արագ աճող վեգետատիվ խանգարումներ են, որոնք ուղեկցվում են մահվան սպասումով, գիտակցության սպասվող կորստի վախով: Տարբերում են սիմպատո-ադրենալային, վագոինսոլյար կրիզներ:

Սիմպատո-ադրենալային կրիզը արտահայտվում է անոթազարկի հաճախացումով, սրտի շրջանում ցավի կամ տհաճ զգացողության առաջացմամբ, գլխացավով, բերանի չորությամբ, զարկերակային ճնշման բարձրացմամբ, մաշկային ծածկույթների գունատությամբ, վերջույթների սառեցմամբ, անզգայացմամբ, դողով:

Վագո-ինսոլյար կրիզի դեպքում նկատվում են սրտի շրջանում ցավ, սրտի աշխատանքի ընդհատումների զգացում, կրճքում սեղմման զգացում, օդի պակաս, գլխապտույտ, վերորովայնային (էպիգաստրալ) շրջանում տհաճ զգացողություն, պերիստալտիկայի ուժեղացում, սրտխառնոց, հիպերսալիվացիա, զարկերակային ճնշման իջեցում, մաշկի գերարյունություն (հիպերեմիա), տենդի զգացում, քրտնարտադրություն:

**Կաչուն վախեր (ֆոբիաներ):** Խիստ տանջալից վախի ապրումներ են, որոնք հարուցվում են տարբեր առարկաների, երևույթների կողմից: Դրանցից են կլաուստրոֆոբիան, ագորաֆոբիան, միզոֆոբիան, հիպոֆոբիան, օքսիֆոբիան, էրեյտոֆոբիան, թանատոֆոբիան, տաֆոֆոբիան, առախնոֆոբիան, անթրոպոֆոբիան, լիսոֆոբիան, նոզոֆոբիաները (կանցերո-կարդիո - սիֆիլո-սպիրոֆոբիաները):

## **ԿՈՆՎԵՐՍԻՈՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ (ՅԻՍՏԵՐԻԿ ՆԵՎՐՈԶ)**

Յիստերիկ նյարդախտը (նևրոզը) կամ կոնվերսիոն նևրոզը արտահայտվում է պոլիմորֆ ֆունկցիոնալ հոգեկան, սոմատիկ, նյարդաբանական խանգարումներով և բնորոշվում է հիվանդի մեծ ներշնչվողականությամբ, ինքնաներշնչումով և ուշադրություն գրավելու մեծ ձգտումով: Յիստերիկ խանգարումների նկատմամբ առավել հակված են հուզական անկայուն, աֆեկտիվ անհաս՝ հոգեկան ինֆանտիլիզմով, ներշնչվող անձերը: Յիստերիկ խանգարումները, հաճախ առաջանում են կանանց շրջանում: Ժ. Շարկոն այս հիվանդությունն անվանել է «մեծ սիմուլյանտ»՝ հաշվի առնելով վերջինիս կլինիկական պատկերը: Յիստերիկ նյարդախտի (նևրոզի) դեպքում նկատվում են ախտանիշների երեք հիմնական խումբ՝ վեգետատիվ, շարժողական և զգայական (սենսոր): Ընդ որում, դրանք բոլորը հիշեցնում են մարմնական (սոմատիկ) և նյարդաբանական հիվանդություններ:

Վեգետատիվ խանգարումներն են սրտի գործունեության խանգարումը, շնչառության, մարսողության, սեքսուալ խանգարումները: Սիրտ-անոթային խանգարումներից են հաճախասրտությունը (տախիկարդիան), սրտի շրջանում տհաճ զգացողությունը և ցավը, էքստրասիստոլաները՝ սրտի աշխատանքի կանգի զգացումով: Շնչառության խանգարումներից են ներշնչման և արտաշնչման ռիթմի խանգարումը՝ շնչառության կանգի զգացումով: Հուզական ապրումների դեպքում կարող է առաջանալ նյարդային հևոց՝ հաճախակի, մակերեսային շնչառությամբ: Շնչառական նյարդային խանգարումներից են նաև լարինգոսպազմը, հիստերիկ հազը, գկռտոցը:

Ստամոքս-աղիքային ուղու ֆունկցիայի խանգարումներից են կերակրափողի սպազմը, փսխումը, փորլուծությունը, հիստերիկ գունդը (globus hystericus): Զգայական խանգարումները դրսևորվում են զգացության խանգարումներով (հիպերէսթեզիա, հիպէսթեզիա, անէսթեզիա, պարէսթեզիաներ): Վերջույթների շրջանում ավելի հաճախ դրսևորվում են զգայության խանգարումներ, որոնք չեն համապատասխանում նյարդերի անատոմիական տեղագրությանը (տոպոգրաֆիային) և հիմնականում դրսևոր-

վում են ամպուտացիոն տիպով: Ձգայական խանգարումներից հաճախ նկատվում են հիստերիկ ամավրոզ և սուրդիզմ:

Շարժողական խանգարումներից են ջղաձգումային նոպաները, պարալիզները, պարեզները, ասթազիա-աբազիան, հիպերկինեզները, կոնտրակտուրաները, աֆոնիան (անձայնությունը), մուտիզմը, տրեմորը: Հիստերիկ հիպերկինեզներն ունեն տիկերի, գլխի և վերջույթների ռիթմիկ կոպիտ տրեմորի, խորեոֆորմ բնույթ: Դրանք ավելի կազմավորված ու ստերեոտիպ են, քան խորեայի դեպքում: Հիստերիկ պարեզները և պարալիզները կարող են դրսևորվել մոնո-հեմի-պարա- տետրապարեզներով, պարալիզներով և ստանալ ինչպես կենտրոնական սպաստիկ, այնպես էլ պերիֆերիկ թորշոմած բնույթ: Սակայն տեղագրությունը (տոպոգրաֆիան) չի համապատասխանում նյարդավորմանը և ԿՆՅ-ում օջախի լոկալիզացիային: Դրանք ընդգրկում են կա՛մ ամբողջ վերջույթը, կա՛մ ուղղակի սահմանափակ հատված, օրինակ՝ ոտքը մինչև ծնկան հոդ և այլն: Ի տարբերություն օրգանական ախտահարումների՝ այս դեպքում չեն նկատվում ախտաբանական ռեֆլեքսներ, ջլային ռեֆլեքսների փոփոխություն և մկանային ատրոֆիա (ապաճում):

Հիստերիկ ցնցումային նոպան առաջանում է հոգեկան տրավմայի հետևանքով, հիմնականում այլ մարդկանց ներկայությամբ: Այս դեպքում գիտակցության կոպիտ խանգարումներ չեն լինում, հնարավոր է միայն գիտակցության աֆեկտիվ նեղացում: Հիվանդը սովորաբար ընկնում է՝ զգուշությամբ խուսափելով վնասվածքներից: Շարժումները մեծածավալ են, քառսային, ցուցադրական երանգով: Հիվանդը կարող է հատակին հարվածել ձեռքերով և ոտքերով, դողալ ամբողջ մարմնով (տոտալ տրեմոր), գոռալ, տնքալ և այլն: Կարող է նկատվել հիստերիկ աղեղ: Ի տարբերություն էպիլեպտիկ նոպայի՝ տոնիկո-կլոնիկ փուլեր չեն նկատվում, նոպան տևում է մինչև 30 րոպե և ավելի, բերի լույսին հակազդման ռեակցիան պահպանված է, բերը ստուգելու փորձի ժամանակ հիվանդը փակում է աչքերը, սկանա միզարձակություն և դեֆեկացիա չի լինում, նոպայի սկիզբը հոգեծին է, դրսևորվում է մարդկանց ներկայությամբ, չի լինում քնած ժամանակ, վնասվածքներ չեն լինում, նոպայից հետո կարող է նկատվել լաց, ծիծաղ, հեծկլտոց:

### **ՆՅԱՐԴԱԽՏԻ (ՆԵՎՐՈՋՆԵՐԻ) ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Բուժումը համալիր (կոմպլեքսային) է, որն ընդգրկում է ընդհանուր կազդուրիչ բուժում՝ վիտամիններ, նոոտրոպներ, ճիշտ սնունդ, ֆիզիկական վարժություններ, ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ, ասեղնառեֆլեքսաբուժում, լոզանքներ, մերսում, պսիխոթերապիայի (օբսեսիվ կոմպուլսիվի

դեպքում՝ կոգնիտիվ-վարքային, հիստերիկ նյարդախտի դեպքում՝ հիպնոս, նյարդաթուլության դեպքում՝ ռացիոնալ պսիխոթերապիա) և դեղորայքային բուժման (տրանկվիլիզատորներ՝ էլենիոն 10մգ, լորազեպամ 2մգ, ֆենագեպամ 0,5մգ, պսիխոստիմուլյատորներ, նեյրոլեպտիկներ՝ ֆրենալոն 10մգ, էգլոնիլ 10մգ և այլն), հակադեպրեսանտների (ամիտրիպտիլին 25մգ, ֆլուվոքսամին 50մգ, ֆլուօքսետին 10մգ և այլն) զուգակցում, որը նյարդախտի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում ունի իր առանձնահատկությունները: Կարևոր նշանակություն ունի քնի կարգավորումը:

### Ստուգողական թեստեր

#### 1.Նյարդախտերը (նկրողները)՝

- ա) չեն առաջացնում անձի նվաստացում
- բ) առկա են նյարդահոգեկան խանգարումներ
- գ) հոգեծին հիվանդություններ են
- դ) բոլոր նշվածները

#### 2.Ո՞ր ախտանշաններն են բնորոշ կաչուն վիճակների նյարդախտին (նկրողին).

- ա) հյուսվածություն
- բ) կոկորդում գնդի առկայության զգացումը
- գ) ռիտուալներ
- դ) օղակաձև գլխացավեր

#### 3.Նշվածներից ո՞րն է հանգեցնում ինտելեկտուալ-մնեստիկ դեֆեկտի.

- ա) ներասթեմիա
- բ) ոչ մեկը
- գ) կաչունության նկրող
- դ) շիզոֆրենիա

#### 4.Կլաուստրոֆոբիա բնորոշ է

- ա) ներասթեմիա
- բ) կաչուն վիճակների նկրող
- գ) հիստերիկ նկրող
- դ) բնորոշ չէ նկրողներին

**5.Ո՞ր հիվանդության մեջ են գերակշռում տագնապը, չհիմնավորած վախը և ծիսակարգերը.**

- ա) օբսեսիվ-ֆորբիկ նյարդախտ
- բ) բնորոշ չէ նկրոզին
- գ) հիստերիկ նկրոզ
- դ) նկրասթենիա

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1.դ, 2.գ, 3.բ, 4. բ, 5.ա :**

## ԳԼՈՒԽ 13

### ՍԹՐԵՍՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ (ՌԵԱԿՏԻՎ) ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

---

Ռեակտիվ պահիտոգները պահիտոտիկ մակարդակի հոգեկան խանգարումներ են, որոնք առաջանում են անձի համար մեծ կարևորություն ունեցող հոգեկան ցնցումների ազդեցությամբ, գերուժեղ հոգեկան ցնցումների հետևանքով, մարդու կյանքին, ազատությանը վտանգ սպառնացող իրավիճակներում:

Ռեակտիվ պահիտոգների զարգացմանը նպաստում են սոմատիկ կամ վարակիչ հիվանդությունների հետևանքով առաջացող ասթենիզացիան, անձի պահիտոպաթիկ գծերը, գանգուղեղային վնասվածքները, երկարատև անքնությունը, թունավորումները, ինչպես նաև կլինակտերիկ շրջանը:

**Ռեակտիվ պահիտոգների տարածվածությունը** 36,7 է 100.000 բնակչի հարաբերությամբ:

Ռեակտիվ պահիտոգները, պայմանավորված հոգեկան ցնցումի բնույթով և առաջացող ռեակտիվ պահիտոգի կլինիկական պատկերով, ստորաբաժանվում են հետևյալ խմբերի.

1. Սուր ռեակտիվ պահիտոգներ կամ աֆեկտիվ-շոկային ռեակցիաներ (սթրեսի սուր հակազդում), որոնք առաջանում են մարդու կյանքին վտանգ սպառնացող պատճառներից (հրդեհ, երկրաշարժ, ջրհեղեղ, վթարներ և այլն, որոնց հետևանքով առաջանում են մեծաքանակ ավերածություններ, մեծ թվով մարդիկ վիրավորվում են, մահանում):

2. Չզձգվող ռեակտիվ պահիտոգներ, որոնցից են պահիտոգեն դեպրեսիան, պարանոիդը և հիստերիկ պահիտոգները:

### ԱՖԵԿՏԻՎ-ՇՈԿԱՅԻՆ ՌԵԱԿՏԻՎՆԵՐ (ՍԹՐԵՍԻ ՍՈՒՐ ՀԱՎԱՋՂՈՒՄ)

Դրանք կյանքին խիստ վտանգ սպառնացող իրավիճակներում առաջացող կարճատև պահիտոտիկ վիճակներ են: Բնորոշվում են աֆեկտիվ նեղացած գիտակցության զուգակցմամբ առաջացող սարսափի, հուսահատության զգացումով, շարժողական և վեգետատիվ խանգարումներով: Տարբերում են աֆեկտիվ շոկային ռեակցիաների երկու տարբերակ՝ հիպոկլինետիկ և հիպերկլինետիկ:

◆ Հիպերկլինետիկ տարբերակ: Հիվանդի վարքը կորցնում է նպատակասլացությունը: Արագ աճող վախի, սարսափի զուգակցմամբ զարգանում է

քառասային հոգեշարժական գրգռվածություն՝ անկանոն և աննպատակ շարժումներով և ինչ-որ տեղ փախչելու ձգտումով: Հիվանդի դեմքը արտահայտում է սարսափ: Նրանք հաճախ գոռում են, հեծկլտում կամ արտաբերում ոչ հողաբաշխ ձայներ: Այս ամենն ուղեկցվում է վեգետատիվ ռեակցիաներով՝ հաճախասրտությամբ (տախիկարդիայով), մաշկի գունատությամբ կամ գերարյունությամբ (հիպերեմիայով), քրտնարտադրությամբ և այլն: Կողմնորոշումը շրջապատում և իր անձի նկատմամբ խանգարվում է: Տևողությունը 15-20 րոպե է:

• Հիպոկիներտիկ տարբերակ: Բնորոշ է կտրուկ շարժողական արգելակումը՝ ընդհուպ մինչև լրիվ անշարժացում և մուտիզմ (աֆեկտոզեն ստուպոր): Հիվանդները սովորաբար մնում են այն տեղում, որտեղ ծագել է վախի աֆեկտը, չեն կարողանում որևէ շարժում կատարել, որպեսզի պաշտպանվեն, չեն կարողանում որևէ բառ արտասանել: Ձարգանում է հուզական կաթված (էմոցիոնալ պարալիզ), անելանելի հուսահատություն կամ անտարբերություն շուրջը տեղի ունեցածի նկատմամբ: Հայացքը կա՛մ անորոշ է, կա՛մ արտահայտում է վախ, սարսափ, աչքերը լայն բացված են, մաշկային ծածկույթները գունատ են, պատված սառը քրտինքով: Տևողությունը րոպեներից մինչև մեկ ժամ է:

Ապրումները, որոնք առաջանում են նշված սուր պսիխոտիկ վիճակներում, սովորաբար մոռացվում են (զարգանում է ամնեզիա): Սուր պսիխոզից դուրս գալուց հետո զարգանում է արտահայտված թուլություն (ասթենիա), որը տևում է մինչև 2-3 շաբաթ:

## **ՌԵԱԿՏԻՎ (ՊՍԻԽՈՉԵՆ) ԴԵՊՐԵՍԻԱ**

Դեպրեսիան ամենահաճախ հանդիպող պսիխոզեն հիվանդությունն է: Դեպրեսիվ սիմպտոմատիկան սովորաբար զարգանում է պատճառի ազդեցությունից մի քանի օր հետո: Ենթադրվում է, որ այդ ընթացքում կատարվում են պատճառային իրավիճակի ներքին հոգեբանական վերամշակում և կորստի կարևորության գնահատում: Ռեակտիվ դեպրեսիայի կլինիկական պատկերին բնորոշ են ընկճվածությունը, հուսահատությունը, անքնությունը, վեգետատիվ խանգարումները, ինչպես նաև հիվանդի ողջ ապրումների կենտրոնացումը կատարվածի նկատմամբ, այնպես որ հնարավոր չէ հիվանդի մտքերը շեղել այլ երևույթների վրա: Ավելի բնորոշ են տազնապալից ապրումները, քան անորոշ թախիծը, որը դրսևորվում է ներծին դեպրեսիայի դեպքում: Նշված ախտանշաններն ավելի արտահայտված են երեկոյան ժամերին և կարող է դրսևորվել նաև գիշերային մղձավանջային երազներով: Հիվանդները կարող են արտահայտել ինքնամեղադրման մտքեր, ինչպես նաև մեղադրել շրջապատի մարդկանց կատար-

վածի համար: Դեպրեսիան ուղեկցվում է վեգետատիվ ախտանշաններով՝ քնի և ախորժակի խանգարումներ, տախիկարդիա, հիպերհիդրոզ, հիպերտենզիա: Կարող են նկատվել նաև հիպնագոգիկ ցնորքներ, որոնք արտահայտում են տեղի ունեցած հոգեկան ցնցումի բովանդակությունը: Ի տարբերություն էնդոգեն դեպրեսիայի՝ հոգեծին դեպրեսիայի դրսևորումը և ինտենսիվությունը մշտապես սերտորեն պայմանավորված են իրական դեպքերով:

## **ՌԵԱԿՏԻՎ ՊԱՐԱՆՈՒԴ**

Ռեակտիվ պարանոիդին սովորաբար նախորդում է արտահայտված տագնապի, անհանգստության, կասկածամտության, անհաջողության և վտանգի կանխազգացման շրջանը: Ապա դրսևորվում են զառանցական ապրումները: Ռեակտիվ պարանոիդին բնորոշ են զառանցանքների բուռն հուզական հագեցվածությունը և արտահայտված վախի ու տագնապի աֆեկտը: Ավելի հաճախ զարգանում են հետապնդման և վերաբերման զառանցանքներ: Ջառանցանքների բովանդակությունն արտահայտում է հոգեցնցումային (պսիխոտրավմատիկ) իրավիճակը ուղղակի կամ անուղղակի: Հնարավոր են նաև ցնորքների առաջացում: Հիվանդներին թվում է, թե նրանք շրջապատված են թշնամիներով, լսում են նրանց շշուկը, ապա նաև ձայները, խոսակցությունները, որոնք պլանավորում են սպանություն կամ հայտնում են նրանց հարազատների արդեն ողջ չլինելու մասին: Հիվանդները սարսափի վիճակում կարող են վտանգավոր լինել թվացյալ թշնամիների համար: Ռեակտիվ պարանոիդների խմբից են նաև ինդուկցված զառանցանքը և օտարալեզու միջավայրի պարանոիդ խանգարումը: Այս դեպքում որպես հոգեծին գործոն հանդես է գալիս հիվանդի հետ երկարատև, սերտ շփումը: Նման իրավիճակում հիվանդի զառանցական մտքերը առանց որևէ քննադատական վերլուծության ընդունվում են մյուսի կողմից: Սովորաբար ինդուկցվում է մեկ մարդ, հազվադեպ՝ մեկից ավելի մարդիկ: Օտարալեզու միջավայրի պարանոիդի դեպքում օտար միջավայրում վախի, տագնապի զուգակցմամբ առաջանում են վերաբերման զառանցական մտքեր:

## **ՀԻՍՏԵՐԻԿ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐ (դիսոցիատիվ խանգարումներ)**

Հիստերիկ պսիխոզներին (դիսոցիատիվ խանգարումներ) բնորոշ են բազմաբնույթ կլինիկական խանգարումներ, ոչ միատարր պսիխոտիկ վիճակները. դրանք են՝ գիտակցության հիստերիկ մթնշաղային մթագնումը, Գանգերի համախտանիշը, պսևդոդեմենցիան, պուերիլիզմը, հիստոթերիկ ստուպորը: Հիստերիկ պսիխոզների դեպքում գիտակցությունը աֆեկտիվ նեղացած է, և այդ ժամանակահատվածի վերաբերյալ ձևավորվում է ամենզիա:

**Գիտակցության հիստերիկ մթնշաղային մթագնում.** այս խանգարման կլինիկական պատկերը բնորոշվում է դրսևորումների մոզակի բնույթով, ինչպես նաև հիվանդի վարքի ցուցադրական երանգով: Առաջանում են տեսողական ցնորքներ, ընդ որում, հիվանդի ողջ ապրումները կենտրոնացած են միայն հոգեցնցումային (պսիխոտրավմատիկ) իրավիճակի շուրջ: Երբեմն հիվանդը կարծես կրկին վերապրում է կատարված իրավիճակը: Օրինակ՝ կինը, որը ենթարկվել է բռնության, սկսում է նորից պաշտպանվել, փախչել, լաց լինել: Սակայն ավելի հաճախ լինում է իրավիճակի վերապրում՝ փոփոխված, հիվանդի համար բարենպաստ տարբերակով, օրինակ՝ դատապարտված մարդը մտածում է, որ իրեն արդարացրել են, կամ երեխային կորցրած մայրը պնդում է, որ երեխան շուտով կվերադառնա դպրոցից: Պսիխոզի վիճակից հիվանդները դուրս են գալիս աստիճանաբար:

**Պսևդոդեմենցիա.** սա թվացյալ թուլամտություն է: Հիվանդի վարքագիծը հանկարծակի դառնում է թուլամիտ մարդու վարքագիծ, նկատվում է նույնիսկ տարրական գիտելիքների կորուստ, հարցերին պատասխանում է մոտավոր, հրահանգները ևս մոտավոր է կատարում: Հիվանդը հարցերին պատասխանելու ընթացքում կարող է հիմարավուն ծիծաղով շուրջը նայել՝ կարծես ձևանալով թուլամիտ: Ոչ ճիշտ պատասխանների բովանդակությունը միշտ պայմանավորված է տրավմատիկ իրավիճակով և միշտ համապատասխանում է տրված հարցերի թեմային: Հնարավոր է, որ այն լինի սպասվող պատասխանի լրիվ հակառակ տարբերակով, օրինակ՝ սպիտակ գույնը անվանում են սև: Նույնը վերաբերում է գործողություններին, օրինակ՝ հիվանդը կոշիկները հագցնում է ձեռքերին, ոտքերը մտցնում վերնաշապիկի թևերի մեջ:

**Պուերիլիզմ.** նեղացած գիտակցության զուգակցմամբ դրսևորվում է մանկական վարքագիծ, որը վերաբերում է խոսքին, շարժումներին և հուզական ռեակցիաներին: Հիվանդը խոսում է մանկական երանգով, քայլում է

մանր քայլերով, ստիպում է իրեն գրկել, վազվզում է, ոտքերով հարվածում հատակին:

**Գանգերի համախտանիշ.** հանդիպում է հիմնականում բանտարկյալների շրջանում և կլինիկական պատկերով շատ նման է պսևդոդեմենցիային, սակայն այս դեպքում զարգանում են նաև ցնորքներ, որոնք արտահայտում են հոգեցնցումային իրավիճակը: Ընթանում է գիտակցության մթնշաղային նեղացման զուգակցմամբ: Բնորոշ են ոչ տեղին, անմիտ արարքները, օրինակ՝ բերանի փոխարեն քիթն է ցույց տալիս, ծխախոտի փոխարեն լուցկին է դնում բերանը, վերնաշապիկը հագնում է տաբատի փոխարեն: Այս ամենը կարող է թողնել սինուլյացիայի տպավորություն, ուստի անհրաժեշտ է անցկացնել կլինիկական մանրակրկիտ հետազոտություն: Ունի սուր ընթացք, տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս, ավարտվում է լիակատար առողջացմամբ և հետագա ամենգիայով:

**Հիստերիկ ստուպոր:** Բնութագրվում է պսիխոմոտոր արգելակումով, մուտիզմով, որը կարող է լինել լրիվ կամ մասնակի: Հիվանդի միմիկան արտահայտում է աֆեկտիվ լարվածություն (տանջանք, հուսահատություն, զայրույթ), պատճառի մասին խոսելիս նկատվում են վեգետատիվ ռեակցիաներ, կարող է նկատվել նաև կատապլեքսիա (հուզական թուլություն): Տևողությունը մինչև մեկ շաբաթ է:

**Յաթրոգենիա:** Դա հիվանդագին վիճակ է, որն առաջանում է բժշկի և բուժանձնակազմի կողմից հիվանդի նկատմամբ թույլ տրված սխալ արտահայտությունից, անզգույշ խոսքից, վարվելաձևից: Հատկապես հեշտությանը է առաջանում ներշնչվող անձնավորությունների շրջանում: Այն կարող է արտահայտվել կաչուն վախերով, դեպրեսիվ վիճակներով, հիպոխոնդրիկ ապրումներով, գերարժեք մտքերով: Օրինակ՝ երբ համայցի ժամանակ բժիշկը հիվանդին անզգուշաբար ասում է. «Ոչ թե սիրտ ունես, այլ լաթի կտոր»: Այդ խոսքերից հետո զարգանում է դեպրեսիվ-տագնապային, հիպոխոնդրիկ վիճակ:

## ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Բուժումը համալիր է և պայմանավորված է առաջատար կլինիկական համախտանիշով և հիվանդության զարգացման ժամկետներով: Կարևոր պայման է հնարավորինս հոգեցունց գործոնը վերացնելը և իրավիճակը բարելավելը: Դա զուգակցվում է դեղորայքային, հոգեթերապևտիկ միջոցներով: Դեղորայքային բուժումը ախտանշանային է՝ նեյրոլեպտիկներ, հակադեպրեսանտներ, տրանկվիլիզատորներ:

Սուր աֆեկտիվ-շոկային ռեակցիաները կարճատև են, մասնավորապես հիպերկինետիկ ձևը: Այդ դեպքում շարժողական գրգռվածությունը,

աֆեկտիվ լարվածությունը, վախը, տագնապը վերանում են ամինազինի միջմկանային ներարկումով (2,5%-անոց լուծույթ 100-150մգ, հալոպերիդոլ 0,1%-անոց 1-2մլ միջմկանային), հանգստացնողներ՝ դիազեպամ (5-10մգ), լորազեպամ (1-2մգ): Հիպոկլինետիկ ռեակցիայի դեպքում (ռեակտիվ ստուպոր) կարելի է կիրառել ամիտալ-կոֆեինային ապարգելակում:

Ռեակտիվ դեպրեսիաների բուժման միջոցառումներից հիմնականը հակադեպրեսանտներն են, որոնք անհրաժեշտության դեպքում զուգորդվում են նեյրոլեպտիկների (սուլպիրիդ, խլորպրոտիկսեն, թիորիդազին, ռիսետ), տրանկվիլիզատորների հետ:

Ծանր տագնապային դեպրեսիաների դեպքում առավել արդյունավետ են եռացիկլիկ հակադեպրեսանտները՝ ամիտրիպտիլինը, անաֆրա-նիլը, իմիպրամինը և այլն:

Ռեակտիվ դեպրեսիաները բուժելու դեպքում չպետք է մոռանալ քնաբերների մասին (նիտրազեպամ, ֆենազեպամ, զոլպիդեմ, զոպիկլոն և այլն):

Ռեակտիվ պարանոիդի բուժման հարցում հիմնականը նեյրոլեպտիկներն են (հալոպերիդոլ, կլոզապին, տրիֆլուպերազին, ռիսպերիդոն, օլանզապին և այլն): Հիվանդության սկզբնական շրջանում դեղերը կիրառում են ներարկմամբ:

Բոլոր ռեակտիվ պսիխոզների դեպքում կարևոր նշանակություն ունի պսիխոթերապիան:

## Ստուգողական թեստեր

### 1.Նշվածներից ո՞րը հիստերիկ պսիխոզ չէ.

- ա) կորսակոմյան պսիխոզ
- բ) պուերիլիզմ
- գ) Գանգերի համախտանիշ
- դ) պսևդոդեմենցիա

### 2.Աֆեկտիվ շոկային ռեակցիաներին ո՞ր ախտանիշն է բնորոշ.

- ա) մանկական և հիմար վարքագիծ
- բ) մենտիզմ
- գ) աուտիզմ
- դ) գիտակցության նեղացում

### 3.Ո՞ր հատկանիշներով չի բնորոշվում ռեակտիվ դեպրեսիան.

ա) դեպրեսիվ ապրումներն անմիջականորեն կապված են պատճառային իրավիճակի հետ

բ) հոգեծին հիվանդություն է

գ) ներծին հիվանդության սրացում է՝ պայմանավորված հոգեկան լրացուցիչ ցնցումով

դ) զարգացմանը նպաստող գործոններ են ասթենիզացիան, անձի համապատասխան պսիխոպաթիկ գծերը

**4.Նշվածներից որո՞նք բնորոշ չեն ռեակտիվ պսիխոզներին.**

1. արսանս

2. գիտակցության դելիրիոզ խանգարում

3. զառանցական մտքեր

4. հիվանդության կլինիկայում հոգեցունց վիճակի

արտահայտություն

ա) 1,2,4 բ) 1,2 գ) 1,2,3 դ) 1,4

**5.Ստորև նշվածներից ո՞րն է բնորոշ կեղծ թուլամտությանը.**

ա) առաջընթաց ընթացքը

բ) սուր հոգեծին սկիզբը

գ) ինքնաքննադատության պահպանումը

դ) ինտելեկտի կայուն, անդարձելի փոփոխությունները

**6.Նշվածներից որո՞նք բնորոշ չեն հիստերիկ ստուպորին.**

1. հոգեծին սկիզբը

2. վեգետատիվ ռեակցիաները

3. վիճակի տևականություն մարդկանց ներկայությամբ

4. մոմանման ճկունություն

5. ակտիվ նեգատիվիզմ

ա) 4,5 բ) 1,3 գ) 2,5 դ) 2,4

**7.Նշվածներից որո՞նք բնորոշ չեն աֆեկտիվ շոկային ռեակցիաներին.**

1. առաջանում են տարերքների, բնական աղետների դեպքում

2. ուղեկցվում են գիտակցության մթազնմամբ

3. վարքագիծը ցուցադրական բնույթի է

4. ելքը՝ տոտալ թուլամտություն

5. ելքը՝ լրիվ առողջացում

ա) 3,4 բ) 1,4,5 գ) 1,2,4 դ) 2,3,5

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1.ա, 2. դ, 3.գ, 4.բ, 5.բ,

6.ա, 7.ա:

## ԳԼՈՒԽ 14

### ԱՆՁԻ ԽԱՆՁԱՐՈՒՄՆԵՐ (ՊՍԻԽՈՊԱԹԻԱՆԵՐ)

Անձի խանգարումը (պսիխոպաթիան) անձի ախտաբանական խառնվածք է, որը բնորոշվում է հոգեկան ֆունկցիաների աններդաշնակությամբ և դրանով պայմանավորված՝ վարքի անհամապատասխանությամբ, կոնֆլիկտայնությամբ:

Ինչպես նշում է Գ. Շնայդերը, պսիխոպաթները կա՛մ իրենք են տառապում իրենց բնավորության աննորմալությամբ, կա՛մ էլ ուրիշներին են տառապանքի մատնում:

«Պսիխոպաթիա» տերմինի հոմանիշներն են պաթոլագիական անձնավորություններ, բնավորության անոմալիաներ, պսիխոպաթ կոնստիտուցիաներ, իսկ ոմանք պսիխոպաթիաներն անվանում են բնավորության այլանդակություններ: Հուզականային անկայունությունը պսիխոպաթի բնավորության հիմնական գծերից է և ավելի է նպաստում կոնֆլիկտային իրավիճակների առաջացմանը: Չնայած բանականությունը պսիխոպաթիայի դեպքում մնում է պահպանված, բայց նույնիսկ բարձր ինտելեկտը (պսիխոպաթիաների շրջանում հանդիպում են նաև տաղանդավորներ) խանգարում է լիովին շտկելու պսիխոպաթ բնավորությունը, ավելին՝ պսիխոպաթի մտածողությունը դառնում է կողմնակալ և միակողմանի (պսիխոպաթների աֆեկտիվ մտածողություն):

Անձի խանգարման ձևավորմանը մասնակցում է երկու գործոն՝ նյարդային համակարգի բնածին կենսաբանական անլիարժեքությունն ու արտաքին միջավայրի ազդեցությունը:

Վարքագծի այս կամ այն աննշան շեղումների առկայությունը չի կարող պսիխոպաթիայի ախտորոշման հիմք լինել: Նման դեպքերում նշվում է բնավորության գծերի շեշտվածության (բնավորության ակցենտուացիայի) մասին, որոնք նորմայի ծայրահեղ տարբերակներն են, երբ բնավորության առանձին գծերը չափից ավելի են ընդգծված: Դրա հետևանքով դրսևորվում է ընտրողական խոցելիություն որոշ հոգեծին գրգիռների նկատմամբ, մինչդեռ այլ գրգիռների հանդեպ ի հայտ է գալիս լիակատար կայունություն:

«Շեշտավորված անձնավորություն» տերմինը առաջարկել է գերմանացի հոգեբույժ Կ. Լեոնհարդը (1968)՝ դասակարգելով շեշտավորվածության տարբերակները:

Ա.Ե. Լիչկոն առաջարկել է «բնավորության շեշտվածություն» տերմինը և դրա դասակարգումը (1980):

Շեշտվածությունը զարգանում է բնավորության ձևավորման շրջանում և հարթվում տարիքին զուգընթաց: Շեշտվածության դեպքում սոցիալական անհարմարվողականությունը կա՛մ լիովին բացակայում է, կա՛մ էլ լիովին անցողիկ է:

Անձի խանգարումները անհրաժեշտ է տարբերել ինչպես նորմալի սահմաններում բնավորության անհատական տարբերակներից, այնպես էլ հոգեկան հիվանդություններից:

Անձի խանգարմանը, ի տարբերություն բնավորության անհատական տարբերակների, բնորոշ են հետևյալ առանձնահատկությունները.

- Անձի ախտաբանական առանձնահատկությունների հարաբերական կայունություն՝ դրանց հետզարգացման չնչին հնարավորություններով:

- Անձի հոգեախտաբանական առանձնահատկությունների ամբողջական արտահայտվածություն, երբ անձի ոչ թե առանձին գծերը, այլ ողջ հոգեկան կառուցվածքն է ախտաբանական:

- Բնավորության ախտաբանական առանձնահատկությունների ամբողջական արտահայտվածություն, երբ խանգարվում է անձի հարմարվողականությունը (ադապտացիան) շրջապատի հանդեպ և համապատասխանաբար՝ բնականոն փոխհարաբերությունները մարդկանց հետ:

Այս չափանիշներն արտացոլում են պսիխոպաթ անձնավորության ամենաընդհանուր, էական, բնութագրական առանձնահատկությունները և հիմնավորված են Պ.Բ. Գանուշկինի աշխատություններում:

Անձի խանգարումները պսիխոզներից տարբերվում են նրանով, որ վերջիններիս բնորոշ են հոգեկան գործունեության արտահայտված խանգարումների ախտանշաններն ու համախտանիշները, օրինակ՝ զառանցանք, ցնորք, գիտակցության մթազնում և այլն: Բացի դրանից, անձի խանգարումները չունեն հիվանդության ընթացք, այսինքն՝ հիվանդության սկիզբ, զարգացում, ելք, ավարտ: Անձի խանգարումը տվյալ անձնավորության ողջ կյանքի ընթացքում բնավորության տևական կայուն ախտաբանական վիճակ է:

Ներկայումս չկա պսիխոպաթիաների համընդհանուր դասակարգում: Այս հարցում ամենից ավելի ճանաչված են Պ.Բ. Գանուշկինի, Գ. Շնայդերի, Է. Կրեպելինի, Կ. Կրեչմերի, Օ.Վ. Կերբիկովի աշխատությունները: Նրանց կողմից նկարագրվել են պսիխոպաթիաների ավելի հաճախ դիտվող դրսևորումները:

ՀՄԴ-ման մեջ «պսիխոպաթիա» տերմինը փոխարինված է «անձի խանգարում»-ով: Անձի խանգարումների տարածվածությունը 10,3–13,5 % է:

## **ԱՆՁԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ**

Անձի խանգարման սկզբնական նշաններն արտահայտվում են մանկական և պատանեկան տարիքում, սակայն սեռական հասունացման շրջանում պսիխոպաթիկ հատկանիշները կարող են մեղմանալ կամ լրիվ անհետանալ (դեպսիխոպաթիզացիա) կամ, ընդհակառակը, կտրուկ սրվել՝ ընդհուպ մինչև ծանր պսիխոպաթիայի ձևավորումը:

Առանձնացվում են անձի խանգարումների հետևյալ դրսևորումները:

**Անձի ասթենիկ խանգարում.** բնութագրվում են այնպիսի գծերով, ինչպիսիք են արագ առաջացող հոգնածությունը, զգայունությունը, տպավորվող լինելը: Ասթենիկները չափազանց անվստահ են, ամաչկոտ, հեշտությամբ շփոթվում են, հուզվում: Դրանք պատկառուկանման» (պատկառուկ՝ ռուս. мимоза) անձնավորություններ են, որոնց հունից կարող է հանել մտավոր և ֆիզիկական լարվածությունը, կոպտությունը, կյանքի դժվարությունը: Վախենալով այդ ամենից՝ նրանք խուսափում են լայն շփումներից, ձգտում ստվերում մնալ. դա անպաշտպան, խոցելի անձնավորության ինքնամփոփություն է: Նրանք վախենում են առաջիկա դժվարություններից, վախենում են ծաղրի առարկա դառնալուց:

Ասթենիկ խանգարումներով անձինք հաճախ գանգատվում են վատ ինքնազգացողությունից, գլխացավերից, թուլությունից, սրտխփոցից, գլխապտույտից, ընկճված տրամադրությունից. բնորոշ են զարկերակային ճնշման տատանումները:

Վերոհիշյալ ասթենիկ բնույթի ատտանիշներն ավելի են արտահայտվում կյանքի ստերեոտիպի (բնակարանի, մասնագիտական գործունեության, աշխատավայրի) փոփոխությունների դեպքում. կենցաղի սովորական դրվածքի կարգավորումը, նպաստում է որոշակի հավասարակշռվածության հաստատմանը:

**Անձի տագնապային (պսիխասթենիկ) խանգարում.** բնավորության շատ գծերով նմանվում են ասթենիկ պսիխոպաթներիին, սակայն նրանց գլխավոր առանձնահատկությունը տագնապալից կասկածամտությունը է: Նրանք մանրազնին վերլուծության են ենթարկում ցանկացած արարք, գործողություն, խոսակցություն, ձեռնարկվող կամ ծրագրվող իրադարձություն: Յուրաքանչյուր որոշում երկարատև քննարկվում է, «մշակվում», ընդունվում կամ հետաձգվում մեծ տատանումներից հետո: Սեփական վարքի, ծրագրերի և դրանց իրականացման ճշտության վերաբերյալ

մշտական կասկածները հաճախ անհաղթահարելի դժվարություններ են առաջացնում և պսիխասթենիկ անձնավորության կյանքը կատարյալ տառապանք դարձնում: Ինքնավերլուծության հակումը նպաստում է անցյալի իրադարձությունների մշտական վերհիշմանը, սխալների փորփորմանն ու հայտնաբերմանը, ինքնանախատիքներին և ինքնախարազանմանը: Դա էլ ավելի է նպաստում ինքնավստահության նվազմանը, որը դրդում է պսիխասթենիկներին մեկուսանալ ակտիվ կյանքից, անընդհատ խորհել, թե ինչ են իրենք անում և ինչ է կատարվում իրենց շուրջը: Սա հանգեցնում է անպտուղ իմաստակման, «մտավոր որոճքի» (Պ. Ժանե), չափազանց ուժեղացած ինքնաստուգման ձգտման:

Դեկոմպենսացիայի դեպքում առաջանում են տարբեր հիվանդագին վիճակներ (ծանր հիվանդության առաջացման երկյուղ), որոնք կարող են նպաստել հիպոխոնդրիկ համախտանիշի զարգացմանը:

**Անձի գրգռվող (էպիլեպտիդ) խանգարում.** ըստ Է. Կրեպելինի աչքի են ընկնում հուզական ուժեղ գրգռականությամբ: Ամենաչնչին առիթը կարող է առաջացնել աֆեկտիվ արտահայտված գերզգայական ռեակցիա՝ զայրույթ, վախ, ուրախություն, չարություն և այլն: Երբեմն գերզգայական նուպաներն այնպիսի ուժգնության են հասնում, որ գիտակցությունը մթազնում է (ախտաբանական աֆեկտ). առաջանում է հոգեշարժական գրգռվածություն և կորչում է ըմբռնելու, կատարվածի վերաբերյալ հաշիվ տալու, իրենց գործողությունները ղեկավարելու ունակությունը: Նման իրավիճակներում շրջապատի համար դառնում են վտանգավոր, նրանք կարող են կատարել զանազան ագրեսիվ արարքներ: Չնայած նրանք բավականին ակտիվ են, սակայն կենսական դժվարությունների, անհաջողությունների դեպքում հեշտությամբ հուսահատվում են՝ հաճախ դիմելով ինքնավնասումների, հակում ունեն դեպի ալկոհոլը, պերվերզիաները:

Որոշ դեպքերում 30-40 տարեկան հասակում բնավորության պսիխոպաթային գծերը հարթվում են, այլ դեպքերում՝ անբարենպաստ սոցիալական գործոնների պայմաններում, առաջանում է սոցիալական լրիվ դեզադապտացիա:

**Անձի հիպերթիմիկ խանգարում.** 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 գերազնահատելու իրենց անձն ու հնարավորությունները, սակայն մի փոքր մակերեսային են, շուտ ոգևորվող ինչպես անձնական կյանքում, այնպես էլ աշխատանքում: Աչքի են ընկնում ճարպկությամբ, հեշտ են հասնում իրենց նպատակներին, վայելում կյանքի բարիքները: Սակայն չափից ավելի ինքնավստահությունը, առաջ-

նության հասնելու ձգտումը, մշտական հուզական գերակտիվությունը հաճախ բախումային իրավիճակներ են ստեղծում: Դյուրագրգիռ լինելով՝ հիպերթիմիկները նույնքան արագ էլ հանդարտվում են, բայց ընդհանուր առմամբ հարմարվում են մարդկանց, կոլեկտիվին: 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 ունիում: Նրանց կյանքը պայծառ է, բայց առանց խոր հետաքրքրությունների և մտերմությունների:

**Անձի հիպոթիմիկ խանգարում (դիսթիմիկները).** աչքի են ընկնում տրամադրության մշտական ընկճված երանգով: Նրանք «բնածին հոռետեսներ են» (ըստ Պ.Բ. Գանուշկինի), մեղմ, փափկասիրտ, սիրալիր մարդիկ, շատ բարեսիրտ են ու նրբազգաց: Հիպոթիմիկները մշտապես տանջվում են անլիարժեքության, ոչնչության զգացումից, իրենց համարում անընդունակ, անպետք, անընդհատ զբաղվում են ինքնանվաստացմամբ: Նրանք կյանքից ոչ մի լավ բան չեն սպասում, անհաջողությունների, դժբախտությունների, անկարգությունների համար առաջին հերթին իրենց են մեղադրում, և եթե նույնիսկ ընտանիքի, ընկերների ներկայությամբ ուրախ են, դա միայն արհեստական դիմակ է: Երբեմն ընկճված տրամադրության զուգակցմամբ դիտվում են բազմաթիվ հիպոխոնդրիկ գանգատներ: Հոգեբուժական գրույցները բարենպաստ ազդեցություն են թողնում, սակայն միայն կարճ ժամանակով:

**Անձի հիսթերիկ խանգարում.** հիմնականում ղեկավարվում են ամեն գնով շրջապատի ուշադրության կենտրոնում գտնվելու ձգտմամբ: Այդ ձգտումն արտահայտվում է ամեն ինչում. արտաքին տեսքում, որը կրում է վառ, աչքի զարնող բնույթ (դիմահարդարություն, սանրվածք, հագնվելու ոճ), արտասովոր արաքներում, դիմաշարժության, շարժումների, խոսքի մեջ: Ամեն ինչ նախանշված է արտաքին ազդեցության համար՝ պայմանավորված «ճանաչման արժանանալու ծարավով»:

Դիտվում է բնավորության ծայրահեղ անկայունություն, փոփոխականություն: Նրանց կարծիքները, վարքը, զգացմունքները պայմանավորված են իրավիճակով: Հիստերիկները ձգտում են երևալ ավելին, քան իրականում կան (Յասպերս), երբեմն դիմում են կեղծ վկայությունների, ինքնազրպարտման՝ ամեն գնով իրենց նշանակությունը, առաջատար դերը ցույց տալու նպատակով: Նրանց ձեռնարկած ինքնասպանության շինծու փորձերը, որոնք երբեմն ճակատագրական են դառնում, նույն նպատակին են

ծառայում: Ոմանք ձգտում են ընդգծել իրենց հիվանդությունների անսովորությունը, որոնց ընթացքում փորձում են ցուցադրել անտանելի տառապանքները հաղթահարելու ճիգերը (հիստերիկ նոպաներ, համրություն, կուրություն, ոտքի վրա կանգնելու և քայլելու անկարողություն, անդամալուծություն, աղիքային անանցանելություն, շնչառության խանգարում և այլն):

Անձի հիստերիկ պսիխոպաթների շրջանում երևակայության և իրականության, ֆանտազիայի և ռեալության միջև չկան հստակ սահմաններ: Դրանից բխում է երևակայամոլության, ստելու հակումը, ախտաբանական ստախոսությունը («պսևդոլոգիա ֆանտաստիկա»), երբ ցանկալին ներկայացվում է որպես իրականություն: Այդ կարգի պսիխոպաթներն այնքան են ընտելանում իրենց իսկ երևակայության արգասիք հանդիսացող իրավիճակներին, որ իրենք էլ են սկսում հավատալ դրանց:

Անբարենպաստ իրադրության ազդեցությամբ հիստերիկ պսիխոպաթների շրջանում առաջանում են նյարդախտեր (նկրոզներ), դաշտանադադարի շրջանում հաճախ սրվում են բնավորության ախտաբանական գծերը: Սոցիալական լավ պայմաններում հնարավոր է տևական փոխհատուցում (կոմպենսացիա):

**Անձի անկայուն խանգարում.** անկամ, թույլ բնավորության տեր մարդիկ են, հեշտությամբ ընկնում են շրջապատի ազդեցության տակ, ընկերների կամքին են ենթարկվում, հեշտ և արագ ընդօրինակում են ուրիշներին: Նրանք չունեն խոր գիտելիքներ, չեն հաստատում ամուր մտերմական կապեր, մի խմբից հեշտությամբ անցնում են մյուսին, առանց երկմտանքի փոխում են որոշումներն ու նպատակները: Դպրոցում վատ են սովորում, չնայած մտավոր ունակությունները կարող են վատ չլինել: Նույն տեղում երկար չեն աշխատում պարապուրդների և աշխատանքային կարգապահության խախտումների պատճառով: 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»: Իսկ բարենպաստ սոցիալական պայմանները, հարազատների հոգատարությունն ու վերահսկելը, նրանց սահմանած խիստ ռեժիմը նպաստում են զգալի փոխհատուցման:

**Անձի շիզոիդ խանգարում.** մի կողմից ամաչկոտ են, երկչոտ, խոցելի, նրբազգաց, մյուս կողմից՝ անտարբեր, չոր, մանրախնդիր, մռայլ կամ համառ, դաժան, բարձրագույն նպատակներին հասնելու մեջ՝ հաստատական: Բայց նրանց բոլորին միավորում է մեկ ընդհանուր գիծ՝ աուտիզմը: Բոլորի

դեպքում էլ դիտվում են զգացմունքների սառնություն, տարօրինակությու-  
նուններ, որոնք արտահայտվում են վարքի, շարժումների, գործողություննե-  
րի ուլորտում: Նրանց շարժումներն անբնական են, դիմախաղը զուրկ է  
աշխուժությունից: Հետաքրքրությունները միակողմանի են, յուրօրինակ,  
արտասովոր:

Կապերը շրջապատի հետ սահմանափակ են, անմարդամոտ են կամ  
էլ անբնական մարդամոտ (որը պայմանավորված է անհրաժեշտությամբ):  
Շիզոֆրենները ծածկամիտ են, երբեք չեն հայտնում ներքին ապրումները:  
Նրանց արտահայտությունները կարճ են ու կտրուկ, երբեմն վատ հաս-  
կանալի, հաճախ դիմում են սինվոլներին, դատարկաբանությանը: Ազատ  
ժամանակը ցվիրում են «աուտիստական» զբաղմունքներին՝ ընթերցանու-  
թյանը, միայնակ զբոսանքներին, բնությամբ զմայլվելուն և այլն:

Շիզոֆրենավորության հիմքը, ըստ Կրեչմերի, պսիխեսթիկական  
համամասնությունն է, այսինքն՝ գերզգայնության (հիպերեսթեզիայի) և  
զգացմունքային սառնության (անեսթեզիայի) զուգակցումը: Հիպերեսթե-  
զիայի գերազանցումը բնորոշ է զգայական շիզոֆրեններին՝ պատկառուկա-  
նման, խոցելի, իսկ անեսթեզիան (զգացմունքային սառնությունը) հատուկ է  
էքսպանսիվ շիզոֆրեններին:

Զգայական շիզոֆրենները «գերնրբազգաց», հիվանդագին զգայնու-  
թյուն ունեցող, վարքագծի կանոնները պահպանող անձնավորություններ են:

էքսպանսիվ շիզոֆրենները սթենիկ, կամային անձնավորություններ են,  
որոնք հաշվի չեն նստում մյուսների հետ: Մեծամիտ, սառը, սկզբունքային  
մարդիկ են, անտարբեր են մարդու ճակատագրի նկատմամբ:

**Անձի պարանոյալ խանգարում.** բնութագրվում են նեղ հետաքրքրու-  
թյուններով, մտածողության միակողմանիությամբ: Նրանք եսակենտրոն են,  
տառապում են արտահայտված մեծամտությամբ: Այն ամենը, ինչ սերտորեն  
կապված է նրանց ու նրանց շահերի հետ, ուշադրության արժանի է թվում:  
Նրանք համառորեն պաշտպանում են իրենց համոզմունքները, եթե նույնիսկ  
բոլորին էլ ակնհայտ է դրանց անճշտությունը, և տրամաբանական հետևու-  
թյուններն ու փաստարկները բոլորովին էլ չեն կարող սասանել նրանց վճռա-  
կանությունը տվյալ խնդրի իրականացման գործում: Սթենիկ են, համառ,  
կասկածամիտ. յուրաքանչյուրը, ով համաձայն չէ իրենց հետ, արժանանում է  
թշնամի, չարական, նախանձ պիտակին: Պարանոյալ պսիխոպաթների ար-  
ժանիքները և ճշմարտացիությունը շրջապատի մարդկանց կողմից չճա-  
նաչելը հանգեցնում են ենթադրվող թշնամիների դեմ պայքարի: Անհաջո-  
ղությունները նրանց չեն կանգնեցնում, այլ նոր ուժ են տալիս այդ պայ-  
քարում, որը կարող է երկար շարունակվել, առավել ևս, որ պարանոյալ պսի-  
խոպաթների տրամադրությունը անկունային է՝ լարվածության երանգով:

Սևեռվելով վիրավորանքների վրա, չցուցաբերելով բավարար քննադատական վերաբերմունք՝ նրանք վրեժի ծրագրեր են մշակում, մեկը մյուսի հետևից բողոքներ գրում, որոնք ամբողջական հատորներ են կազմում (հայցամուկներ, դատամուկներ), և այս ամենը հաճախ արդարության համար պայքարի տեսք է ընդունում՝ «հանուն արդարության»:

Պարանոյալ պսիխոպաթների հիմնական կլինիկական հատկանիշը գերարժեքային մտքերի ձևավորումն է իրենց բարձր դիրքի, կարևոր նշանակության մասին և խանդը: Ի տարբերություն զառանցանքների՝ դրանք սերտորեն կապված են ռեալ իրադարձությունների հետ, սակայն հիմնավորումը հաճախ միակողմանի բնույթ է ունենում. որպես ապացույց է վերցվում այն, ինչ շահավետ է իրենց, և, ընդհակառակը, ուշադրության չեն արժանանում էական հանգամանքները, եթե դրանք չեն ամրապնդում պարանոիկների հայացքները:

**Սեռական աղավաղումներ (պերվերզիաներ):** Սեռական աղավաղումները կարող են առաջանալ տարբեր պսիխոպաթիաների դեպքում, բայց ավելի հաճախ դրանք դիտվում են գրգռվող, անկայուն, հիստերիկ պսիխոպաթների շրջանում, ինչպես նաև տարբեր հիվանդությունների դեպքում (շիզոֆրենիա, նևրոզներ, էնդոկրին հիվանդություններ, գլխուղեղի օրգանական ախտահարումներ և այլն): Սովորաբար պսիխոպաթների սեռական աղավաղումների ձևավորման նախապայման է վաղ զարգացող և սեռական ուժեղ գրգռելիությունը: Մեծ նշանակություն ունի նաև միջավայրի ազդեցությունը, ալկոհոլիզմն ու թմրամոլությունը. որոշակի դեր կարող է կատարել տարիքը (երիտասարդ, նախածերունական և ծերունական հասակ, երբ պերվերզիվ մղումներն ուժեղանում են):

Սեռական աղավաղումներն են.

*Հոմոսեքսուալիզմ.* սեռական հակում միևնույն սեռին պատկանող անձանց հանդեպ: Կանանց շրջանում դա լեսբիականությունն է, տրիբադիան, տղամարդկանց շրջանում՝ պեդերաստիան, արվամոլությունը:

*Սադիզմ.* սեռական բավարարվածություն, որն առաջանում է սեռական հարաբերության ընթացքում զուգընկերոջը տանջելով (ընդհուպ մինչև գազանային խոշտանգումներն ու նույնիսկ սպանությունները):

*Մազոխիզմ.* սեռական բավարարվածություն զուգընկերոջ կողմից՝ նվաստացումների ենթարկվելու ձևով:

*Տրանսվեստիզմ.* սեռական բավարարվածություն հակառակ սեռի հագուստը կրելու միջոցով:

*Էքսիբիցիոնիզմ.* սեռական բավարարվածություն՝ հակառակ սեռի անձանց ներկայությամբ սեռական օրգանները ցուցադրելով:

*Ֆետիշիզմ*. սեռական բավարարվածություն հակառակ սեռին պատկանող հագուստի առանձին առարկաներ (սպիտակեղեն, կոշիկ և այլն) հավաքելով. սա բնորոշ է տղամարդկանց:

*Պերոնֆիլիա*. սեռական հակում երեխաների հանդեպ:

*Ինցեստ*. սեռական հակում բարեկամների հանդեպ:

*Գերոնտոֆիլիա*. սեռական հակում ծերունիների հանդեպ:

*Նեկրոֆիլիա*. սեռական հակում դիակների հանդեպ:

*Սոդոմիա*. սեռական հակում կենդանիների հանդեպ:

*Պիզմալիոնիզմ*. սեռական հակում արձանների հանդեպ:

*Նարցիսիզմ* (աուտոէրոտիզմ). ինքնասիրահարվածություն, սեռական գրգռումն առաջանում է սեփական մարմինը զննելիս կամ դրա արտացոլումը հայելու մեջ նայելիս:

*Սկոտոֆիլիա, վիզիոնիզմ*. սեռական գրգռումն առաջանում է սեռական հարաբերություն, միզարձակություն կամ դեֆեկացիա գաղտնի նայելիս:

*Օնանիզմ*. սեռական օրգանների մեխանիկական գրգռում՝ սեռական բավարարվածություն ստանալու նպատակով (*ֆիզիկական օնանիզմ*) կամ տարփանքի հասնել էրոտիկ թեմաներով ուժեղ երևակայության միջոցով (*հոգեկան օնանիզմ*):

## **ԱՆՁԻ ԽԱՆՁԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ**

Անձի խանգարումները կարող են լինել բնածին կամ ձեռք բերվեն կյանքի ընթացքում: Անձի բնածին խանգարումներն առաջանում են սաղմի կամ պտղի վրա վնասակար նյութերի ազդեցության դեպքում. նշանակություն ունեն ժառանգական գործոնը, ծննդաբերական վնասվածքները, վաղ հետծննդյան շրջանի ախտաբանությունը, սիֆիլիսն ու ալկոհոլամոլությունը, բեղմնավորումը հարբած վիճակում (ըստ ֆրանսիացի մասնագետների՝ «շաբաթ օրվա երեխաները»), էմբրիոպաթիաները, ինֆեկցիաներն ու թունավորումները: Անձի խանգարման ձևավորմանը մեծապես նպաստում են շրջապատի անբարենպաստ պայմանները (դաստիարակությունը, հոգեկան ցնցումները): Վիճելի է այն հարցը, թե հոգեծին վնասվածքի ազդեցությամբ առաջացած անձի ախտաբանական զարգացումը կարելի՞ է արդյոք որակավորել որպես անձի խանգարում:

Անձի բնածին խանգարումների դինամիկան հիմնականում բնութագրվում է քանակական փոփոխություններով, այսինքն՝ պսիխոպաթիկ առանձնահատկությունների ուժեղացմամբ կամ թուլացմամբ: Դա արտա-

հայտվում է տրամադրության տատանումներով, հոգեկան ցնցումների դեպքում ցուցաբերվող հիվանդագին ռեակցիաներով և անձի ախտաբանական զարգացմամբ:

Չոգեախտաբանական առանձնահատկությունների նման սրացումներ առաջանում են պսիխոպաթ անձնավորության համար անբարենպաստ պայմանների (ալկոհոլի չարաշահում, մարմնական հյուծում) ազդեցությամբ, երբեմն էլ՝ առանց որևիցե կողմնակի գործոնի: Դրանք դեկոմպենսացիայի վիճակներ են, որոնք կարող են առաջանալ նաև անցումային շրջաններում, դաշտանի, հղիության, ծննդաբերության ժամանակ: Եվ ընդհակառակը, տարիքին զուգընթաց՝ պսիխոպաթիային բնորոշ բնավորության անհամաչափ զարգացման գծերը կարող են հարթվել:

Երեխայի կամ դեռահասի բնավորության ձեռքբերովի ախտաբանական զարգացումը սերտ կապի մեջ է կոլեկտիվում կամ ընտանիքում դաստիարակության դրվածքի հետ, ընդ որում, առկա է անձի փոփոխությունների համապատասխանություն՝ պայմանավորված սխալ դաստիարակության առանձնահատկություններով: 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 հիացումները, նրան ներշնչելը, որ ինքը սովորական չէ, տաղանդավոր է, նպաստում է եսասիրության ու եսամոլության զարգացմանը, միշտ ուշադրության կենտրոնում լինելու ձգտմանը, այսինքն՝ անձնավորության հիստերիկ գծերի ձևավորմանը: Չետևաբար միջավայրի անբարենպաստ պայմանները, հատկապես մանկական և դեռահաս տարիքում, երբ ձևավորվում են բարձրագույն նյարդային գործունեության առանձնահատկությունները, կարող են հանգեցնել այնպիսի շեղումների, որոնք առկա են բնածին անձի խանգարման դեպքում: Իսկ դա հանգեցնում է նրան, որ հեռավոր փուլերում ախտաբանական զարգացումը կլինիկական պատկերով չի տարբերվում բնածին անձի խանգարումից: Բայց ի տարբերություն դրա, անձի ախտաբանական կերտվածքի սկզբնական փուլը ձևավորվում է որոշակի ժամանակահատվածում. հենց այդ ժամանակից սկսած դրսևորվում են բնավորության ախտաբանական գծերը, ի հայտ է գալիս պսիխոպաթներին բնորոշ վարքագիծը. դա «նախապսիխոպաթային» վիճակն է: Այս փուլում դեռահասը տարբեր միջավայրերում իրեն տարբեր կերպ է պահում. դպրոցում ցուցաբերում է արգելակվող պսիխոպաթներին բնորոշ վարքագիծ, քանի որ համադասարանցիները ծաղրում են ու նեղում նրան, իսկ հասակակիցների հետ հարաբերությունները լավ են, և նա չի ցուցաբերում անձի խանգարման որևէ առանձնահատկություն:

Ինչպես կորիզային անձի խանգարման, այնպես էլ անձի ախտաբանական զարգացման գործում կարևոր դեր է կատարում արբունքի շրջանը: Այդ շրջանում անձի՝ արդեն արտահայտվող խանգարման առանձնահատկությունների դեպքում սկսվում է դրանց կայունացում, կամ, ընդհակառակը, անձը դառնում է ներդաշնակ, նրա բնավորության աղավաղված գծերը մեղմանում են: Այդ պատճառով էլ մինչև արբունքի շրջանի ավարտը անհրաժեշտ է մեծ զգուշությամբ ախտորոշել անձի խանգարումը:

## **ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄՆ ՈՒ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Անձի խանգարման ախտաբանական զարգացումն ախտորոշելու 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 օբյեկտիվ վկայությունները:

Անձի բնածին խանգարումներն ու ախտաբանական զարգացումներն 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 պսիխոպաթանման վիճակները այդ ցուցաբերում են տարբեր հիվանդություններին բնորոշ ախտանիշներ: Այսպես՝ շիզոֆրենիայի հասարակ ձևի դեպքում անձի ու բնավորության փոփոխությունները հիշեցնում են անձի խանգարում, սակայն տարբերակման դեպքում հայտաբերվում են շիզոֆրենիային բնորոշ ինչպես արգասավոր, այնպես էլ բացասական ախտանշաններ, որոնք վկայում են շիզոֆրենիային դեֆեկտի ձևավորման մասին: Նման դեպքում անամնեզն ու կլինիկական հետազոտությունը հնարավորություն են տալիս հայտնաբերելու հիվանդության սկիզբն ու դրա հետ կապված բնավորության յուրահատուկ փոփոխությունը:

Անձի ախտաբանական զարգացմանը և անձի խանգարումներին բնորոշ են հակվածությունը ալերգիկ ռեակցիաների հանդեպ, ինչպես նաև դիսֆորիաները: Նրանք վատ են տանում ալկոհոլային խմիչքները (նույնիսկ փոքր քանակությամբ):

Անձի խանգարումների բուժումը ներառում է ինչպես դեղորայքային թերապիան, այնպես էլ բժշկամանկավարժական միջոցառումներն ու հիվանդների սոցիալ-աշխատանքային ապահովումը: Հոգեբանական ներգործության դեպքում անհրաժեշտ է նկատի ունենալ, որ պսիխոպաթիաների

դեպքում դեղորայքի հանդեպ կարող է լինել փոփոխված հակազդեցություն: Պսիխոտրոպ միջոցների փոքր դեղաչափերի համակցումը մեղմ հակադեպրեսանտների և հանգստացնող դեղամիջոցների հետ նվազեցնում է աֆեկտիվ լարվածությունը և նպաստում սոցիալ-աշխատանքային հարմարմանը:

**Աշխատանքային փորձաքննություն:** Անձի խանգարումների դեպքում աշխատունակության կորուստը կարող է առաջանալ դեկոմպենսացիայի դեպքում և ունենալ ժամանակավոր բնույթ. նման դեպքերում հիվանդին տրվում է հիվանդության թերթիկ: Ձգձգվող դեկոմպենսացիաների դեպքում հիվանդին տրվում է երրորդ խմբի հաշմանդամություն:

**Պատահոգեբուժական գնահատականը:** Պսիխոպաթները հիմնականում մեղսունակ են ճանաչվում, քանի որ չեն կորցնում իրենց գործողություններին հաշիվ տալու և դրանք ղեկավարելու ունակությունը:

Արտահայտված հիվանդագին վիճակների դեպքում (գիտակցության մթնշաղային վիճակներ, ծանր դեկոմպենսացիաներ) հիվանդները հազվադեպ ճանաչվում են անմեղսունակ:

### Ստուգողական թեստեր

**1. Պսիխոպաթներից ո՞րին առավել բնորոշ է ինֆանտիլիզմը, յուրօրինակ երևալու ձգտումը, երևակայելու հակումը**

- ա) պարանոյալ
- բ) գրգռվող
- գ) հիպերթիմ
- դ) հիստերիկ

**2. Ո՞ր պսիխոպատներն են ավելի հակված ախտաբանական աֆեկտի**

- ա) հիպերթիմ
- բ) բռնկվող
- գ) հիստերիկ
- դ) պարանոյալ

**3. Նշվածներից ինչ՞ է բնորոշ պսիխասթենիկ պսիխոպաթներին.**

- 1. կաչուն մտքերի ձևավորման հակում
- 2. կասկածամտություն
- 3. ցուցադրական վարքագիծ
- 4. ինքնամփոփվածություն

**4. Նշվածներից ինչ՞ է բնորոշ ասթենիկ պսիխոպաթներին.**

- 1. գերհոգնածություն

- 2. դիսֆորիկ բռնկումներ
- 3. սոմատո-վեգետատիվ խանգարումներ
- 4. ինքնամփոփվածություն
- ա) 3,4 բ) 2,3 գ) 1,4 դ) 1,3

**5. Շրջապատի ուշադրության կենտրոնում լինելու ձգտումը, որ պսիխոպաթիայի դեպքում առավել արտահայտված է**

- ա) հիստերիկ պսիխոպաթիային
- բ) հիպոթիմ պսիխոպաթիայի
- գ) ասթենիկ պսիխոպաթիայի
- դ) շիզոիդ պսիխոպաթիայի

**6. Նշվածներից ո՞րը բնորոշ է շիզոիդ պսիխոպաթ անձնավորություններին.**

- ա) ինքնամփոփությունը, ինքնամեկուսացումը
- բ) ցնորքների և զառանցական մտքերի առաջացման

հակվածությունը

- գ) անտարբերությունը շրջապատի (նույնիսկ հարազատների

նկատմամբ)

- դ) ախտաբանական հանգամայնությունը
- ե) հուզական ռեակցիաների հակադրությունը (դիսկորդանտությունը)
- ա) 1,2 բ) 2,4,5 գ) 1,3,4 դ) 2,4

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ. 1. դ, 2. բ, 3. ա, 4. դ, 5. բ,**

6. դ:

## ԳԼՈՒԽ 15

### ԱԼԿՈՐՈԼԱՍՈԼՈՒԹՅՈՒՆ, ԱԼԿՈՐՈԼԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐ ԵՎ ԹՄՐԱՍՈԼՈՒԹՅՈՒՆ

---

Ալկոհոլը (էթիլային սպիրտ) այն նյութերից է, որի միանվագ գործածությունը կարող է առաջացնել սուր թունավորում, իսկ տևական գործածությունը ախտահարում է ուղեղը, սիրտը, լյարդը, երիկամները ու մյուս օրգանները՝ նպաստելով քրոնիկական հոգեկան խանգարումների առաջացմանը:

#### ՀԱՍԱՐԱԿ ԵՎ ԱՆՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԱՐԲԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Սուր ալկոհոլային թունավորումը սովորաբար արտահայտվում է ալկոհոլային հասարակ հարբածությամբ:

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

Թեթև աստիճանի հարբածությունը բնորոշվում է տրամադրության բարձրացմամբ (էյֆորիա), ասոցիացիաների արագացմամբ, շատախոսությամբ, իր ուժերի գերազնահատմամբ և պարծենկոտությամբ: Ուշադրության կենտրոնացումը դժվարանում է, քննադատությունը նվազում է, որն արտահայտվում է բարոյական չափանիշների կորստով, անթույլատրելի վարքագծով:

Հարբածության միջին աստիճանի դեպքում ընկալումը դժվարանում է, խոսակցությունն աստիճանաբար դառնում է չկապակցված ու անհասկանալի, շարժումների հստակությունն ու կոորդինացիան խանգարվում է, քայլվածքը դառնում է երերուն: Տրամադրությունը հաճախ խիստ ընկնում է, գրգռվածությունն աստիճանաբար նվազում է՝ փոխարինվելով ընկճվածությամբ ու արգելակմամբ, հասնելով մինչև քնի:

Ծանր աստիճանի հարբածության դեպքում նշվում են գիտակցության արտահայտված խանգարումներ (շշմածությունից մինչև կոմա): Այդ վիճակում երբեմն կարող են դիտվել էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ, ինչպես նաև ակամա միզարձակություն և արտաթորում: Ծանր դեպքերը կարող են նույնիսկ վերջանալ մահացությամբ:

Հասարակ հարբածությունն ուղեկցվում է նաև վեգետատիվ երևույթներով:

**Ախտաբանական հարբածության դեպքում** մեծ նշանակություն ունի ոչ թե ալկոհոլի քանակը, այլ անհատի նյարդային համակարգի ոչ լիարժեք վիճակը:

Ախտաբանական հարբածությունն ալկոհոլի փոքր քանակի ընդունումից հանկարծակի առաջացած կարճատև սուր հոգեկան խանգարում է, որի դեպքում 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 բնույթի զառանցական մտքերից ու ահաբեկիչ պատրանքային, ցնորային զգայախաբություններից: Այդ վիճակում հիվանդը ագրեսիվ է և խիստ վտանգավոր ինչպես իր, այնպես էլ շրջապատի համար:

Հասարակ հարբածությանը հակառակ՝ ախտաբանական հարբածության դեպքում հիվանդի քայլվածքը հաստատուն է, խոսքը հստակ, շարժումները կտրուկ, ճիշտ ու նպատակադրված:

Ախտաբանական հարբածությունը տևում է կարճ (կեսից մինչև մեկերկու ժամ), հիվանդն աստիճանաբար հանգստանում է ու մեծ մասամբ քնում խոր քնով՝ արթնանալուց հետո ոչինչ չհիշելով կատարվածի մասին:

#### **ԱԼԿՈՅՈԼԱՄՈԼՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՆ**

Ալկոհոլամոլությունը քրոնիկական հիվանդություն է, որի դեպքում օրգանիզմը, ընտելանալով պարբերաբար գործածվող ալկոհոլային խմիչքին, դրա նկատմամբ ձեռք է բերում ախտաբանական հակում (հոգեկան և ֆիզիկական կախյալության երևույթներով)՝ հետագայում ենթարկվելով մարմնական, նյարդային և հոգեկան մի շարք հիվանդագին փոփոխությունների:

**Ալկոհոլամոլության տարածվածությունը:** Աշխարհում ալկոհոլամոլությամբ տառապում է 120 մլն մարդ, հիվանդացությունը 2% է:

Ալկոհոլամոլությունը զարգանում է աստիճանաբար:

Ձարգացման **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 հակումով և ինքնավերահսկողության թուլացմամբ. կորչում է ալկոհոլային խմիչքի չարաշահման չափի զգացումը, օրգանիզմի դիմացկունությունը (տոլերանտությունը) մեծանում է, և հարբածության ցանկալի վիճակ առաջացնելու համար հարբեցողներն աստիճանաբար ավելի ու ավելի մեծ

չափով են խմում: Առաջանում են պալիմպեստներ, այսինքն՝ հիշողության կոտորակային խանգարումներ: Սկզբանական այս փուլի տևողությունը տևում է մեկից մինչև մի քանի տարի, որը պայմանավորված է խմողի անհատական առանձնահատկություններով (տարիք, նյարդային համակարգի վիճակ և այլն):

Ալկոհոլամոլության **երկրորդ փուլը** բնորոշվում է հարբեցամոլության հետագա զարգացմամբ: Օրգանիզմի դիմացկունությունը ալկոհոլի հանդեպ հասնում է գագաթնակետին: Ալկոհոլամոլության՝ խմիչքների նկատմամբ առկա անհաղթահարելի հակումը հարբեցողին ստիպում է խմել արդեն առանց քաշվելու և ամոթի զգացումի. խմիչքի ծարավին հագուրդ տալու համար խմում են անկախ տեղից ու իրադրությունից, մինչև վերջին հնարավորությունը: Այս փուլի ամենակարևոր ու հիմնական նշանը ալկոհոլային քաղցի կամ ապստինենցիայի (խումարի) համախտանիշի առաջացումն է, որը վկայում է ֆիզիկական կախյալության մասին:

Աբստինենցիայի համախտանիշի ելությունն այն է, որ հիվանդի օրգանիզմի համար սովորություն դարձած ալկոհոլի ընդունումը դադարեցնելիս մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր անց առաջանում են կախյալության այլ դրսևորումներ, հատկապես տրամադրության անկում, որը հաճախակի ուղեկցվում է վախի ու տագնապի կասկածամտության երևույթներով, երբեմն շրջապատի իրադարձությունները զառանցանքային ձևով մեկնաբանելու հակմամբ: Այդ շրջանում նրանք դառնում են չար ու բժախնդիր, խիստ ոյուրագրգիռ: Քունը խանգարվում է, դառնում մակերեսային, ընդհատվող, ահաբեկող բնույթի մղձավանջային երազներով հարուստ: Շատ հաճախ հանդիպում են հիպնագոգիկ ցնորքներ: Աշխատունակությունը լրիվ ընկնում է: Վերոհիշյալ խանգարումներն ուղեկցվում են ընդհանուր թուլությամբ, գլխացավերով, ինչպես նաև վեգետատիվ մի շարք խանգարումներով (գերքրտնություն, ձեռքերի, լեզվի և ամբողջ մարմնի արտահայտված դող, երբեմն փորլուծություն և այլն): Կարող են հանդիպել նաև սիրտ-անոթային համակարգի զանազան խանգարումներ (երակազարկի արագացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում, սրտային համախտանիշ), աղեստամոքսային խանգարումներ՝ սրտագդալի շրջանի ցավեր, սրտխառնոց, փսխում, լուծ և այլն: Աբստինենցիայի համախտանիշի ծանր դեպքերում բավականին հատկանշական է հիվանդի ընդհանուր վիճակը. դեմքը հիվանդագին այտուցված ու կապտած է, աչքերի եղջերաթաղանթները՝ կարմրած, շրթունքները՝ չոր, հայացքը՝ տագնապալից: Այս ամենն ուղեկցվում է խիստ արտահայտված այնպիսի դողով, որ հիվանդն ունակ չէ անգամ բաժակով ջուրը վերցնելու և բերանին մոտեցնելու: Նման ծանր դեպքերում կարող են առաջանալ նաև էպիլեպսաման ցնցումային նոպաներ:

Այս շրջանում աչքի են զարնում անձի զարգացող փոփոխությունները: Աշխատանքը, հատկապես մտավոր, դառնում է խիստ դժվար ու տանջալից: Հարբեցողները հաճախակի թողնում են աշխատանքը, սկսում են կատարել ցածր վարձատրվող զանազան գործարքային աշխատանքներ, որից ստացած գումարը ծախսում են խմիչքի վրա: Երբեմն լքելով աշխատանքը՝ սկսում են ծրիակերի կյանք վարել, թափառելով ու հաճախ գտնելով բախտակից բաժակակիցների՝ զբաղվում են իրենց հիվանդագին ալկոհոլամոլությանը հագուրդ տալով: Աստիճանաբար դառնում են ծուլ, թափփած, փնթի, ստախոս, պարտազանց, հիմար կատակների ընդունակ:

Հարբեցողի վանող վարքագիծը, հուճոհից զուրկ ու անմիտ սրամըտություններն ու կատակները, աներեսությունն ու կաշունությունը զազրելի ու անհանդուրժելի են դառնում նույնիսկ ամենամոտիկների ու հարազատների համար: Զգացմունքային ոլորտի անկայունության պատճառով էյֆորիան ու բարեհոգի տրամադրությունը հաճախակի փոխվում է տրամադրության անկման, մռայլության ու կռվարարության հակման: Այս շրջանում հոգեկան սուր խանգարումները (հարբեցատենդ, սուր ցնորագարություն, զառանցանք) ավելի հաճախակի են հանդիպում:

Ալկոհոլամոլության **երրորդ փուլի** տևողությունը կարող է տատանվել՝ տևելով 5-10 և նույնիսկ ավելի տարիներ:

Ալկոհոլամոլության երրորդ փուլը բնորոշվում է ալկոհոլի նկատմամբ առաջացած անդիմացկունությամբ (ինտոլերանտություն): Օրգանիզմի ռեակտիվության փոփոխության հետևանքով ալկոհոլի փոքր չափերն անգամ արդեն արտահայտված հարբածություն են առաջացնում. այդ պատճառով էլ խմում են կոտորակային տարբերակով՝ ավելի քիչ, բայց շուտ-շուտ՝ հաճախ անցնելով առավել թույլ խմիչքների գործածման: Միաժամանակ արստիներենցիայի համախտանիշը հասնում է առավելագույն արտահայտվածության: Սոմատիկ վիճակը խիստ վատանում է. առաջանում են արտահայտված թուլություն և հյուծվածություն, քրտնարտադրություն, զարկերակային ճնշման անկում, սրտի աշխատանքի ու շնչառության խանգարում, հևոցներ, փսխումներ և այլն: Դրսևորվում են նաև նյարդաբանական արտահայտված ախտանշաններ (դող, մկանային ատոնիա, ուղեղիկային ատաքսիա, բազմանյարդաբորբ, ծայրանդամների ցնցումներ, երբեմն նաև ցնցումային նոպաներ և այլն): Հիվանդության երրորդ շրջանում անձի փոփոխությունները (դեգրադացիա) առավել արտահայտված են դառնում: Բարոյալքված, անհոգ ու անքննադատ լինելու պատճառով հիվանդները 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 ձեռքը

ընկած ամեն ինչ (ներառյալ կնոջ ու երեխաների հագուստը)՝ տալով խմիչքին: Շատ հաճախ պարտքեր են վերցնում՝ այդ նպատակով հորինելով ամենաբազմազան պատրվակներ: Սովորաբար պարտքերը չեն վերադարձնում՝ հաճախ պարտքատերերին համոզելով դիմել իրենց հարազատներին: Սոցիալ բարոյական դեգրադացիայի ենթարկված հիվանդները խիստ ներշնչվող են, հեշտությամբ ազդեցության տակ ընկնող, որի հետևանքով երբեմն կատարում են քրեական զանազան հանցագործություններ:

Ուղեղի օրգանական փոփոխությունները, որոնք կարող են հասցնել մինչև հիշողության ու բանականության նվազման, հոգեկան ողջ գործունեության աղքատացման՝ ուղեկցված նյարդաբանական նշաններով, հնարավորություն են տալիս այդ վիճակը գնահատելու որպես տոքսիկ էնցեֆալոպաթիա:

### **ԱԼԿՈՐՈԼԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՆԱՆՑ ՇՐՋԱՆՈՒՄ**

Կանանց շրջանում ալկոհոլի չարաշահումը հանդիպում է առավելապես միջին տարիքում: Չարաշահման պատճառներ կարող են դառնալ ընտանեկան և կենցաղային անբարենպաստ իրավիճակը (ամուսինների փոխըմբռման բացակայություն, փոխադարձ անզիջողականություն, ծանր հոգեվիճակ), կրթական ցածր մակարդակը, աշխատանքային մասնագիտական գործունեությունը (աշխատանք խմիչքների խանութներում, բուժետներում, խորտկարաններում, մանրածախ առևտուր և այլն):

Կանանց շրջանում ալկոհոլամոլության փուլերի զարգացումը շրջապատի համար շատ աննկատ է կատարվում: Դա պայմանավորված է ոչ միայն նրանով, որ նրանք կարողանում են թաքցնել իրենց հարբեցողությունը, այլև նրանով, որ կանանց շրջանում ալկոհոլամոլության զարգացման փուլերը նվազ արտահայտված կան նույնիսկ շրջապատի համար աննկատելի են ընդհանրապես: Դա էլ հենց պատճառ է դառնում, որ կանանց ալկոհոլի չարաշահումը հայտնաբերվում է ուշ՝ զարգացման 2-րդ, իսկ երբեմն նույնիսկ 3-րդ փուլերում: Կանանց շրջանում, տղամարդկանց համեմատությամբ, ալկոհոլամոլության զարգացումը (չարաշահման սկզբից մինչև ապստինենցիայի համախտանիշի առաջացումը) կատարվում է 3-4 անգամ պակաս ժամանակահատվածում՝ երբեմն հասնելով 1-3 տարվա:

Աբստինենցիայի համախտանիշի մեջ ֆիզիկական և հոգեկան կախյալության բնորոշ ախտանշաններից բացի, հաճախակի դրսևորվում են նաև դիսֆորիկ վիճակները և աֆեկտիվ այլ խանգարումներ:

## ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ալկոհոլամոլության բուժումը անցկացվում է ինչպես ամբուլատոր, այնպես էլ ստացիոնար պայմաններում:

Ամբուլատոր պայմաններում բուժում կազմակերպելու գործում մեծ նշանակություն ունի հիվանդի ակտիվ ցանկությունը և գիտակցական մոտեցումը: Ալկոհոլամոլության բուժումը սովորաբար պետք է կատարվի համալիր, որի կենտրոնական առանցքը պետք է կազմի հոգեբուժությունը (պսիխոթերապիան): Վերջինս անցկացվում է հենց առաջին իսկ օրից և անկախ դրա ձևերից (ներշնչում, հիպոթերապիա, ռացիոնալ պսիխոթերապիա և այլն)՝ մշտապես կազմում է հիմնական բուժման անբաժանելի բաղադրամասը:

Բուժման առաջին շրջանում հիվանդի՝ ալկոհոլով թունավորված օրգանիզմը պետք է թունագերծել, այնուհետև ամրապնդել օրգանիզմը, և հատկապես նյարդային համակարգը: Անհրաժեշտության դեպքում պետք է կիրառել պսիխոֆարմակոլոգիական դեղամիջոցներ:

Նախքան հակաալկոհոլային յուրահատուկ բուժման մեթոդներին անցնելը՝ անհրաժեշտ է կատարել հիվանդի բազմակողմանի կլինիկալաբորատոր քննություններ, որոշել ցուցում-հակացուցումների հարցը: Ապոմորֆինային պայմանական-ռեֆլեկտոր, ինչպես նաև տետուրամային (անտաբուսային) գերզգայացնող (սենսիբիլացնող) բուժման հակացուցում են 60 տարեկանից բարձր 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 փսխեցուցիչ զանազան դեղամիջոցների (ապոմորֆին, էմեթին և այլն) օգնությամբ առաջանում է նողկանք ալկոհոլային խմիչքի նկատմամբ և փսխման ռեֆլեքս՝ դրա ամենափոքր քանակի ու նույնիսկ տեսքի հանդեպ:

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

Գերզգայացնող բուժումը, հատկապես տետուրամի, անտիկոլի միջոցով, ներկայումս մեծ տարածում ունի, որի օգնությամբ հիվանդի մեջ առաջացնում է վախ ալկոհոլի օգտագործման հետևանքների նկատմամբ, ինչպես նաև օգտագործվում է ալկոհոլային հակումը ճնշելու նպատակով:

Անտաբուսը ունի կուտակման (ակումուլյատիվ) հատկություն և օրգանիզմում մնում է բավական երկար: Դրա էությունն այն է, որ անտա-

բուսը օրգանիզմում խանգարում է ընդունած ալկոհոլի բնականոն փոխանակությունն ու կասեցնում վերջինիս օքսիդացման պրոցեսը ացետալդեհիդի առաջացման փուլում: Ացետալդեհիդը օրգանիզմում առաջացնում է թունավոր ռեակցիա, որն արտահայտվում է դեմքի և եղջերաթաղանթի հիպերեմիայով, գլխում սեղմման, իսկ սրտի շրջանում տհաճ զգացումներով, շնչառության և երակազարկի խիստ հաճախացմամբ: Արյան ճնշումը սկզբից բարձրանում, այնուհետև իջնում է՝ ընդհուպ մինչև կոլապս: Հիվանդի համար սկսվում է տանջալից մի շրջան, երբ նա օդի պակաս է զգում, առաջանում են հևոցներ, ուժեղ գլխացավեր, զանազան տարազգայություններ: Դիտվում է մահվան վախ, ծանր դեպքերում՝ էպիլեպսանման նոպաներ և նույնիսկ կարճատև սուր հոգեկան խանգարումներ:

### **ԴԻՊՍՈՍԱՆԻԱ**

Դիպսոմանիան ալկոհոլամոլության հատուկ ձև է, որի դեպքում պարբերաբար (նոպայաձև) առաջանում է խմելու անհաղթահարելի ծգտում: Խմում են մինչև ծայրաստիճան հարբելը՝ մոռանալով աշխատանք, պարտականություն, ընտանիք և այլն: Հարբեցողության նոպան տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթ, ընդ որում, նոպաների միջև ընկած ժամանակաշրջանում նման անձնավորությունները ոչ միայն ալկոհոլ չեն գործածում, այլև նույնիսկ նողկանքով են վերաբերվում դրան:

Դիպսոմանիայի առաջացման հիմքում մեծ մասամբ դիսֆորիկ վիճակներն են: Դրանք կարող են առաջանալ նաև պարբերաբար, կարճատև դեպրեսիաներով տառապող անձնավորությունների, պսիխոպաթների և գանգուղեղային վնասվածքով հիվանդների շրջանում, էպիլեպսիայի ժամանակ և այլն:

### **ԱԼԿՈՐՈԼԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐ**

Ալկոհոլամոլությունը հաճախ հոգեկան խանգարումների առաջացման պատճառ է դառնում: Այդ խանգարումները կարող են կրել ինչպես սուր և կարճատև, այնպես էլ քրոնիկական բնույթ: Դրանցից են հարբեցատենդը, ալկոհոլային ցնորագարությունը (հալուցինոզ) ալկոհոլային զառանցանքը, կորսակոլյան պսիխոզը, ալկոհոլային էպիլեպսիան, Գայե-Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիան:

**Հարբեցատենդ (սպիտակ տենդ, delirium tremens):** Ալկոհոլային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումներից հարբեցատենդը հաճախակա-  
նությամբ առաջին տեղում է: Պսիխոզը կարող է առաջանալ ինչպես մեծ քանակությամբ ալկոհոլ ընդունելու ընթացքում, այնպես էլ խմելը դադարեց-

նելուց հետո: Պսիխոզի առաջացմանը հաճախ նպաստում են լրացուցիչ վնասաբեր ազդակները (վարակիչ հիվանդություններ, ջերմության բարձրացում, գանգուղեղային վնասվածքներ, վիրահատություններ, հյուծվածություն և այլն):

Պսիխոզը կարող է սկսվել հանկարծակի, սուր, մանավանդ, եթե առկա է լրացուցիչ որևէ ազդակ: Սակայն ավելի հաճախ մի քանի օր առաջ հանդես են գալիս նախանշաններ. հիվանդի քունը խանգարվում է, դառնում է խիստ անհանգիստ, ընդմիջվող, տրամադրությունն ընկնում է՝ ուղեկցվելով վախի և տագնապի երևույթներով, ձեռքերի դողն ավելի արտահայտված է դառնում, հատկապես երեկոյան ժամերին հանդես են գալիս ահաբեկիչ բնույթի հիպնագոգիկ ցնորքներ:

Հիվանդությունն սկսվում է գիտակցության մթազմամբ, տեղի, ժամանակի, իրադրության կողմնորոշման խանգարմամբ, բացառությամբ ես-ի կողմնորոշման, որն այս դեպքում չի տուժում: Գիտակցության խանգարման զուգակցմամբ դրսևորվում են վառ ու բազմատեսակ տեսողական ցնորքներ. հատկապես տեսնում են անընդհատ շարժման մեջ գտնվող միջատներ, սողուններ, մանր կենդանիներ (առնետներ, մկներ, փոքրիկ սատանաներ), գազաններ, հրեշներ և այլն: Լսում են նրանց ձայները (մռնչոցներ ու ծվծվոցներ)՝ այդ բոլորից ապրելով խիստ վախ ու սարսափ: Հիվանդները դառնում են զգայախաբակյա այդ ամբողջ իրադրությունների ակտիվ մասնակիցը. հարձակվում են, պաշտպանվում, թաքնվում կամ փախչում, իրենցից հեռացնում աչքերին երևացող տեսիլքները՝ աշխատելով բռնել նրանց, ընդ որում այդ վիճակում նրանք կարող են կատարել զանազան վտանգավոր գործողություններ՝ սարսափած վիճակում դուրս թռչել պատուհանից, սպանություններ կատարել և այլն:

Ցնորքների հետ սերտորեն կապված են գառանցական մտքերը, որոնք անկայուն և կտրտված բնույթ ունեն:

Երբեմն ցնորագառանցանքային ապրումների և շարժողական գրգռվածության մեջ արտացոլվում են հիվանդի ամենօրյա աշխատանքն ու մասնագիտական գործունեության տարրերը («պրոֆեսիոնալ դելիրիում»): այսպես, օրինակ՝ ավտովարորդը մահճակալի վրա նստած «ավտոմեքենա է վարում», ծեփագործը հիվանդասենյակի պատերի վրա «ծեփագործությամբ» է զբաղվում և այլն:

Հարբեցատենդի դեպքում հոգեկան սուր խանգարումներն ուղեկցվում են մարմնական մի շարք ախտանշաններով: Դրանցից հատկապես աչքի է զարնում ամբողջ մարմնի, ծայրանդամների, լեզվի դողը: Հարբեցատենդին բնորոշ այդ դողոցների հետևանքով հիվանդի քայլվածքը դառնում է անհաստատ, երերուն, իսկ խոսքը՝ թլվատ: Ջերմաստիճանը սովորաբար

սուբֆեբրիլի սահմաններում է, սակայն ծանր դեպքերում կարող է էլ ավելի բարձրանալ: Նշվում է առատ քրտնարտադրություն, երակազարկի հաճախացում, զարկերակային ճնշման բարձրացում: Լուրջ փոփոխություններ են նշվում նաև ներքին օրգաններում և արյան մեջ՝ որպես քրոնիկական ալկոհոլամոլությանը զուգահեռ ընթացող բարդություններ:

Հարբեցատենդի ինչպես սկզբնական, այնպես էլ լավացման (անձի ասթենիզացման) շրջանում հիվանդի խիստ ներշնչվող լինելու հետևանքով արհեստականորեն կարելի է առաջացնել բնորոշ մի շարք ախտանշաններ: Դրանցից են Լիպմանի ախտանշանը, երբ հիվանդի ակնագոնդերը սեղմելով և ներշնչելով, որ նա ինչ-որ բան է տեսնում, հնարավոր է լինում առաջացնել տեսողական ցնորքներ: Աշաֆենբուրգի ախտանշանի դեպքում հիվանդի ականջին որևէ առարկա մոտեցնելու ու հարցնելու դեպքում, թե ինչ է լսում, նա սկսում է «հեռախոսով» խոսել երևակայական զրուցակցի հետ: Ըստ Ռայխարդի ախտանշանի՝ հիվանդին մաքուր թուղթ տալու և կարդալ առաջարկելու դեպքում նա սկսում է կարդալ կարծեցյալ տեքստը:

**Բուժումը:** Հարբեցատենդի դեպքում հիվանդին անհապաղ պետք է հոսպիտալացնել: Բուժման արդյունավետության կարևոր նախադրյալներն են երկարատև քունը, հոգեշարժական գրգռվածության կասեցումը: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է նշանակել ամինազինի ներարկում (2,5%-անոց լուծույթ միջմկանային, տիզերցին 100-150մգ, բարբամիլ 10%-անոց 5-8մլ միջմկանային): Անհրաժեշտ է հետևել սրտի գործունեությանը (կորդիամին, կամֆորա և այլ դեղեր), վիտամիններ:

Պսիխոզային վիճակից դուրս գալուց հետո հիվանդը պետք է ստանա հակաալկոհոլային բուժում (տե՛ս «Ալկոհոլիզմի բուժումը»):

**Ալկոհոլային ցնորագարություն (հալուցինոզ):** Սա նույնպես առաջանում է ալկոհոլամոլությամբ տառապողների շրջանում: Այն հաճախականությամբ ալկոհոլային հարբեցատենդից հետո երկրորդ տեղում է :

Հիվանդությունը մեծ մասամբ սկսվում է սուր, երբ մթագնած գիտակցության զուգակցմամբ առաջանում են հատկապես լսողական առատ ցնորքներ մենախոսության կամ տրամախոսության (հարց ու պատասխանի) տարբերակով: Հիվանդն իր մասին խոսող ձայներ է լսում, որոնք մեծ մասամբ պախարակում են իր վարքը, տհաճ բնույթ են ունեն, այդ ձայները ծաղրում, սպառնում, վիրավորում են հիվանդին, խոսում են նրա դատապարտման, պատժի ձևի մասին, նրան համարում են կորած մարդ: Ձայները լսվում են ռադիոյի միջոցով, փողոցից, հատակի տակից, որոնք գիշերային ժամերին ավելի արտահայտված են դառնում: Ցնորային վերոհիշյալ զգայախաբությունների նկատմամբ հիվանդի քննադատական վերաբերմունքը լրիվ բացակայում է՝ հասցնելով կաթեստենիկ ծագում ունեցող զառան-

ցական մտքերի («նրան հետևում են, որպեսզի բռնեն և հանձնեն դատաստանի, թշնամիները հատուկ նպատակով են իրեն բերել հիվանդանոց»): Ցնորագառանցանքային ապրումներին համապատասխան՝ փոխվում է նաև հիվանդի վարքը:

Ալկոհոլային սուր ցնորագարությունը միջին հաշվով տևում է մի քանի օրից մինչև մի քանի շաբաթ, հազվադեպ՝ մինչև երկու ամիս:

**Ալկոհոլային պարանոիդ:** Ալկոհոլային պարանոիդը ալկոհոլամոլությամբ տառապողների շրջանում բավականին հաճախ է հանդիպում: Այն հիմնականում բնորոշվում է հետապնդման, թունավորման, ինչպես նաև խանդի գառանցանքներով: Առաջանում է աստիճանաբար, սկզբնական շրջանում միայն հարբածության ժամանակ, հետագայում արդեն դառնում մշտական ու կայուն՝ ունենալով որոշակի համակարգված բնույթ: Ալկոհոլային պարանոիդի դեպքում ակնառու է խանդի գառանցանքը, որի առաջացման հիմնական ելակետը ալկոհոլամոլներին հատուկ կասկածամտությամբ ուղեկցվող սեռական գերցանկությունը և սեռական թուլության պատճառով դրան հագուրդ տալու անկարողությունն է: Նման հիվանդներին թվում է, թե կինը սկսել է իրեն դավաճանել, վերջինիս վարմունքի, ամեն մի գործողության մեջ ինչ-որ հետին մտքեր է տեսնում, կարծում է, որ կինը կապված է ուրիշների՝ նույնիսկ իր ամենամոտ հարազատների հետ: Պատահական երևույթները հիվանդների համար 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 «զցել» ու «մեկուսացնել», որպեսզի տիրանան իր ունեցվածքին և համատեղ ապրեն կնոջ հետ: Հիվանդին այդ վիճակում տանը թողնելը դառնում է խիստ վտանգավոր, քանի որ նրանք այդ վիճակում ի զորու են հաճախ ծանր հանցագործություններ և սպանություններ կատարելու:

**Բուժումը:** Ալկոհոլային ցնորագարության և ալկոհոլային պարանոիդի բուժումը կատարվում է մեյրոլեպտիկների կիրառմամբ (ամինազին՝ օրական 25-50մգ, ռիսպերիդոն՝ օրական 0,25-1մգ, տրիֆտազին 20-30մգ, հալոպերիդոլ՝ 30-40մգ): Ջուզընթաց թունազերծող բուժում, հատկապես B խմբի վիտամիններ, հետագայում՝ քրոնիկական ալկոհոլամոլության բուժման կուրս:

**Կորսակոլյան պսիխոզ:** Այս հիվանդությունը նկարագրվել է 1887թ. Ս. Ս. Կորսակովի կողմից որպես ալկոհոլային բազմանյարդաբորբային (պոլի-նևրիտային) հատուկ պսիխոզ, որը բժշկական միջազգային 12-րդ կոնգրեսի կողմից անվանվեց հեղինակի անունով՝ կորսակոլյան պսիխոզ կամ կորսակոլյան հիվանդություն:

Կորսակոյւյան պսիխոզին բնորոշ ախտանշաններ հանդիպում են նաև այլ հիվանդութիւնների դեպքում (թունավոր պսիխոզներ, զանգուղեղի վնասվածքներ, ուռուցքներ, ծերունական պսիխոզներ և այլն)։ նման դեպքերում առկա ֆիքսացիոն ամնեզիան, ռետրոգրադ ամնեզիան և կոնֆազուլացիան (կորսակոյւյան համախտանիշ) հնարավորութիւն են տալիս հոգեկան այդ խանգարումները տարբերակելու կորսակոյւյան պսիխոզից, որի հիմքում ալկոհոլամոլութիւնն է՝ կլինիկական ընթացքով, ավարտով ու պաթանատոմիական պատկերով։

Կորսակոյւյան պսիխոզը հանդիպում է ալկոհոլը երկարատև չարաչափող մեծահասակ մարդկանց շրջանում։ Հոգեկան խանգարման այս տեսակի հաճախականութիւնը այնքան էլ մեծ չէ։

Հիվանդութիւնը մեծ մասամբ սկսվում է աստիճանաբար, դանդաղ, սակայն որոշ դեպքերում կարող է զարգանալ ալկոհոլային սուր պսիխոզից (հարբեցատենդից) հետո։

Կորսակոյւյան պսիխոզի կլինիկական պատկերում առավել վաղ արտահայտված գլխավոր ախտանշանը հիշողութեան խանգարումն է (ֆիքսացիոն ամնեզիա, ռետրոգրադ ամնեզիա և կոնֆաբուլացիա)՝ զուգակցված բազմամյարդաբորբի երևույթներով։

Անշուշտ, կարևոր ախտանշան է նաև տեղի, ժամանակի և տարածութեան կողմնորոշման խանգարումը՝ ամնեստիկ ապակողմնորոշում այն դեպքում, երբ ես-ի կողմնորոշումը պահպանված է։

Հիշողութեան ֆունկցիան, հատկապես մոտակա դեպքերի մտապահման ունակութիւնն այնքան է տուժում, որ հիվանդները չեն հիշում, թե քիչ առաջ ում հանդիպեցին, ինչ խոսեցին, ինչ կերան։ նույնիսկ չեն կարողանում վերհիշել հենց նոր կարդացածը։ Միևնույն անձնավորութեանը օրվա ընթացքում ամեն անգամ տեսնելիս բարևում են, կարծես թե առաջին անգամ են տեսնում։ Չնայած անցյալի հիշողութիւնը համեմատաբար պահպանված է, այնուամենայնիվ առկա է նաև որոշակի շրջան ընդգրկող ռետրոգրադ ամնեզիա։

Վերհիշելու ունակութեան խիստ թուլացման և ռետրոգրադ ամնեզիայի պայմաններում սկսում են տեղ գտնել հիշողութեան այնպիսի աղավաղումներ, ինչպիսիք են կոնֆաբուլացիան և պսևդոռեմինիսցենցիան (կեղծ հիշողութիւններ), որոնց միջոցով հիվանդը պատմում է, թե ինչպես երեկ գնաց տուն, այնտեղից էլ՝ ֆուտբոլի մրցման, նկարագրում է ֆուտբոլի խաղը (մինչդեռ նա եղել է հիվանդանոցում)։

Քանի որ հիվանդների տրամաբանական մտածողութիւնն առանձնապես չի տուժում, ուստի նրանք, զգալով իրենց հիվանդագին վիճակը, ամեն կերպ աշխատում են ցույց չտալ, փոխհատուցել հիշողութեան բացը։

Օրինակ՝ երբ հիվանդը դժվարանում է տրված հարցին պատասխանել, ժպտալով խույս է տալիս պատասխանից՝ ասելով.«է՛, դա էլ հարց է՛, որ պատասխանեն» կամ «Օրացույց չունեն մոտս, ինչպես ասեն, թե այսօր որ ամիսը և ամսի քանիսն է»:

Կորսակոմյան պսիխոզին բնորոշ ախտանշաններից է նաև բազմանյարդաբորբը, որի դեպքում լինում են մկանների ապաճում, պարեզներ կամ պարալիզներ, ջլային ռեֆլեքսների թուլացում կամ անհետացում, զգացողության խանգարում, ատաքսիա, նյարդաբների ցավոտություն և այլն:

Հիվանդությունն ունի քրոնիկական ընթացք և կարող է տևել տարիներ: Ալկոհոլային խմիչքների գործածությունը լրիվ դադարեցնելու դեպքում հիվանդի վիճակը աստիճանաբար լավանում է՝ թողնելով, սակայն, հիշողության թուլացմամբ, թորշոմածությամբ, ընդհանուր թուլությամբ արտահայտված մնացորդային երևույթներ: Խմիչքի չարաշահումը շարունակելու դեպքում հիվանդությունը խորանում և ձգձգվող ընթացք է ստանում:

**Բուժումը:** Անհրաժեշտ է անցկացնել թունազրկող և օրգանիզմը ամրապնդող բուժում, մեծ քանակությամբ վիտամիններ (B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>,C), նիկոտինային թթու 1%-անոց 1մլ միջմկանային, նոոտրոպիլ (պիրացետամ) 400մգ կամ 20%-անոց 5մլ միջմկանային ներարկում, ամինալոն 250մգ: Բազմանյարդաբորբի բուժումը իրականացվում է ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդներով:

**Գայի-Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիա.** ալկոհոլային պսիխոզների ամենածանր տեսակներից է: Հիվանդությունը սկսվում է սուր դելիրումային վիճակով, փնթփնթան կամ մասնագիտական տարբերակների կլինիկական պատկերով, մարմնական և նյարդային ծանր ախտահարումներով: Եթե հիվանդը չի մահանում, կարող է զարգանալ ծանր պսիխոօրգանական համախտանիշ:

Բուժումը նույնն է, ինչ կորսակոմյան պսիխոզի դեպքում:

**Դատահոգեբուժական գնահատականը:** Ալկոհոլային դեգրադացիայի ենթարկված և ալկոհոլային պսիխոզով տառապող հիվանդները, որոնք իրավախախտում են կատարել, անմեղսունակ են և ուղարկվում են հարկադիր բուժման:

## Ստուգողական թեստեր

**1.Ո՞ր ախտանշաններն են վկայում ծանր, անբարենպաստ ընթացող սպիտակ տենդի մասին.**

- ա) հիվանդի հետ արդյունավետ շփման բացակայություն
- բ) խիստ հոգեշարժական գրգռվածություն

գ) տեսարանային առատ ցնորքներ  
դ) ֆիզիկական թուլություն, գրգռվածություն, որը սահմանափակվում է անկողնու սահմաններում

**2.Ո՞րն է կորսակոմյան պսիխոզի ամենաբնորոշ ելքը.**

- ա) տարածուն թուլամտության ձևավորում
- բ) լրիվ առողջացում
- գ) պրոգրեսիվող ընթացք
- դ) օջախային թուլամտության ձևավորում

**3.Իր առողջության նկատմամբ անփույթ և անպատասխանատու վերաբերմունք առկա է՝**

- ա) անձի փոփոխություն քրոնիկական ալկոհոլիզմի դեպքում
- բ) անձի էպիլեպսանման փոփոխության դեպքում
- գ) երկու պատասխաններն էլ սխալ են
- դ) երկու պատասխաններն էլ ճիշտ են

**4.Նշված պսիխոզներից ո՞րը ալկոհոլիզմի բարդությունն չէ.**

- ա) սպիտակ տենդ
- բ) կորսակոմյան պսիխոզ
- գ) ալկոհոլային հալյուցիոզ
- դ) պրոգրեսիվ պարալիզ

**5.Ո՞ր պնդումը ճիշտ չէ ալկոհոլային դելիրիումի վերաբերյալ.**

- ա) կլինիկայում գերակայում են իսկական բեմական ցնորքներ
- բ) նկատվում է մտածողության ճեղքվածություն
- գ) սովորաբար վիճակը վատանում է երեկոյան
- դ) նկատվում է կտրուկ հոգեշարժական գրգռվածություն

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1.դ, 2.ա, 3.ա, 4.դ, 5.բ:**

## ԹՄՐԱՄՈԼՈՒԹՅՈՒՆ (ՆԱՐԿՈՍԱՆԻԱ)

Թմրամոլությունը քրոնիկական հիվանդություն է, որի դեպքում օրգանիզմը ընտելանում է թմրաբեր նյութերին՝ առաջացնելով մարմնական, նյարդային և հոգեկան բազմաթիվ խանգարումներ:

Թմրամոլության պատմությունը չափազանց հին է: Մարդիկ թմրանյութերին ծանոթացել են, ըստ երևույթին, պատահաբար: Որոշ բույսերի այրումից առաջացած ծխի ներշնչումը նրանց վրա հարբեցնող ու թմրեցնող ազդեցություն է ունեցել, որն էլ առիթ է տվել այդ բույսերն առանձնացնել ու գործածել որպես թմրանյութեր (ծխախոտ, ափիոն, հաշիշ և այլն):

Թմրամոլությունը դարեր ի վեր ամբողջ աշխարհում ամենատարածված արատներից մեկն է: Այսօր երկրագնդի վրա ոչ մի անկյուն զերծ չէ դրա այս կամ այն տեսակի ախտահարումից:

Թմրամոլության առաջացման պատճառները շատ են ու խիստ բազմազան: Մեծ նշանակություն ունի սոցիալական գործոնը (դաստիարակության արատներ, ավանդական վնասակար սովորույթներ, միկրոսոցիալ միջավայրի բացասական ազդեցություն և այլն): Եթե ծխախոտին, ափիոնին ընտելանալու գործում հատկապես մեծ դեր են կատարում ընդօրինակումը, գայթակղումն ու հրապուրանքը, ապա մորֆինի ու դրա ածանցյալների չարաչափման պատճառ են դառնում ցավերով ուղեկցվող տարբեր հիվանդությունները, երբեմն նույնիսկ ոգեշնչում ու էյֆորիկ վիճակ առաջացնելու ձգտումը և այլն: Սոցիալական լուրջ գործոնների հետ մեկտեղ նշանակություն ունեն նաև անհատի հիվանդագին նախադրյալները (կենսաբանական գործոն), որոնք փաստորեն հեշտացնում են թմրամոլության առաջացումը:

Թմրաբեր նյութերի չարաչափումը անհատի մեջ առաջացնում է էյֆորիայի, բավականության ու հաճույքի վիճակ՝ ի վերջո հասցնելով այդ նյութերի նկատմամբ ընտելացման ու հիվանդագին հակման:

Օրգանիզմի վրա թմրանյութերի ազդեցությունը զարգացման երկու շրջան ունի: Առաջին շրջանում տրամադրությունը բարձրանում է, արտաքին տպավորությունների ընկալումը հեշտանում, որոշ դեպքերում հանդես են գալիս պատրանքային ու ցնորային զգայախաբություններ: Երկրորդ՝ ընկրծվածության ու արգելակման շրջանը, բնորոշվում է տրամադրության անկմամբ, թորշոմածությամբ, ընդհանուր թուլությամբ ուղեկցվող վախով: Վերջապես թմրանյութերի ավելի մեծ քանակ ընդունելու դեպքում վրա է հասնում քունը: Թմրանյութեր երկարատև կամ ժամանակ առ ժամանակ գործածման դեպքում այդ նյութերի հանդեպ օրգանիզմի դիմացկունությունը (տոլերանտություն) մեծանում 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 հասկացությունը:

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 մեծանում է, ուստի հիվանդները դրանց քանակը 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 չարիք է նաև այն պատճառով, որ շատ արագ է տարածվում և կործանարար ազդեցություն է թողնում հասարակության վրա:

Թմրաբեր նյութերի քանակը բավականին մեծ է: Դրանց գործածությունն օրենքով արգելված է (բացառությամբ այն դեղանյութերի, որոնք բժշկության բնագավառում կիրառման հատուկ ցուցումներ ունեն):

**Թմրամոլության տարածվածությունը:** Ըստ ՄԱԿ-ի տվյալների՝ աշխարհում թմրամոլությամբ տառապում է 47,2 մլն մարդ:

### **ԹՈՒՆԱՄՈՒԹՅՈՒՆ (ՏՈՔՍԻԿՈՍԱՆԻԱ)**

Թունամոլությունը այնպիսի հիվանդություն է, որն առաջանում է բոլոր այն թունավոր (տոքսիկ) նյութերի և դեղամիջոցների չարաշահումից, որոնք թմրանյութերի ցուցակում չեն: Այդ նյութերից են պսիխոտրոպ դեղամիջոցներից՝ նեյրոլեպտիկները (ամինազին, տիզերցին, հալոպերիդոլ, լեպոնեքս, սոնապաքս և այլն), տրանկվիլիզատորները (սեդուքսեն, ռելանիում, սիբազոն, էլենիում, տազեպամ, ֆենազեպամ և այլն), կենտրոնական նյարդային համակարգի խթանիչները (սիդնոկարբ, սիդնոֆեն, սապարալ, ֆենամին, կոֆեին ու դրա ածանցյալներից՝ թեյ, սուրճ), ինչպես նաև քնաբերները (նիտրազեպամ, ռադեդորմ, էունոկտին, բրոմուրալ), հակապարկինսոնային (ցիկլոդոլ, արտան, ռոնպարկին, պարկոպան, նորակին), հակահիստամինային (դիմեդոլ, պիպոլֆեն) և հակադեպրեսանտները (կոաքսիլ) 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 դիմաց-կունությունը մեծացնելու նպատակով թունավոր նյութը կրկնակի ընդունելու կարիք է զգացվում:

Կան թունամոլության առաջացման մի շարք պատճառներ, որոնցից են, օրինակ, բժշկի կողմից քրոնիկական որոշ հիվանդությունների դեպքում անզգուշորեն սխալ նշանակված պատրաստուկների գործածումը, նյարդախտերի (նևրոզների) և նյարդախտային (նևրոզային) վիճակների դեպքում բուժման նպատակով տրանկվիլիզատորների ոչ տեղին ու ոչ չափավոր կիրառումը, առանց բժշկի գիտության կատարվող ինքնաբուժումը, անքնության դեպքում հաճախակի գործածվող քնաբերները: Որոշակի նշանակություն ունեն բնավորության տհասությունը, պսիխոպաթիկ գծերը, ծանծարույթի փարատումը, իսկ դեռահասների շրջանում ընդօրինակումն ու հետաքրքրասիրությունը («եթե մյուսներն ընդունում են, ապա մենք էլ փորձենք, տեսնենք՝ ինչ կստացվի»):

**Բուժումը:** Թմրամոլության և թունամոլության բուժումն անցկացվում է թմրաբանական (նարկոլոգիական) ստացիոնարի պայմաններում:

Առաջին շրջանում դադարեցվում է թմրանյութի ընդունումը և առաջացած ժուժկալության (աբստինենցիայի) համախտանիշի վերացումը: Այդ շրջանում ցուցված են դեզինտոքսիկացիան, մեծ դեղաչափերով վիտամիններ (B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, C, PP), պոլիզուկին, հեմոդեզ՝ կաթիլային ներարկումներով:

Աբստինենցիայի վիճակում առաջացած գրգռվածության, անքնության դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել նեյրոլեպտիկներ, հանգստացնողներ և քնաբերներ, ցավերի դեպքում՝ ցավազրկողներ:

Աբստինենցիայի համախտանիշը վերացնելուց հետո անհրաժեշտ է շարունակել քրոնիկական ինտոքսիկացիայի հետևանքների վերացումը, հիվանդի մարմնական ու հոգեկան վիճակների կարգավորումը, զուգահեռաբար կիրառվում է ֆիզիոթերապիա, ջրաբուժություն, ասեղնաբուժություն, բուժական մարմնամարզություն:

Թմրամոլության և թունամոլության բուժման 3-րդ շրջանում լուծվում են ախտակրկնությունը (ռեցիդիվը) կանխող, պահպանողական բուժման և սոցիալական աշխատանքային խնդիրները:

## ԳԼՈՒԽ 16

### ԷՊԻԼԵՊՍԻԱ

---

Էպիլեպսիան քրոնիկական հիվանդություն է, որը բնութագրվում է նոպայական (պարոքսիզմալ) խանգարումներով և հիվանդի անձի յուրահատուկ փոփոխությամբ՝ ընդհուպ մինչև թուլանտություն: «Էպիլեպսիա» բառը առաջին անգամ 11-րդ դարում օգտագործել է Ավիցեննան: Եզիպտացիները հիվանդությունն անվանում էին «լուսնային», լուսնոտություն՝ գիշերաշրջության հետ կապված. «Սուրբ» («morbus sacer») անվանումը այն ստացել է կրոնական հայացքների պատճառով, որոնք հաճախ առաջանում են այդ հիվանդության դեպքում, ընկնավորություն՝ падучая болезнь անվանումը հիմնականում պայմանավորված է ցնցումային նոպայի դրսևորմամբ, սև տկարությունը՝ նոպայի ժամանակ հիվանդի մաշկի կապտավուն գույնով:

Այսպիսով, էպիլեպսիայի նկարագրությունը հանդիպում է Հին Եզիպտոսում, Հնդկաստանում, Հունաստանում՝ Հիպոկրատի աշխատություններում, սակայն մինչև մեր օրերը այս հիվանդության ախտաճանաչումը այդպես էլ հիմնականում մնում է չբացահայտված:

Առանձնացվում են գենուին (իդիոպաթիկ, էսենցիալ, կրիպտոգեն) էպիլեպսիա կամ էպիլեպտիկ հիվանդություն և սիմպտոմատիկ էպիլեպսիա տեսակները, որոնց դեպքում էպիլեպսանման համախտանիշը պայմանավորված է գլխուղեղի այս կամ այն օրգանական հիվանդությամբ (վնասվածքներ, ուռուցքներ, անոթային խանգարումներ, թունավորումներ և այլն):

Որոշ մասնագետներ էպիլեպսիան բաժանում են երեք տեսակի՝ առաջնային, օջախային կամ ֆոկալ (երկրորդային) և ռեֆլեկտոր: Առաջնային էպիլեպսիայի դեպքում, որը փաստորեն գենուինն է, հիմնական բարձր ցնցումայնությունն է, որը բնածին է կամ ձեռք է բերվել կյանքի վաղ տարիներին, ընդ որում, ցնցումային նոպաները ծավալուն են: Օջախային էպիլեպսիայի դեպքում հիմնական ախտապատճառը ուղեղում էպիլեպտածին օջախինն է՝ առաջացած ուղեղի վնասվածքների կամ բորբոքային ախտահարումների հետևանքով: Ռեֆլեկտոր էպիլեպսիայի դեպքում հիմնական ախտապատճառը էպիլեպսածին գրգռիչն է, որն անհատական է յուրաքանչյուր հիվանդի համար (ձայն, լույս և այլն)՝ պայմանավորված այս կամ այն անալիզատորի բարձր զգայունությամբ: Այս դեպքում էպիլեպսածին գրգռիչի ազդեցությունը վերացնելուց հետո նոպաները դադարում են:

**Էպիլեպսիայի տարածվածությունը:** Աշխարհում էպիլեպսիայով տառապում է 20-40 մլն մարդ՝ 0,63%, իսկ հիվանդացությունը 0,05% է:



որում, դա կարող է վկայել գրգռման օջախի տեղակայման մասին, որտեղից սկսվում է էպիլեպտիկ պարպումը: Երբեմն հիվանդները տարբեր գործողությունների (ուժեղ ցավային գրգռումներ, մկանների լարում) օգնությամբ աուրայի պահին կարող են կասեցնել նուպայի զարգացումը, բայց դա կարող է լինել միայն բացառիկ դեպքերում:

Եթե աուրան չի վերափոխվում ցնցումային նուպայի, ապա այն դասվում է անցնցումային պարոքսիզմների շարքին: Սովորաբար աուրայից հետո լինում է գիտակցության կորուստ, առաջանում է մարմնի բոլոր մկանների տոնիկ լարում: Ձայնաճեղքի մկանների ջղաձգային կծկումը՝ օդի դուրս մղմամբ, առաջացնում է հիվանդի բարձր ծիչ: Ծնոտները սեղմվում են, ակնագնդերը շրջվում են դեպի վեր և կողմ, գլուխը թեքվում է, շնչառությունը՝ դադարում, դեմքը՝ գունատվում: Սա տոնիկ ցնցումների փուլն է, որը տևում է 20-30 վայրկյան: Դրանից հետո սկսվում է կլոնիկ ցնցումների փուլը, որն ուղեկցվում է վերջույթների և իրանի ծալիչ ու տարածիչ մկանների կծկումներով՝ առաջացնելով ռիթմիկ ցնցումներ: Շնչառությունը վերականգնվում է, դառնում աղմկոտ, խռխռան, մաշկային ծածկույթը ձեռք է բերում կապտավուն երանգ, որից հետո կապտությունը փոխվում է կարմրության, հատկապես դեմքի վրա, բերանից հոսում է արյունախառը փրփուր (լեզուն կծելու հետևանքով): Կլոնիկ փուլը տևում է 1-2 րոպե, ռիթմիկ ցնցումներն աստիճանաբար դադարում են: Դրանից հետո դեռ մի քանի րոպե հիվանդը շարունակում է մնալ հետնոպային կոմատոզ վիճակում, որի ժամանակ բերը դեռևս լայնացած են, լույսի հակազդման ռեակցիան շարունակում է բացակայել, մկանային տոնուսը թուլացած է: Հաճախ նուպան ուղեկցվում է ակամա միզարձակմամբ, երբեմն էլ՝ արտաթորմամբ: Կոմատոզ վիճակը կարող է անմիջականորեն վերածվել 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 ամբուլատոր ավտոմատիզմներ, գիտակցության մթնշաղային վիճակներ կամ շճմածություն՝ տևելով մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ: Նուպաների դեպքում հիվանդները կարող են ստանալ վնասվածքներ (այրվածքներ, կոտրվածքներ և այլն), որոնց հետևանքով մարմնի վրա առաջանում են սպիներ և վնասվածքների հետքեր, խեղումներ: Հնարավոր են նաև ցնցումային մեծ նուպայի ատիպիկ ձևեր, հատկապես երեխաների շրջանում, որոնք ընթանում են տոնիկ կամ կլոնիկ ցնցումներով, երբեմն էլ ուղղակի ամբողջ մարմնի մկանների թուլացմամբ կամ միակողմանի ցնցումներով:

**Էպիլեպսային վիճակի (status epilepticus)** դեպքում մեծ ցնցումային նոպաները հաջորդում են մեկը մյուսին, և դրանց միջև ընկած ժամանակահատվածում հիվանդների գիտակցությունը չի վերականգնվում: Երբեմն էպիլեպսային վիճակը ուղեկցվում է սոմատովեգետատիվ ախտանիշներով (ջերմության բարձրացում, հաճախասրտություն, զարկերակային ճնշման անկում, քրտնարտադրություն), մեզում հայտնաբերվում է սպիտակուց, արյան շիճուկում՝ միզանյութ: Էպիլեպսային վիճակը կարող է շարունակվել մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր և ունենալ մահացու ելք՝ հիպօքսիայի և ուղեղի այտուցի հետևանքով:

**Ցնցումային փոքր նոպան (petit mal)** բնութագրվում է գիտակցության՝ մի քանի վայրկյան տևողությամբ հանկարծակի կորստով, որը կարող է ուղեկցվել միոկլոնիկ ցնցումներով: Այս դեպքում հիվանդը չի ընկնում, և շրջապատողները կարող են նույնիսկ չնկատել նոպան: Նա կա՛մ պապանձվում է այն դիրքում, երբ սկսվել է նոպան, կա՛մ ինքնաբերաբար շարունակում է սկսած գործողությունը. եթե խոսում է, հողաբաշխ խոսքը դառնում է անհասկանալի մռթմռթոց, մեքենագրելիս սկսում է անկանոն հարվածել տառերին: Նոպան ուղեկցվում է հիշողության լրիվ կորստով, երբեմն հիվանդը կարող է կռահել նոպայի մասին՝ ելնելով իր գործողությունների հետևանքներից կամ ուշագնացություն հիշեցնող յուրահատուկ զգացողությունից:

Ըստ կլինիկական արտահայտությունների՝ փոքր նոպաները խիստ բազմազան են: Որոշ կլինիցիստներ նշում են, որ դրանք ընթանում են առանց ցնցումային (շարժողական) բաղադրատարրի, մյուսները դրանց են վերագրում միայն այն ձևերը, որոնք ընթանում են ցնցումային բաղադրատարրով: Ներկայումս էպիլեպսիայի խնդրով զբաղվող շատ գիտնականներ արժանանների հետ մեկտեղ փոքր նոպաների խմբում են միավորում մկանային տոնուսի փոփոխությամբ ընթացող կարճատև պարոքսիզմալ վիճակները՝ պրոպոլիսիլ և ռետրոպոլիսիլ նոպաները, ընդ որում, արժանաները դասում են տիպիկ փոքր նոպաների շարքին:

**Աբսանսը (Ֆրանսերեն absence՝ բացակայել)** գիտակցության կարճատև անջատում է, երբ հիվանդն ընդհատում է իր գործողությունները, հայացքը սառչում է. այն ավարտվում է լրիվ ամենզիայով:

Շատ կարճատև ու հաճախակի (օրը մինչև 50 և ավելի անգամ) արժանաններով կամ ռետրոպոլիսիլ նոպաներով ընթացող հիվանդության դեպքերը բնորոշվում են որպես պիկնոլեպսիա:

**Պարոքսիզմների անցնցումային տեսակներ:** Էպիլեպսային հիվանդությունը գրեթե միշտ ուղեկցվում է հոգեկան խանգարումներով: Դրանք պարոքսիզմների անցնցումային տեսակներն են: Դրանք կամ, ինչպես

անվանում են, հոգեկան համարժեքները փաստորեն հանդես են գալիս որպես ցնցումային նուպաների փոխարինողներ: Ընթանում են գիտակցության մթազնամբ (մթնշաղային վիճակներ, ամբուլատոր ավտոմատիզմներ) և առանց գիտակցության խանգարման (աֆեկտիվ պարոքսիզմներ, կատալեպսային, հոգեշարժական և այլ նուպաներ): Այդ պարոքսիզմները ոչ այլ ինչ են, քան հանկարծակի առաջացող հոգեկան խանգարումներ: Հոգեկան համարժեքները, ինչպես նաև ցնցումային նուպաներն առաջանում են հանկարծակի, առանց նկատելի պատճառների, հետագա լրիվ կամ մասնակի ամենեզիայով:

### **Գիտակցության մթազնումները (մթնշաղային վիճակներ)**

Էպիլեպսիայով հիվանդների շրջանում բավականին հաճախ են հանդիպում: Գիտակցության մթազնան զուգակցամբ առաջանում են տեսողական և լսողական սարսափելի պատրանքներ, ցնորքներ և կտրտված զառանցական մտքեր: Հիվանդներն ապրում են վախ, տագնապ, առաջանում է չարություն, ցասում, հոգեշարժական գրգռվածություն, ագրեսիվ վարք: Նման վիճակներում կարող են կատարվել ամենադաժան արարքներ, ընդհուպ մինչև ծանր խեղումներ, սպանություններ, ինքնավնասումներ և ինքնասպանություններ:

Այն մթազնած վիճակի տարատեսակ է, որն աչքի է ընկնում ծայրահեղ հոգեշարժական գրգռվածությամբ, տեսողական ցնորքների առանձնահատուկ պայծառությամբ և հորդումով: Ընդ որում, հաճախակի են նաև կրոնական բնույթի ապրումները, ագրեսիվ վարքը՝ համապատասխան պատրանքների, ցնորքների և կտրտված զառանցական մտքերի առկայությամբ:

**Էպիլեպսային պարանոիդի** դեպքում գիտակցության նեղացման և դիսֆորիայի զուգակցմամբ առանձնանում են հետապնդման, ֆիզիկական ազդեցության, խանդի, մեծամոլական և կրոնական զառանցական մտքերը: Երբեմն կարող են լինել էքստազային (երանելիության) վիճակներ: Դիտվում են նաև հոգեկան ավտոմատիզմի երևույթներ:

**Էպիլեպսային ստուպորը** բնութագրվում է մուտիզմով և կատալեպսիայի երևույթներով: Սա ավելի շուտ ենթաստուպորային վիճակ է՝ շարժողական կաշկանդվածությամբ և պասիվ նեգատիվիզմով:

**Գիտակցության հատուկ վիճակները** բնութագրվում են ընկալման, մտածողության, հույզերի խանգարումներով, դեռեալիզացիայի, դեպերսոնալիզացիայի երևույթներով, շփոթվածությամբ, կողմնորոշման խանգարմամբ: Հիվանդները կարծես թե կենտրոնացած նայում են շրջապատին, ծանոթների դեմքերին՝ չճանաչելով նրանց: Այս դեպքում գիտակցության խոր խանգարում չի դիտվում, որի հետևանքով ամենեզիան կրում է մասնակի բնույթ:

**Ամբուլատոր ավտոմատիզմները** նույնպես ուղեկցվում են գիտակցության նեղացմամբ: Դրանք կարող են լինել կարճատև վիճակներ, արտաքինապես հարաբերականորեն ճիշտ վարքով: Դրանք **տրանսներ** են. հիվանդների մակերեսային զննման դեպքում վարքը կարծես թե կարգավորված, նպատակասլաց բնույթ ունի: Այսպես՝ հիվանդները կարող են նույնիսկ ուղերթներ կատարել մի քաղաքից մյուսը (տոմս գնել, ճանապարհին՝ գնացքում, ինքնաթիռում, շրջապատի հետ նորմալ կապ պահպանել, կատարել տարբեր գնումներ և այլն) և սթափվելով՝ չհասկանալ ու չհիշել, թե ինչպես և ինչ նպատակով են արել այդ ամենը:

**Գիշերաշրջությունը** (սոննամբուլիզմ, լուսնոտություն) բնութագրվում է նրանով, որ հիվանդները գիշերը քնած տեղից վեր են կենում, դուրս գալիս տնից, աննպատակ թափառում կատարելով չգիտակցված, անիմաստ գործողություններ, այնուհետև վերադառնում են տուն կամ էլ քնում որտեղ պատահի: Եթե դուռը փակ է, նրանք կարող են քայլել, շարժվել սենյակում, փորձել դուրս գալ պատուհանից: Այս վիճակը քնի ժամանակ առաջացած գիտակցության մթագնման հետևանք է, երբ հիվանդները բոլոր գործողությունները կատարում են մեքենայաբար և սթափվելով ոչինչ չեն հիշում:

Ամբուլատոր ավտոմատիզմի տարատեսակներից են **ֆուզաները**, երբ հիվանդների շրջանում հանկարծակի դիտվում են անսպասելի վազք, պտույտներ իր սեփական առանցքի շուրջ: Մի քանի վայրկյան անց նրանք, իրենց տիրապետելով, ոչինչ չեն հիշում կատարվածի մասին: Կարող են հանդիպել ավելի բարդ գործողություններով ավտոմատիզմներ (օրինակ՝ փողոցում հանվել, անիմաստ գնումներ կատարել, հագուստի կոճակները մեխանիկորեն կոճկել և արձակել):

Առանց գիտակցության մթագնման անցնցումային վիճակներից են նաև **աֆեկտիվ պարոքսիզմները**:

**Դիսֆորիան** տրամադրության՝ առանց որևէ պատճառի առաջացած խանգարումն է, որը տևում է մի քանի օր և հանկարծակի էլ ավարտվում է: Նման վիճակում հիվանդները չար են, մռայլ, տխուր, նրանց տանջում է վախն ու տագնապը: Նրանք ամեն ինչից դժգոհ են, դյուրագրգիռ, բժախնդիր, հակված են ագրեսիվ արարքների, որոնք աչքի են ընկնում խիստ դաժանությամբ: Ինչպես և գիտակցության մթագնումների դեպքում, բերը թեթևակի լայնացած են, լույսի հակազդման ռեակցիան թուլացած է, դեմքը՝ գունատ, դիտվում է քրտնարտադրություն, ձեռքերի դող: Շրջապատի ընկալումը խանգարված չէ: Դիսֆորիայից հետո հիշողության կորուստ չի դիտվում:

Դիսֆորիայի նուպայի դեպքում որոշ հիվանդների շրջանում կարող է առաջանալ անզսպելի հակում ալկոհոլի հանդեպ, որը վեր է ածվում թունդ

հարբեցողության (դիպսոմանիա), երբեմն դիտվում է թափառելու, բնականաբար փոխելու ձգտում (դրոմոմանիա):

Զգալիորեն հազվադեպ աֆեկտիվ պարոքսիզմալ վիճակներն արտահայտվում են **էքստազով** (գերհուզմունքով): Սա առանց պատճառի առաջացող հուզավառություն է (էկզալտացիա)՝ իրադրության հետ չկապակցված խանդավառությամբ, շատախոսությամբ, պարծենկոտությամբ, անբնականությամբ, մտավոր անարդյունավետությամբ, անձի գերազնահատման և մեծամոլական զառանցական մտքերով, որոնք հաճախ զուգորդվում են անսպասելի առաջացող կրոնական բովանդակություն ունեցող ապրումներով:

Աֆեկտիվ պարոքսիզմների հաճախականությունը տարբեր է. դրանք կարող են լինել ամենօրյա, օրը մի քանի անգամ, ամիսը մեկ անգամ և ավելի հազվադեպ:

Անցումային պարոքսիզմները (նոպաներին) ներառում են նաև **կատապլեքսային և նարկոլեպսային վիճակները**: Կատապլեքսային նոպաներն արտահայտվում են մկանային տոնուսի թուլացմամբ: Հիվանդի ոտքերը ծալվում են, առարկաներն ընկնում են 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 առանձնահատկությունները**: Էպիլեպսիայով տառապող հիվանդի անձի փոփոխություններն արտահայտվում են բնավորության փոփոխությունների, մտածողության խանգարումների և թուլամտության զարգացմամբ: Այդ ամենն առաջանում է ախտաբանական պրոցեսի տևական ընթացքի հետևանքով և էպիլեպսիայի ախտորոշման կարևոր ախտանիշ է, քանի որ բավականին բնորոշ են նրան: Անձի փոփոխությունները լայնածավալ են՝ բնավորության համեմատաբար թույլ փոփոխություններից մինչև յուրահատուկ թուլամտություն: Հիվանդների հոգեկան պրոցեսները դանդաղած են, չեզոք, մի մտքից կամ գործողությունից մյուսին անցումը դժվարանում է, անհրաժեշտ 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 շարժումով: 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 աշխատանք կատարելու համար:

Այդ առանձնահատկություններն արտահայտվում են նաև հուզական բնագավառում: Հիվանդների աֆեկտը կայուն է, տևական, ուժեղ: Այս կամ այն հույզը բավականին երկար է պահպանվում, այդ պատճառով էպիլեպսիայով հիվանդները հիշաչար են, վրեժխնդիր, դաժան, խիստ զայրացկոտ և անզուսպ, ցասման ու ագրեսիայի հակում են դրսևորում:

Դրա հետ մեկտեղ կարող են արտահայտել նաև բնավորության այնպիսի գծեր, ինչպիսիք են շողոքորթությունը, քաղցրալեզվությունը, ընդգրծված խոնարհությունը, գերզգայնությունը: Այդ գծերի զուգակցումը հիշաչարության, վրեժխնդրության և դաժանության հետ մեկտեղ արտահայտված է նրանց պատկերավոր բնութագրում՝ «աղոթքը շուրթերին և քարը ծոցում պահած»:

Այսպիսով, լինելով արտաքնապես քաղաքավարի, կեղծ բարեպաշտ, քաղցրալեզու ու շողոքորթ՝ նրանք ցուցաբերում են աֆեկտիվ անզուսպ բռնկումներ, կործանարար դաժանություն ու վարքագիծ, որը հաճախ կարող է հասցնել ծայրահեղ դաժան արարքների (եթե կաչուն են նրանց շահերին):

Հոգեկան պրոցեսների իներտությունը, ճղճին և կաչուն բնավորության գծերը ձևավորում են բժախնդրություն, ծայրահեղ ճշտապահություն և կարգապահություն, որոնք արտահայտվում են տանն ու աշխատավայրում, նրանց արտաքինի (հագուստի, սանրըվածքի և այլն) ու գործելակերպի մեջ: Նրանց ընդգծված ուշադրությունը սեփական առողջության հանդեպ, հետաքրքրությունների նեղ շրջանակը՝ կապված հիվանդության հետ, նպաստում են մեկամաղձության, եսակենտրոնության, կոնֆլիկտայնության զարգացմանը:

Էպիլեպսիայով հիվանդները վատ են հարմարվում նոր իրավիճակին, իսկ սովորական միջավայրում նրանք բավականին լավ են կատարում ոչ բարդ աշխատանքը՝ պահպանելով բարձր աշխատունակություն:

Անձի բնութագրական գծերից մեկը՝ ինֆանտիլիզմը, արտահայտվում է դատողությունների տհասությամբ, հարազատների հանդեպ առանձնահատուկ գերարժեք վերաբերմունքով և կրոնամիստիկական ապրումներով, որոնք ձևավորվում են ինչպես հիվանդության հետևանքով, այնպես էլ նրանց՝ մոլեռանդության հասնող այն հայացքների ու պատկերացումների համակարգով, որով նրանք դաստիարակվել են:

Անձի նկարագրված փոփոխությունների հետ մեկտեղ էպիլեպսիայով հիվանդների շրջանում հնարավոր են հիստերիկ և ասթենիկ խանգարումներ, որոնք կարող են արտահայտվել առանձին հիստերիկ գծերով,

նույնպես, գերզգայնությամբ և դյուրագրգռությամբ, արագ առաջացող հոգնածությամբ, քնի խանգարումներով, գլխացավերով:

Էպիլեպսիայով հիվանդ անձի թվարկած բոլոր առանձնահատկությունները հիվանդության ընթացքին զուգահեռ ուժեղանում են, դրանց ավելանում է աստիճանաբար աճող թուլամտությունը, որն ամենից ավելի հաջող կարելի է բնորոշել որպես ճղճիմ-բթացած: Հիվանդները դանդաղկոտ են, թուլացած, պասիվ, շրջապատի հանդեպ անտարբեր: Ուժեղանում են բրադիպսիխիզմը, բրադիֆրենիան, մտածողությունը դառնում է կոնկրետ-նկարագրական, դիտվում է արտահայտված օլիգոֆազիա, գլխավորը երկրորդականից տարբերելու բացարձակ անկարողություն: Թուլանում է հիշողությունը, աստիճանաբար կորչում են կյանքի ընթացքում ձեռք բերված ունակությունները: Հիվանդի հետաքրքրությունները հանգում են անձնական, իսկ ժամանակի ընթացքում՝ ուղղակի ֆիզիոլոգիական պահանջների բավարարմանը:

Թուլամտության աստիճանի և նույնպես հաճախականության միջև ուղղակի կախվածություն միշտ չէ, որ հնարավոր է հայտնաբերել. սակայն մասնագիտական գրականության մեջ նշվում է, որ էպիլեպսային թուլամտությունը հատկապես արտահայտված է ցնցումային մեծ նույնպես տառապող հիվանդների շրջանում: Էպիլեպսային բնավորության և մտածողության ձևավորումն առավելապես պայմանավորված է հոգեկան համարժեքներով և փոքր նույնպես: Ամենամաքսիմալ ընթացք ու ելք է դիտվում վաղ տարիքում առաջացած էպիլեպսիայի դեպքում:

Անհրաժեշտ է նշել, որ էպիլեպսիան կարող է ունենալ բարենպաստ ընթացք, երբ երկար տարիներ պահպանվում են հիվանդների բավականաչափ բարձր բանականությունը, գիտելիքների պաշարը և մասնագիտական կարողությունը:

### **Պատճառագիտությունը և ախտածագումը**

Էպիլեպսիայի պատճառագիտությունը ներկայումս վերջնականապես պարզված չէ: Շատ հետազոտողներ հիվանդության ախտածնության մեջ գլխավոր դերը հատկացնում են ժառանգական գործոնին: Էպիլեպսիայի զարգացման գործում կարևոր է օրգանիզմի ցնցումային կանխատրամադրվածությունը, որը պայմանավորված է մարմնակազմությամբ, նյարդային համակարգի յուրահատկություններով, նյութափոխանակության առանձնահատկություններով:

Ժառանգական կանխատրամադրվածության հետ մեկտեղ մեծ դեր են կատարում ներարգանդային և վաղ հետոննդյան շրջանում գլխուղեղի արտածին-օրգանական վնասվածքները: Էպիլեպսային կանխատրա-

մադրվածություն կամ պատրաստականություն ասելով հասկացվում է որոշակի ներդրմային կոմպլեքսների ակտիվություն կուտակելու հակում, որը, հասնելով որոշակի մակարդակի, հանգեցնում է լիցքաթափման: Նշված ներդրմային կոմպլեքսների ախտաբանական գրգռման աղբյուրը էպիլեպսածին օջախն է:

Այսպիսով, էպիլեպսիայի ախտածնության մեջ մեծ է ինչպես ժառանգական գործոնով պայմանավորված ցնցումային պատրաստականության, այնպես էլ էպիլեպսածին օջախի դերը, որը կարող է ուղեղի վրա արտածին վնասող գործոնների ազդեցության հետևանք լինել: Այստեղ որոշակի դեր է կատարում արտաքին դրդիչ գործոնը:

Էպիլեպսիայի դեպքում ուղեղում յուրահատուկ ախտաբանական անատոմիական փոփոխություններ բացահայտված չեն:

### **Տարբերակիչ ախտորոշումը**

Գենուին էպիլեպսիան անհրաժեշտ է տարբերակել սիմպտոմատիկ էպիլեպսիայից: Տարբերակման դեպքում պետք է հիմնվել այն հիմնական հիվանդության կլինիկական պատկերի վրա, որը նոպաների առաջացման պատճառ է դարձել (ուղեղի վնասվածք, սիֆիլիս, ալկոհոլամոլություն և այլն): Անհրաժեշտ է նկատի ունենալ նաև էպիլեպսիային բնորոշ՝ անձի, բնավորության և բանականության այն փոփոխությունները, որոնք վերը նշված այլ հիվանդությունների դեպքում առկա չեն:

### **Բուժումը**

Էպիլեպսիայի բուժումը պետք է կատարվի համալիր: Այն պետք է ներառի ինչպես դեղորայքային միջոցներ, այնպես էլ հոգեկան հիգիենա և կանխարգելում, սննդակարգի պահպանում, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմ:

Հակաէպիլեպսային միջոցներից են ցնցումային նոպաների, անցնցումային պարոքսիզմների, էպիլեպսային վիճակի ու պսիխոզների բուժման և կանխարգելման դեղամիջոցները՝ լյունինալ (ֆենոբարբիտալ), բենզոնալ, հեքսամիդին, դիֆենին, ֆինլեպսին (տեգրետոլ, կարբամազեպին), կոնվուլեքս, դեպակին, B խմբի վիտամիններ, գլյուտամինաթթու, տրանկվիլիզատորներ:

Էպիլեպսային վիճակի դեպքում արդյունավետ միջոց է 0,5%-անոց սեդուքսենի ներերակային 4-10մլ դանդաղ ներարկումը: Խորհուրդ է տրվում քլորալիդրատի ներմուծում հոգնայով (2,0-3,0), ծծմբաթթվային մագնեզիում 5մլ 25%-անոց լուծույթի և գլյուկոզայի 20մգ 40%-անոց լուծույթի

ներերակային ներարկում: Կարելի է ներերակային շատ դանդաղ ներարկել նաև 1,0 հեքսենալ: Ծանր դեպքերում ցուցված է ողնուղեղային պունկցիա:

Էպիլեպսիայի դեպքում սննդակարգից պետք է բացառվեն ալկոհոլը, սուր կերակրատեսակները. անհրաժեշտ է սահմանափակել աղը, հեղուկները: Ցուցված է կաթնաբուսական սնունդ:

Աշխատանքային ակտիվ գործունեությունը բարերար է ազդում հիվանդների ինքնազգացողության վրա, նվազեցնում է նոպաների հաճախականությունը: Էպիլեպսիայով հիվանդները չպետք է աշխատեն տրանսպորտային համակարգում, տաք ցեխերում, բարձր լարվածությամբ հոսանքի հետ, ջրի մոտ: Եթե հիվանդն ի վիճակի չէ իր մասնագիտությամբ աշխատել, նրա աշխատանքն անհրաժեշտ է կազմակերպել բուժաշխատանքային արհեստանոցներում:

Էպիլեպսիայով հիվանդ երեխաները պետք է սովորեն դպրոցում, իսկ հաճախակի նոպաների առկայության դեպքում ուսուցումը պետք է կազմակերպել տնային պայմաններում:

**Դատահոգեբուժական փորձաքննություն:** Հակաօրինական արարքներ կատարելու դեպքում էպիլեպսիայով հիվանդները ճանաչվում են անմեղսունակ, եթե նրանք այդ ժամանակ եղել են պսիխոզի կամ դիսֆորիայի վիճակում: Էպիլեպսիայի միջնոպայական շրջանում անմեղսունակ են ճանաչվում, եթե առաջացել է թուլամտություն:

Աշխատանքային ակտիվ գործունեությունը բարերար է ազդում հիվանդների ինքնազգացողության վրա, նվազեցնում նոպաների հաճախականությունը: Էպիլեպսիայով հիվանդները չպետք է աշխատեն շարժվող մեխանիզմների հետ, ջրի մոտ, տրանսպորտի համակարգում և բոլոր այն վայրերում, որտեղ կարող է կյանքին վտանգ սպառնալ:

## Ստուգողական թեստեր

**1. Անձի հետևյալ փոփոխություններից ո՞րը բնորոշ չէ էպիլեպսիայով հիվանդներին.**

- ա) Եսակենտրոնություն
- բ) դանդաղաշարժություն
- գ) հիշաչարություն
- դ) աուտիզմ

**2. Էպիլեպսիային բնորոշ են՝**

- 1. Եսակենտրոնությունը
  - 2. պերսևերացիան
  - 3. դիսֆորիան
  - 4. իդեատոր ավտոմատիզմը
- ա) 3,4   բ) 1,3   գ) 1,2   դ) 2,4

**3. Նշվածներից որո՞նք են ամբուլատոր ավտոմատիզմի տարրական տեսակներ.**

- 1. ֆուգա
  - 2. տրանս
  - 3. աքսանս
  - 4. սոմնամբուլիզմ
- ա) 1,2,4   բ) 2,3,4   գ) 3,4   դ) 1,3,4

**4. Պնդումներից որո՞նք բնորոշ չեն գիտակցության մթնշաղային մթազմանը.**

- 1. ավելի հաճախ զարգանում է ակոհոլիզմով տառապողների շրջանում
  - 2. հանկարծակի սկիզբ
  - 3. ավարտվում է հանկարծակի
  - 4. վերջանում է լրիվ ամնեզիայով
  - 5. Ես-ի կողմնորոշումը պահպանված է
- ա) 1,5   բ) 3,4   գ) 2,4   դ) 2,5

**5. Ո՞ր հիմնական ախտանշաններով է տարբերվում էպիլեպսային մեծ նոպան հիստերիկից.**

- 1. ցնցումների առկայությամբ
- 2. ամնեզիայի առկայությամբ

3. հոգեկան տրամվայի բացակայությամբ

4. ցուցադրական վարքագծով

ա) 2,3 բ) 1,2 գ) 3,4 դ) 2,4

**6. Անձի ո՞ր առանձնահատկությունը բնորոշ չէ էպիլեպսիային.**

ա) ապաթիա

բ) հուզական ռիզիդություն

գ) ճշտապահություն

դ) հիշաչարություն

**7. էպիլեպսիայով հիվանդների խոսքին բնորոշ չեն՝**

1. օլիգոֆազիան

2. հաճախակի փոքրացնող, քնքշանք արտահայտով

վերջածանցները

3. ասոցիացիաների դանդաղումը

4. սիմվոլիզմը, դատարկաբանությունը

5. շիզոֆազիան

ա) 1,5 բ) 4,5 գ) 2,4 դ) 1,3,4

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1.դ, 2.բ, 3. ա, 4.ա, 5.ա,  
6.ա, 7. բ:

## ԳԼՈՒԽ 17

### ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

---

**Տարածվածությունը:** Արտածին-օրգանական բոլոր հիվանդությունների մեջ գանգուղեղային վնասվածքը (ԳՈՒՎ) առաջին տեղում է: Ընդ որում, փակ ԳՈՒՎ-երը գլխուղեղի բոլոր վնասվածքների ավելի քան 90%-ն են, մինչդեռ ժամանակակից զինված հակամարտությունների պայմաններում աճում է բաց ԳՈՒՎ-երի և օդային պայթուցանային ալիքով վնասվածքների քանակը: Պատերազմական ժամանակներում աճում է նաև համակցված և կոմբինացված վնասվածքների քանակը:

ԳՈՒՎ-երով պայմանավորված հոգեկան խանգարումների տարածվածությունը որոշվում է վնասվածքի բնույթով (բաց, փակ, համակցված, կոմբինացված և այլն), ինչպես նաև դրա առաջացման պայմաններով (պրեմորբիդ ֆոն, խաղաղ կամ պատերազմական ժամանակ և այլն): Այսպես՝ Հայրենական մեծ պատերազմի տարիներին հոգեկան խանգարումները ԳՈՒՎ-երում շուրջ 70% էին, իսկ վերջին շրջանում՝ միայն 20-40%:

Գլխուղեղի վնասվածքները լինում են փակ և բաց:

#### **Գլխուղեղային փակ վնասվածք**

Գլխուղեղի փակ վնասվածքները (ԳՈՒՓՎ) ուղեղի, դրա թաղանթների և անոթների, ինչպես նաև գանգի ոսկրերի և փափուկ հյուսվածքների մեխանիկական վնասվածքներ են՝ կարծր ուղեղաթաղանթի (կարծրենու) պարտադիր ամբողջականության պահպանմամբ: Տարբերում են ԳՈՒՓՎ-երի երեք հիմնական տեսակ՝ *ցնցում* (կոմոցիա), *սալջարդ* (կոնտուզիա), *սեղմում* (կոմպրեսիա), ինչպես նաև ծանրության երեք աստիճան՝ *թեթև*, *միջին*, *ծանր*: ԳՈՒՓՎ-ի թեթև աստիճանը բնորոշ է գլխուղեղի ցնցումին, իսկ միջինը և ծանրը՝ սալջարդին և սեղմմանը:

**Ուղեղի ցնցումը** բնորոշվում է դրա տարածուն (դիֆուզ) ախտահարումով և մեծ մասամբ սահմանափակվում է *ընդհանուր ուղեղային* խանգարումներով ու *գիտակցության անջատման համախտանիշներով*, որոնց արտահայտվածությունը որոշվում է վիճակի ծանրությամբ:

Գիտակցության կարճատև կորստից հետո *թեթև աստիճանի* ցնցումը (վայրկյաններ, րոպեներ) մեծ մասամբ դրսևորվում է տիպիկ մենտալ խանգարումներով, ցերեքասթենիկ խանգարումներով (ռետրո- և կոնգրադային ամնեզիա), հիպերեսթեզիայի և հուզական լաբիլության, ինչպես նաև

թեթև «ընդհանուրուղեղային» երևույթներով (սրտխառնոց, փսխում, գլխապտույտ, գլխացավ) և սոմատովեգետատիվ խանգարումներով:

*Միջին աստիճանի* ցնցումին հատուկ է գիտակցության երկարատև կորուստը (րոպեներ, ժամեր)՝ գլխավորապես շննածության կամ սոպորի տեսքով, որոնք փոխարինվում են սոմնոլենցիայով, պսիխոմոտոր արգելակվածությամբ, ադինամիայով: Մինչդեռ հետո (1-2 օր անց) ի հայտ են գալիս պսիխոմոտոր գրգռվածության և էյֆորիայի պահեր, սեփական վիճակին և վարքին քննադատական վերաբերմունքի թուլացում: Որքան վերականգնվում է գիտակցությունը, այնքան գերակշռում են ցերեբրասթենիայի, հիպերեսթեզիայի և հիպերպաթիայի երևույթները: Նկատվում են ռետրո-, անտերոգրադ և ֆիքսացիոն ամենզիա, տարբեր նյարդաբանական խանգարումներ (բբերի լայնացում, հորիզոնական նիստազմ, կոնվերգենցիայի թուլացում, անիզոռեֆլեքսիա, ախտաբանական ռեֆլեքսներ և այլն):

Ցնցումի ծանր ձևը առաջացնում է խոր սոպորոզ-կոմատոզ վիճակ (օրեր, շաբաթներ), որի վերականգնումից հետո հայտնաբերվում են պսիխոթորգանական համախտանիշի հստակ նշաններ: Այս դեպքում կարող են զարգանալ էպիլեպտանման նոպաներ, պսիխոմոտոր գրգռվածություն:

*Ուղեղի սալջարդը* բնորոշվում է ուղեղանյութի վնասումով ընդհուպ մինչև ուղեղային հյուսվածքի ջնջխում: Սեխանիկական ներգործությունը հաճախ ընկնում է գլխուղեղի ոչ մեծ մակերեսի վրա (հնարավոր է հակահարվածի մեխանիզմը): Սալջարդը միշտ ուղեկցվում է ուղեղի ցնցումով:

Սկզբնական շրջանը դրսևորվում է սոպորով կամ կոմայով՝ գիտակցության տոտալ խանգարումով (օրեր, շաբաթներ): Գիտակցության վերականգնմանը զուգընթաց՝ հայտնաբերվում են պսիխոթորգանական համախտանիշի նշաններ: Հնարավոր է պսիխոսենսոր խանգարումների առաջացում: Ծանր աստիճանի ցնցումին բնորոշ խանգարումներին որպես լրացում ավելանում է օջախային ախտանշաբանությունը: Երբեմն լինում են տարբեր էպիլեպտանման դրսևորումներ:

Գլխուղեղի ցնցումով պայմանավորված ախտանիշներն անհետանում են վնասվածքից հետո՝ առաջին օրերին, իսկ սալջարդից առաջացած ախտանիշները՝ աճում են 2-3-րդ օրից մինչև երկրորդ շաբաթվա վերջը և հետո սկսում ապաճել (ռեգրեսիա):

*Ուղեղի սեղմումը* պայմանավորվում է արյունազեղումով (հեմատոմա), որն արյունահոսության հետևանքով առաջանում է ուղեղաթաղանթների անոթների վնասումից, երակային ծոցերից և ուղեղանյութից: Կարող է ուղեկցվել ուղեղի սուր այտուցով և ուռչելով:

Սկզբնական ախտանշաբանությունը պայմանավորված է ուղեղի ցնցումով կամ սալջարդով: Խանգարվում է գիտակցությունը (սոպոր, կոմա):

Դրա վերականգնման զուգակցմամբ սովորաբար առաջանում է «լուսավոր միջակայք», որից հետո հեմատոմայով պայմանավորված՝ ուղեղի աճող սեղմման հետևանքով կրկին զարգանում են արգելակվածություն և ուշագնացություն ընդհուպ մինչև սոպոր և կոմա:

### ***Փանզուղեղային բաց վնասվածք***

Բաց ԳՈՒՎ-երը բնորոշվում են խիստ ծանր ընթացքով և հոգեկան խանգարումների բազմազանությամբ՝ ինֆեկցիոն բարդություններ առաջանալու հնարավորության հետևանքով: Այս դեպքում վաղ շրջանում հոգեկան խանգարումների բնույթը որոշվում է վնասվածքի ծանրությամբ, անցկացվող վերականգնողական (վիրահատական) բուժումով և ինտրակրանիալ ինֆեկցիոն բարդությունների արտահայտվածությամբ, իսկ ավելի ուշ շրջանում՝ ախտահարման տեղակայմամբ, անձի պրենորբիդ առանձնահատկություններով, ուղեկցող հիվանդությունների առկայությամբ:

Սուր շրջանում հիվանդների մեծամասնության դեպքում նկատվում են գիտակցության անջատման (կոմա, սոպոր, ուշագնացություն) կամ մթազնման վիճակներ (մթնշաղային խանգարումներ, դելիրիում, ամենցիա), հնարավոր է ցնցումային այլ պսիխոզների զարգացում: Գիտակցության վերականգնմանը զուգընթաց՝ նկատվում են պսիխոմոտոր գրգռվածության պահեր, որոնք հերթափոխվում են շարժողական արգելակվածությամբ, խոր ասթենիայի երևույթներով: Կարող են առաջանալ էպիլեպտանման (առավելապես ցնցումային) խանգարումներ: Հոգեախտաբանականի հետ մեկտեղ ի հայտ է գալիս ընդհանուր ուղեղային, մենինգեալ (արյունազեղումների դեպքում) և օջախային նյարդաբանական ախտանշանաբանություն (պարեզ, պարալիզ, անիզոռեֆլեքսիա, ախտաբանական ռեֆլեքսներ, աֆազիա, գանգուղեղային նյարդավորման խանգարումներ): Ինտրակրանիալ ինֆեկցիա ավելանալու դեպքում հնարավոր է թարախային մենինգիտի, մենինգոէնցեֆալիտի, ուղեղի թարախակույտի (աբսցես) զարգացում, որը լրացուցիչ ծանրացնում է հիվանդի վիճակը՝ առաջացնելով համապատասխան հոգեախտաբանական և նյարդաբանական (մենինգեալ, օջախային) ախտանշանաբանություն:

Ինֆեկցիոն բարդությունների դեպքում ԳՈՒՎ-երին բնորոշ խանգարումների հետ մեկտեղ կարող են ի հայտ գալ ինֆեկցիոն պսիխոզներ, որոնք կարող են ունենալ հետևյալ ընթացքը.

ա) *տրանզիտոր պսիխոզ*, որը սովորաբար ավարտվում է անջատված և մթազնմած գիտակցության (ուշագնացություն, սոպոր, կոմա, դելիրիում, ամենցիա, գիտակցության մթնշաղային մթազնում, օնեյրոիդ) համախտանիշներով,

բ) *ձգձգվող պսիխոզ*, որն ընթանում է առանց գիտակցության խանգարման (անցումային համախտանիշներ՝ հալյուցինոզ, հալյուցինատոր-պարանոիդ համախտանիշ, կատատոնանման, դեպրեսիվ-պարանոիդ և մոլուցքային վիճակ, ապաթիկ ստուպոր, կոնֆաբուլյոզ),

գ) *անդառնալի հոգեկան խանգարում* գլխուղեղի օրգանական ախտահարման նշաններով (պսիխոօրգանական համախտանիշի տարբերակներ, թուլամտություն):

***Գանգուղեղային վնասվածք օդային հարվածային ալիքից***

Օդային հարվածային ալիքով պայմանավորված՝ փակ ԳՈՒՎ-եր (ավիառումբերի, արկերի, ականների և այլնի պայթելու ժամանակ) առաջանում են ինչպես անմիջական (մեխանիկական) ազդեցությունից, որը համեմատում են ամբողջ մարմնի մակերեսին (տափակ կողմով) հանկարծակի հարվածի հետ, այնպես էլ պինդ առարկաներից (տուժողին հարվածային ալիքի կողմից նետելը) առաջացած գլխի (մարմնի) երկրորդային սալջարդերից: Ընդ որում, հարվածային ալիքը կարող է առաջացնել ուղեղի ցնցում կամ սալջարդ՝ լսողական և խոսքի ֆունկցիաների ախտահարում՝ խուլուհամրություն (սուրդոմուտիզմ):

Ճնշման կտրուկ անկումները (բարոտրավմա), երբ սեղմման ալիքը ակնթաթորեն փոխարինվում է նոսր ալիքով, օդ պարունակող սնամեջ օրգանների (թոքեր, ստամոքս, աղիքներ, միջին և ներքին ականջ) համար քայքայիչ ազդեցություն կարող են ունենալ, քանի որ այնտեղ պայթյունի ժամանակ ներքին ճնշումը չի հասցնում հավասարվել արտաքինին: Պայթյունի ժամանակ ձայնային ալիքը՝ որպես գերուժեղ գրգռիչ, ներգործում է լսողական ընկալիչի ոչ միայն ծայրամասային, այլև կենտրոնական մասի վրա՝ նրանում առաջացնելով արգելակման վիճակ, որը ճառագայթվում է նաև ֆունկցիոնալ առումով լսողականի հետ սերտորեն կապված խոսքային գոտու վրա:

Օդային հարվածային ալիքով պայմանավորված՝ ծանր վնասվածքներն ընթանում են ծանր ցնցումով և սալջարդով: Այս հանգամանքը ավելորդ է դարձնում ուղեղի օդային վնասվածքներին բնորոշ կլինիկական համախտանիշների առանձնացումը:

Խուլուհամրության երևույթը սովորաբար պահպանվում է մի քանի օր, իսկ ձգձգված բնույթը հիմնականում առաջանում է «պայմանական ցանկալիության» հոգեծին մեխանիզմներով, իսկ այդ պատճառով սուրդոմուտիզմի արտահայտվածությունը և կայունությունը հիմնականում որոշվում են անցկացվող բուժական միջոցառումների՝ ժամանակին և համապատասխան լինելով: Լսողության և խոսքի վերականգնումից հետո որոշ ժամանակ կարող է կակազություն նկատվել: Օդային հարվածային

ալիքից առաջացած վնասվածքի դեպքում ժամանակին և համապատասխան բուժում անցկացնելուց հետո հիվանդության ելքը սովորաբար բարեհաջող է:

### **ՉԱՆՊԱՐԱԿԱՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՀԵՌՎՈՐ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ**

Արտահայտվում են նյարդահոգեկան այնպիսի խանգարումներով, որոնք սուր շրջանի ավտաբանական բոլոր երևույթներն անցնելուց հետո էլ շարունակում են պահպանվել երկարատև ամիսներից մինչև տարիներ: Այդ խանգարումները պայմանավորված են վնասվածքի ուժով, հիվանդի տարիքով, նրա անձի նախահիվանդագին առանձնահատկություններով, կիրառված բուժօգնության արդյունավետությամբ, ինչպես նաև արտածին լրացուցիչ գործոնների առկայությամբ:

**Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիան** զարգանում է գանգուղեղի սալջարդի (կոնտուզիա) կամ ուղեղանյութի վնասվածքի դեպքում: Նման դեպքում կլինիկական առկա ավտանշաններն ու համախտանիշները կրում են ուղեղի օջախային վնասվածքի դրոշմը:

Այդ վնասվածքի տեղակայմամբ ու մեծությամբ պայմանավորված՝ կարող են դրսևորվել գանգուղեղային նյարդերի ավտահարման զանազան ավտանշաններ, ինչպես օրինակ՝ անդաստակային (վեստիբուլյար) խանգարում, աֆազիա, ապրաքսիա և օջախային այլ բնույթի խանգարումներ (ձեռքերի մատների և լեզվի դող, աչքերը փակ վիճակում կանգնած դիրքի արտահայտված անկայունություն և այլն):

Հոգեկան ոլորտում նշվում է դյուրագրգիռություն, որը երբեմն կարող է հասնել մինչև աֆեկտիվ բռնկումների, իսկ երբեմն էլ, ընդհակառակ, կարող են առկա լինել թորշոմածություն, անտարբերություն ու անգործունակություն: Հիվանդների ուշադրությունը դառնում է ցրված: Հիշողությունը թուլանում է, որը ծանր դեպքերում կարող է արտահայտվել կորսակության համախտանիշով: Այլ դեպքերում հոգեկան խանգարումները կարող են արտահայտվել անձի պաթոլոգիական զարգացմամբ (պսիխոպաթացում): Բավականին բնորոշ են գիտակցության դրվագային խանգարումները, որոնք մեծ մասամբ մթնշաղային բնույթ ունեն, ինչպես նաև էպիլեպսանման նոպաները: Ծանր դեպքերում կարող է հանդիպել նաև թուլամտության հասնող բանականության խանգարում:

Կան վնասվածքային էնցեֆալոպաթիայի մի քանի տարբերակներ:

**Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա ասթենիկ համախտանիշով (վնասվածքային ցերեքրասթենիա):** Հանդիպում է ինչպես գանգուղեղային վնասվածքների սուր շրջանում, այնպես էլ հեռավոր հետևանքների դեպքում

(կլինիկական պատկերի նկարագրությունը տե՛ս «Սուր շրջանի խանգարումները» բաժնում):

Վնասվածքային ցերեբրասաթենայի դեպքում ասթենայի զուգակցմամբ երբեմն առաջանում են կաչուն 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 վիճակի դեկոմպենսացնող գործոններ են զանազան ինֆեկցիաները, զգայական գերլարվածությունն ու հոգեկան ցնցումները, գերհոգնածությունը: Հատկապես անբարենպաստ ազդեցություն ունի ալկոհոլի չարաշահումը:

***Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա՝ էպիլեպսանման նոպաներով***

Սովորաբար դիտվում է գանգուղեղի վնասվածքից մի քանի տարի անց (բայց 6 ամսից ոչ շուտ), որը պայմանավորված է գանգուղեղում (առավել հաճախ նրա քունքային, զագաթային և ճակատային մասերում) առաջացած վնասվածքային սպիներով (էպիտելապտածին օջախներով):

***Վնասվածքային էնցեֆալոպաթիա՝ անձի պսիխոպաթացումով (բնավորության հետվնասվածքային փոփոխություններ, բնավորության հետվնասվածքային պաթոլոգիական զարգացում):*** Որոշ դեպքերում գանգուղեղային վնասվածքը պատճառ է դառնում անձի խանգարում հիշեցնող պաթոլոգիական զարգացման կամ «վնասվածքային էնցեֆալոպաթիայի՝ անձի պսիխոպաթացումով»:

Նման հիվանդների շրջանում դրսևորվում են աֆեկտիվ-կամային զանազան խանգարումներ: Նրանք դառնում են դյուրագրգիռ, եսասեր, շրջապատի ընդհանուր կանոնների հետ չհարմարվող ու չհաշտվող, կռվարար. այդ պատճառով էլ հաճախ շրջապատի հետ բախումային իրավիճակ է ստեղծվում:

***Վնասվածքային թուլամտությունը*** գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր հետևանքների համեմատաբար հազվադեպ տեսակներից է: Այն զարգանում է գանգուղեղի ծանր վնասվածքներից հետո, հատկապես ճակատային ստորգագաթային և քունքային բլթերի տարածուն ախտահարման դեպքում սովորաբար ուշ շրջանում:

Վնասվածքային թուլամտության դեպքում նշվում է հիշողության արտահայտված թուլացում ինչպես անցյալի, այնպես էլ ընթացիկ դեպքերի

նկատմամբ: Խիստ տուժում է հիշողության մտապահման և վերարտադրման ֆունկցիան: Հարաբերականորեն հազվադեպ է (3-5% դեպքերում):

Գանգուղեղային վնասվածքների հեռավոր շրջանում կարող են առաջանալ աֆեկտիվ և ցնորագառանցանքային բնույթի հոգեկան խանգարումներ:

**Աֆեկտիվ պսիխոզներն** ընթանում են պարբերաբար կրկնվող մոլուցքային, դեպրեսիվ կամ երկփուլային վիճակներով: Մոլուցքային փուլի էյֆորիան ուղեկցվում է հոգեշարժական գրգռվածությամբ, զայրույթով ու չարությամբ (զայրացած մոլագարություն): Դեպրեսիվ համախտանիշի դեպքում տրամադրության անկումը և թախիծը ուղեկցվում են թորշոմածությամբ, հիպոխոնրիայի և դիսֆորիայի ախտանշաններով:

**Ցնորագառանցանքային** բնույթի հոգեկան խանգարումներն արտահայտվում են լսողական ցնորքներով և բազմաձև, կոնկրետ բովանդակություն ունեցող ու հուզականորեն հագեցված գառանցական մտքերով, դեռեալիզացիայով ու դեպերսոնալիզացիայով: Այդ բոլորը երբեմն կարող է զուգակցվել հոգեկան ավտոմատիզմի ախտանշաններով և հոգեշարժական գրգռվածությամբ, ագրեսիայով, որը ժամանակ առ ժամանակ կարող է հերթագայվել հոգեշարժական արգելակմամբ: Այս պսիխոզները կարող են տևել օրեր, ամիսներ:

**Բուժման հիմնական սկզբունքները:** Հոգեկան խանգարումների բուժումը էկզոգեն-օրգանական հիվանդությունների դեպքում հիմնականում ախտանշանաբանական է: Բոլոր դեպքերում այն պետք է լինի համալիր, տարբերակված (պայմանավորված ախտաբանության բնույթով, ժանրությամբ, զարգացման փուլով) և անհատական:

Հոգեկան սուր վիճակները հանելու համար օգտագործվում են հակացնցունային միջոցներ (էպիլեպտանման խանգարումների դեպքում), հակադեպրեսանտներ (դեպրեսիվ վիճակների դեպքում), նեյրոլեպտիկներ (պսիխոմոտոր գրգռվածության, մանիակալ վիճակների դեպքում): Գանգուղեղային վնասվածքի սուր փուլում (խանգարված գիտակցության վիճակների դեպքում) արդյունավետ են կենտրոնական խոլինոմիմետիկ ազդեցությամբ դեղերը: Պսիխոտրոպ միջոցների կիրառումը, հատկապես սուր վիճակներից հանելիս պետք է լինի չափազանց զգույշ՝ դրանցից շատերի հնարավոր կողմնակի ազդեցություններից (հատկապես տվյալ կատեգորիայի հիվանդների շրջանում առավել արտահայտվածներից) խուսափելու համար: Հոգեմետ միջոցների նշանակումը անհրաժեշտ է սկսել փոքր դեղաչափերից՝ դրանց հետագա մեծացումով (ընդ որում, չգերազանցելով միջին օրական չափը) և հաշվի առնելով հիվանդների *ընդհանուր սոմատիկ վիճակը*: Խորհուրդ է տրվում մասնավորապես օգտագործել ուժեղ նեյրո-

լեպտիկներ, ինչպես նաև հակախոլիներգիկ ազդեցությամբ դեղեր (պսիխոզների առաջացումը կանխարգելելու համար):

### Ստուգողական թեստեր

**1.Նշված խանգարումներից ո՞րը բնորոշ չէ գլխուղեղային տրավմատիկ հիվանդության կլինիկային.**

- ա) Կոտարի համախտանիշ
- բ) գիտակցության խանգարումներ
- գ) դյուրգրգռելիություն և հուզական անկայունություն
- դ) ինտելեկտուալ-մենեստիկ խանգարումներ

**2.Նշված խանգարումներից որո՞նք բնորոշ չեն գլխուղեղային տրավմատիկ հիվանդության հեռավոր շրջանին.**

- 1. կեղծ ցնորքներ
  - 2. գիտակցության խանգարումներ
  - 3. Կոտարի համախտանիշ
  - 4. ինտելեկտուալ-մենեստիկ խանգարումներ
- ա) 1,3 բ) 1,2,4 գ) 3,4 դ) 2,3,4

**3.Նշվածներից ո՞րը բնորոշ չէ գանգուղեղային տրավմայի սկզբնական շրջանին.**

- ա) օբնուրբիլացիա
- բ) կոմա
- գ) մտածողության ճեղքվածություն
- դ) սոպոր

**4.Ցերեբրասթենիան բնորոշվում է՝**

- ա) գլխացավերով, գլխապտույտներով
- բ) անգործունակությամբ, ուշադրության ցրվածությամբ
- գ) անոթավեգետատիվ խանգարումներով
- դ) բոլոր նշվածներով

**5.Գանգուղեղային տրավմայի սուր շրջանին բնորոշ է՝**

- ա) ասթենիկ համախտանիշը
- բ) Կոտարի համախտանիշը
- գ) ապաթո-աբուլիկ համախտանիշը
- դ) գիտակցության խանգարումները

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1.ա, 2. ա, 3.ա, 4.դ, 5.բ:**

## Գ ԼՈՒԽ 18

### Ուղեղի Ուռուցքների Դեղբուխ ՀԱՆԴԻՊՈՂ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

---

Բոլոր տեսակի ուռուցքների մեջ ուղեղի ուռուցքները 5% են, իսկ ստացիոնարում բուժվող հիվանդների՝ մոտավորապես 3%-ը: Ներգանգային ուռուցքների կլինիկական պատկերը պայմանավորված է ինչպես տեղային, այնպես էլ ընդհանուր ուղեղային երևույթներով:

Գլխուղեղի վրա ուռուցքների ախտաբանական ազդեցությունն արտահայտվում է հետևյալ նշաններով՝ ներգանգային ճնշման բարձրացումով, արյան և ողնուղեղային հեղուկի շրջանառության խանգարմամբ, ուղեղի առանձին հատվածների ճնշումով և տեղաշարժով, ուռուցքի հատվածում առաջացած ուղեղանյութի քայքայմամբ, ռեակտիվ այտուցով և ուղեղի հյուսվածքի ուռճացումով:

Գլխուղեղի ուռուցքների ամենասկզբնական, բնորոշ ու մշտական ախտանշաններից է գլխացավը: Այն պայմանավորված է ներգանգային ճնշման բարձրացմամբ, ունի տարածուն և ճնշող բնույթ:

Գլխացավերը մեծ մասամբ առաջանում են գիշերը՝ ուժեղանալով լուսադեմին, որը պայմանավորված է գանգի խոռոչի կանգային երևույթներով: Դրանով է բացատրվում նաև սրտխառնոցն ու երակազարկի դանդաղումը: Փսխումը կապ չունի սնունդ ընդունելու կամ ստամոքսաղիքային ուղու խանգարումների հետ և երբեմն լինում է գիշերը և առավոտյան:

Ներգանգային ճնշման բարձրացումը նպաստում է նաև տեսողական նյարդի պտկիկների այտուցի և տեսողության նվազմանը, ընդհուպ մինչև լրիվ կուրություն (որը պայմանավորված է տեսողական նյարդի ապաճմամբ):

Ուռուցքի տեղակայմամբ են պայմանավորված նաև օջախային երևույթները՝ ջեքսոնյան ցնցումները՝ դրանց երբեմն հաջորդող անդամալուծությամբ (Տողի անդամալուծություն), էպիլեպսանման նոպաները, ինչպես նաև միջինուղեղային (դիենցեֆալ) էպիլեպսիայի նոպաները, որոնք ընթանում են պարզ գիտակցության առկայության վեգետատիվ խանգարումներով ու լրիվ անշարժությամբ, հիպերկինեզները, անդամալուծությունները, գլխապտույտները, երերուն քայլվածքը, ականջների խշշոցն ու խոսքի խանգարումները:

Ճակատային բլթերի ուռուցքի դեպքում առաջնային են 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 նվազմամբ ընթացող էյֆորիա (մորիա): Վերոնշյալը, զուգակցելով խոսքի և հիոդոթյան կոպիտ խանգարումներով, առաջացնում է պսևդոպարալիզային համախտանիշի պատկեր:

Երբ ուռուցքն աճում է՝ ընդգրկելով ենթակեղևային հանգույցները, ի հայտ են գալիս արտաբրգային խանգարումներ:

Ներգանգային ճնշման հետագա բարձրացումն առաջացնում է գիտակցության խանգարումներ (շժմածություն, սոպոր, կոմա, մթնշաղային վիճակ, դելիրիումային և ամենատիվ համախտանիշ):

Դելիրիումը, ամենցիան և մթնշաղային վիճակներն առավելապես առաջանում են արագ աճող չարորակ ուռուցքների դեպքում և պայմանավորված են ուռուցքի քայքայման հետևանքով առաջացած ինտոքսիկացիայով:

Քունքային բլթերի ուռուցքները հաճախ ուղեկցվում են լսողական, համի, հոտի և մասամբ տեսողական ցնորքներով: Դրանց ծախսակողմյան լինելու դեպքում առաջանում են սենսոր և ամնեստիկ աֆազիաներ, անդաստակային խանգարումներ:

Գագաթային ուռուցքների դեպքում ի հայտ են գալիս մարմնի սխեմայի խանգարումներով ընթացող պսիխոսենսոր խանգարումներ, ծախսակողմյան ախտահարումն առաջացնում է ապրաքսիա, ակալկուլիա, ագրաֆիա (անգրություն):

Երբ ուռուցքը տեղակայված է ծոծրակային բլթերում, ի հայտ են գալիս տեսողական ցնորքներ, գույնի ընկալման խեղաթյուրումներ, ձեռագրի խանգարում:

Ուռուցքի կլինիկական ընթացքն ունի նախնական թույլ արտահայտված ախտանշանների շրջան և ախտանիշների երկրորդային աղքատացման շրջան, որը պայմանավորված է սոպորի և կոմայի հետագա խորացմամբ, երբ հիվանդներն այլևս գանգատներ չունեն և մշտապես կիսարթուն վիճակում են:

**Ընթացքը:** Չարորակ ուռուցքները 3-4 ամիս անց հանգեցնում են մահացության: 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 ուժեղացնող կայուն գլխացավերը, սննդով չպայմանավորված փսխումները, զարգացող շննածուքյունը, հիշողության թուլացումը և էպիլեպսանման նոպաները, աչքի հատակի փոփոխությունները վկայում են ուղեղում տեղակայված ուռուցքի մասին:

Ռենտգենագիրը բացահայտում է մատնասեղմումներ, որոնք պայմանավորված են ներգանգային ճնշման երկարատև բարձրացմամբ: Պնևմո-ուղեղային մեթոդով կարելի է բացահայտել փորոքների ուրվապատկերի փոփոխությունը:

Էլեկրաուղեղագրին գրանցվում են տետա ալիքներ կամ «համր» զոնա այն դեպքերում, երբ ուռուցքներն ունենում են մակերեսային տեղակայում:

Ախտորոշման հարցում մեծապես օգնում է 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:

## Ստուգողական թեստեր

1. Նշվածներից ո՞րը գլխուղեղի ուռուցքների հիմնական ախտանիշ չէ.

- ա) ներգանգային ճնշման իջեցում
- բ) ուղեղի առանձին հատվածների ճնշում և տեղաշարժ
- գ) ուղեղի հյուսվածքի ուռճացում
- դ) արյան և ուղեղային հեղուկի շրջանառության խանգարում
- ե) գլխացավեր

2. Օջախային ո՞ր երևույթը պայմանավորված չէ ուռուցքի տեղակայմամբ.

- ա) ջեքսոնյան ցնցում
- բ) հիպերկիներգ
- գ) անդամալուծություն
- դ) երերումն քայլվածք
- ե) սրտխառնոց

3. Ո՞ր ախտանիշը չի առաջանում ուղեղի, ճակատային բլթի ուռուցիկ մասի ախտահարման դեպքում.

- ա) խոսքի և մտածողության աղքատացում
- բ) ակտիվության և նախաձեռնության թուլացում
- գ) թորշոնածություն
- դ) դիէնցեֆալ էպիլեպսիայի նոպաներ
- ե) շարժողական արգելակում

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1. ա, 2. ե, 3. դ:

## ԳԼՈՒԽ 19

### ԷՆԴՈԿՐԻՆ ԾԱԳՈՒՄ ՈՒՆԵՑՈՂ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ

Էնդոկրին հիվանդությունների դեպքում 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 հոգեծին բացասական գործոնի ազդեցությունը, ինչպես նաև ախտաբանական ժառանգականությունը, անձի նախահիվանդագին առանձնահատկությունները և տարիքային գործոնը:

Էնդոկրին հիվանդությունների դեպքում առաջացած հոգեկան խանգարումներն ունեն զարգացման որոշակի օրինաչափություն, որը պայմանավորված է հիմնական հիվանդության զարգացման շրջանով ու դրա ծանրության աստիճանով: Այսպես՝ բարորակ ընթացք ունեցող էնդոկրին հիվանդության սկզբնական շրջանում դիտվում է պսիխոէնդոկրին կամ պսիխոպաթանման համախտանիշ («էնդոկրին պսիխոհամախտանիշ»՝ ըստ Բլոյերի):

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 ակտիվացում), աֆեկտիվ խանգարումներ (հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ մոլուցքային կամ դեպրեսիվ վիճակներն արտահայտվում են խառը՝ զայրացած մոլուցք, գրգռված ու տազնապալից դեպրեսիա (ընկճվածություն), դիսֆորային երևույթներ, բավականին բնորոշ է հուզական անկայունությունը՝ տրամադրության արագ փոփոխություններով):

Էնդոկրին հիվանդության զարգանալու ու ծանրանալու դեպքում պսիխոէնդոկրին համախտանիշը վերաճում է պսիխոթոզանական համախտանիշի:

Էնդոկրին բոլոր հիվանդություններին բնորոշ է **ասթենիկ** համախտանիշը, որի զուգակցմամբ զարգանում է հոգեկան այս կամ այն խանգարումը:

**Հոգեկան խանգարումներն** առաջանում են էնդոկրին հիմնական հիվանդությունը ծանրանալու դեպքում: Նման դեպքերում սուր հոգեկան խախտումները կարող են ընթանալ «արտածին ռեակցիային» բնորոշ այն-

պիսի համախտանիշներով, ինչպիսիք են դելիրիումը, ամենացիան, շնամ-  
ծությունը: Կարող են հանդիպել նաև աֆեկտիվ խանգարման բնույթի (դեպ-  
րեսիվ, դեպրեսիվ-պարանոիդ), ինչպես նաև ցնորագառանցքային ախտա-  
նշաններով ընթացող պսիխոզներ, որոնք հաճախ ստանում են ձգձգվող  
բնույթ:

**Անձի փոփոխությունները** դիտվում են քրոնիկական ընթացք ունեցող  
ծանր էնդոկրին հիվանդությունների դեպքում: Հիվանդների մեծամաս-  
նության շրջանում դրանք զարգանում են դանդաղ՝ հիմքում ունենալով  
հիշողության և բանականության ֆունկցիաների խանգարումներով ընթացող  
էնդոկրին պսիխոհամախտանիշ:

### **ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԱԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԷՆԴՈԿՐԻՆ ՈՐՈՇ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ**

**Բազեդովյան հիվանդությունն** առաջանում է վահանաձև գեղձի գեր-  
ֆունկցիայի դեպքում (հիպերթիրեոզ): Այդ հիվանդության հիմնական  
ախտանշաններից են արտաակնությունը (էկզոֆթալմ), քրտնարտադ-  
րությունը, ձեռքերի դողը, երակազարկի արագացումը: Հոգեկան ոլորտում  
դիտվում է հուզական անկայունություն՝ տրամադրության հաճախակի  
փոփոխություններով, որը երբեմն հասնում է մինչև դեպրեսիվ, իսկ ավելի  
հազվադեպ՝ նաև մոլուցքային վիճակների: Բավականին բնորոշ է ֆիզիկա-  
կան և հոգեկան ասթենիան, որն ուղեկցվում է թեթև արտահայտված  
մշտական անհանգստությամբ, գերզգայունությամբ (հատկապես ուժեղ  
ձայնի, վառ լույսի նկատմամբ):

Բազեդովյան հիվանդության ծանր դեպքերում կարող են դիտվել նաև  
գիտակցության խանգարման համախտանիշներով, ցնորագառանցքային  
կամ դեպրեսիվ-գառանցքային վիճակներով ընթացող հոգեկան խան-  
գարումներ:

Հիպոթիրեոզը (միքսեդեմա) առաջանում է վահանաձև գեղձի  
թերֆունկցիայից: Բնորոշվում է ծանր կախեքսիայով և մաշկի լորձային  
այտուցով, որից էլ առաջացել է այդ հիվանդության երկրորդ անունը՝ լոր-  
ձային այտուց: Հիվանդության բնորոշ նշաններից են դեմքի այտուց-  
վածությունը, մաշկի չորությունն ու կնճռոտվածությունը, մազաթափումը,  
որը կարող է հասնել մինչև ճաղատության, սեռական ֆունկցիայի անկումը,  
իսկ կանանց շրջանում դաշտանի աղքատացումը և նույնիսկ դաշտանադա-  
դարը: Հոգեկան ոլորտում նշվում են թորշոմածություն և քնկոտություն:  
Նման հիվանդների շրջանում մտածողության պրոցեսը դանդաղում,  
ասոցիացիաները աղքատանում են: Կարող են առաջանալ հոգեկան կար-

ճատև խանգարումներ, որոնցում գերակշռում են ցնորազառանցքային ապրումները:

**Գաճաճություն (կրետիմիզմ)** առաջանում է վահանածև գեղծի ֆունկցիայի լրիվ բացակայության դեպքում: Այս հիվանդությանը բնորոշ են հասակի թերաճը, մաշկի չորությունը, կարճ ու հաստ մատները, հաստ լեզուն, գլխի փոքրությունը, դեմքի կոպտությունը: Բնորոշ են սեռական օրգանների թերզարգացումը և սեռական երկրորդական նշանների բացակայությունը: Կրետիմիզմին բնորոշ է մտավոր թերզարգացումը, դեմքի բութ արտահայտությունը, հիշողության թուլացումը: Նման հիվանդները երբեմն տհաս են լինում (ինֆանտիլ), դառնում են խիստ դյուրագրգիռ, զայրացկոտ: Հնարավոր են նաև հոգեկան սուր խանգարումներ:

**Շաքարախտը** առաջանում է ենթաստամոքսային գեղծի ինսուլինային ապարատի գործունեության անբավարարությունից, որն ուղեկցվում է աջիդոզի 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 մշտաքաղցը (բուլիմիա), շատակերությունը (պոլիֆագիա), զարգացող միհարումը, ծարավությունը և ջրի չափից շատ օգտագործումը (պոլիդիպսիա), հաճախակի միզարտադրությունը (պոլիուրիա), մաշկի չորությունը:

Շաքարախտը հաճախ ուղեկցվում է ասթենիկ երևույթներով (արագ հոգնածություն, աշխատունակության անկում, թորշոմածություն, հուզական անկայունություն, գլխացավեր, քնի խանգարում և այլն):

Կարող են հանդիպել նաև պսիխոպաթանման վիճակներ (օրգանական պսիխոհամախտանիշ), իսկ ծանր դեպքերում՝ նաև հոգեկան սուր խանգարումներ: Այդ խանգարումները մեծ մասամբ արտահայտվում են գիտակցության դելիրիումային, ամենատիվ վիճակներով, ինչպես նաև շիզոֆրենանման ախտանշաններով:

**Հիպոֆիզի հիվանդություններով պայմանավորված հոգեկան խանգարումներ:** Հիպոֆիզը մեծ դեր է կատարում նյութափոխանակության գործում, և դրա ախտահարումների դեպքում առաջանում են հոգեկան մի շարք խանգարումներ, որոնցից առավել բնորոշ են ակրոմեգալիան (ծայրագերաճը), ադիպոզագենիտալ դիստրոֆիան (ծարպասեռային սնուցախանգարումը), Իցենկո-Կուշինգի հիվանդությունը և այլն:

**Ակրոմեգալիան (ծայրագերաճը)** զարգանում է հիպոֆիզի առաջնային բլթի գեղձուռուցքի (ադենոմա) և էոզինոֆիլային բջիջների շատացման հետևանքով: Այդ դեպքում հասակային հորմոն արտազատող դրա

ֆունկցիան խանգարվում է, և առաջանում է հատկապես ծայրանդամների ու դեմքի ոսկրերի ուժեղ աճ:

Յոգեկանը բնորոշվում է ընկճվածությամբ, լարվածությամբ, համառ գլխացավերով ու քնի խանգարումներով ուղեկցվող ասթենիայի զարգացմամբ: Յետագայում կարող են դիտվել դժկանություն, ագրեսիայի միտումներ, դյուրաբորբոքության բռնկումներ կամ ընդհակառակը՝ թուլահոգություն և նույնսիկ թեթև էյֆորիա: Բավականին հաճախ են հանդիպում նաև սեռական խանգարումները՝ տղամարդկանց շրջանում սեռական կարողության անկմամբ, իսկ կանանց շրջանում՝ դաշտանի խանգարումներով:

**Ճարպասեռային սնուցախանգարումը** պայմանավորված է հիպոֆիզի հետին բլթի, ինչպես նաև միջանկյալ ուղեղի վնասվածքով: Բնորոշ ախտանշաններից են ընդհանուր ճարպակալումը, սեռական օրգանների թերզարգացումը և սեռական երկրորդական նշանների թերաճը:

Յոգեկանում նշվում է բանականության քիչ թե շատ արտահայտված իջեցում՝ ուղեկցված տրամադրության բարձրացմամբ (էյֆորիա): Երբեմն կարող են դիտվել նաև հոգեշարժական անհանգիստ վիճակներ, ինչպես նաև կորսակոմյան համախտանիշով արտահայտվող հիշողության կոպիտ խանգարումներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ և այլն:

**Իցեմկո-Կուշինգի հիվանդությունը** պայմանավորված է հիպոֆիզի բազոֆիլային գեղձուռուցքով (ադենոմա):

Յիվանդության բնորոշ ախտանշաններից են աստիճանաբար զարգացող ճարպակալումը, մաշկի չորությունը, զարկերակային ճնշման բարձրացումը, ոսկրերում առաջացած ցավերը, ինչպես նաև շաքարամիզությունը (գլյուկոզուրիա) և խոլեստերինեմիան:

Իցեմկո-Կուշինգի հիվանդության դեպքում ամենահիմնական խանգարումը ասթենիան է, որի զուգակցմամբ զարգանում են մի շարք ախտանշաններ. դրանցից են՝ հուզական խանգարումները, որոնք հաճախ ընթանում են ատիպիկ մոլուցքային կամ դեպրեսիվ վիճակներով, սևեռում վիճակները, հիպոխոնդրիկ մտքերը, սեռական հակման մարումը, քնի ռիթմի խանգարումը:

Յիվանդության զարգացման հետ մեկտեղ կարող են առաջանալ էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ, հիշողության խանգարումներ, բանականության նվազում, որը ծանր դեպքերում կարող է հասնել մինչև արտահայտված թուլամտության:

**Սեռական գեղձերի ֆունկցիայի փոփոխություններով պայմանավորված նյարդահոգեկան խանգարումներ:** Եվնուխոնդիզմը (ներքինակերպություն) առաջանում է սեռական գեղձերի զարգացման խիստ խանգարումից, որի դեպքում տղամարդկանց շրջանում առկա է իմպոտենցիա,

բացակայում են սեռական երկրորդական նշանները: Կոկորդի թերզարգացման հետևանքով ձայնը մնում է մանկական: Հոգեկանում հիմնականում տուժում է հուզական ոլորտը, որը կարող է արտահայտվել երբեմն անտարբերությամբ, իսկ երբեմն էլ դյուրագրգիռությամբ:

**Կլիմաքսը** մարդու կյանքում անցողիկ ֆիզիոլոգիական շրջան է, որը զարգանում է սեռական գեղձերի ֆունկցիայի հետաճման հետ կապված: Կանանց շրջանում այն լինում է 45-50 տարեկանում, իսկ տղամարդկանց շրջանում՝ 55-60 տարեկանում: Կլիմաքսը չնայած հոգեկան խանգարումներ չի առաջացնում, սակայն ուղեկցվում է նյարդային և անոթային-վեգետատիվ մի շարք երևույթներով: Հիվանդների մշտական գանգատներից են գլխացավերը, սրտի խփոցները, ժամանակ առ ժամանակ գլխում առաջացող տաքության զգացողությունը, ինչպես նաև դեմքի կարմրելը, քրտնարտադրությունը և այլն: Կլիմաքսով տառապող մարդկանց շրջանում նշվում է նաև հուզական անկայունություն, իսկ տրամադրության անկումը հաճախ ուղեկցվում է չպատճառաբանված տագնապով: Հիվանդները դառնում են դյուրագրգիռ, հեշտ բռնկվող: Տառապում են անքնությամբ, իսկ մակերեսային և անհանգիստ քունը հաճախ ուղեկցվում է մղձավանջային երազներով:

Հղիության շրջանը ուղեկցվում է էնդոկրին մի շարք վերափոխումներով, որոնք, անշուշտ, ազդեցություն են թողնում հղի կնոջ վրա: Առկա են հուզական տատանումներ, դյուրագրգռություն, երբեմն համի ու հոտի աղավաղումներ, սրտխառնոցներ, փսխումներ և այլն:

Հետծննդյան շրջանը կարող է բարդանալ նաև ինֆեկցիաներով (հատկապես սեպիսով), որոնք ասթենիզացիայի ենթարկված օրգանիզմում հեշտությամբ հոգեկան խանգարումներ են առաջացնում:

**Բուժումը:** Էնդոկրին հիվանդությունների դեպքում առաջացած նյարդահոգեկան խանգարումները սովորաբար պետք է բուժել էնդոկրինաբանի ամենակտիվ մասնակցությամբ: Նման դեպքերում բավական է նշանակել ներզատիչ գեղձի խանգարված ֆունկցիան վերականգնող համապատասխան բուժում, որ նյարդահոգեկան խանգարումների ընթացքը փոխվի: Իհարկե, չպետք է մոռանալ սիմպտոմատիկ բուժման, ինչպես նաև համախտաբանական բուժման մասին, որում կարևոր է պսիխոտրոպ դեղամիջոցների կիրառումը:

## Ստուգողական թեստեր

### 1. Ո՞ր համախտանիշով չեն ընթանում էնդոկրին խանգարումները.

- ա) դելիրիում
- բ) շճմածություն
- գ) կատատոնիկ համախտանիշներ
- դ) դեպրեսիվ համախտանիշ
- ե) ցնորազառանցանքային համախտանիշ

### 2. Հիվանդություններից ո՞րն է էնդոկրին բնույթի պսիխոզ.

- ա) շաքարախտով պայմանավորված
- բ) բազեդովյան հիվանդությամբ պայմանավորված
- գ) գաճաճությամբ պայմանավորված
- դ) բոլորը
- ե) ոչ մեկը

### 3. Շաքարախտով պայմանավորված պսիխոզներին բնորոշ են՝

- ա) ամենտիվ համախտանիշ
- բ) դելիրումային համախտանիշ
- գ) պսիխոպաթանման համախտանիշ
- դ) բոլորը
- ե) ոչ մեկը

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1) գ, 2) դ, 3) դ:

**ՈՒՇ ՏԱՐԻՔԻ ՖՈՆԿՑԻՈՆԱԼ ՊՍԻԽՈՉՆԵՐ**

Ուշ տարիքի ֆունկցիոնալ պսիխոզներն առաջանում են 45-65 տարեկանում և պայմանավորված են օրգանիզմի ծերացման պրոցեսներով (ինվոլյուցիոն պսիխոզներ), սակայն նույնիսկ երկարատև ընթացքի դեպքում չի զարգանում օրգանական դեմենցիա:

Չնայած հիվանդությունների ներկայիս միջազգային դասակարգումներից (ՀՄԴ -10, DSM-4) «ինվոլյուցիոն» տերմինը հանված է՝ փոխարինվելով «ուշ տարիքի պսիխոզներ» հասկացությամբ, այնուամենայնիվ մի շարք հարցեր՝ պայմանավորված այդ հիվանդությունների ինվոլյուցիոն պրոցեսներով, մնում են չպարզաբանված:

Հիվանդության առաջացմանը նպաստող լրացուցիչ գործոններ են հոգեկան տևական ապրումները, ինչպես նաև սոմատիկ ձգձգվող հիվանդությունները:

Նախածերունական պսիխոզները՝ որպես ինքնուրույն հիվանդություններ, առաջին անգամ նկարագրել է 1896թ. Կրեպելինը: Կան ուշ տարիքի ֆունկցիոնալ պսիխոզների մի քանի տեսակներ:

**Ուշ տարիքի դեպրեսիա** (ինվոլյուցիոն մելանխոլիկություն): Ամենահաճախ հանդիպող տեսակներից է: Բնորոշվում է անկունային տրամադրությամբ (դեպրեսիա), թախծի զուգակցմամբ ընթացող տազնապալից անհանգստությամբ: Տազնապաթախծային այդ անհանգստությունը հիմնականում պայմանավորված է ինքնամեղադրման, հիպոխոնդրիկ, նիհիլիստական՝ ընդհուպ մինչև աշխարհի կործանման զառանցանքներով: Հիվանդներն իրենց մեղադրում են զանազան հանցագործությունների մեջ, իրենց նախկին կյանքի ամենաչնչին զանցանքները լացակունած ուռճացում ու վերածում են ծանր ինքնամեղադրական մտքերի, զղջում են, վախի ու տազնապալից անհանգստության վիճակում սպասում հատուցման ժամին: Խոսում են իրենց ու հարազատներին սպառնացող անխուսափելի դժբախտության, ընտանիքի կործանման մասին: Շարժողական անհանգստությամբ, ներքին լարվածությամբ ու տազնապով ուղեկցվող իրարանցումային վիճակում (թախծի պոռթկում՝ *raptus melancholicus*), հոգոցներ հանելով, անընդհատ ձեռքերն են տրորում, հարվածում գլխին, կրծքին, ծնկներին, երբեմն ճանկռոտում ու վնասում են իրենց, մազերն են պոկում, անընդհատ նույնատիպ արտահայտություններով օգնություն են հայցում կամ պահանջում, որ իրենց պատժեն: Շատ հաճախ ինքնասպանության մտքեր են

ունենում և ստեղծված «անելանելի» վիճակից դուրս գալու միակ ելքը գտնում են ինքնասպանության մեջ:

Դիտվում են նաև հիպոխոնդրիկ, նիհիլիստական զառանցական մտքեր. հայտնում են, որ իրենք հիվանդ են անբուժելի հիվանդությամբ, վարակել են շրջապատին, իրենց մարմինը նեխել է, իրենք արդեն մահացել 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 ինքնամեղադրական 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:

Ուշ տարիքի դեպրեսիան 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 զուգակցմամբ ընթացող ընդհանուր ակտիվության և անձի նվազմամբ: Սակայն պետք է նշել, որ ներկայումս ինվոլյուցիոն մեկամիտոլիայի տիպիկ ձևերը հազվադեպ են և հնարավոր են բուժման ակտիվ մեթոդներ կիրառելու շնորհիվ (պսիխոֆարմակոթերապիա, էլեկտրացնցումային բուժում):

Ուշ տարիքի դեպրեսիան պետք է տարբերակել երկբևեռ պսիխոզի դեպրեսիվ փուլից: Տարբերակիչ ախտորոշման գործում որոշիչ չափանիշ է տազնապով ու վախով ուղեկցվող շարժողական գրգռվածությունը (գրգռված մեկամաղձություն), հիպոխոնդրիկ-նիհիլիստական, ինչպես նաև պարանոիդ բնույթի զառանցական մտքերի առկայությունը: Ինվոլյուցիոն մեկամաղձության դեպքում բացակայում են Վ.Պ. Պրոտոպոպովի նկարագրած երկբևեռ պսիխոզին բնորոշ սոմատո-վեգետատիվ ախտանշանները: Մեծ նշանակություն ունի նաև տարիքային գործոնը, քանի որ երկբևեռ պսիխոզը երբեք չի սկսվում նախածերունական հասակում: Վերջապես ախտորոշիչ նշանակություն ունի նաև հիվանդության ընթացքի պարբերականության բացակայությունն անցյալում:

**Ուշ տարիքի պարանոհողը** (ինվոլյուցիոն պարանոհ) բնորոշվում է գիտակցության պարզության զուգակցմամբ աստիճանաբար զարգացող զառանցական մտքերով: Այդ զառանցանքները հիմնականում ունեն կողպտման, սնանկացման, կորստի, աղքատացման, երբեմն խանդի ու հետապնդման բնույթ: Բնորոշ է նաև այն, որ այդ զառանցանքի մեջ են ներքաշվում նեղ շրջանի մարդիկ (ընտանիքի անդամներ, հարևաններ, բարեկամներ, գործընկերներ, որոնց հետ հիվանդը ամենօրյա շփման մեջ է): Զառանցանքի թեման սովորաբար կենցաղային նեղ շրջանակի սահմաններից դուրս չի գալիս («փոքր շրջանի զառանցանք», որը որոշ մասնագետներ անվանում են «խոհանոցային զառանցանք»): Հիվանդները համոզված են, որ իրենց նկատմամբ վատ տրամադրված մարդիկ ամեն կերպ աշխատում են նրանց վնաս պատճառել. իրենց բացակայությամբ մտնում են բնակարանները, գողություն կատարում, իրերն են փչացնում, սննդանյութի մեջ կեղտ են գցում, բանալիների անցքերով, պատի կամ լուսամուտների ճեղքերով բնակարանի մեջ գազ են բաց թողնում և այլն: Հիվանդների վարքը պայմանավորված է նրանց զառանցական մտքերով: Նրանք իրենց բնակարանի դռների վրա բազմաթիվ, հաճախ գաղտնի փականքներ են անրացնում, լարված ուշադրությամբ հետևում են շրջապատի անցուդարձին, դառնում են խիստ կասկածամիտ, կորցնում վստահությունը անգամ հարազատների նկատմամբ: Լրտեսում են կարծեցյալ թշնամիներին, նրանց վրա բազմաթիվ բողոքներ են գրում՝ արտակարգ ակտիվություն ցուցաբերելով իրենց հիվանդագին համոզմունքները հաստատելու գործում: Պահանջում են պատասխանատվության ենթարկել, պատժել այդ «թշնամիներն»: Որոշ հիվանդների շրջանում դիտվում են նաև ցնորքներ: Ոմանք լսում են ձայներ՝ իրենց բնակարանի պատի մյուս կողմից, լսում են հարևանի տանը հավաքված թշնամիների ձայնը, որոնք դավեր են լարում իրենց դեմ: Երբեմն զգում են բնակարանում բաց թողած գազերի հոտը կամ ճաշի մեջ զգված թույնի հետևանքով ճաշի փոխված համը: Այդ բոլորը հասցնում է նրան, որ տանը ամեն ինչ փակի տակ են դնում: Վերոհիշյալ հոգեախտանիշները խորանում են հատկապես այն ժամանակ, երբ հիվանդագին այդ մտքերին է ավելանում նաև խանդի զառանցանքը: Նրանք մշտապես հետևում են ամուսնու կարծեցյալ սիրուհիներին, հաճախ բացահայտում են նրանց համատեղ կազմակերպված որոգայթները: Մշտապես լարված վիճակում են, դառնում են ինքնամփոփ, մարդկանցից խուսափող, իսկ որոշ մասն էլ՝ ագրեսիվ ու վտանգավոր շրջապատի համար:

Ուշ տարիքի պարանոհողը քրոնիկական ընթացք ունի. ժամանակ առ ժամանակ կլինիկական պատկերը փոխվում է, նկատվում է որոշ լավացում, ախտանշանների մեղմացում: Հետագայում հիվանդի վիճակը նորից կարող

է սրվել՝ դրսևորելով նախկին կլինիկական պատկերը: Ուշ տարիքի պարանոիդի դեպքում հիվանդները սովորաբար պահպանում են բավարար սոցիալական ադապտացիան և զառանցանքից բացի, չեն ցուցաբերում նկատելի հոգեկան շեղումներ, որը և դժվարացնում է ժամանակին ախտորոշելը:

Ինվոլյուցիոն պարանոիդը պետք է տարբերակել շիզոֆրենիայի պարանոիդ տեսակից: Նման դեպքում նշանակություն ունեն հիվանդների արտահայտած զառանցանքների կոնկրետությունը, անձի՝ շիզոֆրենիային բնորոշ փոփոխությունների (մտածողության ճեղքվածություն, անբիվալենտություն և պարաֆիմիայով արտահայտվող հուզական աղավաղումներ) բացակայությունը, ինչպես նաև հոգեկան ավտոնմատիզմի ու վերջապես տարիքային գործոնին և շիզոֆրենիային բնորոշ դեֆեկտային վիճակի զարգացման բացակայությունը:

**Բուժումը:** Ուշ տարիքի դեպրեսիայի բուժումը համապատասխանում է դեպրեսիաների բուժման ընդհանուր սկզբունքներին: Կիրառվում են ժամանակակից հակադեպրեսանտների ողջ զինամոցը, ընդհուպ մինչև նոր սերնդի հակադեպրեսանտները՝ սերոտոնինի հետզավթման ընտրողական արգելակիչները (ՍՅԸԱ):

Դեղանյութերը նշանակելիս պետք է հաշվի առնել հիվանդի տարիքը, սոմատիկ վիճակը:

Եռացիկլիկ հակադեպրեսանտներից նշանակվում է մելիպրամին 25մգ, ամիտրիպտիլին 25մգ, պիրազիդոլ 25մգ, ֆլուօքսետին (պրոզակ) 10-20մգ, սերտրալին (զոլոֆտ) 50մգ, ֆլուվոքսամին (ֆեվարին) 50մգ, պարոքսետին (պաքսիլ, ռեքսետին) 20մգ, ինչպես նաև միջնկանային ներարկումներ:

Երբ դեպրեսիան զուգորդվում է վախի ու տագնապի երևույթներով, նպատակահարմար է ներյուլեպտիկների ոչ մեծ դեղաչափերի կիրառում (ամինազին 25մգ 2,5%-անոց լուծույթ, տիզերցին 25մգ 2,5%-անոց լուծույթ, էզլոնիլ 200մգ և այլն): Արդյունավետ է էլեկտրացնցումային բուժումը:

Ուշ տարիքի պարանոիդի դեպքում ցուցված են ներյուլեպտիկների մեծ դեղաչափերը (ամինազին օրական մինչև 300մգ, տրիֆտազին մինչև 80մգ, հալոպերիդոլ մինչև 30մգ), ինչպես նաև նոր սերնդի ոչ տիպային ներյուլեպտիկները՝ կլոզապին (լեպոնեքս, ազալեպտին), օլանզապին (զիպրեքսա) 2,5-10մգ, ռիսպերիդոն (ռիսպեռոլալ, ռիսեթ) 2-4մգ, քվեթիապին (սերոկվել) 25-100մգ:

## Ստուգողական թեստեր

### 1.Ղեկընկալման տարեցների շրջանում`

ա) երբեմն ուղեկցվում է տազնապով

բ) ժամանակ առ ժամանակ արտահայտվում է անհանգստությամբ

(հուզմունք, վրդովմունք)

գ) երբեմն արտահայտվում է Կոտարի համախտանիշով

դ) բնորոշվում է բոլոր վերը նշվածներով

### 2.Նախածերունական հիվանդություններից են`

1. Պիկի հիվանդությունը

2. ինվոլյուցիոն պարանոիդը

3. ինվոլյուցիոն դեպրեսիան

4. սենիլ դեմենցիան

ա) 2,4 բ) 2,3 գ) 1,3 դ) 1,4

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ` 1.դ, 2.բ:

## ԳԼՈՒԽ 21

### ԳԼԽՈՒՂԵՂԻ ԱՏՐՈՖԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

---

Խանգարումների տվյալ խմբից են Ալցհեյմերի հիվանդությունը, Պիկի հիվանդությունը, ծերունական թուլամտությունը (սենիլ դեմենցիա) և նման հիվանդությունների առավել հազվադեպ տեսակներ, որոնց առաջացումը գլխավորապես կապված է գլխուղեղի հյուսվածքներում ատրոֆիկ գործընթացների զարգացման հետ: Ուշ տարքի օրգանական (ատրոֆիկ) ծագման հոգեկան խանգարումների տարածվածությունը 65 – տարեկանից բարձր մարդկանց պոպուլյացիայում տարբեր մասնագետների տվյալներով 5-10% է:

Այս խմբի հիվանդությունները բնութագրվում են (էնդոգեն-օրգանական բոլոր խանգարումների համար ընդհանուր նշանների հետ մեկտեղ)՝

- ուշ տարիքում առաջացումով (տարբերում են նախածերունական և ծերունական տեսակները),
- քրոնիկորեն պրոգրեսիվող (անշեղորեն աճող) ընթացքով՝ ուշ փուլերում խոր թուլամտության (դեմենցիա) ձևավորմամբ,
- բուն հիվանդությանը տարբեր նյարդաբանական խանգարումների աստիճանական ավելացումով,
- բուժական միջոցառումների նկատմամբ կայունությամբ և ձևավորված խանգարումների նվազ դարձելիությամբ:

#### ԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐ

Ծերունական պսիխոզները հաճախ առաջանում են 70-80 տարեկան հասակում, բացառությամբ այն ատիպիկ դեպքերի (Պիկի և Ալցհեյմերի հիվանդություններ), որոնք սկսվում են ավելի վաղ, նախածերունական տարիքում:

Ծերունական պսիխոզների առաջացմանը նպաստող գործոններ են համարվում արտածին բնույթի զանազան վնասներ ազդակները, մասնավորապես ինֆեկցիաները, ինտոքսիկացիաները, մարմնական ծանր հիվանդությունները, հոգեկան ծանր ցնցումները և այլն:

Ծերունական պսիխոզները զարգանում են աստիճանաբար, աննկատելի: Սկզբնական շրջանում առաջանում են անձի փոփոխություններ, հատկապես բնավորության գծերի սրում: Հիվանդները դառնում են անուշադիր, ցրված ու մոռացկոտ: Հետզհետե ի հայտ են գալիս նաև տարօրինակություններ, այնուհետև հոգեկան խանգարման ակնհայտ ախտանշաններ՝

ուղեկցված բանականության անշեղ նվազմամբ, 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:

**Ծերունական պսիխոզի հասարակ ձևը (ծերունական թուլամտություն)** բնորոշվում է դանդաղ զարգացող ընթացքով, որը բաժանվում է երեք փուլի՝ սկզբնական, թուլամտության և հյուժանքի (մարազմ):

Սկզբնական փուլը բնորոշվում է դանդաղ զարգացող յուրատեսակ թուլամտությամբ, որն արտահայտվում է կեղծ հիշողություններով ուղեկցվող մտապահման աճող թուլությամբ (ֆիքսացիոն ամենեզիա): Հիվանդները կորցնում են ընթացիկ դեպքերը հիշելու ունակությունը: Մոռանում են անունները, թվերը, հենց նոր ասվածն ու կատարածը: Հիշողության աստիճանաբար աճող թուլությունն 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 մտերիմներին ու հարազատներին: Առաջանում է տեղի և ժամանակի լրիվ ապակողմնորոշում:

Անձի ծերունական բնույթի փոփոխություններն աստիճանաբար ավելի արտահայտված են դառնում: Հիվանդների շրջանում ամրակայվում են եսամոլությունը, կամակորությունը, չարականությունը և փնթիությունը:

Անձի մակարդակի նվազումը արտահայտվում է նաև բնազդների 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 նվազում:

Խիստ տուժում են բարձրագույն հույզերը: Հիվանդները դառնում են բութ, շրջապատի նկատմամբ լրիվ անտարբեր. նրանց չի մտահոգում անգամ իրենց հարազատների վիշտն ու դժբախտությունը: Նրանք դառնում են փնթի. իրենց չեն հետևում կենցաղում: Աչքի է զարնում նրանց ժլատությունը. հավաքում են ամեն տեսակի իրեր, թաքցնում՝ հաճախ մոռանալով տեղը: Խիստ բնորոշ է գիշերային անհանգստությունը. գիշերները չեն քնում, անընդհատ ոտքի վրա են, իրարանցման մեջ, անիմաստ գործողություններ են կատարում, իրերն են հավաքում ու կապտում, շրջապատին

խանգարում, իսկ ցերեկները՝ գիշերային անքնությունից հետո, քնկոտ են ու թորշոմած: Տնային պայմաններում նրանց պահելը բավականին դժվար է դառնում: Հաճախ դուրս են գալիս տնից, թափառում՝ չկարողանալով վերադառնալ, տունը գտնել:

Ձարգացող թուլամտության զուգակցմամբ երբեմն դիտվում են հետապընդման, թալանի, վնասի զառանցական մտքեր: Կարող են դրսևորվել նաև լսողական ցնորքներ:

Ծերունական պսիխոզի հասարակ ձևի վերջին փուլը բնորոշվում է ֆիզիկական և հոգեկան հյուժանքով: Թուլամտությունը զարգանալով այն աստիճանի է հասնում, որ հիվանդները լրիվ դադարում են հասկանալ շրջապատի ամենատարրական երևույթները, չեն կարողանում խոսել, փորձում են ուտել՝ բերանը տանելով ձեռքն ընկած ամեն ինչ, չտարբերելով ուտելին և ոչ ուտելին: Իրենց սպասարկել չեն կարողանում, մշտապես պառկած են, միզում և կեղտոտում են անկողնում:

### **ԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈԶԻ ԱՏԻՊԻԿ ՁԵՎԵՐԸ**

Ծերունական պսիխոզի ատիպիկ ձևերից են Պիկի և Ալցհեյմերի հիվանդությունները: Դրանք ատիպիկ են, քանի որ հանդիպում են նախածերունական հասակում, բայց ծերունական պսիխոզներից են. այս հիվանդությունների դեպքում առկա է ծերունական պսիխոզներին բնորոշ ուղեղի ապաճական պրոցես:

Որոշ մասնագետներ այդ հիվանդությունները դասում են ուղեղի օրգանական ախտահարումների շարքին:

**Պիկի հիվանդություն.** նկարագրել է գերմանացի հոգեբույժ Պիկը, որի անունով էլ կոչվում է այդ հիվանդությունը:

Հիվանդությունն առաջանում է նախածերունական՝ 50-60 և նույնիսկ ավելի վաղ տարիքում, պայմանավորված է զարգացող թուլամտությամբ և գլխուղեղի կեղևի, հատկապես ճակատային և քունքագագաթային բլթերի ապաճային փոփոխություններով՝ օջախային ախտանշաններով:

Ենթադրվում է, որ այս հիվանդությունը ժառանգական բնույթ ունի:

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է զարգացող թուլամտությամբ ուղեկցվող բնավորության ու վարքի փոփոխություններով: Ի տարբերություն թուլամտություն առաջացնող օրգանական մի շարք հիվանդությունների, երբ բանականությունը նվազում է հիվանդության վերջին շրջաններում, Պիկի հիվանդության դեպքում բանականությունը սկսում է տուժել հենց սկզբից: Հիվանդները թույլ են տալիս անմիտ արարքներ՝ չհասկանալով ու չգիտակցելով այն: Միաժամանակ դրսևորվում են մտավոր պրոցեսների

աղքատացում, դատողության նվազում և քննադատական ունակության կորուստ: Հիվանդները մեծ մասամբ դառնում են թորշոմած ու պասիվ. միաժամանակ անձեռներեց են ու ոչնչով չհետաքրքրվող: Կորցնում են սովորական դարձած գործողություններ կատարելու ունակությունը (ապրաքսիա), ցուցաբերում են ճանաչողության զանազան խանգարումներ (ազնոզիա): Բնորոշ ախտանիշներ են նույնատիպությունը կամ (ստերեոտիպիան) միևնույն գործողությունների ու վարքի աննպատակ կրկնողությունը:

Խանգարվում է նաև խոսելու ակտը, ընդհուպ խոսելու ունակության կորուստը:

**Ալցհեյմերի հիվանդություն:** Հիվանդությունը կոչվում է գերմանացի հոգեբույժ Ալցհեյմերի անունով, որը առաջին անգամ նկարագրել է այն:

Հիվանդությունն սկսվում է նախածերունական (50-60, երբեմն նույնիսկ 45 տարեկան) հասակում: Կանայք ավելի հաճախ են հիվանդանում, քան տղամարդիկ: Տևողությունը միջին հաշվով 8-10 տարի է:

Ալցհեյմերի հիվանդության դեպքում ուղեղի ախտաանատոմիական պատկերը շատ նման է ծերունական թուլամտության ախտաբանական անատոմիային, սակայն այստեղ զարգացող ծանր թուլամտությունն ուղեկցվում է կեղևային ֆունկցիայի օջախային զանազան խանգարումներով (աֆազիա, ազնոզիա, ապրաքսիա և այլն) ու նյարդաբանական մի շարք ախտանշաններով: Մասնագիտական գրականության մեջ ակնարկներ կան այս հիվանդության ժառանգական բնույթի մասին:

Հիվանդությունն սկսվում է ծերունական բնույթի փոփոխություններով, հատկապես հիշողության կոպիտ խանգարումներով, որոնք հասնում են մինչև արտահայտված ամենստիկ ապակողմնորոշման: Հիվանդները կորցնում են կյանքում ձեռք բերած ունակությունները, դառնում են ցրված, անտարբեր ու անօգնական:

Աստիճանաբար ի հայտ են գալիս աֆատիկ խանգարումներ (ամենստիկ աֆազիա, մոտոր աֆազիա, ապրաքսիկ խանգարումներ, լոզոկլոնիա, ազնոստիկ խանգարումներ, ինչպես նաև ագրաֆիա, ակալկուլիա և այլն): Բնորոշ է նաև նյարդաբանական այլ ախտանիշների առկայությունը (պարկինսոնիզմ, խորեանման հիպերկինեզներ, էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներ):

Վերը նշված աֆատո-ազնոզո-ապրաքսիկ (ԱԱԱ) համախտանիշի առկայությունը, առկա մյուս ախտանիշների հետ մեկտեղ հնարավորություն է տալիս վստահորեն ենթադրելու Ալցհեյմերի հիվանդության առկայության մասին:

Երբեմն կարող են դիտվել պսիխոտիկ վիճակներ՝ կասկածամտության, խանդի, կորստի, թունավորման, հետապնդման, կողոպուտի զառանցական մտքերով, ինչպես նաև հոգեշարժական գրգռվածություն իմպուլսիվ գործողություններով:

Հետաքրքիր է այն, որ Ալցհեյմերի հիվանդության դեպքում չնայած թուլամտությունը հենց հիվանդության սկզբից տուտալ ու զարգացող բնույթ ունի, սակայն հիվանդների շրջանում 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, հանդես են գալիս արտաբերգային մկանային կարկամածություն, կոնտրակտուրաներ, ինչպես նաև ծանր կախեքսիա: Ջարգացող ընդհանուր խամրումը հասնում է ֆիզիկական և հոգեկան մարազմի ու մահվան:

Ծերունական պսիխոզները որոշ դեպքերում համեմատաբար դժվար է տարբերակել աթերոսկլեոզային թուլամտությունից, մանավանդ եթե վերջինս ընթանում է առանց օջախային կոպիտ ախտանշանների: Նման դեպքերում պետք է նկատի ունենալ, որ եթե ծերունական պսիխոզը սկսվում 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 դեպքում:

**Բուժման սկզբունքները:** Ուշ տարիքի ատրոֆիկ հիվանդությունների նվազ բուժելիության հետևանքով մեծ նշանակություն են ստանում հիվանդների խնամքի և հսկողության միջոցառումները: Դեղորայքային բուժում նշանակելիս անհրաժեշտ է հիշել հոգեմետ դեղերի նկատմամբ տարեց մարդկանց շրջանում հաճախակի նկատվող բարձր զգայունության երևույթների մասին: Հոգեդեղաբանական միջոցների օգտագործումը սովորաբար զուգորդվում է սոմատիկ վիճակը նորմալացնելուն ուղղված բուժման հետ:

Հիվանդության բոլոր փուլերում նշանակվում են ացետիլխոլինէսթերազայի ինհիբիտորներ, ցուցված է նաև E վիտամինի երկարատև ընդունում: Թեթև և միջին աստի-ճանի թուլամտության դեպքում անհրաժեշտ է իմացական (կոգնիտիվ) թրեմինգ: Հիվանդի տեղափոխումը անծանոթ վայրեր աննպատակահարմար է: Հոսպիտալացումն իրականացվում է միայն բարդ ախտորոշիչ և փորձագիտական հարցեր վճռելու համար, ինչպես նաև անվերահսկելի գրգռվածության վիճակների դեպքում: Այդպիսի վիճակները հանելու նպատակով կարող են օգտագործվել թիրոիդազինի կամ հալոպերիդոլի փոքր դեղաչափեր: Սեդատիվ և քնաբեր դեղերն

անհրաժեշտ է նշանակել զգուշությամբ, հստակ խոլիմոլիտիկ հատկություններով (ամիտրիպտիլին և այլն) դեղերը հակացուցված են:

### Ստուգողական թեստեր

**1. Ալցիեյների հիվանդության դեպքում օջախային խանգարումներից են՝**

- ա) ազնոզիա
- բ) ապրաքսիա
- գ) աֆազիա
- դ) բուլոր նշվածները

**2. Ո՞ր խանգարումներն են բնորոշ մասնակի թուլամտություն ունեցող հիվանդներին.**

- 1. էթիկայի նորմերի կոպիտ խանգարում
  - 2. հիշողության խանգարումներ
  - 3. քննադատական վերաբերմունքի բացակայություն
  - 4. ուշադրության խանգարումներ
- ա) 3,4    բ) 1,3    գ) 2,4    դ) 1,2

**3. Ալցիեյների հիվանդությանը բնորոշ չեն՝**

- 1. հիշողության և ինտելեկտի խանգարումները
  - 2. ապրաքսիան
  - 3. հիվանդության զարգացող ընթացքը
  - 4. ամբուլատոր ավտոմատիզմը
  - 5. օդային բարձի ախտանիշը
- ա) 2,4    բ) 4,5    գ) 1,3,5    դ) 1,3

Ստուգողական թեստերի պատասխաններ՝ 1.դ, 2. գ, 3.բ:

## ԳԼՈՒԽ 22

### ԱՆՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

---

Գլխուղեղի անոթային հիվանդությունները հաճախակի և առաջնային են կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական ծագում ունեցող ախտահարումների շարքում: Դա բխում է ոչ միայն դրանց հաճախականությունից, այլև հիվանդության առաջընթաց բնույթից ու ծանրությունից:

Մասնագիտական գրականության մեջ տվյալներ կան այդ հիվանդության երիտասարդացման մասին:

Աթերոսկլերոզը բազմապատճառային հիվանդություն է: Գիտության վերջին տվյալների համաձայն՝ դրա պատճառագիտության և ախտածնության մեջ դեր են կատարում ինչպես ներժին, այնպես էլ արտաժին բազմաթիվ գործոններ: Կոնստիտուցիոնալ-ժառանգական հասակային և ներժին այլ գործոններից բացի, աթերոսկլերոզի առաջացման գործում մեծ դեր է կատարում նաև ճարպային փոխանակության խանգարումը, որի հետևանքով առաջանում է հիպերխոլեստեինեմիա:

Արտաժին պատճառների մեջ որոշակի նշանակություն ունի տևական նստակյաց կյանքը, թերշարժությունը, հուզական երկարատև լարվածությունը, չափից ավելի ուտելը, հատկապես խոլեստերինով հարուստ սննդանյութերի չարաշահումը, ինչպես նաև քրոնիկական թունավորումները (հատկապես ծխախոտ, ալկոհոլ և այլն):

Գլխուղեղի անոթային բազմաձև խանգարումները աչքի են զարնում յուրահատկությամբ, որը պայմանավորված է ինչպես հիվանդության ժանրությամբ և երկարատևությամբ, այնպես էլ համեմատաբար բարձր մահացության տոկոսով:

Մասնագիտական գրականության տվյալների համաձայն՝ այդ հիվանդության դեպքում հանդիպող օրգանական խանգարումների մոտավորապես 3/4-ը ոչ պսիխոզային բնույթի հոգեկան խանգարում է: Պսիխոզային բնույթ չունեցող այդ հոգեկան խանգարումներն արտահայտվում են ներդանման, պսիխոպաթանման վիճակների և օրգանական համախտանիշով:

## ԳԼԽՈՒՂԵՂԻ ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈՋ

Աթերոսկլերոզը օրգանիզմի քրոնիկական հիվանդություն է, որն առավելապես առաջանում է տարեց մարդկանց շրջանում: Այն բնորոշվում է զարկերակային անոթների ախտահարմամբ, որոնք համեմատաբար ավելի հաճախ են վնասվում:

Ուղեղային աթերոսկլերոզի սկզբնական շրջանը բնորոշվում է **նկրոզանման պատկերով**: Հիվանդները գանգատվում են գլխացավից, գլխապտույտից, արագ հոգնա-ծությունից, աշխատունակության անկումից: Ամենավաղ ախտանշաններից է ն հիշողության թուլացումը: Հատկապես աչքի է զարնում ընթացիկ դեպքերի ֆիքսացիայի թուլացումը (ֆիքսացիոն ամենեզիա), մինչդեռ անցյալ դեպքերի վերարտադրումը համեմատաբար լավ է պահպանված: Հիվանդները գիտակցում են իրենց այդ արատը, գանգատվում են մոռացկոտությունից, մոռանում են իրադարձությունների հետևողականությունը, տարեթվերը, իրերի, ժանոթների, երբեմն նույնիսկ հարազատների անունները: Հաճախ ծոցատետրեր են պահում, ամեն ինչ գրում են չմոռանալու համար: Ուղեղային աթերոսկլերոզի առավել ծանր դեպքերում ֆիքսացիոն ամենեզիայի հետ մեկտեղ հիվանդները մոռանում են նաև անցյալը (ռետրոգրադ ամենեզիա)՝ ցուցաբերելով կոնֆաբուլատոր բնույթի կեղծ հիշողություններ (կորսակոմյան համախտանիշ):

Տուժում է նաև մտածողության ֆունկցիան: Դանդաղում է մտքերի հոսքը, դժվարանում է ըմբռնման պրոցեսը: Հատկապես բնորոշ է հանգամայնությունը, որի դեպքում 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 շատ ազդվող ու լալկան: Հաճախակի կինոֆիլմ դիտելիս, գիրք ընթերցելիս, որևէ պատմություն կամ երաժշտություն լսելիս, որոնցում 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, գիշերը արթնանում և այլևս չեն կարողանում քնել:

Բավականին բնորոշ են բնավորության գծերի աստիճանաբար զարգացող սրացումը և պսիխոպաթանման խանգարումները: Հիվանդները դառնում են դյուրագրգռի, քմահաճ, մռայլ, աֆեկտիվ անկայուն ու կռվարար:

Ուղեղային աթերոսկլերոզը երկարատև հիվանդություն է, ընթանում է պարբերաբար լավացումներով ու սրումներով: Իսկ ոչ բարորակ ընթացքի

դեպքում հասցնում է մինչև անձի և բանականության նվազման (աթերոսկլերոզային էնցեֆալոպաթիա, պարոցիալ կամ լակունար թուլամտությամբ):

Ուղեղային աթերոսկլերոզը հակում ունի բարդանալու ախտաբանական այնպիսի վիճակներով, ինչպիսիք են ասթենո-դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ, կաչուն-վախային և այլ համախտանշանները: Կարող են հանդիպել նաև բազմաձև հոգեկան խանգարումներ: Այդ խանգարումներն առավելապես արտահայտվում են դեպրեսիվ, հիպոխոնդրիկ, զառանցանքային, ինչպես նաև գիտակցության խանգարման և էպիլեպսանման ցնցումային համախտանիշներով:

**Ասթենո-դեպրեսիվ** համախտանիշը ուղեղի աթերոսկլերոզի դեպքում բավականին հաճախ է դրսևորվում: Նման հիվանդների շրջանում աթերոսկլերոզին բնորոշ ախտանշանները և հատկապես գրեթե միշտ հանդիպող ասթենիան զուգորդվում են տրամադրության անկմամբ, տագնապով ու թախիծով, երբեմն նաև ինքնամեղադրման ու ինքնանվաստացման մտքերով:

Որոշ դեպքերում ասթենո-դեպրեսիվ վիճակը կարող է բարդանալ **հիպոխոնդրիկ մտքերով`** վերափոխվելով ասթենո-հիպոխոնդրիկ կամ դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի: Նման հիվանդներն ամբողջովին տարվում են իրենց գանգատներով, անընդհատ դիմում են բժիշկներին, իրենց համարում ծանր, անբուժելի հիվանդներ:

Աթերոսկլերոզային ծագում ունեցող **պարանոիդ համախտանիշի** դեպքում հիվանդներն արտահայտում են հետապնդման, թունավորման, վնասի ու կորստի, երբեմն նաև խանդի զառանցական մտքեր: Այդ զառանցանքներից ժամանակ առ ժամանակ կարող են ավելանալ նաև լսողական բնույթի ցնորքներ` թխկոց-շխկոցներով, խշշոցներով, կանչերով, մեկնաբանող ձայներով և այլն:

Ուղեղային արտահայտված աթերոսկլերոզը կարող է բարդանալ **էպիլեպսանման ցնցումային նոպաներով**, ինչպես նաև ոչ հաճախ հանդիպող գիտակցության պարոքսիմզալ բնույթի մթնշաղային վիճակներով:

Երբեմն կարող են դրսևորվել նաև գիտակցության **դելիրիումային բնույթի խանգարումներ**, որոնք ակոհոլային ծագում ունեցող դելիրիումին հակառակ` բնորոշվում են տեսողական ցնորքների խամրությամբ ու աղքատությամբ` տևելով մի քանի օր:

Ոչ պակաս կարևոր են գիտակցության տարբեր բնույթի խանգարումներով ընթացող սուր պսիխոզները, ընդհուպ մինչև սոպոր և կոմա: Հատկապես պետք է նշել ուղեղային արյունազեղումներից հետո առաջացած **հետինսուլտային թուլամտության** մասին, որն ունի առաջընթաց բնույթ, ծանր դեպքերում հասնում է մինչև **պսևդոպարալիզային համախտանիշի**

(երբ խոր թուլամտությունն ընթանում է տրամադրության էջֆորիկ զուգակցմամբ՝ ուղեկցված հիշողության կոպիտ խանգարումներով, անհեթեթ մեծամոլական զառանցանքներով ու քննադատության բացակայությամբ):

Ուղեղի աթերոսկլերոզի սկզբնական շրջանի ամենահաճախ հանդիպող նկրոզանման վիճակը պետք է տարբերակել նկրասթենիայից: Նման դեպքերում որոշակի նշանակություն ունի ասթենային զուգակցմամբ ընթացող հիշողության թուլությունը, որում աչքի է զարնում հատկապես ֆիքսացիոն ամնեզիան՝ անցյալի հիշողության համեմատաբար պահպանմամբ: Բնորոշ են նաև պաթոլոգիական հանգամայնությունը, թուլահոգությունը: Աթերոսկլերոզային ծագմամբ ասթենայի համար հատկանշական են մարմնական այնպիսի դրսևորումներ, ինչպիսիք են ներքին օրգանների աթերոսկլերոզային փոփոխությունները, նյարդաբանական ախտանշանները, աչքի հատակի փոփոխությունները և այլն: Պետք է նշել նաև անձի յուրահատուկ փոփոխությունը (քնահաճություն, եսասիրություն)՝ ուղեկցված աֆկտիվ անկայունությամբ և բանականության նվազմամբ սկսվող նշաններով:

Ուղեղային աթերոսկլերոզի և ծերունական թուլամտության տարբերակիչ ախտորոշման դեպքում տարիքային գործոնից բացի (մի դեպքում 50-60, մյուս դեպքում 70 և բարձր տարիք) կարևոր նշանակություն ունի թուլամտության կլինիկական արտահայտության ձևը: Ի տարբերություն տարածուն բնույթի ծերունական թուլամտության՝ աթերոսկլերոզային թուլամտությունը օջախային բնույթ ունի, որը ձևավորվում է ի հաշիվ հիշողության թուլացման: Աթերոսկլերոզային թուլամտության դեպքում հիվանդի անձը համեմատաբար պահպանված է, նա զգում է իր հիվանդագին վիճակը, որն արտահայտվում է նրա վարքում:

**Բուժումը:** Ուղեղային աթերոսկլերոզի բուժման գործում մեծ նշանակություն ունեն ժամանակին կիրառվող կանխարգելիչ միջոցառումները (ապրելակերպի, աշխատանքի, հանգստի, քնի և սննդի օգտակար ռեժիմ, ճարպեր և ածխաջրեր պարունակող սննդամթերքների սահմանափակում, ծխելու և խմելու բացառում, ֆիզիկական և հատկապես հոգեկան ցնցումների կանխում և այլն):

Կարևոր նշանակություն ունի նյութափոխանակության կարգավորումը: Այդ առումով կարելի է նշանակել նյութափոխանակությունը կարգավորող այնպիսի կենսախթանիչ դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են ամինալոնը (զամալոն)՝ 250մգ, նոտրոպիլը (պիրացետամ)՝ 400մգ, ցերեբրոլիզինը՝ 5մգ միջմկանային ներարկումներով, էնցեֆաբոլը (պիրիդիտոլ)՝ 50մգ, ացեֆենը՝ 100մգ և այլն:

Բացի հակասկերոզային դեղամիջոցներից անհրաժեշտ է կիրառել ստուգերոն (ցինարիզին)՝ 25մգ, կավինտոն՝ 5մգ, վիտամիններ, գլուտամինային թթու՝ 0,25մգ և այլն: Արդյունավետ է սեդատիվ դեղամիջոցների կիրառումը (սեդուքսեն՝ 5մգ, էլենիում՝ 5մգ, ֆենագեպամ՝ 0,05մգ, գրանդաքսին՝ 50մգ և այլն):

Անոթային ծագում ունեցող հոգեկան խանգարումների դեպքում պետք է կիրառել համախտանշաբանական բուժում, ինչպես նաև սիրտ-անոթային, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ հիպոտենզիվ դեղամիջոցներ:

### **ՅԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ**

Յիպերտոնիկ հիվանդությունը բավականին տարածված հիվանդություններից է: Այն, ինչպես ուղեղային աթերոսկլերոզը, առավելապես հանդիպում է տարեց մարդկանց շրջանում, չնայած կարող է առաջանալ նաև երիտասարդ հասակում: Յիվանդության առաջացման գործում տարիքային գործոնից բացի, նշանակություն ունի ժառանգականությունը, անձի նախահիվանդագին կերտվածքը, ալկոհոլի, գանգուղեղային վնասվածքի, պսիխոզեն և այլ վնասաբեր գործոնների առկայությունը:

Յիպերտոնիկ հիվանդության դեպքում հոգեկան խանգարումները կարող են լինել ինչպես կարճատև ու անցողիկ, այնպես էլ տևական: Յիվանդության սկզբնական շրջանի ամենահաճախ հանդիպող ախտանշաններից են գլխացավերը, գլխապտույտները, ընդհանուր թուլությունը, արագ հոգնածությունը, աշխատունակության անկումը: Յիվանդների տրամադրությունը մեծ մասամբ ընկած է, նրանք հուզականորեն դառնում են անկայուն: Միաժամանակ դյուրագրգիռ են, լարված, որոնք հաճախ զարկերակային ճնշման բարձրացման պատճառ են դառնում: Յիշողությունը որոշ չափով տուժում է:

Յիվանդության զարգացմանը զուգընթաց՝ ուղեղային անոթների տարբեր աստիճանի սպազմերով բնորոշվող գլխացավերն ավելի ուժեղ ու տևական են դառնում՝ մեծ մասամբ տեղակայված լինելով քունքային շրջանում: Ջարկերակային ճնշման կայուն բարձրացումը, դրանով պայմանավորված սրտի աշխատանքի ռիթմի խանգարումները, սրտի շրջանի տհաճ զգացումները, ցավերն ու սեղմոցները, հաճախակի գլխապտույտները, գլխում ծանրության զգացումը հիվանդներին դարձնում են լարված ու անհանգիստ, առաջանում են կպչուն բնույթի վախեր (վախ հանկարծամահությունից, ուղեղի կաթվածից): Քունը դառնում է մակերեսային ու անհանգիստ: Առաջանում են բազմաթիվ հիպոխոնդրիկ զանգատներ:

Հիպերտոնիկ հիվանդության դեպքում կարող են առաջանալ հոգեախտաբանական մի շարք համախտանիշներ, որոնցից են **պարոքսիզմալ համախտանիշը** (անոթային կրիզ)՝ ուղեկցված ուժեղ գլխացավով ու գլխապտույտով, գիտակցության կարճատև խանգարումներով: Նման դեպքերում կարող են հանդիպել խոսքի աղավաղման, գրելու ունակության խանգարման երևույթներ, տեսողության վատացում և այլն:

Պարոքսիզմալ համախտանիշը կարող է անհետևանք անցնել և ավարտվել հիվանդի լրիվ առողջացմամբ: Որոշ դեպքերում պարոքսիզմիզից հետո ասթենիկ վիճակ է առաջանում, որը տևում է բավականին երկար:

**Ասթենո-դեպրեսիվ համախտանիշն** արտահայտվում է տրամադրության անկունային զուգակցմամբ ընթացող ասթենիկ ախտանշաններով (գլխացավ, գլխապտույտ, արագ հոգնածություն, աշխատունակության անկում և այլն):

Ասթենո-հիպոխոնդրիկ համախտանիշի դեպքում ասթենիկ ախտանշանները զուգակցվում են հիպոխոնդրիկ մտքերով (չհիմնավորված զանազան զանգատներ իրենց առողջության վերաբերյալ)՝ հաճախ բարդանալով տրամադրության անկմամբ (դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ համախտանիշ):

**Կեղծ ուռուցքային համախտանիշի** դեպքում հիվանդության կլինիկական պատկերը նման է գլխուղեղի ուռուցքի դեպքում առկա ախտանշաններին՝ տևական գլխացավեր, գիտակցության տարբեր աստիճանի արտահայտված շճմածություն՝ ուղեկցված խոսքի և շարժումների ակտիվության նվազմամբ, հոգեկան բուլոր պրոցեսների դանդաղեցմամբ ու դժվարացմամբ, հիշողության արտահայտված խանգարմամբ:

**Կեղծ պարալիզային համախտանիշն** առաջանում է հիպերտոնիկ կրիզից հետո և կլինիկական պատկերով հիշեցնում է պրոգրեսիվ պարալիզը: Հիվանդները էյֆորիկ են, բարեհոգի: Առկա են հիշողության արտահայտված խանգարումներ, աշխատունակության խիստ անկում: Հիվանդների շրջանում հետաքրքրության շրջանակները սահմանափակված են միայն կենցաղային հարցերով, քննադատությունը լրիվ նվազած է: Երբեմն արտահայտում են անձի գերազնահատման, մեծամոլական մտքեր:

**Գիտակցության խանգարումները** հիպերտոնիկ հիվանդության դեպքում սկսվում են հանկարծակի, ուղեկցվում են զարկերակային ճնշման խիստ բարձրացմամբ: Գիտակցության մթազնունը կարող է աստիճանաբար ցնորքներով ուղեկցվող և աստիպիկ ընթացող դելիրիումային վիճակով: Այդ վիճակից հիվանդները դուրս են գալիս կատարվածի վերաբերյալ մասնակի ամենեզիայով:

## **ՀԻՊՈՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ**

Հիպոտոնիկ հիվանդության դեպքում կարող են դիտվել հոգեկան զանազան խանգարումներ, որոնք հիմնականում պայմանավորված են կրիզներով:

Այս խանգարումներից ամենահաճախ հանդիպող հոգեախտաբանական համախտանիշներից է **ասթենիան** (գլխացավեր, գլխապտույտներ, ականջներում աղմուկ, ընդհանուր թուլություն, թորշոմածություն, արագ հոգնածություն և այլն): Կարող են հանդիպել նաև **դեպրեսիվ, դեպրեսիվ-տագնապային վիճակներ**, մթնշաղային բնույթի **գիտակցության կարճատև խանգարումներ**:

### **ՈՒԺՈՒՄԸ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ**

Հիպերտոնիկ հիվանդության բուժումը պետք է անցկացնել համալիր, որտեղ սկզբից ևեթ պետք է վերացնել այն բոլոր վնասաբեր ազդակները, որոնք հիվանդի մեջ առաջացնում են աֆեկտիվ լարվածություն և զարկերակային ճնշման բարձրացում: Դրանցից են՝ հիվանդի ընտանեկան, աշխատանքի ու հանգստի հարցերի կարգավորումը, սննդի ճիշտ ռեժիմը, մարմնամարզությունը, ինֆեկցիաների, ինտոքսիկացիաների, հոգեկան ապրումների և վնասաբեր այլ ազդակների կանխումը և վերացումը:

Բացի արյան ճնշումը կարգավորող դեղամիջոցներից, անհրաժեշտության դեպքում կիրառվում են հակահոգեգարային դեղեր՝ նեյրոլեպտիկներ՝ ցնորազառանցական խանգարումների դեպքում (հալոպերիդոլ 2,5-5գ օրական, ազալեպտին 25մգ, սոնապաքս 10մգ, էգլոնիլ 10մգ.), հակադեպրեսանտներ (ամիտրիպտիլին 10-25մգ, ֆեվարին 25-50մգ):

Սպազմոլիտիկ ազդեցություն ունեն նաև կենտրոնական նյարդային համակարգը հանգստացնող դեղամիջոցները (սեդուքսեն՝ 5մգ, խլոզեպիդ՝ 10մգ, գրանդաքսին՝ 50մգ, տազեպամ՝ 10մգ, նոզեպամ՝ 10մգ, օքսիլիդին՝ 20մգ և այլն):

Կարևոր բուժիչ մեթոդ է պսիխոթերապիան, քնի կարգավորումը (եունոկտին՝ 10մգ, ռադեդորմ՝ 2մգ, ամինազին՝ 25մգ և այլն):

Հիպոտոնիկ հիվանդության դեպքում առաջին հերթին պետք է վերացնել ախտածին գործոնը: Դեղամիջոցներից կարելի է կիրառել կենտրոնական նյարդային համակարգի տոնուսը բարձրացնող ու ակտիվացնող պատրաստուկներ (ժենշեն, չինական կիտրոնաթուփ, պանտոկրին, ացեֆեն 100մգ, կոֆեինի 10%-անոց լուծույթ, սինդոկարբ՝ 5մգ, սինդոֆեն՝ 5մգ, ցենտեդրին՝ 10մգ, վիտամին C, B<sub>1</sub> կենսախթանիչներ և այլն):

Մեծ նշանակություն ունի բուժական ֆիզկուլտուրան, աշխատանքի ու հանգստի ճիշտ ռեժիմի կազմակերպումը:

**Դատահոգեբուժական գնահատականը:** Անոթային հիվանդությունների դեպքում մեղսունակության հարցի որոշումը պայմանավորված է հիվանդության արտահայտվածության աստիճանով և հոգեկան խանգարումների առկայությամբ:

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 իրավախատումների համար:

### **Ստուգողական թեստեր**

#### **1.Մտածողության խանգարման ո՞ր ձևն է բնորոշ աթերոսկլերոզին.**

- ա) մտածողության անկապություն
- բ) մտածողության հանգամայնություն
- գ) մտածողության ճեղկվածություն
- դ) աուտիկ մտածողություն
- ե) մտքերի թռիչք

#### **2.Աֆեկտիվ խանգարումներից ո՞րն է բնորոշ աթերոսկլերոզին.**

- ա) անբիվալենտություն
- բ) թուլահոգություն
- գ) պարաթիմիա
- դ) հուզական բթություն
- ե) anaesthesia dorosa psychica

#### **3.Ո՞ր համախտանիշն է բնորոշ աթերոսկլերոզին.**

- ա) հոգեկան ավտոնատիզմի համախտանիշը
- բ) կորսակոմյան համախտանիշը
- գ) հալուցիոզը
- դ) կատատոնիկ համախտանիշը
- ե) մոլուցքային համախտանիշը

#### **4.Ո՞ր հիվանդությանն է բնորոշ պարցիալ թուլամտությունը.**

- ա) էպիլեպսիա
- բ) Ալցհեյմերի հիվանդություն
- գ) ուղեղի անոթների աթերոսկլերոզ
- դ) ժերունական պսիխոզ
- ե) շիզոֆրենիա

**Ստուգողական թեստերի պատասխաններ.** 1)բ, 2) բ, 3) բ, 4)գ:

## ԳԼՈՒԽ 23

### ՄՏԱՎՈՐ ՀԵՏԱՄՆԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

#### (ՕԼԻԳՈՖՐԵՆԻԱ)

---

Մտավոր հետամնացությունը հոգեկանի բնածին կամ վաղ տարիքում ձեռք բերված թերզարգացումով, ինտելեկտի արտահայտված անբավարարությամբ պայմանավորված վիճակն է, որը դժվարացնում կամ ամբողջությամբ անհնարին է դարձնում անհատի ադեկվատ սոցիալական գործունեությունը:

«Մտավոր հետամնացություն» տերմինը համաշխարհային հոգեբուժության մեջ ընդունվեց վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում՝ փոխարինելով «օլիգոֆրենիա» տերմինին:

Ներկայումս, բացի «մտավոր հետամնացություն» կամ «օլիգոֆրենիա» ախտորոշումից գոյություն ունի ախտորոշիչ սահմանում՝ «մտավոր զարգացման հապաղում», որը նշանակում է ինտելեկտուալ թերզարգացածության ոչ միայն թեթև աստիճան, այլև շատ դեպքերում վիճակի դարձելիություն:

Մտավոր հետամնացության ախտորոշման մեջ մեծ նշանակություն ունի ինտելեկտի զարգացման աստիճանի օբյեկտիվ գնահատականը: Ինտելեկտուալ մակարդակի ընդունված քանակական ցուցանիշ է *ինտելեկտի գործակիցը՝ IQ (Intelligence quotient)*, որը որոշվում է Վեքսլերի թեստի օգնությամբ:

ԱՅԿ-ի տվյալներով (XXդ. կես) աշխարհում մտավոր հետամնացության տարածվածությունը կազմել է ազգաբնակչության 1-3%:

#### **Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը**

Ինտելեկտի թերզարգացածությունը կարող է լինել ուղեղի զարգացմանն ու հասունացմանը խոչընդոտող բազմաթիվ գործոնների ազդեցության հետևանք: Այդ գործոնները բազմաթիվ են ինչպես արտաքին միջավայրի, այնպես էլ ներծին՝ ժառանգականորեն պայմանավորված: Մեծ մասամբ դրանք արտահայտվում են բարդ փոխազդեցությամբ և միասնությամբ:

Արտահայտված մտավոր հետամնացությունը, որը յուրահատուկ կլինիկական պատկեր չունի, զգալի չափով ժառանգականորեն է պայմանավորված: Մտավոր հետամնացության ճնշող մեծամասնությամբ ախտահարումները վերաբերում են պերինատալ շրջանին (ինտելեկտուալ թերզարգացածության դեպքերի 70-90%-ից ոչ պակաս):

**Մտավոր հետամնացության կլինիկական դրսևորումները և դիմամիկան**

Տիպիկ օլիգոֆրենիային միշտ բնորոշ են հոգեկան թերզարգացածության համապարփակությունը (տոտալությունը), որը վերաբերում է ոչ միայն ինտելեկտուալ գործունեությանը, այլև ամբողջ հոգեկանին, իսկ գլխավորը ճանաչողական գործունեության բարձրագույն ձևերի՝ վերացական մտածողության անբավարարությանը:

Հոգեկան թերզարգացածության կառուցվածքում հատուկ տեղ են զբաղեցնում խոսքի խանգարումները, որոնք մեծ մասամբ արտահայտում են մտավոր հետամնացության խորությունը. առավել ծանր դեպքերում հիվանդը ոչ միայն չի խոսում, այլև չի հասկանում իրեն ուղղված խոսքը: Մտավոր հետամնացության թեթև աստիճանի ծանրության դեպքում հիվանդը տիրապետում է բառերի սահմանափակ պաշարի, սակայն բավարար չափով չի տիրապետում արտահայտչական խոսքին:

Մտավոր հետամնացության դեպքում բավականին բնորոշ են փոփոխությունները հուզականային ոլորտում: Այն դեպքում, երբ տարրական հույզերը կարող են լինել հարաբերականորեն պահպանված, բարձրագույն (ամենից առաջ բարոյական) հույզերը լինում են թերզարգացած և ոչ բավարար կերպով տարբերակված: Հիվանդի կամային գործունեությունը բնութագրվում է ցանկությունների և նախաձեռնության թուլությամբ, անբավարար ինքնուրույնությամբ: Դրանք առանձնանում են նաև վարքի բարձր նմանակությամբ, ներշնչվողությամբ և ոչ ինքնուրույնությամբ, պայմանավորված են հակումներով և աֆեկտներով, ինչպես նաև իրավիճակով և հանգամանքներով:

Թեթև մտավոր հետամնացության դեպքում հիվանդը վատ չի կողմնորոշվում սովորական կենցաղային իրավիճակներում, և նրանում նկատվում է գործնական կողմնորոշման հարաբերական պահպանվածություն:

Մտավոր հետամնացության առավել հաճախ և մշտական դրսևորումներից են նաև թերզարգացածության նշանները շարժողական ոլորտում: Երեխաների շարժումները աղքատիկ են, անտաշ և ոչ բավարար չափով սահուն: Շարժողական ոլորտի զարգացման ոչ բավարար լինելը հատկապես դրսևորվում է նուրբ և ճշգրիտ շարժումներում, ժեստիկուլյացիայում և դիմախաղում (միմիկա):

Ընդհանուր ուրվագծով այսպիսին է թերզարգացածության հոգեախտաբանական կառուցվածքը տիպիկ մտավոր հետամնացության դեպքում:

Մտավոր հետամնացության աստիճանները ներկայացված են ինտելեկտի խանգարումների մասին գլխում:

## Մտավոր հետամնացության ժառանգական ձևերը

### Քրոնոսոմային աբերացիաներով պայմանավորված համախտանիշները:

Քրոնոսոմային հիվանդությունները քրոնոսոմների քանակի կամ կառուցվածքի խանգարումով պայմանավորված կլինիկական վիճակներն են:

**Դաունի համախտանիշ:** Կլինիկական դրսևորումները բնորոշվում են մարմնի կառուցվածքի տիպիկ անոմալիաների հետ զուգորդվող արտահայտված մտավոր հետամնացությամբ, որոնք հիվանդներին դարձնում են զարմանալիորեն իրար նման: Հիվանդությունը հայտնաբերվում է ծնվելու ժամանակ: Երեխան ծնվում է մարմնի ցածր քաշով, թույլ է ճչում, վատ է ծծում: Հասակը նորմալից ցածր է, նկատվում է հարաբերականորեն երկար իրանի անհամաչափություն, գանգի և դեմքի յուրատեսակ կառուցվածք: Գանգը միկրոցեֆալ կառուցվածք ունի՝ թեք ծոծրակով: Ականջախեցիկները սովորաբար ոչ մեծ չափերի են, դեֆորմացված, ցածր տեղակայված: Բնորոշ է աչքերի շեղ կտրվածքը՝ ներսի անկյունում մաշկային ծալքով (էպիկանտ), ծիածանաթաղանթի ծայրամասում դեպիզ-մենտացիայի տեղամասերի առկայությամբ: Քիթը կարճ է, տափակած լայն քթարմատով: Հաճախ նկատվում են վերին ծնոտի թերզարգացածություն, պրոգնատիզմ, ատամների ոչ ճիշտ աճ, «գոթական» բարձր քիմք: Լեզուն պտկիկների գերաճի (հիպերտրոֆիա) հետևանքով մեծացած է, ունի դարսերով մակերես: Տիպիկ նշաններից են նաև վերջույթների կառուցվածքի արատները: Ձեռնաթաթը հարթ է, մատները լայն են, կարճ, ճկույթը կարճ է և ծռված դեպի ներս: Հաճախ արտահայտված է հորիզոնական ափային ակոսը: Ոտնաթաթերի վրա մեծացած է 1-ին և 2-րդ մատների միջև միջակայքը, երբեմն նկատվում է սինդակտիլիա: Ավագ տարիքում հիվանդության բնորոշ արտաքին դրսևորումներից են յուրատեսակ կեցվածքը, կախ ուսերը, անճոռնի քայլվածքը, անշնորհք շարժումները:

Նյարդաբանորեն Դաունի հիվանդության դեպքում սովորաբար դրսևորվում են մկանային հիպոտոնիա, կոնվերգենցիայի թուլություն, շեղաչքություն, վեստիբյուլյար ապարատի խանգարում, վեգետատիվ անբավարարության նշաններ: Հիվանդների 9-10 %-ի շրջանում նկատվում է ցնցումային համախտանիշ:

Մտավոր հետամնացությունը մշտական նշան է. 75% դեպքերում այն հասնում է իմբեցիլության աստիճանի, 20% դեպքերում՝ ապուշության և միայն 5% դեպքերում՝ դեբիլության: Խիստ տուժում են ակտիվ ուշադրությունը և իմաստային հիշողությունը:

Հոգեկան դեֆեկտի առանձնահատկությունը հուզական ոլորտի հարաբերական կենսունակությունն ու պահպանվածությունն է՝ համեմա-

տած ինտելեկտուալ թերզարգացածության ծանրության: Հիվանդը մեծ մասամբ քնքուշ է, բարեհոգի, լսող: Նրան խորթ չեն համակրանքի, շփոթվածության, անաչելու, նեղանալու զգացումները, չնայած նա երբեմն լինում է գրգռված, համառ: Նրանց մեծ մասը հետաքրքրասեր է և օժտված լավ նմանակելու ունակությամբ, որը ծառայում է ինքնասպասարկման հմտություններ և ոչ բարդ աշխատանքային պրոցեսներ սովորեցնելուն: Մինչդեռ սովորաբար Դաունի հիվանդությամբ երեխան չի հասնում սոցիալական ադապտացիայի բավարար մակարդակի և մշտական խնամքի կարիք է զգում: Հիվանդության ճշգրիտ ախտորոշման պահից նրան կարելի է ձևակերպել մանկության հաշմանդամություն:

**Ախտածնությունը:** Հիվանդությունը պայմանավորված է ավելորդ 21-րդ քրոմոսոմի առկայությամբ: Եթե մինչև 30 տարեկան կնոջ՝ Դաունի հիվանդությամբ երեխա ծնելու հաճախականությունը 1:500 է, ապա 44 և ավելի տարիքում այդ հաճախականությունը հավասար է 1:25-ի:

Դաունի հիվանդությունն անբուժելի է: Շատ կարևոր է վաղ տարիքից ճիշտ մանկավարժական պրոցեսի կազմակերպումը:

**Շերեշևսկու-Տերների համախտանիշ:** Նկարագրվել է Ն. Շերեշևսկու (1925) և Հ. Տերների (1938) կողմից: Տարածվածությունը 0,3:1000 է, կտրուկ աճում է թերզարգացած երկրորդային սեռական նշաններով և առաջնային ամենորեայով ցածրահասակ կանանց շրջանում:

**Կլինիկական դրսևորումները** կարող են արտահայտվել ծնված օրվանից: Նկատվում են մարմնի փոքր զանգված և երկարություն, լիմֆատիկ այտուցներ ձեռնաթաթերում և ոտնաթաթերում՝ ավշային (լիմֆատիկ) անոթների զարգացման անոմալիայի հետևանքով: Մաշկի վրա հաճախ լինում են վիտիլիգո, պիգմենտային բծեր, հեմանգիոմաներ: Պարանոցը կարճ է՝ հետին կողմի մակերեսում ավելորդ մաշկով, որը հիվանդների մի մասի շրջանում դուրս է ցցվում պարանոցային ծալքի տեսքով: Հաճախ հայտնաբերվում են ներքին օրգանների զարգացման արատներ՝ սրտի արատներ (աորտայի նեղացում, թոքային զարկերակի նեղացում), երիկամների արատներ և այլն:

Մարմնի կառուցվածքի բնածին արատները հիվանդին տալիս են ինքնատիպ տեսք՝ սֆինքսի դեմք (աչքերի հակամոնոկոիդ կտրվածք, մականկյուն (եպիկանտ), ականջների ցածր տեղակայում, կարճ ու լայն պարանոց՝ մազերի աճի ցածր մակարդակով): Տարիքին զուգընթաց՝ մարմնի աճը սկսում է հետ մնալ, որը մեծահասակ հիվանդի դեպքում չի գերազանցում 150սմ-ը, աճում են մարմնակառուցվածքի անհամաչափությունները՝ իրանի վերին մասի գերակշռում, լայն ուսեր, նեղ կոնք, կարճ ոտքեր: Աղջիկների մարմնի կառուցվածքը նմանվում է տղամարդու մարմնի

կառուցվածքին: Նախապուրերտատային և պուրերտատային տարիքում երևում են սեռական ինֆանտիլիզմի նշաններ:

Մտավոր թերզարգացածությունը դրսևորվում է ոչ բուլոր հիվանդների դեպքում, ավելի հաճախ այն արտահայտված է ոչ խիստ, սակայն երբեմն հասնում է իմբեցիլության աստիճանի: Սովորաբար հիվանդները աշխատասեր են և բարեհոգի:

Շերեշևակու-Տերների համախտանիշի դեպքում բուժումն իրականացնում են՝ հորմոնային պատրաստուկներ կիրառելով:

**Կլայնֆելտերի համախտանիշ:** Կլինիկական դրսևորումները տատանվում են արտաքին նորմալ ֆիզիկական և ինտելեկտուալ զարգացումից մինչև արտահայտված ներքինիանմանություն (եվնուխոնդիզմ) և խոր դեբիլություն: Մի շարք դեպքերում վաղ տարիքում նկատվում են ֆիզիկական զարգացման յուրատեսակության առանձին ախտանշաններ՝ նեղ և ցածր ճակատ, խիտ և կոշտ մազեր, նեղ տափակ կրծքավանդակ, կոնքի բարձր դիրք, սեռական օրգանների թերզարգացածություն, ներքինիանման համաչափություններ: Մինչդեռ սովորաբար հիվանդության տիպիկ ախտանշանները հստակորեն սկսում են հայտնաբերվել պուրերտատային տարիքում: Հիվանդի ֆենոտիպին բնորոշ են բարձր հասակը, ասթենիկ կառուցվածքը, նեղ ուսերը, երկար վերջույթները, թույլ զարգացած մկանները: Հիվանդների մոտավորապես 50%-ի դեպքում նկատվում է գինեկոմաստիա և ներքինիանման նշաններ, դեմքի և անութափոսերի աղքատ մազածածկույթ, լայն կոնք, ճարպակալում և ցայլքի կանացի տիպի մազածածկույթ:

Մտավոր թերզարգացածությունը հանդիպում է հիվանդների մոտավորապես 25%-ի շրջանում, հաճախ այն ոչ խիստ է արտահայտված, սակայն առանձին դեպքերում հասնում է զգալի դեբիլության աստիճանի և դրսևորվում է արդեն վաղ մանկական տարիքում: Որպես ինտելեկտուալ դեֆեկտի կառուցվածքի առանձնահատկություններ՝ մանկական տարիքում հիվանդների մեծամասնության շրջանում կարելի է նշել ինտելեկտուալ անբավարարության զուգորդում՝ հուզականային ոլորտի խոր տհասությամբ, որը մոտենում է հոգեկան ինֆանտիլիզմի: Այդ հիվանդների շրջանում, բացի ուշադրության, ընկալման, հիշողության և վերացական (աբստրակտ) մտածողության անբավարարությունից, առավել խիստ և ռելիեֆային կերպով հայտնաբերվում է չափազանց տպավորվողությունը, նմանակողությունը, ենթարկվողությունը: Հատուկ բուժում չկա:

**Մտավոր հետամնացություն նյութափոխանակության ժառանգական դեֆեկտների դեպքում**

**Ֆենիլկետոնուրիա (ՖԿՈՒ):** Ախտահարումն առաջանում է ֆենիլալանինի հիդրօքսիլազա-1 ֆերմենտի պակասի հետևանքով, որը հսկում է

Ֆենիլալանինի վերածումը թիրոզինի: Ֆերմենտային շրջափակման հետևանքով ֆենիլալանինի խտությունը տասնյակ անգամներ մեծանում է օրգանիզմի բոլոր հեղուկ միջավայրերում՝ օրինակ, հասնելով արյան պլազմայում 40-60 մմոլ/լ-ի (նորմայում 0,3-1 մմոլ/լ-ի փոխարեն): Ֆենիլալանինի մի մասը հեռանում է մեզով, իսկ դրա մնացած քանակությունը վերածվում է ֆենիլալիրոխաղողաթթվի և այլ ֆենիլկետոնային նյութերի, որոնք նույնպես դուրս են գալիս մեզով՝ պայմանավորելով դրա կապտականաչ գունավորումը երկաթի եռքլորիդի ( $FeCl_3$ ) հետ ռեակցիայի ժամանակ:

Ֆենիլկետոնուրիայով հիվանդ երեխաները ծնվում են նորմալ ծնավորված և ֆունկցիոնալ լիարժեք գլխուղեղով, քանի որ պտղի կենսաքիմիական պրոցեսները ապահովվում են նորմալ նյութափոխանակությամբ, որը կատարվում է մոր օրգանիզմում: Կենսաքիմիական խանգարումները սկսում են զարգանալ ծնվելուց անմիջապես հետո:

**Կլինիկական պատկերը:** Կյանքի առաջին 2-3 ամիսներին հիվանդ երեխայի դեպքում սովորաբար հնարավոր չէ հայտնաբերել զարգացման որևէ շեղում: 4-6 ամիսներին սկսում է հետ մնալ հոգեշարժական զարգացումը, որը երկրորդ կիսամյակում դառնում է ավելի նկատելի:

Հիվանդության զարգացած կլինիկական պատկերը ընդգրկում է մտավոր հետամնացություն, վարքի խանգարում, հիվանդների մի մասի շրջանում լինում է ցնցումային համախտանիշ և մաշկային փոփոխություններ: Հիվանդների 80-90%-ը խարտյաչ են, բաց, պիգմենտից զուրկ մաշկով և երկնագույն աչքերով: Երեխաների մոտավորապես 1/3-ի շրջանում նկատվում են մաշկաբորբեր և էկզեմա, որոնց առաջացումը համընկնում է կերակրման հետ: Մեզն ունի յուրահատուկ հոտ (գայլի հոտ, մկան հոտ, նեխահոտ):

Հիվանդների մեծ մասը (շուրջ 92-96%) ունի մտավոր հետամնացության ծանր աստիճաններ՝ ապուշություն և իմբեցիություն: 3-4%-ի դեպքում դրսևորվում են ինտելեկտի թեթև անբավարարություն, իսկ 0,2-0,3%-ի դեպքում՝ համարյա նորմալ մտավոր ունակություններ են:

ՖԿՈՒ-ի կենսաքիմիական ախտորոշումը հիմնվում է  $FeCl_3$ -ի հետ ֆենիլալիրոխաղողաթթվի նկատմամբ մեզի դրական որակական ռեակցիայի և արյան պլազմայում ֆենիլալանինի բարձր խտություն հայտնաբերելու վրա: Ֆենիլալիրոխաղողաթթուն հիվանդի մեզի մեջ հայտնվում է կյանքի 2-3-րդ շաբաթում, իսկ առանձին դեպքերում՝ ավելի ուշ:  $FeCl_3$ -ի հետ մեզի անալիզը լոկ կողմնորոշիչ ախտորոշում է: ՖԿՈՒ-ն ճշգրիտ ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է արյան մեջ պարտադիր որոշել ֆենիլալանինը:

**Բուժումը և կանխարգելումը:** Ֆենիլկետոնուրիան ժամանակին արվող կանխարգելիչ բուժման և լավ արդյունքով ժառանգական հիվան-

դության ամենավառ օրինակն է: ՖԿՈՒ-ի բուժման իրեն արդարացնող մեթոդը ֆենիլալանինի խիստ սահմանափակումով դիետայի կիրառումն է: ՖԿՈՒ-ով հիվանդի դիետիկ բուժումը պետք է անցկացվի արյան շիճուկում ֆենիլալանինի մակարդակի և ընդհանուր սպիտակուցի կենսաքիմիական մշտական հսկողությամբ:

### **Խառը պատճառագիտության մտավոր հետամնացություն**

**Միկրոցեֆալիան** ծանր մտավոր հետամնացությամբ հիվանդների շրջանում ամենահաճախ հանդիպող արատներից մեկն է: Սրա հետ մեկտեղ գոյություն ունի իրական միկրոցեֆալիա, որն ունի ժառանգական բնույթ:

**Կլինիկական պատկերը:** Իրական կամ ժառանգական միկրոցեֆալիան մեծ մասամբ չի ուղեկցվում նյարդաբանական ախտանշաններով և այլ օրգանների զարգացման արատներով: Այն բնութագրվում է գանգի չափերի սիմետրիկ փոքրությամբ և դեմքի չափերի նորմալ կամ աննշան փոքրությամբ: ճակատը սովորաբար տափակ է, ականջախեցիները մեծ են, քիթը երկար է, աչքերը՝ շեղ: Զնայած մարմնական և նյարդաբանական այլ ախտանշանություն սովորաբար չկա, այնուամենայնիվ նկարագրված են լրացուցիչ տարբեր ախտանշաններով (աչքերի, երիկամների ախտահարում, դեմքի, վերջույթների յուրատեսակ կառուցվածք և այլն) զուգորդված միկրոցեֆալիայի յուրատեսակ ձևերով տարբեր ընտանիքներ: Այս ձևերը ներկայացնում են ինքնուրույն ժառանգական համախտանիշներ:

Միկրոցեֆալիային մշտապես ուղեկցում է մտավոր հետամնացությունը: Սովորաբար այն ունի հավասարաչափ բնույթ և հասնում է խոր աստիճանների (իմբեցիլություն և ապուշություն):

**Հիդրոցեֆալիա (ջրագլխություն):** Մտավոր հետամնացության այս տեսակը պայմանավորված է ուղեղի փորոքային համակարգում ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի քանակի շատացման հետևանքով ուղեղի փորոքային համակարգի և ենթաոստայնային (սուբարախնոիդալ) տարածությունների լայնացումով և օլիգոֆրենիայի տարբեր տեսակների դեպքում նկատվող ախտանշանաամալիոր է: Մի շարք դեպքերում հիդրոցեֆալիան հիմնական գործոն է, որը որոշում է հիվանդության ախտածնությունը, կլինիկական պատկերը և պրոցեսը, որն էլ հիմք է տալիս այն ընդունելու որպես օլիգոֆրենիայի հարաբերականորեն ինքնուրույն տեսակ:

**Կլինիկական պատկերը:** Հիդրոցեֆալիայի հիմնական ախտորոշիչ նշաններ են գլխի մեծ չափերը և փոփոխությունները ռենտգենյան պատկերի վրա՝ գանգի ոսկրերի բարակություն, կարերի հեռացում, մատնային ճնշումների ուժեղացում, գլխի մաշկի անոթների լայնացում: Հաճախ նկատվում են արտակնություն (էկզոֆթալմ)՝ ակնագոնդերի դեպի վեր շարժումների խանգարումով, ակնախաղ (նիստագմ), շլաչքություն: Հիդրոցեֆալիան հաճախ

ուղեկցվում է նյարդաբանական փոփոխություններով՝ պարալիչներով, պարեզներով, ջլային ռեֆլեքսների բարձրացմամբ, աչքի հատակում հաճախ հայտնաբերվում են կանգային երևույթներ և տեսողական նյարդերի երկրորդային ատրոֆիա:

Հիդրոցեֆալիայի դեպքում մտավոր հետամնացության աստիճանը սովորաբար համեմատական է հենց հիդրոցեֆալիայի աստիճանին և նրա ծանր հետևանքին՝ ուղեղակեղևի բարակելուն:

**Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը:** Հիդրոցեֆալիան ամենատարբեր պատճառագիտության՝ կլինիկորեն ուրվագծված համախտանիշի առավել վառ օրինակներից մեկն է: Հատկապես հաճախ հիդրոցեֆալիան ետծնոդյան մենինգոէնցեֆալիտների և գանգուղեղային վնասվածքների հետևանք է, այն հազվադեպ զարգանում է ներարգանդային շրջանում:

**Բուժումը և կանխարգելումը:** Բուժումն ուղղված է ներգանգային ճնշման փոքրացմանը: Նշանակում են օրամեզը (դիուրեզը) ուժեղացնող և ներգանգային ճնշումը իջեցնող պատրաստուկներ (դիակարբ, լագիքս, հիպոթիազիդ, գլիցերոլ և այլն):

**Արտածին բնույթով պայմանավորված մտավոր հետամնացության տեսակներ**

Պտղի և վաղ տարիքի երեխաների ուղեղի վնասում առաջացնող արտաքին միջավայրի գործոնները բազմազան են՝ հղիության ընթացքում մոր սնվելու խանգարումը, ներարգանդային վարակները և թունավորումները, մոր և երեխայի իմունաբանական անհամատեղելիությունը, պտղի հիպօքսիան և ծննդաբերական վնասվածքները, մենինգիտներն ու էնցեֆալիտները, գանգի հետծնոդյան վնասվածքները և այլն:

**Մտավոր հետամնացությունը բնածին սիֆիլիսի դեպքում:** Օլիգոֆրենիան այս դեպքում առաջանում է սաղմնավորման շրջանում՝ պտղի յուրահատուկ ախտահարման հետևանքով: Պտղի վարակումը սիֆիլիսով լինում է ընկերքի միջոցով, ավելի հաճախ հղիության առաջին կեսում մոր հիվանդության ժամանակ: Սպիրոխետները ինտենսիվորեն զարգանում են պտղի օրգանների հյուսվածքներում՝ ախտահարելով դրանք, ինչն էլ հաճախ հանգեցնում է մեռելածնության: Վարակված պտղի մահացությունը հասնում է 50%-ի:

**Կլինիկական պատկերը:** Մեծ տարիքում երեխաների ֆիզիկական վիճակին ընդհանուր թերզարգացածության հետ մեկտեղ բնորոշ են որոշակի առանձնահատկություններ՝ թամբածև քիթ, Գետչինսոնի եռյակ (վերին կտրիչ ատամների կիսալուսնաձև եզրեր, եղջերաբորբ (կերատիտ),

միջին ականջի ախտահարում): Նկատվում են նաև պերիօստիտ, ոսկրերի տափակացում և ծովածություն (թրածև սրունքներ):

Նյարդաբանորեն բնորոշ են բբային ախտանիշները (բբերը նեղ են, անհավասարաչափ՝ լույսի նկատմամբ թույլ և բացակայող ռեակցիաներով՝ Արջիլ-Ռոբերտսոնի ախտանիշ), գանգուղեղային նյարդերի և վերջույթների պարալիչներ և պարեզներ, ջլային ռեֆլեքսների թուլացում կամ բացակայություն, տիկանման, խորեանման և ատետոիդ շարժումներ: Կյանքի առաջին տարիներին կարող են նկատվել հաճախակի ցնցումային նոպաներ:

Հոգեկան թերզարգացածության աստիճանը բնածին սիֆիլիսի դեպքում տարբեր է, գերակշռում են թուլամտության խոր աստիճանները:

**Բուժումն** անցկացնում են՝ հաշվի առնելով հիվանդության բնույթն ու փուլերը: Նշանակում են հակամանրէային բուժում (անտիբիոտիկներ, բիսմութի պատրաստուկներ և այլն), ներծծվող ազդեցության պատրաստուկներ (հալվե, ՖիԲՍ), դեհիդրատացնող և խթանող միջոցներ:

**Մտավոր հետամնացությունը բնածին տոքսոպլազմոզի դեպքում:** Բնածին տոքսոպլազմոզի կլինիկական դրսևորումների առանձնահատկությունները պայմանավորված են ախտաբանական պրոցեսի ընթացքի բնույթի արտահայտվածության աստիճանով: Այն դեպքերում, երբ սուր և ենթասուր փուլերն ավարտվում են արգանդի ներսում, երեխան ծնվում է բնածին տոքսոպլազմոզով, որին բնորոշ են նյարդաբանական կոպիտ ախտանշանները և արտահայտված թուլամտությունը: Այդպիսի երեխաների շրջանում միկրոցեֆալիայի, հիդրոցեֆալիայի, սպաստիկ պարալիչների և ցնցումների հետ մեկտեղ նկատվում են բնորոշ ներզանգային կալցիֆիկատներ և տեսողական օրգանների ախտահարում:

Հոգեկան թերզարգացածությունը դրսևորվում է կյանքի առաջին ամիսներից սկսած և սովորաբար հասնում է իմբեցիլության և ապուշության աստիճանի:

**Բուժումը:** Բացի էթիոտրոպ թերապիայից, ցուցված են միջոցներ, որոնք մեծացնում են օրգանիզմի ինունաբանական ռեակտիվությունը, ինչպես նաև ապահովում են ախտանշանաբանական, ներծծողական, խթանող և վերականգնողական բուժման անցկացումը:

## ԳԼՈՒԽ 24

### ՄՏԱՎՈՐ ՀԵՏԱՄՆԱՑՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐ

---

Համաձայն «Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում-10»-ի՝ մտավոր հետամնացության սահմանային վիճակները (IQ–70-80 սահմաններում) որակավորված են որպես մտավոր սահմանային հետամնացություն:

Դրանք միջանկյալ տեղ են զբաղեցնում նորմայի և դեբիլության միջև: Որոշ մասնագետներ նշում են, որ այդ վիճակները ինքնուրույն խումբ են, մյուսներն առաջարկում են դրանք գնահատել որպես հոգեկան զարգացման ընթացքի դանդաղում կամ կանգ:

Սահմանային մտավոր հետամնացության պատճառները կարող են լինել ինչպես բնածին (բանականության թեթև անբավարարություն), այնպես էլ կարող են առաջանալ հետծննդյան շրջանում արտածին գործոնների ներգործման հետևանքով, այսինքն՝ կարող են դիտվել որպես զարգացման երկրորդային կանգ:

Նման գործոններ են գլխուղեղի օրգանական վաղ ախտահարման մնացորդային երևույթները, հոգեծին և սոցիալական ազդեցությունները, ինչպես նաև զգայարանների արատների հետևանքները, որոնց արդյունքում ուղեղը բավարար ինֆորմացիա չի ստանում՝ լիարժեք զարգացման համար:

Որոշ դեպքերում զարգացման կանգը կամ դանդաղումը պայմանավորված է մանկավարժական բարձիթողման, միկրոսոցիալական հանգամանքներով (որք երեխաներ, հոսպիտալիզմ, արտահայտված ցածր մշակութային մակարդակ ունեցող ընտանիքների երեխաներ՝ Մաուզլիի համախտանիշ): Այդ վիճակները երբեմն կարող են ենթարկվել հետզարգացման, այլ դեպքերում բանականության կանգը կարող է լինել բավական կայուն:

Սահմանային մտավոր հետամնացության հիմքում դիզոնտոգենեզն է (հոգեկան ֆունկցիաների անհավասար զարգացում): Կլինիկական պատկերը պայմանավորված է նրանով, թե երեխայի զարգացման որ փուլում է կատարվել վնասումը:

Հոգեկան զարգացման կանգի տարածվածությունը ընդհանուր հոգեկան հիվանդացության կազմում 8 -10% է:

Հոգեկան զարգացման կանգի դրսևորումները արտահայտվում են հոգեկան տարբեր ոլորտների զարգացման դանդաղումով՝ շարժողական, ճանաչողական, հուզականային, խոսքի, և ախտորոշվում են: Այդ խանգա-

րումներն ախտորոշվում են վաղ տարիքից՝ պայմանավորված գլխուղեղի համապատասխան կենտրոնների զարգացման դանդաղեցմամբ: Խանգարումներն արտահայտվում են մասնակի (պարցիալ), երբ առաջնային է որևէ ֆունկցիայի թերզարգացումը (դիսլալիա, դիսպրակսիա, ալալիա և այլն): Եթե 3 տարեկանից պսիխոմոտոր զարգացման կանգը սկսում է չենթարկվել հետզարգացման (ռեդուկցիա), ապա ի հայտ են գալիս խոսակցական ֆունկցիաների թերզարգացում, ճանաչողական և խոսքային պրոցեսների անբավարարություն, տարիքային պահվածքի ձևավորման բացակայություն:

Սահմանային մտավոր հետամնացության առավել բնորոշ կլինիկական հատկանիշներն են՝

1) հիմնական պսիխոֆիզիոլոգիական ֆունկցիաների (լոկոմոտոր, խոսք, ինքնասպասարկում և այլն) զարգացման ուշացում,

2) հուզական անհասություն, հետաքրքրությունների պարզունակություն, ինքնահսկման թուլություն,

3) հոգեկան գործունեության տեսակների անհամաչափ (պարցիալ) զարգացում,

4) զարգացման կանգի մեծամասնությամբ ժամանակավոր բնույթ, որը վկայում է գլխուղեղում օրգանական կոպիտ փոփոխությունների բացակայության մասին:

Ձարգացման կանգի կլինիկական պատկերը պայմանավորված չէ պատճառային գործոնով, իսկ ինտելեկտի քանակական գնահատականը անբավարար է, քանի որ չի արտացոլում այդ վիճակների որակական բոլոր յուրահատկությունները, մասնավորապես անհամաչափ զարգացման կամ մասնակի դեֆեկտի դեպքում:

Մտավոր հետամնացության սահմանային վիճակների բուժումը և կանխարգելումը հիմնականում համապատասխանում են այն միջոցառումներին, որոնք անցկացվում են մտավոր հետամնացության դեպքում:

Կանխատեսումը որոշելու հարցում մեծ նշանակություն ունեն առաջացման պատճառները և ձեռնարկվող բուժման կավարժական կարգավորման (կորեկցիայի) միջոցառումները:

## ԳԼՈՒԽ 25

### ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Մանկական հոգեբուժությունը, լինելով ընդհանուր հոգեբուժության մի մասը, ունի իր առանձնահատկությունները, որոնք պայմանավորված են աճի գործոնով:

Միաժամանակ մանկական տարիքի հոգեբուժության առանձնահատկությունները դրսևորվում են ոչ միայն տվյալ տարիքային խմբում: Ինչպես ցույց է տալիս ամենօրյա կլինիկական փորձը, շատ հոգեկան հիվանդություններ, որոնք նկատվում են հասուն տարիքում, սկիզբ են առնում զարգացման ավելի վաղ փուլերում:

#### ՈՉ ՊՍԻԽՈՏԻԿ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՆԵՎՐՈՋՆԵՐ

Ներդրման ուսումնասիրությունը մանուկների և դեռահասների շրջանում պետք է անցկացվեն կլինիկա-դինամիկ ուղղվածությամբ, քանի որ տարիքային գործոնը զգալիորեն ազդում է ինչպես առանձին ներդրման համախտանիշների, այնպես էլ ամբողջությամբ վերցրած ներդրման կլինիկական ձևավորման վրա:

Կրտսեր տարիքին բնորոշ են համակարգային կամ միախտանիշ (մոնոսիմպտոմ) ներդրումներ: Դրանցից են ներդրման կակազությունը, ներդրման տիկերը, ներդրման էնուրեզը և էնկոպրեզը, ներդրման անոռեքսիան (մարսողության սոմատովեգետատիվ խանգարում) և ախտաբանական սովորական գործողությունները՝ օնիխոֆագիան (եղնգակրծումը), տրիխոտիլոմանիան (մազերը պոկելը), մանկական օնանիզմը և այլն: Մինչև 4 տարեկան հասակը առավել հաճախ հանդիպում է մանկական ներդրման փայլի համախտանիշը (մանկական նյարդայնություն), որի կլինիկական պատկերում գերակշռում են ընդհանուր նյարդայնությունը, գրգռվածությունը, քնի խանգարումը, սոմատովեգետատիվ ռեակցիաների առատությունը (մարսողության դժվարություններ, ործկում, նողկանք, փսխում): Այս համախտանիշի շրջանակներում կարող են նկատվել աֆեկտ-ռեսպիրատոր ցնցումներ, մանկական օնանիզմ, որը չունի գիտակցված էրոտիկ բաղադրիչ, սովորական գործողություններ (ստերեոտիպիաներ):

Ինչպես նշվեց, նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքին բնորոշ են մոնոսիմպտոմ ներդրումները:

Ներոտիկ էնուրեզը (անմիզապահություն) հարաբերականորեն հաճախ հանդիպող հիվանդություն է: Կլինիկական դրսևորումներն ընդգրկում են քնի խանգարումներ (ախտաբանական խոր քուն) և հատկապես գիշերային էնուրեզ՝ առնվազն շաբաթը մեկ անգամ հաճախականությամբ: Այս վիճակը անհրաժեշտ է տարբերակել ներդրումային էնուրեզից, որը պայմանավորված է միզասեռական համակարգում օրգանական փոփոխություններով, օրինակ՝ «սպինա բիֆիդա»: Մինչև 4 տարեկանը էնուրեզը կարող է դիտվել որպես ֆիզիոլոգիական երևույթ, պայմանավորված նրանով, որ չեն ձևավորվել ինքնասպասարկման հմտությունները:

Էնկոպրեզը ականա դեֆեկացիան է ցերեկային կամ գիշերային ժամերին, հազվադեպ է, քան էնուրեզը:

Տիկերը միավորում են տարբեր ստերեոտիպային ականա շարժումներ՝ գերազանցապես պայմանավորված միմիկայի (դիմախաղի) մկաններով: Բուն ներոտիկ տիկերը նկատվում են գլխավորապես հոգեվնասող հուզական նշանակալի իրավիճակների դեպքում, և հոգեվնասող գործոնի հետ կապի հայտնաբերումը դառնում է կարևոր ախտորոշիչ-տարբերակիչ չափանիշ: Ներոտիկ տիկերը անհրաժեշտ է տարբերակել ռեմատիկ խորեայի դեպքում առկա տիկերից և գեներալիզացված տիկերից (ժիլ դե լա Տուրետի հիվանդություն), որոնց հիմքում առկա են ուղեղում կենսաքիմիական պրոցեսների խանգարումները (կատեխոլամինների գերարտադրություն):

Ներոտիկ կակազությանը բնորոշ են խոսքի տեմպի, սահունության և ռիթմի խանգարմամբ արտահայտվող խոսքի խանգարումները, որոնք պայմանավորված են սուր (վախ) կամ քրոնիկական հոգեվնասող գործոնով: Տարբերակիչ ախտորոշման, ինչպես նաև ախտանշանության ծանրացումը հուզական ծանրաբեռնվածությունների դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել այդ կապը: Օրգանական ախտահարումով պայմանավորված դիսլալիայի դեպքում այդ կապը բացակայում է:

Օնիխոֆագիան, տրիխոտիլոմանիան և մատ ծծելը նկատվում են հուզական զարգացման օրալ փուլի ռետարդացիայի դեպքում: Երեխային կրծքից և ծծակից կտրելու սկզբնական փուլում մատ ծծելը կամ եղունգ կրծելը կարող է դիտվել որպես ֆիզիոլոգիական երևույթ, սակայն ավագ նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքից այդ գործողությունները կրում են ախտաբանական բնույթ:

Ներդրումները և ներոտիկ համախտանիշները բնորոշ են առաջին տարիքային կրիզներին: Այդ վիճակների հետագա դիմամիկան բուժվերականգնողական միջոցառումները ճիշտ կազմակերպելու դեպքում ավարտվում է

դրական արդյունքով: Մինչդեռ որոշ դեպքերում մոնոսիմպտոմները փոխակերպվում են բազմաձև ներոտիկ վիճակների:

Դրանց են պատկանում ուշադրության խանգարումները, դպրոցական ֆոբիան, գիշերային վախերը, օբսեսիաները, ասթենո-դեպրեսիվ վիճակները:

Դպրոցական տարիքին բնորոշ են վարքի խանգարումները, որոնց հիմքում կարելի է հայտնաբերել մի շարք ոչ պսիխոտիկ ախտանիշներ: Առավել հաճախ հանդիպող ձևը ուշադրության պակասն է, որը հանգեցնում է հիպերդինամիկ տիպի վարքի խանգարումների: Հիպերդինամիկ համախտանիշի շրջանակներում հայտնաբերվում են իմպուլսիվություն, շարժողական ապարգելակում, շեղում, խիստ հոգնածություն: Այդ վիճակները բնորոշ են ցածր դասարանների երեխաներին և հաճախ հանդիպում են տղաների շրջանում: Գերակտիվության համախտանիշով երեխաների վերհուշում հաճախ նշվում են արտածին-օրգանական վնասումներ, սակայն դրանց ազդեցությունը գլխուղեղի վրա սովորաբար զգալի չէ, այդ պատճառով շատ մասնագետներ նշում են «նվազագույն ուղեղային դիսֆունկցիայի» կամ «գլխուղեղի թեթև ախտահարման համախտանիշի» մասին: Հիպերդինամիկ տիպի վարքի խանգարումները ոչ սոցիալական բնույթ ունեն և ազդում են հիմնականում դպրոցականի առաջադիմության վրա:

Հաջորդը, ըստ նշանակության, դպրոցական ֆոբիան է, որը կլինիկորեն բնորոշվում է դպրոց հաճախելուց հրաժարվելով: Այդ վիճակի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ դպրոցական ֆոբիայի հիմքում սովորաբար ծնողներից բաժանվելու վախն է: Այս ներոտիկ վիճակը սովորաբար հանդիպում է տազնապային-կասկածամիտ բնավորությամբ երեխաների շրջանում:

Գիշերային վախերը առաջանում են սովորաբար այն երեխաների շրջանում, ովքեր խիստ տպավորվող են և խոցելի: Այդ վիճակներին սովորաբար նախորդում են հոգեվնասող գործոնները:

Կլինիկական դրսևորումները. սովորաբար քնելուց 1-2 ժամ անց նկատվում է հանկարծակի ոչ ամբողջական արթնացում լացով, չնպատակաուղղված քառսային շարժումներով: Աչքերը լայն բացված են ու անշարժ («թափանցող հայացք»): Նկատվում է դեմքի կարմրություն (ի տարբերություն պարօքսիզմալ էպիլեպտանման վիճակների): Գիշերային վախերը անհրաժեշտ է տարբերակել էպիլեպսիայից: Ընդհանուր առմամբ որքան փոքր է երեխան, այնքան վախերն ավելի մոտ են ֆիզիոլոգիականներին, քանի որ վախը ամենավաղ համընդհանուր պաշտպանական ռեակցիան է, որը սերտորեն կապված է ինքնապաշտպանության բնագղի հետ: Մանկա-

կան և դեռահասային տարիքի ներողների դեպքում վախճան ընդգրկված է ցանկացած ներողի համախտանիշի կառուցվածքի մեջ:

Օբսեսիվ ներող (կաշուն վիճակների ներող) երեխաների շրջանում սովորաբար նկատվում է ավագ դպրոցական տարիքում: Ենթադրվում է, որ այդ ներողը զարգանում է 10 տարեկանից ոչ շուտ: Սովորաբար առաջանում է ասթենո-դեպրեսիվ վիճակների զուգակցմամբ և, ի տարբերություն համանման օբսեսիվ-ֆոբիկ ներողի մեծահասակների շրջանում, արագ բարդանում է տարբեր ծիսակարգերով:

Երեխաների շրջանում հոգեախտաբանական խանգարումների մեջ ակնառու են սոմատիզացված խանգարումները, վարքային և հուզական խանգարումները, որոնք առաջանում են մանկական և դեռահասային տարիքում. դրանք հաճախ «դեպրեսիաների դիմակներ» են: Դրանցից են նաև հիպերկինետիկ խանգարումները, վարքի և հույզերի համակցված խանգարումները, վարքի դեպրեսիվ խանգարումները, վարքի և հույզերի այլ համակցված խանգարումները: Մանկական տարիքին յուրահատուկ հուզական խանգարումներից անհրաժեշտ է նշել մանկական հոգեծին (պսիխոզեն) դեպրեսիաները, որոնք դրսևորվում են դեպրեսիայի համարժեքը հանդիսացող տագնապով: Տարբերակված են տագնապային խանգարումները՝ պայմանավորված մանկական տարիքում ծնողներից բաժանվելու հանգամանքով, մանկական տարիքի ֆոբիկ-տագնապային խանգարումները, մանկական տարիքի սոցիալական տագնապային խանգարումները, անոմալ բացասական զգացումը՝ հաջորդող կրտսեր սիբլինգի նկատմամբ (եղբայր, քույր)՝ երեխաների սիբլինգային դեպրեսիա:

## **ԴԵՈՒՅԱՍԱՅԻՆ ՏԱՐԻՔԻՆ ԲՆՈՐՈՇ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԸ**

Ինչպես վերը նշված էր, վարքը ձևավորող և դեռահասաների անձի կայացման ճգնաժամային շատ կարևոր գործոն է պատանեկան հիպերսեքսուալության և մարմնի կոնֆիգուրացիայի (ուրվանկարի, ընդհանուր տեսքի) փոփոխության միջև հոգեբանական հակամարտությունը, որը հանգեցնում է դեռահասի՝ իր արտաքինի հանդեպ ուշադրության կենտրոնացմանը և ընկած է դեռահասային տարիքին հատուկ երկու հոգեախտաբանական համախտանիշների՝ դիսմորֆոֆոբիայի և անոռեքսիայի ձևավորման հիմքում:

**Դիսմորֆոֆոբիան** կամ դրա զառանցական տարբերակը՝ **դիսմորֆոմանիան**, սովորաբար նկատվում են պուբերտատի բացասական (նեգատիվ) փուլում երբ, առկա է իրենում ինչ-որ ֆիզիկական թերության ախտաբա-

նական համոզվածություն: Հիվանդը վախենում է, թե մարդիկ նկատում են իր թերությունները, քննադատում են իրեն, ծաղրում են, ծիծաղում են: Այս համախտանիշին բնորոշ է նախանշանների երրորդություն՝ ֆիզիկական անլիարժեքության մտքերը, վերաբերման մտքերը, ընկճված տրամադրությունը: Դիսմորֆոֆոբիայով դեռահասները սովորաբար թաքցնում են իրենց ապրումները և հակված են դեպի դիսսիմուլյացիան: Այդ ապրումների առկայության մասին են վկայում դիսմորֆոֆոբիայի այնպիսի յուրահատուկ ախտանշաններ, ինչպիսիք են «հայելու ախտանիշը» (Աբելի ախտանիշ) և «լուսանկարի ախտանիշը» (Կորկինայի ախտանիշ):

«Լուսանկարի ախտանիշի» էությունը լուսանկարվելուց կտրակաճապես հրաժարվելն է, որպեսզի «չհավերժացնի սեփական այլանդակությունը» (բացասական տարբերակ), կամ, օրինակ, անձնագիր ստանալիս դեռահասը բազմիցս լուսանկարվում է, որից հետո ընտրում է առավել հաջողը, որում «չի երևում թերությունը» (դրական տարբերակ):

Նյարդային անոռեքսիան հոգեմարմնական խանգարում է և հանդիպում է գերազանցապես աղջիկների շրջանում դեռահասային տարիքում: Բնորոշ է ախտանշանների երրորդությունը՝ սննդից հրաժարվելը, զգալի նիհարելը, դաշտանադադարը (ամենորեա):

### **ՊՍԻԽՈՏԻԿ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Ըստ տարբեր մասնագետների՝ երեխաների և դեռահասների շրջանում պսիխոտիկ վիճակները բոլոր հոգեկան խանգարումների շուրջ 15% են, ընդ որում, այս ցուցանիշը աճում է տարիքին ուղիղ համեմատական (մինչև 7-8 տարեկան երեխաների դեպքում պսիխոզներով հիվանդացությունը 5%-ից ոչ ավելի է): Այսպիսով, կարելի է նշել, որ ինչքան փոքր է երեխայի տարիքը, այնքան փոքր է պսիխոզով հիվանդացության հավանականությունը:

Առաջին տարիքային կրիզների համար պսիխոզների կլինիկական պատկերում բնորոշ են փոքր արտահայտվածությունը և հոգեախտաբանական դրսևորումների միօրինակությունը, որը պայմանավորված է այդ տարիքային կատեգորիայում հոգեկանի պաշարների սահմանափակությամբ: Սրանով է բացատրվում բացասական ախտանշաբանության գերակշռումը: Ավելի մեծ, հատկապես պուբերտատային տարիքում պրոդուկտիվ ախտանշաբանություն է գերակշռում է (ցնորքներ, զառանցանքներ), դառնալով ավելի բազմաձև:

## ՇԻՋՈՖՐԵՆԻԱ

Հոգեախտաբանական դրսևորումների սքոդվածությամբ պայմանավորված՝ մանկական տարիքում դժվար է առանձնացնել շիզոֆրենիայի տեսակները: Տիպիկ դեպքերում մանկական շիզոֆրենիան բնորոշվում է ոչ հստակ սկիզբով և անընդհատ դանդաղ ընթացքով: Կլինիկական պատկերում գերակշռում են վարքի և մտածողության աստիճանաբար աճող փոփոխությունները:

Վարքը բնորոշվում է անմիտ իմպուլսիվ արարքների առատությամբ, ընդ որում, կորչում է մանկական կենսուրախությունը և անմիջականությունը, կորչում է կապը իրականության հետ, թուլանում են շփումները հարազատների և մտերիմների հետ: Մտածողության մեջ աճում է աուտիմը, խախտվում է հոգեկան ֆունկցիաների միասնականությունը: Շատ բնորոշ են ձգտումների յուրահատուկ ուղղվածությունը, հուզական դրսևորումների միապաղաղությունը և սահմանափակվածությունը:

## ԱՂԱՎԱՂՎԱԾ (ՊԵՐՎԱԶԻՎ) ԶԱՐԳԱՑՄԱՄԲ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

*Աուտիստական խանգարումներ, Կանների համախտանիշ, Ասպերգերի աուտիստային պսիխոպաթիա, մանկական դեզինտեգրատիվ պսիխոզ: Վաղ մանկական աուտիզմ*

«Աուտիստական մտածողություն» տերմինը հոգեբուժության մեջ է ներմուծվել է. Բլեյլերի կողմից: Ըստ նրա՝ այդ ախտանիշը շիզոֆրենիայի հիմնական ախտանիշներից մեկն էր: Աուտիստական մտածողություն ասելով ենթադրվում էր յուրօրինակ ախտաբանական, իրականությունից անջատված սուբյեկտիվ մտածողություն, որը փոխում է հիվանդների հուզականությունն ու վարքը:

Կարևոր է աուտիստական մտածողությունը՝ որպես մտածողության ախտաբանության տարատեսակներից մեկը, տարբերակել մանկական աուտիզմից՝ որպես առանձին նոզոլոգիա: Անհրաժեշտ է նաև որպես յուրահատուկ նոզոլոգիա մանկական աուտիզմը տարբերակել մարմնակազմությամբ պայմանավորված բնավորության «աուտիստական» գծերից: Վերջիններս գործնականորեն առնչություն չունեն հոգեկան հիվանդությունների հետ և չափազանց արտահայտված տարբերակներով հարում են միայն շիզոֆրենիայի պսիխոպաթիային:

Սկզբում Լ. Կանները ենթադրում էր, որ մանկական աուտիզմը կենսաբանական դետերմինացված հատուկ վիճակ է և դրանով իսկ այն մոտեցնում էր կոնստիտուցիոնալին, բնածինին: Մինչդեռ իր հետագա աշխատանք-

ներում, մասնավորապես «Նոգոլոգիաներ և պսիխոդինամիկա» հրապարակման մեջ նա նշել է, որ մանկական աուտիզմը կարող է լինել շիզոֆրենիայի տարբերակներից մեկը:

Մանկական աուտիզմի մասին սկզբնական պատկերացումները՝ որպես մանկական շիզոֆրենիայի տարատեսակներից մեկը, փոխվեցին:

Ըստ ժամանակակից պատկերացումների՝ վաղ մանկական աուտիզմը դիտվում է որպես կլինիկական հարաբերականորեն ուրվագծված նոգոլոգիա, որի հիմքում հոգեկանի աններդաշնակ աղավաղված զարգացումն է. հիմնականում տուժում են հաղորդակցային սոցիալական ֆունկցիաները՝ ինտելեկտի ձևական պահպանումով կամ մտավոր հետամնացությամբ:

**Կլինիկական պատկերը:** Մանկական աուտիզմի վաղ դրսևորումները կարող են նկատվել կյանքի առաջին տարում՝ հայացքով շփման մեջ մտնելու բացակայություն, մոր հետ շփվելու ձգտման բացակայություն, կենսուրախության բացակայություն, սովորական իրավիճակի փոփոխության և աղմուկի նկատմամբ վախ, սիմվոլիկ խաղերի ցանկության բացակայություն, շրջապատի տրամադրությունն զգալու անընդունակություն: Առաջին և երկրորդ տարիքային ճգնաժամերի (կրիզների) միջև ընկած հատվածում նշված ախտանիշներին ավելանում են շարժողական և խոսքաշարժողական խանգարումները, էխոլալիան, շինծու ընդհատված խոսքը, ստերեոտիպ շարժումները: Խաղային ակտիվությունը այս տարիքային շրջանին բնորոշ կառուցողականություն չունի: Խաղերը աննպատակ, ստերեոտիպ-մոնոտոն բնույթի են, խաղալիքները մերժվում են և դրանց փոխարեն գործածվում են ոչ խաղային առարկաներ (գործվածքի կտոր, պոլիէթիլենային տոպրակ, շինարարական թափոն և այլն): Խոսքային շփումը գործնականորեն բացակայում է կամ շատ ձևական բնույթ ունի (մետաղական ձայնով կարճ արտահայտություններ):

Վաղ մանկական աուտիզմով երեխաների վարքը հաճախ դրսևորվում է դպրոցում. ձևական ջանասեր վարք ցուցաբերելով՝ նրանք կտրականապես հրաժարվում են բանավոր դաս պատասխանելուց, պատասխանում են միայն գրավոր:

Ի տարբերություն վաղ մանկական աուտիզմի՝ **Ասպերգերի աուտիստային պսիխոպաթիան** իր դրսևորումներում շատ բանով հիշեցնում է վաղ մանկական աուտիզմը, մինչդեռ ի տարբերություն վերջինիս՝ պայմանավորված չէ զարգացման ախտաբանությամբ, այլ ուղեղի ճակատալիմբիկ գոյացությունների կոնստիտուցիոնալ անոմալիայով: Ասպերգերի համախտանիշով երեխաների ծնողների և հարազատների մեջ հաճախ հայտնաբերվում են քիչ հաղորդակցվող, լռակյաց, հուզականորեն սառը անձնավորություններ: Բնական է, որ մանկական հասակում պսիխոպաթիա ախտո-

րոշելը պայմանական է, տվյալ դեպքում խոսքը բնավորության փոփոխման փուլերի զգալի թափանցումն է: Տարբերակիչ փոփոխումները ծագում են կյանքի առաջին տարիներին: Երեք տարեկանից սկսած՝ փոփոխումները հեշտանում է, քանի որ, ի տարբերություն վաղ մանկական աուտիզմի, այս դեպքում մտավոր հետամնացություն, էխոլալիա, խաղերի ոչ կառուցողական բնույթ չի նկատվում: Դեռահասների շրջանում այս երեխաներն ավելի ու ավելի են հիշեցնում շիզոֆրենիայի պսիխոպաթիայով անձանց: Նրանց շրջանում սովորաբար նկատվում են միակողմանի շահեր և նախասիրություններ, որոնք նրանք աշխատում են թաքցնել: Արտաքինապես ինքնամոկո, անմարդանոտ են, ունեն ներքին հարուստ երևակայություն: Ասպերգերի համախտանիշով դեռահասները ընդհանուր առմամբ լավ են ադապտացված, մինչդեռ սոցիալական ակտիվություն ցուցաբերելու անհրաժեշտության դեպքում նրանք դառնում են կատարյալ անօգնական:

**«Դեզինտեգրատիվ պսիխոզ»** տերմինը հոգեբուժության մեջ ներմուծվել է ավստրիացի հոգեբույժ Յուլիուս Կոլմերի կողմից: Իր աշխատության մեջ նա արտահայտում է նոր դրույթ: Նրա կարծիքով երեխայի զարգացման որոշակի ժամանակահատվածներում հոգեկան ֆունկցիաները սկսում են գործել համագործակցաբար (ինտեգրվում են), որը տվյալ տարիքային փուլում նպաստում է հմտություններ ձեռքբերելուն և երեխայի հարմարվելուն: Ուսումնասիրելով երեխաների շրջանում առաջացող պսիխոզները՝ Յուլիուսն առանձնացրեց արդեն ձեռք բերած հմտությունների վաղ կորստով կրտսեր տարիքի երեխաներին և այդ վիճակն անվանեց «պսիխիկայի դեզինտեգրացիա»: Դեզինտեգրացիոն պսիխոզի տարբերակող առանձնահատկությունն այն է, որ հիվանդությանը հաճախ նախորդում է խոսքի հմտության և այլ ունակությունների վաղ ձեռքբերումով ժամանակից շուտ զարգացումը (վունդերկինդ) սովորաբար 1-1,5 տարեկանում:

Հիվանդությունն սկսվում է 2-3 տարեկանում: Տիպիկ դեպքերում հուզականության և վարքի փոփոխությունների հետ մեկտող կատարվում է ձեռք բերած հմտությունների պրոգրեսիվող կորուստ: Ի տարբերություն Կանների համախտանիշի (վաղ մանկական աուտիզմ)՝ դեզինտեգրատիվ պսիխոզը բնորոշվում է ընթացքի չարորակությամբ և անբարեհաջող ելքով: Սկսվելուց 1-3 ամիս անց նկատվում է խոսքի ռեգրեսիա, հմտությունների և իրականության հետ շփումների կորուստ և կլինիկական պատկերը ավելի ու ավելի է հիշեցնում օլիգոֆրենիայի տորպիդ ձևը:

Այսպիսին են համախտանիշները ու հիվանդությունները, որոնք պայմանավորված են աղավաղված հոգեկան զարգացմամբ: Հոգեկան ֆունկցիաների դիսֆունկցիան, որը նկատվում է այս դեպքերում, շատ բանով

հիշեցնում է շիզոֆրենիայի աուտիկ դրսևորումները: Մինչդեռ դինամիկայի և կլինիկական դրսևորումների մանրամասն ուսումնասիրությունը հնարավորություն է տալիս առանձնացնելու ախտորոշիչ-տարբերակիչ չափանիշներ: Դրանցից են օնտոգենեզի վաղ փուլերում մասնակի թերհասության առաջնայնությունը, պրոգրեդիենտության բացակայությունը, վարքի կանխատեսելիությունը՝ ի հակադրություն շիզոֆրենիայով հիվանդների ամբիտենդենցիայի, անսպասելի արարքների, վերբալ շփումների դժվարությունները հեշտացնող շարժողական ստերեոտիպերի պաշտպանական բնույթը՝ ի տարբերություն շիզոֆրենիայի դեպքում ռեգրեսիվ կատատոնիկ ստերեոտիպերի:

## ԶԻՆՎՈՐԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴԻԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐ

---

Հոգեբուժության և զինվորական բժշկության բաժիններից է զինվորական հոգեբուժությունը, որն ուսումնասիրում է զինծառայողների հոգեկան խանգարումների կլինիկայի և դինամիկայի առանձնահատկությունները պատերազմի և խաղաղ ժամանակ, դրանց առաջացման պատճառներն ու պայմանները, բուժման և կանխարգելման մեթոդները: Զինվորական հոգեբուժությունը մշակում է հոգեկան խանգարումներով զինծառայողների բժշկական զննմանը կից ռազմաբժշկական փորձաքննության չափանիշները: Այդ ծառայության շրջանակներում հետազոտությունների կարևոր ուղղություն են պսիխոհիգիենիկ և պսիխոպրոֆիլակտիկ աշխատանքների կազմակերպումը զինվորների շրջանում, հոգեբուժական օգնության կազմակերպչական ձևերի և համապատասխան ուղղվածության զինվորական բժշկական հիմնարկությունների անհրաժեշտ հագեցվածության կատարելագործումը, պատերազմի ժամանակ հոգեբուժական ուղղվածության սանիտարական կորուստների ուսումնասիրումը և զինծառայողների այդ կատեգորիային բժշկական օգնության ցուցաբերումը:

Խաղաղ ժամանակ տարբեր պետությունների զինված ուժերում հոգեկան խանգարումներով հիվանդացությունը ավելի ցածր է, քան քաղաքացիական ազգաբնակչության մեջ: Դա պայմանավորված է նրանով, որ բանակ գալիս են մարմնական և հոգեկան առունով առողջ մարդիկ: Բացի դրանից, անձնակազմի տարիքային կառուցվածքը բացառում է ուշ տարիքի պսիխոզների, մասամբ անոթային և որոշ այլ հոգեկան հիվանդությունների առաջացումը: Դրա հետ մեկտեղ զինվորական ծառայության ժամը պայմանները նպաստում են հիվանդագին վիճակներով անձանց հայտնաբերմանը, որոնք ունեն անձի խանգարումներ, մտավոր հետամնացություն, նախկինում տարած գանգուղեղային վնասվածքների և նեյրոինֆեկցիաների հեռավոր հետևանքներ: Այս ամենը քաղաքացիական կյանքի պայմաններում հաճախ լիարժեք փոխհատուցված է լինում:

Կենսագործունեության հատուկ պայմաններին հարմարվելու անհրաժեշտությունը, չափանիշների բազմազանությանը և ապարատների ու սարքերի աշխատանքի կանոնակարգերին հոգեկան գործընթացների համապա-

տասխանության պահանջը առաջ քաշեցին հոգեվիճակի հուսալիության խնդիրը, որը շատ կարևոր է նաև զինվորական հոգեբուժության համար:

Ձինժառայողի հոգեկան առողջության պահպանության ծրագիրը կարող է արդյունավետ լինել միայն այն դեպքում, եթե նա ոչ միայն զինվորական բժշկի, այլև հրամանատարի, դաստիարակչական աշխատանքների գծով նրա տեղակալի, զինվորական հոգեբանի, իրավաբանի ուշադրության կենտրոնում է: Ձինվորական բժշկից պահանջվում են զգալի ջանքեր՝ պսիխոհիգիենիկ և պսիխոպրոֆիլակտիկ աշխատանքներ անցկացնելու համար, որոնց կատարելագործման անհրաժեշտությունը՝ որպես բանակի մարտունակության կարևորագույն գործոն, կանխորոշվում է զինժառայողների հոգեկան առողջության հարցերի գերակայության աճով:

Ձինվորական ծառայությունը անխուսափելիորեն ուղեկցվում է հոգեկան և ֆիզիկական զգալի ծանրաբեռնվածություններով: Կանոնակարգված վարքի օրակարգը, բարձր պատասխանատվությունը, անսովոր բնակավայրը և մի շարք այլ գործոններ, որոնք բխում են զինվորական ծառայության յուրահատկություններից, մի շարք խնդիրներ են առաջադրում զինժառայողների հոգեկան առողջության վիճակի վերաբերյալ: Հոգեկան ախտաբանության ձևավորման գործում էլ ավելի հզոր նախադրյալներ են առաջանում մարտական իրավիճակի, խոշոր աղետների, վթարային իրավիճակների պայմաններում: Ընդ որում, բարդ և բազմազան ախտածին գործոնները ոչ միայն հաճախացնում և բարդացնում են հոգեկան խանգարումները, այլև ծնում են անսովոր հոգեախտաբանական պատկերներ:

Հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման խնդիրները լուծելուց, բուժելուց և փորձաքննությունից բացի, զինվորական հոգեբուժությունը ուղղված է հոգեկան խանգարումների առաջացման բարձր ռիսկայնություն ունեցող զինժառայողների բացահայտմանը, հոգեկան դիզադապտացիայի նախաախտաբանական վիճակների ժամանակին շտկմանը և անձնակազմում արտակարգ պատահարների կանխմանը: Արտակարգ (էքստրեմալ) պայմաններում հոգեկան գործունեության շեղումների տարածվածությունը հաճախ զգալի չափեր է ընդունում և դրանով իսկ պայմանավորում զորքի մարտունակության նշանակալի թուլացումը: Հոգեբուժական կորուստների նվազումը, զինժառայողների հոգեկան առողջության պահպանումը հնարավոր է միայն կազմակերպված, արդյունավետ կերպով գործող հոգեբուժական օգնության համակարգի դեպքում: Այդ համակարգի գործունեության, հոգեկան խանգարումների սկզբնական դրսևորումների բացահայտման և տուժածներին առաջին օգնություն ցուցաբերելու հարցերում կարևոր դերը զորքային բժշկական ծառայությանն է:

## ՄԱՐՏԱԿԱՆ ՍՔՐԵՍԱՅԻՆ ԽԱՆՊԱՐՈՒՄՆԵՐ

Պատերազմը մշտապես ավելացնում է հոգեկան խանգարումների քանակը, քանի որ պատերազմական պայմանները նպաստում են ոչ միայն նախատրամադրվածությանը պայմանավորված հիվանդագին վիճակների զարգացմանն ու դրսևորմանը, դեկոմպենսացիային: Այդ պայմաններում հոգեկան խանգարումների կլինիկական պատկերը արտացոլում է հոգեծին, մարմնածին, իրավիճակային և այլ հատկանիշեր: Հարկ է նշել, որ զինվորական հետսքրեսային հոգեկան ախտահարումը կարող է դրսևորվել նույնիսկ ամիսներ անց՝ ախտորոշվելով որպես հետվնասվածքային սքրեսային խանգարում:

Մարտական սքրեսային խանգարումներն ընդգրկում են հոգեկան գործունեության խաթարման լայն սահմաններ՝ նախաախտաբանական մակարդակի կարճատև ռեակցիաներից մինչև նոզոլոգիապես կազմավորված կայուն հիվանդագին պրոցեսները:

Տարածվածությունը: Մարտական հոգեկան վնասվածքը բանակում 3-4 անգամ մեծացնում է հոգեկան հիվանդացությունը և 10-50%-ով թուլացնում զինված ուժերի մարտունակությունը: Տարբեր պատերազմների և տարբեր զորքերի վիճակագրությամբ հոգեկան կորուստները պատերազմական գործողությունների թատերաբեմում (ՊԳԹ) կազմում են զորքի քանակի 6,6-12,7%-ը, և մինչև 30%՝ սանիտարական կորուստների ընդհանուր քանակից:

Հոգեծին (պսիխոզեն), արտածին (էկզոզեն), մարմնածին (սոմատոզեն) գործոնների հանրագումարը և բազմաչափ ազդեցությունների բարձր տեմպը և կրկնելիությունը պայմանավորում են հոգեկան խանգարումների բազմապատճառագիտական բնույթը, կլինիկական պատկերի յուրահատկությունը: Շատ դեպքերում այն միաժամանակ պարունակում է այնպիսի գծեր, որոնք բնորոշ են և՛ հոգեծին, և՛ էնդոֆորմ հիվանդություններին, և՛ էկզոզեն տիպի ռեակցիաներին:

### Կլինիկական պատկերը

*Մարտական գործողությունների սկզբնական շրջանի* մարտական սքրեսային խանգարումներին բնորոշ են հուզական անկայունությունը (լաբիլություն) և գերզգայությունը (հիպերէսթեզիան), տրամադրության կտրուկ տատանումները, տարբեր վեգետատիվ-անոթային ախտանշանները: Այդ զուգակցմամբ կարող են զարգանալ տագնապային-օբսեսիվ և ասթենո-դեպրեսիվ, հազվադեպ՝ հիստերիկ նկրոտիկ ռեակցիաներ: Հազվադեպ չեն վարքային խանգարումները՝ հեռացումը զորամասի տարածքից,

ինքնասպանության (սուիցիդ) փորձը, անդամավնասումը, պսիխոակտիվ նյութի չարաշահումը: ՊԳԹ-ի պայմաններում առաջին շաբաթների կամ ամիսների ընթացքում զարգացող սթրեսային խանգարումները բնավորության տազնապային-ասթենիկ գծերով զինծառայողների շրջանում հաճախ ձգձգվում են: Մինչդեռ սովորական միջավայր վերադառնալուց հետո նրանցում սովորաբար վերականգնվում է պսիխոսոցիալական գործառության նախկին մակարդակը, իսկ մի շարք դեպքերում նույնիսկ նկատվում է հարմարվողական (ադապտիվ) հնարավորությունների մեծացում:

Առավել տևական և ախտածին են ***քրոնիկական մարտական սթրեսի հետևանքները***: Չնայած փորձառու մարտիկները (հիմնականում բնավորության սթենիկ գծերի առկայությամբ անձինք) պատերազմի վտանգները ոչ այնքան սուր են ընկալում, երկարատև հյուժող հուզական և ֆիզիկական գերլարվածությունը նպաստում է ասթենիզացիայի և դեպրեսիվ-ապաթիկ վիճակի առաջացմանը:

Մարտական սթրեսային խանգարումների ձևավորման սկզբնական փուլում հոգեբանական ախտանիշներն ունեն խառը, տրանզիտոր, համախտանշորեն չուրվագծված պատկեր: Այս դեպքում խոսքը *մարտական սթրեսային ռեակցիաների* մասին է, որոնք անձնակազմի 15-25%-ի շրջանում զարգանում են մարտական գործողությունների տարբեր փուլերում: Դրանք կարող են ընդգրկել գիտակցության նեղացում, ոչ լրիվ կողմնորոշում, տազնապ, էկզալտացիա, ագրեսիվություն, գերակտիվություն, արտաքին խթաններին ադեկվատ կերպով արձագանքելու և շրջապատի հետ փոխներգործելու ընդունակության խանգարում և այլն:

ՊԳԹ-ի պայմաններում *մարտական սթրեսային խանգարումների* կլինիկական տարբերակներում առանձնանում են հույզերի (նկրտիկ ռեակցիաներ) կամ վարքի (ախտաբնութագրական ռեակցիաներ) խանգարման գերակշռումով ադապտացիայի խանգարումները: Մարտական գործողությունների մասնակիցների ախտաբնութագրական ռեակցիաները հաճախ բնորոշվում են չափազանց իմպուլսիվությամբ, անկանխատեսելիությամբ, ագրեսիվությամբ, հետևանքների ծանրությամբ: Հնարավոր է ինքնասպանության մտքեր ծագեն: Պայմանավորված վարքային խանգարումների համախտանշաբանությամբ՝ տարբերում են ախտաբնութագրական ռեակցիաների աֆեկտիվ-էքսպլոզիվ, անկայուն և հիստերոիդ տեսակներ:

Հոգեբուժական մակարդակի մարտական սթրեսային խանգարումները սովորաբար ընթանում են ռեակտիվ պսիխոզներով, որոնցից առավել յուրահատուկներն են ռեակտիվ պարանոիդը և գիտակցության պսիխոզեն մթնշաղային խանգարումները:

**Ռեակտիվ պարանոիդը** բնորոշվում է սուր հատվածային (ֆրագմենտային) զգայական զառանցանքով (հաճախ առկա են թշնամական շրջապատի և գերեվարման մտքերը), զարգանում է գիտակցության շփոթ վիճակի և ալոպսիխիկ ապակողմնորոշման զուգակցմամբ: Առկա են պատրանքներ, իսկական ցնորքներ և փսիխոմոտոր գրգռվածություն: Այն տևում է մի քանի ժամից մինչև 2-4 օր: Պսիխոտիկ ախտանշանությունը արագ նվազում է՝ փոխվելով թուլության (ասթենիայի): Երբեմն նկատվում է տևական մնացորդային (ռեզիդուալ) զառանցանք:

**Գանգերի համախտանիշով գիտակցության մթնշաղային խանգարումներին** բնորոշ են գիտակցության նեղացումը, կոպիտ ապակողմնորոշումը, շննածությունը, շփոթ վիճակը, կողմնախոսություն (миморечь) և կողմնագործություն (мимодействие), պերսևերացիաները՝ երբեմն պսևդոհեմենցիայի կամ վայրենացման ախտանիշներով զուգակցված: Գանգերյան պսիխոզները տարբերվում են առաջացման հանկարծակիությամբ և արագ ընթացությամբ (մինչև 3 օր): Հիվանդը այդ վիճակից դուրս գալուց հետո ընկնում է խորը ուժասպառության և քնի մեջ: Հետագայում դիտվում են տոտալ ամնեզիա և ասթենիկ երևույթներ:

Մթնշաղային վիճակների տարրական ձևերը (հիպերկինետիկ և հիպոկինետիկ աֆեկտիվ-շոկային ռեակցիաներ) հազվադեպ են և բնութագրվում են կարճատևությամբ (րոպեներ, ժամեր): **Հիպերկինետիկ ռեակցիաներն** ուղեկցվում են չպատճառաբանված քայքայիչ և աուտոագրեսիվ միտումներով: **Հիպոկինետիկ ռեակցիաներն** ընթանում են կյանքի համար իրական սպառնալիքի հետ նույնականացվող ազդեցությունից հետո հանկարծակի անշարժությամբ: Ուղեկցվում են ցավային զգացողության ընդհանուր ընկճումով և հետագա ասթենիայի բացակայությամբ:

**Վիրավորների և կոնտուզիայի ենթարկվածների շրջանում սթրեսային խանգարումների** կլինիկան և արտահայտվածությունը պայմանավորված են մարտական վերքերի ծանրությամբ, տեղակայմամբ և համակցվածությամբ: Պարտադիր (օբլիգատ) (տազնապ, դեպրեսիա, ասթենիա) և ոչ պարտադիր (ֆակուլտատիվ) ախտանիշների (օբսեսիվ, կոնվերսիոն, էֆֆորիկ, դիսթիմիկ, ապաթիկ, դիսոցիատիվ) համադրությունը մարտական վնասվածքային հիվանդության սուր շրջանում ձևավորում է տազնապային-դեպրեսիվ, տազնապային-կոնվերսիոն, տազնապային-օբսեսիվ, տազնապային-դիսթիմիկ և ասթենո-ապաթիկ կլինիկական պատկերներ:

## **Բուժումը**

Մարտական սթրեսի ռեակցիաները բուժելու համար օգտագործվում են մարտունակությունը վերականգնող պսիխոկորեկցիոն մեթոդներ:

Պսիխոկորեկցիան իրականացվում է հոգեբանական օգնության կետերում, որոնք ծավալվում են առաջաին սահմանների (հատուկ նշանակության բժշկական ջոկատ /ՅՆԲՁ/) մոտակայքում, և ուղղված է հուզական լարվածության թուլացմանը, հոգեվնասող տպավորություններին արձագանքելուն, ապրումների վերբալիզացիային: Բենզոդիազեպինները կարող են կիրառվել ոչ մեծ քանակներով՝ մի քանի ժամ քուն ապահովելու համար, և միայն այն դեպքում, երբ այլ մեթոդներ չեն օգնում: Ախտաբանական մակարդակի սթրեսային խանգարումով տուժածին հարկավոր է ուղարկել ՊԳԹ-ի սահմաններից դուրս՝ զինվորական հոսպիտալի հոգեբուժական բաժանմունք: Նյարդային (նևրոտիկ) և ախտաբնութագրական ռեակցիաներով, պսիխոզային սուր ռեակցիայով, ադիկտիվ վարքով զինծառայողներն այդտեղ անցնում են հետազոտման և բուժման լրիվ կուրս և կլինիկական առողջացման դեպքում վերադառնում են իրենց գործնասերը:

**Հետվնասվածքային սթրեսային խանգարումները** լայն հասկացությամբ արտացոլում են տուժողների հոգեկանի վրա տարբեր բնույթի արտակարգ գործոնների ազդեցության հոգեբանական-հոգեբուժական հետևանքները: Հետվնասվածքային սթրեսային խանգարումները (ՀՏՍԽ) զարգանում են այն մարդկանց շրջանում, ովքեր վերապրել են այս կամ այն արտակարգ իրավիճակը՝ աղետը (պատերազմ, երկրաշարժ, ջրհեղեղ և այլն) կամ անձնական (բռնաբարություն, ավազակային հարձակում և այլն) բնույթի բռնություն:

ՀՏՍԽ-ի **տարածվածությունը** պայմանավորված է աղետների և վնասվածքային իրավիճակների հաճախականությամբ: Համախտանիշը զարգանում է ծանր սթրես տարածների 50-80%-ի շրջանում: ՀՏՍԽ-ի հիմքում ծանր հոգեկան ցնցումն է, սակայն կարևոր նշանակություն ունեն նաև տուժածների բնավորության յուրահատկությունները, կենսաբանական նախատրամադրվածությունը, տարիքը:

Ժամանակակից ընկալմամբ (ըստ ՀՄՀ-10-ի) ՀՏՍԽ-ն ներառում է **կլինիկական նշանների հետևյալ խմբերը.**

ա. Վերհուշի մեջ սովորական մարդկային իրավիճակների շրջանակներից դուրս եկող իրադարձությունների առկայություն, որի ազդեցությունը բազմաթիվ մարդկանց համար վնասող (սթրեսածին) գործոն է:

բ. Մարդու մշտական անդրադարձը իրեն վնասող իրավիճակներով պայմանավորված վերապրումներին:

գ. Ամեն մարդու կայուն ձգտումը խուսափելու կամ մեկուսացնելու այն ամենը, ինչը թեկուզ հեռավոր կերպով կարող է հիշեցնել ցնցման մասին:

դ. Կայուն ախտանիշներ, որոնք արտացոլում են գրգռելիության բարձր մակարդակը և հայտնվում են վնասվածքից հետո:

ե. Ժամանակային չափանիշը՝ *ժամանակը*, որի ընթացքում նկատվել է վերը նշված ախտանիշների դրսևորում, պետք է լինի *մեկ ամսից ոչ պակաս*: Միայն այդ դեպքում կարելի է խոսել հետորավմային սթրեսային խանգարումների առկայության մասին: ՀՏՄԽ-ի նուպաները, որոնք զարգանում են ցնցումից 6 և ավելի ամիսներ անց, դասակարգվում են որպես հետաձգված, աչքաթող արված: Նկարագրված են ՀՏՄԽ պատերազմն ավարտվելուց տարիներ անց (!):

ՀՏՄԽ-ն ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է ախտանիշներից երկուսից ոչ պակասի առկայությունը. քնի խանգարումներ, բարձր գրգռելիություն, ուշադրության կենտրոնացման դժվարություններ, չափից ավելի զգուշավորություն, չափազանցված վախկոտություն, արտահայտված ֆիզիոլոգիական հակազդումներ վերապրած սթրեսը կամ դրանով պայմանավորված հանգամանքները հիշեցնելու դեպքում:

### **ՀՏՄԽ-ի բուժումը:**

Ֆարմակոթերապիայի (գլխավորապես եռացիկլիկ հակադեպրեսանտներ և ադրենոբլոկատորներ) հետ մեկտեղ ներառում է պսիխոթերապիայի տարբեր տեսակները (հոգեկան ինքնակարգավորում, ինտենսիվ կարճատև ընտանեկան և խմբային պսիխոթերապիա, հոգեբանական ռեաբիլիտացիայի ծրագիր և այլն): ՀՏՄԽ-ի հիվանդների համալիր բուժումը ենթադրում է նրանց ակտիվ ընդգրկումը սոցիալ-վերականգնողական միջոցառումների համակարգում:

Բացի մարտական սթրեսային խանգարումներից, զինծառայողների շրջանում առաջանում են հոգեկան և հոգեմարմնական մի շարք հիվանդություններ՝ պայմանավորված նրանց մասնագիտական վնասակար գործոններով: Դրանցից են տոքսիկ (ռադիոակտիվ) նյութերի հետ աշխատանքային առնչությունը, աղմուկը, վիբրացիան, մասնագիտական խիստ օրակարգված գործունեությունը, մեծ պատասխանատվությունը, ինֆորմացիոն հոգեբանական գերբեռնվածությունը, արտաքին միջավայրի աննպաստ գործոնների, միջանձնային հարաբերությունների յուրահատկությունները փոքր խմբերում, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմը, ընտանիքից երկարատև կտրվածությունը և այլն:

Այն անձանց դեպքում, որոնք աշխատում են միջուկային էներգետիկ կառույցների ոլորտում, կարող է զարգանալ ճառագայթային հիվանդություն, որը հանգեցնում է աֆեկտիվ, ինտելեկտուալ-մնեստիկ, ներզանգան և

նույնիսկ պսիխոթրոպիկ խանգարումների, ընդհանուր առմամբ պսիխոսոմատիկ հիվանդության շրջանակներում:

Ճառագայթվածության հետևանքով առաջացած մարմնական և հոգեկան խանգարումների բուժումը պետք է լինի համալիր:

Հոգեկան խանգարումներ առաջանում են նաև վիբրացիայի, ադնուլի ազդեցության հետևանքով և պայմանավորված են թե՛ արտածին, թե՛ օրգանիզմի անհատական ռեակտիվության գործոններով, ընդ որում, ֆիզիկական գործոնի ազդեցությունը նպաստում է լատենտ ընթացող հոգեկան ախտահարման սրման հնարավորությանը:

Վիբրացիայի ազդեցության հետևանքով առաջացած հոգեկան խանգարումների հիմքում անոթային խանգարումներն են, որոնց ծանրությունը ուղղակի կապված է վիբրացիայի հաճախականության հետ: 20-250հց հաճախականությամբ վիբրացիայի ազդեցությամբ առաջանում է անոթային կայուն սպազմ (անգիոսպազմ), և երկրորդային նեյրոէնդոկրին խանգարումներ՝ հիպոթալամուսում (ենթատեսաթումբ)՝ արյան շրջանառության խանգարման հետևանքով: Հիվանդների մոտ առաջանում են գլխացավեր, զարկերակային ճնշման տատանումներ, ասթենիկ և հուզական խանգարումներ, դիսֆորիայի վիճակներ, որոնք վկայում են գլխուղեղի օրգանական ախտահարման մասին:

Ադնուլի կարճատև և ինտենսիվ ազդեցությունը ձևավորում է ընդհանուր սթրես-ռեակցիա և նույնիսկ լսողական օրգանի վնասում: Ադնուլի քրոնիկական ազդեցությունը հանգեցնում է ներզանգման ախտանիշների դրսևորմանը՝ գերզգայնության (հիպերեսթեզիա) երևույթներով, հուզական անկայունացմամբ, հիպոխոնդրիկ գանգատներով:

Բուժումը: Հոգեկան խանգարումներ առաջանալու դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել բուժվերականգնողական միջոցառումների ողջ համալիրը (վիտամիններ, սինպտոմատիկ բուժում, հանգստացնողներ, հակադեպրեսաններ, որոշ դեպքերում մեղմ նեյրոլեպտիկներ (սոնապակս 10-20մգ, ատառաքս 25-100մգ):

### **ՀՈԳԵԲՈՒԺՎԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ ԶԻՆՎԱԾ ՈՒԺԵՐՈՒՄ**

#### ***Հոգեբուժական օգնության կազմակերպումը զինված ուժերում խաղաղ պայմաններում***

Զինվորական հոգեբույժի աշխատանքում գերակայող ուղղությունը զինծառայողի հոգեկան առողջության պահպանումն ու ամրապնդումն է:

Հոգեբուժական օգնությունը խաղաղ պայմաններում ընդգրկում է հոգեկանխարգելիչ (*պսիխոպրոֆիլակտիկ*) միջոցառումների համալիր և բուժախտորոշիչ և փորձագիտական աշխատանքի բոլոր տեսակները:

Ձինված ուժերի ծառայությունների առջև դրված այդ *խնդիրները* կարելի է ձևակերպել հետևյալ կերպ.

1. Նյարդահոգեկան խանգարումներով անձանց, որոնք դինամիկ բժշկական հսկո-ղության, ամբուլատոր կամ ստացիոնար հետազոտության (բուժման), կարիք ունեն ժամանակին հայտնաբերում:

2. Հոգեբուժական օգնության կարիք ունեցող անձանց մասնագետ-հոգեբույժի խորհրդատվության ապահովում՝ անցկացնելով ամբուլատոր կամ մասնագիտացված ստացիոնար որակյալ բուժում ամբողջ ծավալով:

3. Մարտական գործողություններում և արտակարգ իրավիճակների հետևանքների վերացմանը մասնակցած անձանց բժշկահոգեբանական կորեկցիայի և վերականգնման կազմակերպում:

4. Ռազմաբժշկական և դատահոգեբուժական փորձաքննության անցկացում:

5. Խաղաղ և պատերազմի ժամանակի զինվորական հոգեբուժու-թյան խնդիրների գիտական մշակում:

6. Ձինծառայողների հիվանդացության, զորացրվելու և աշխատու-նակությունը կորցնելու վերլուծություն, բժշկական և հաշվետու փաստա-թղթերի վարում:

Այս խնդիրները լուծվում են զորքի բժշկական ծառայության (զորա-մասերի բժշկի), կայազորի ոչ հաստիքային հոգեբույժի, միավորումների, ուսումնական կենտրոնների հոգեկան առողջության խմբերի և հաստիքային մասնագետների՝ կայազորային, շրջանային և կենտրոնական զինվորական հոսպիտալների, պոլիկլինիկաների, հոգեբույժների, հոգեբուժական, հոգե-թերապևտիկ, բժշկահոգեբանական կորեկցիայի կաբինետների կողմից:

**Ձորքի բժիշկը զինվորական հոգեբուժության բնագավառում** պետք է տիրապետի անհրաժեշտ գիտելիքների: Նրա աշխատանքում կարևոր նշա-նակություն ունեն նյարդահոգեկան անկայունությամբ (դինամիկ հսկողու-թյան խմբեր) զինծառայողի հայտնաբերումն ու հաշվառումը: Ընդ որում, զորամասի բժիշկը պետք է ուշադրությունը սևեռի զինծառայողների հե-տևյալ խմբերին՝

- ալկոհոլ, թմրանյութեր և պսիխոակտիվ այլ նյութեր օգտա-գործելու հակում ունեցողին,
- մարտական պատրաստվածության մեջ հետ մնացողին,
- սոցիալապես և մանկավարժորեն անուշադրության մատնված անձին,
- անձանց, որոնք դժվար են հարմարվում զինվորական ծառա-յությանը,
- վարքի խանգարումների միտում դրսևորող զինծառայողին,

- փակ գանգուղեղային վնասվածք, նեյրոինֆեկցիա (մենինգիտ, էնցեֆալիտ) կամ գլխուղեղի այլ հիվանդություն տարած անձանց:

Ջորամասի բժիշկը զորամասի հրամանատարի թույլտվությամբ հոգեբուժական խանգարումով զինծառայողին ուղարկում է հոգեբույժի մոտ՝ խորհրդատվության կամ ստացիոնար բուժման: Ուղեգրի հետ մեկտեղ ներկայացվում են ծառայողական և բժշկական բնութագրերը: Բժշկական բնութագրում պետք է պարտադիր երևա հոգեկան խանգարման առկայությունը, ներկայացվում են հիվանդագին մտքերի և վարքի խանգարման փաստեր: Բնութագրի վերջում պետք է նշվեն նախնական ախտորոշումը և խորհրդատվության կամ ստացիոնար բուժման ուղարկելու նպատակը:

Հիվանդը առանց իր համաձայնության չպետք է ուղարկվի հոգեբույժի մոտ կոնսուլտացիայի, կամ եթե հարկ է, ստացիոնար բուժման: Բժիշկը պետք է ստանա զինծառայողի՝ հոգեբույժի մոտ զննվելու կամ բուժվելու համաձայնությունը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հիվանդը պետք է հարկադիր հոսպիտալացվի, քանի որ վտանգավոր է իր անձի (ինքնասպանություն) կամ շրջաատի համար (ագրեսիա):

Զինծառայողների հոգեկան առողջությունը ամրապնդելու և պահպանելու առումով հոգեբուժական ծառայության կազմակերպման գործում հատուկ նշանակություն պետք է հատկացվի ստեղծված կազմակերպչա-հաստիքային կառույցներին՝ պսիխոթերապևտիկ կաբինետներին (զինվորական պոլիկլինիկաներին կից), շրջանային զինվորական հոսպիտալներին կից բժշկահոգեբանական շտկման (կորեկցիայի) կաբինետներին, որոնք հնարավորություն են տալիս ընդլայնելու հոգեբուժական օգնության մասնագիտացված տեսակները (պսիխոթերապևտիկ, սեքսոլոգիական (սեռաբանական), նարկոլոգիական (թմրաբանական), սուիցիդալոգիական և այլն):

Հոգեկանխարգելիչ միջոցառումների համակարգը պետք է ուղղված լինի՝

- զինծառայողի՝ հոգեկան խանգարումով և հոգեկան վիճակի մինչհիվանդագին մակարդակի փոփոխությամբ վաղ հայտնաբերմանը,

- զինծառայողի հոգեկան խանգարման զարգացմանը նպաստող պայմանների ուսումնասիրմանը և դրանց ազդեցությունը կանխող միջոցներ ձեռնարկելուն,

- դինամիկ հսկողության տակ եղող զինծառայողի հետ պսիխոկորեկցիոն աշխատանք անցկացնելուն,

- պսիխոհիգիենայի և պսիխոպրոֆիլակտիկայի վերաբերյալ սանիտարա-լուսավորչական աշխատանք անցկացնելուն:

Ձինվորական հոգեբույժի առջև դրված խնդիրների հստակ պարզաբանումը և ժամանակին կատարումը, դրանց լուծման նոր ուղիների որոնումը զինծառայողների հոգեկան առողջության պահպանմանն ու ամրապնդմանն ուղղված պսիխոպրոֆիլակտիկ աշխատանքի որակը և արդյունավետությունը բարձրացնելու կարևորագույն նախադրյալներն են:

### **Հոգեբուժական օգնության կազմակերպման հիմնական սկզբունքները տեղային պատերազմի և խաղաղ ժամանակ արտակարգ իրավիճակի պայմաններում**

Ձինվորական հոգեբուժությունը և աղետների հոգեբուժությունը սերտորեն փոխկապակցված են: Երկու դեպքում էլ ուսումնասիրության հիմնական աղբյուրը սովորաբար արտակարգ իրավիճակում զգալի (ինչպես արտահայտվածությամբ, այնպես էլ ժամանակի առումով) հուզական և ֆիզիկական ներգործություն կրած հոգեպես առողջ մարդն է: Տեղային զինված հակամարտության և խաղաղ ժամանակ արտակարգ իրավիճակի (տարերային աղետ, խոշոր վթար և այլն) պայմաններում շատ դեպքերում նմանատիպ են ինչպես հոգեկան խանգարման կառուցվածքը, այնպես էլ հոգեբուժական օգնության կազմակերպման բնույթը:

Բժշկական տեսակետից ցանկացած զինված հակամարտություն (խոշոր չափի արտակարգ իրավիճակ) բնութագրվում է տուժածների հանկարծակի զանգվածային ընդունումով, ծագող կազմակերպչական խնդիրների բազմազանությամբ, ժամանակի, ուժերի և միջոցների անբավարարությամբ և սովորաբար բժշկական օգնության պահանջարկի և տվյալ պահին այն ցուցաբերելու հնարավորությունների միջև անհամապատասխանությամբ: Ձանգվածային ախտահարումների դեպքում հոգեբուժական օգնության միջոցառումների ժամանակին և արդյունավետ լինելը շատ անգամ կարող է պայմանավորված լինել տուժածների բժշկական տեսակավորման որակով:

Բժշկական օգնություն ցուցաբերելու հաջորդականության մասին հարցը լուծելու համար հոգեբուժական ոլորտի ախտահարվածներին նպատակահարմար է առանձնացնել հետևյալ խմբերի՝

- *հատուկ սանիտարական մշակման կարիք ունեցողների,*
- *առաջին բժշկական օգնության անհետաձգելի միջոցառումների կարիք ունեցողների (զլխավորապես աֆեկտիվ-շոկային ռեակցիայով, իր և շրջապատի համար վտանգավոր, հոգեկան այլ վիճակով անձինք),*
- *առաջին բժշկական օգնության անհետաձգելի միջոցառումների կարիք չունեցողների (սահմանային և հոգեկան խանգարման մակարդակով*

տուժածներ, որոնք վտանգավոր չեն իրենց և շրջապատի համար, և նրանց նկատմամբ ցուցաբերվող օգնությունը կարող է հետաձգվել),

- *գլխավորապես բժշկահոգեբանական բնույթի միջոցառումների և հանգստի կարիք ունեցողների* (հիմնականում մինչհիվանդագին, հոգեբանական խանգարումներով մակարդակի՝ թեթև տուժածներ):

Բժշկական օգնության սկզբնական փուլում ճիշտ համախտանշաբանական ախտորոշում, իսկ առավել ևս նոզոլոգիական ախտորոշում դնելը սովորաբար անհնարին է: Այդ պատճառով բավարար կլինի տուժածին ըստ հոգեկան խանգարման մակարդակի (արտահայտվածության) նշված խմբերից որևէ մեկին դասելը՝ հոգեկան առողջության մակարդակ, հոգեբանական սթրեսային ռեակցիայի մակարդակ, սահմանային (նկրոտիկ) խանգարման մակարդակ, հոգեկան մակարդակ: Ընդհանուր առմամբ զինվորական ծառայողների և քաղաքացիական բնակչության բուժօգնության (այդ թվում և հոգեբուժական) կազմակերպումը իրականացվում է՝ համաձայն միասնական պատերազմ-դաշտային բժշկական դոկտրինի, որի հիմքը բուժէվակուացիոն միջոցառումների համակարգն է, բժշկական օգնության բոլոր ձևերի ժամանակին կազակերպումը՝ հաշվի առնելով կոնկրետ արտակարգ իրավիճակի յուրահատկությունները: Ընդ որում, արտակարգ իրավիճակների առաջին փուլում հոգեբուժական օգնության կազմակերպման հիմնական սկզբունքը տուժածների առավել արագ տեղափոխումն է աղետի տարածքից՝ հոգեբուժական միջոցառումներ կիրառելու նվազագույն ծավալով:

## **ԶԻՆՎՈՐԱԿԱՆ - ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵՎ ԴԱՏԱՅՈՒԹԻԺԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՍՈՒՆՔՆԵՐԸ**

**Զինվորական բժշկական փորձաքննությունը** զինվորական առողջապահության միջոցառումների հատուկ գիտամեթոդական, կազմակերպչական և գործնական համալիր է, պետական բժշկական համակարգի բաղադրական մաս և դիտվում է որպես որակի ապահովման օրգան: Նրա նպատակն է՝

- ապահովել բանակի համալրումը առողջ ծառայողներով,
- զինծառայողների բաշխել՝ ըստ զինվորական մասնագիտությունների,
- զինվորական ծառայության ոլորտում բարձր որակավորում ունեցող մասնագետների համար ռեաբիլիտացիան և նրանց պահպանումը ապահովել՝ կանխելով վաղաժամ, չհիմնավորված զորացրումը,
- նպաստել զինծառայողներին բուժսոցիալական օգնության ցուցաբերելուն,

որոշել զննվողների պիտանելիությունը զինվորական ծառայության ոլորտում:

Զինվորական ծառայության համար պիտանիության չափանիշները որոշելը զինվորաբժշկական փորձաքննության գլխավոր խնդիրն է: Ընդ որում, զինվորաբժշկական (բժշկական) հանձնաժողովը պետք է ղեկավարվի մի շարք չափանիշներով, որոնք կարելի է բաժանել երկու մեծ խմբի՝ բժշկական և սոցիալական:

**Բժշկական չափանիշներն** ընդգրկում են ժամանակին դրված, ճշգրիտ, ամբողջական կլինիկական ախտորոշումը՝ հաշվի առնելով մորֆոլոգիական փոփոխությունների արտահայտվածությունը, ֆունկցիոնալ փոփոխությունների աստիճանը, հիվանդության ընթացքի ծանրությունը և բնույթը, հաշմանդամության, դեկոմպենսացիայի առկայությունը, հիվանդության փուլը (ստադիան), նրա բարդությունները:

Մի շարք հիվանդությունների դեպքում բժշկական զննության ժամանակ (օրինակ՝ շիզոֆրենիա, չարորակ ուռուցք, լեյկոզ, ՁԻԱԳ և այլն) հենց ախտորոշում դնելը փաստում է անբարենպաստ կանխատեսում զինվորական ծառայության պարտականությունները կատարելու վերաբերյալ և համապատասխանաբար զինվորական ծառայության ոչ պիտանիությունը:

Այլ հիվանդությունների դեպքում զինվորական ծառայության և համապատասխանաբար զինվորական ծառայության պիտանիության կատեգորիայի վերաբերյալ ճիշտ կանխատեսում կարելի է անել՝ հաշվի առնելով հիվանդության ընթացքը, փուլը, ծանրությունը, սրացումների և կրկնությունների (ռեցիդիվ) հաճախականությունը, առկա անատոմիական և ֆունկցիոնալ խանգարումների դարձելիությունը: Այդպիսի հիվանդություններից են քրոնիկական ալկոհոլամոլությունը, թմրամոլությունը, հիպերտոնիկ հիվանդությունը, որոնց դեպքում զինվորական ծառայության համար պիտանիության կարգը որոշվում է՝ պայմանավորված հիվանդության փուլով, էպիլեպսիան, անձի խանգարումները, մտավոր հետամնացությունը, բրոնխալին ասթման, շաքարային դիաբետը, որոնց դեպքում զինվորական ծառայության համար պիտանիության կատեգորիան որոշվում է՝ պայմանավորված հիվանդության ծանրությամբ, գլխուղեղի օրգանական ախտահարման հետևանքով առաջացած հոգեկան խանգարումը, ներոտիկ խանգարումը, ստամոքսի և տասներկուամտնյա աղիքի խոցային հիվանդությունը, քրոնիկական խոլեցիստիտը, քրոնիկական պանկրեատիտը, որոնց դեպքում պիտանիության կատեգորիան որոշվում է՝ պայմանավորված հիվանդության ախտադարձերի (ռեցիդիվ) հաճախականությամբ, բարդությունների առկայությամբ կամ ֆունկցիոնալ խանգարումներով:

րունների արտահայտվածության աստիճանով: Բոլոր դեպքերում զինվորական ծառայության համար պիտանիության կատեգորիան գնահատվում է համալիր՝ հաշվի առնելով բժշկական առկա բոլոր չափանիշները: Ձինվորական ծառայության համար պիտանիության կատեգորիայի կոնկրետ բժշկական չափորոշիչները տարբեր հիվանդությունների և հաշմանդամության հետևանքների դեպքում շարադրվում են հիվանդությունների կարգացուցակի բացատրությունների մեջ:

### **Սոցիալական չափանիշները**

Ձինվորական ծառայության պարտականությունները փաստացի կատարելու ունակությունը որոշող սոցիալական չափանիշներն արտացոլում են այն ամենը, ինչը կապված է զինծառայողի մասնագիտական գործունեության հետ: Դրանք են՝ ֆիզիկական և նյարդահոգեկան լարվածության բնութագիրը, աշխատանքի կազմակերպումը, պարբերականությունը, ռիթմը, ժանրաբեռնվածության առկայությունը օրգանիզմի առանձին օրգանների և համակարգերի վրա, աշխատանքի անբարենպաստ պայմանների և մասնագիտական վնասակարությունների առկայությունը: Ձինվորական ծառայության համար պիտանիության կատեգորիան որոշելու նպատակով բժշկական զննության ժամանակ հաշվի են առնվում զննվողի տարիքը, կրթության մակարդակը, զինհաշվառումային մասնագիտության գծով պատրաստվածության, աշխատանքային փորձի առկայության, զինվորական ծառայության պարտականությունը կատարելու փաստացի ունակության և այն աշխատանքի մեջ օգտագործելու հնարավորության մասին հրամանատարության և զորամասի բժշկի կարծիքը, ինչպես նաև իր՝ զննվողի ուղղվածությունը շարունակելու զինվորական ծառայությունը:

Հիվանդությունների կազմում, որով քաղաքացին զինվորական ծառայության համար ճանաչվում է ոչ պիտանի կամ սահմանափակ պիտանի, **ակնառու է հոգեկան խանգարումը**: Համապատասխանաբար մեծանում է զինբժշկական փորձաքննության պատնեշային դերը հոգեկան հիվանդությամբ, անձի փոփոխությամբ, հոգեակտիվ նյութ չարաշահող քաղաքացու զինվորական ծառայությունը կանխելու խնդրում:

Ձինվորական ծառայության ընթացքում հոգեկան խանգարումով զինծառայողի զննումն անցկացվում է բժշկափորձագիտական սահմանված պայմաններում, երբ պարզ է կանխատեսումը զինվորական ծառայության նկատմամբ, և ենթադրվում է, որ հետագա բուժումը չի հանգեցնի պիտանիության կատեգորիայի փոփոխության: Ձինծառայողի բուժզննումից հետո նրա բուժումը կարող է շարունակվել:

Այսպիսով, զինվորական ծառայության սահմանափակում կիրառելու համար հիմք է ոչ միայն նոզոլոգիապես ուրվագծված հոգեկան հիվան-

դությունը, այլև մինչնոզոլոգիական հոգեկան խանգարումը (օրինակ՝ ադապտացիայի խանգարումը, հոգեակտիվ նյութի չարաշահումը, առանց ֆիզիկական կախվածության նշանների), ինչպես նաև որոշ նախաախտաբանական վիճակներ (օրինակ՝ սովորական պայմաններում անձի կոմպենսացված մասնակի (պարցիալ) հոգեկան խանգարումը կամ գլխուղեղի օրգանական ախտահարման մնացորդային նշանները): Մինչդեռ այս դեպքերում հոգեկան կամ վարքային խանգարման ախտորոշումը պետք է համապատասխանի ախտորոշիչ բաժինների խորագրերի չափանիշներին՝ հիվանդությունների ընդունված դասակարգման համաձայն, հաստատվի օբյեկտիվ անամնեստիկ տեղեկություններով և հնարավորինս լրացուցիչ հետազոտության տվյալներով:

Բնավորության և վարքի առանձին թերությունները, որոնք չեն կարող դասակարգվել հոգեբուժական ախտորոշման կատեգորիաներում, այսինքն՝ դիտվում են որպես հոգեկան նորմայի տարբերակ, չեն կարող հիմք լինել զինվորական ծառայության անցնելու նկատմամբ բժշկական սահմանափակում կիրառելու համար: Նման դեպքերում զննվողի վարքային առանձնահատկությունը պետք է արտացոլվի մասնագիտական-հոգեբանական բնութագրման քարտում և հաշվի առնվի զինված ուժերի խմբավորման ժամանակ: Ձորամասի բժիշկը պետք է իրականացնի դինամիկ հսկողություն նման զինծառայողի նկատմամբ: Ցածր բարոյական նորմեր, անկարգապահություն դրսևորած, էպիզոդիկ կերպով ալկոհոլ կամ թմրանյութ գործածող զինծառայողի նկատմամբ կիրառվում են դաստիարակչական, կարգապահական կամ իրավական բնույթի միջոցներ, եթե հոգեբուժական ախտորոշման և զինվորական ծառայության համար պիտանիության կարգի սահմանափակման համար հիմք չկա:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ բժշկափորձագիտական ցանկացած եզրակացություն, իսկ հոգեբուժականը հատկապես, զննվողի համար հանգեցնում է իրավական և սոցիալական հետևանքների:

**Դատահոգեբուժական փորձաքննությունը** պարզաբանում է այնպիսի բարդ խնդիրներ, ինչպիսիք են մեղսունակությունն ու անմեղսունակությունը, իրավունակությունն ու անիրավունակությունը, այս կամ այն հարկադիր միջոցների կիրառման անհրաժեշտությունը և այլն:

Չոգեկան հիվանդությունները՝ որպես այդպիսիք, չեն կարող նախատրամադրվածություն լինել քրեական վարքի համար և իրավախախտների քանակի մեջ նրանց տեսակարար կշիռը մեծ չէ: Ըստ մասնագիտական գրականության տվյալների՝ օրինազանց արարքներ կատարում են այն հիվանդները, որոնց դեպքում գերակշռում են նեգատիվ (բացասական) խանգարումները՝ անձի խանգարումներ, ալկոհոլային կամ թմրանյութերից

կախվածություն, մտավոր հետամնացություն, շիզոֆրենիայի դանդաղ ընթացող ձևեր: Նրանց կողմից կատարվող արարքները դիտվում են որպես հասարակության մեջ ադապտացիայի ենթարկվելու անընդունակության դրսևորում: Զինծառայողների շրջանում իրավախախտումները նույնպես դրսևորվում են ադապտացիայի խանգարումներով, կատարվում են սահմանային հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանցով:

Վտանգավոր վարքագծի հոգեախտաբանական մեխանիզմների բացահայտումը, վտանգի աստիճանի, հիվանդագին տարբեր վիճակների և վարքի խանգարումների ու իրավիճակային–հոգեբանական գործոնների միջև կապի բացահայտումը բարդ խնդիր է: Եվ այս դեպքերում գործի օբյեկտիվ քննության համար պահանջում է նաև հոգեբեռնի մասնակցությունը:

Դատահոգեբուժական փորձագետ կարող է լինել միայն այն անձը, որն ունի բժշկական կրթություն և ունի հոգեբեռնի մասնագիտացում: Դատահոգեբուժական եզրակացությունը տրվում է հոգեբուժական զննման և դատական գործի ուսումնասիրության տվյալների հիման վրա:

Դատարանը իրավասու է չհամաձայնվել ցանկացած եզրակացության հետ, եթե համարի այն թերի հիմնավորված և պահանջի նոր փորձաքննություն:

Համաձայն գոյություն ունեցող օրենքի՝ քրեական պատասխանատվության ենթակա չէ այն անձը, որը վտանգավոր հասարակական արարք կատարելու ժամանակ եղել է անմեղսունակ վիճակում, այսինքն՝ ի վիճակի չի եղել գիտակցելու սեփական գործողությունների փաստացի բնույթը և հասարակական վտանգավորությունը կամ ղեկավարել նրանց քրոնիկական հոգեկան խանգարման, ժամանակավոր հոգեկան խանգարման, թուլամտության կամ հիվանդագին այլ հոգեվիճակում: Այն անձի հանդեպ, որը անմեղսունակ վիճակում կատարել է քրեական օրենքով նախատեսված վտանգավոր հասարակական արարք, դատարանը կարող է բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառել:

### ***Հոգեկան առողջությունը և զինվորական ծառայությունը***

***Հոգեպես առողջ*** է բարոյապես հասուն, մտավոր զարգացած, հոգեբանորեն հավասարակշռված զինծառայողը, որն ունակ է յուրացնելու զինվորական մասնագիտությունը, հարմարվելու զինվորական ծառայությանը և հաղթահարելու դրան բնորոշ հոգեֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունները:

Զինվորական ծառայությունը անխուսափելիորեն ուղեկցվում է հոգեկան և ֆիզիկական զգալի ծանրաբեռնվածություններով: Կյանքի ռիթմի

փոփոխությունները, տնից ու ընտանիքից բաժանված լինելը, կանոնադրական կարգուկանոնը, վարքի կանոնակարգված ռեժիմը, ենթարկվելու անհրաժեշտությունը, մեծ պատասխանատվությունը, որոշակի կենցաղային անհարմարությունները մի շարք պահանջներ են առաջադրում զինծառայողի հոգեկան և ֆիզիկական առողջության վիճակի առումով:

Ձինծառայողների հոգեկան խանգարումների կառուցվածքի փոփոխությունը՝ շարժը դեպի սահմանային հոգեկան ախտաբանություն, մինչնոզոլոգիական հոգեկան խանգարումների գերակշռում, ինչպես նաև նկրոզների, թմրամոլության, ինքնասպանությունների աճը հանգեցրին զինծառայողների խաղաղ և պատերազմական պայմաններում հոգեբուժական օգնության կազմակերպման մեջ փոփոխություն մտցնելու անհրաժեշտությանը, զինվորական բժշկի ներկայիս գլխավոր խնդրի՝ զինծառայողի հոգեկան առողջության պահպանման և ամրապնդման վրա ուշադրության սևեռմանը: Այդ խնդիրը մշտապես ՀՀ պաշտպանության նախարարության, նրա բուժվարչության մարզերի և զորատեսակների պաշտոնական անձանց ուշադրության կենտրոնում է: Կիրառվող կազմակերպչական միջոցառումները բարենպաստ հիմք են ստեղծում զինված ուժերում հոգեբանական և հոգեկանխարգելիչ միջոցառումների որակը բարելավելու համար: Դրանց իրագործման արդյունավետությունը կորոշվի զինծառայողների հոգեկան առողջությունը պահպանելու և ամրապնդելու համար պատասխանատու բոլոր կառույցների (հատկապես զորքային օղակի) ակտիվությամբ և համաձայնությամբ, ինչպես նաև տվյալ խնդրի հիմնական դրույթների վերաբերյալ զինվորական բժիշկների գիտելիքների լիարժեքությամբ և որակով:

Ձինծառայողի հոգեկան ախտաբանության ձևավորումը պայմանավորված է առավել հզոր նախադրյալներով, որոնք առաջանում են ռազմական գործողություններ վարելու պայմաններում: Օրինաչափ է, որ նույնիսկ էլիտային ստորաբաժանումներում խիստ ընտրության և լավ ուսուցման պայմաններում ռազմական գործողությունների մասնակիցների շուրջ 5%-ի դեպքում զարգանում են հոգեկան դիսֆունկցիայի կարճատև վիճակներ՝ մարտական սթրեսային ռեակցիաներ, որոնք ուղեկցվում են մարտունակության մասնակի կամ ամբողջական կորստով: Առաջնային նշանակություն են ստանում՝

ա) ռազմա-պրոֆեսիոնալ ընտրության այնպիսի կազմակերպումը, որը կբացառի ռիսկի գործոններով անձանց մարտական գործառնություններ զորակոչել չթույլատրելը,

բ) զորքերի մոտակա գծերում մարտական սթրեսային ռեակցիայով տուժածներին ժամանակին հայտնաբերելու կազմակերպումը և նրանց

պսիխոկորեկցիոն անհապաղ օգնության ցուցաբերումը՝ առավել ծանր, քրոնիկական հոգեկան խանգարումները կանխարգելելու նպատակով:

Կատարյալ հոգեկան առողջությունը ենթադրում է ոչ միայն հոգեկան հիվանդության բացակայություն, այլև նրա նկատմամբ որևէ նախադրյալի բացակայություն (նախատրամադրվածություն, հիվանդության գրոյական հավանականություն): Կատարյալ հոգեկան առողջության վիճակի և հոգեկան հիվանդագին վիճակի միջև գոյություն ունեն միջանկյալ մի շարք վիճակներ (առողջության մակարդակներ), որոնք բնութագրվում են հոգեկան ախտաբանության առաջացման ռիսկի տարբեր աստիճաններով:

Հոգեկան խանգարումների առաջնային կանխարգելման նպատակով բժիշկը պետք է կարողանա ժամանակին ճանաչել դրանց առաջացման բարձր ռիսկի, այսինքն՝ **նախաախտաբանական վիճակները**: Դրանք ինքնուրույն ախտորոշիչ կարգեր չեն, այլ նորմայի ծայրահեղ տարբերակներ, որոնք որոշ վնասակար գործոնների ազդեցության ժամանակ նպաստում են որոշակի հոգեկան հիվանդությունների զարգացմանը: Սրանցից են ծանրացնող տարբեր գործոններ, ախտաբանորեն փոփոխված հողը, որոնք սովորական բարենպաստ պայմաններում չեն խոչընդոտում հոգեւոցիալական ֆուկցիան և չեն ուղեկցվում անձի դիզադապտացիայով: Պետք է նկատի ունենալ, որ նախատրամադրվածությունը երբեք չի դառնում ախտածնության որոշիչ գործոն. հիվանդագին պրոցեսի մեկնարկումը միշտ կատարվում է հոգեկան ցնցումների կամ արտածին այլ գործոնների ազդեցությամբ:

Նախաախտաբանական վիճակներ են ժառանգական հիվանդագին գործոնի առկայությունը, ընտանեկան դաստիարակության խեղաթյուրված տիպերը, սոցիալ-մանկավարժական բարձիթողիությունը, նախկինում կրած գանգուղեղային վնասվածքի, նեյրոինֆեկցիայի, թունավորման (ինտոքսիկացիայի) մնացորդային (ռեզիդուալ) երևույթները, որոնք հետազոտության շրջանում հոգեախտաբանական ախտանշաբանություն չեն ցուցաբերում, անամնեզում ներոպաթիայի (գիշերամիզություն, գիշերաշրջիկություն, քնի մեջ խոսել, մանկական վախեր, քնի խանգարումներ, գերակտիվություն և այլն), ինչպես նաև ներոտիկ ռեակցիաների, վարքի տրանզիտոր և ադապտացիայի այլ խանգարումների առկայությունը: Այսպիսի, երբեմն իրար հետ զուգորդվող, նախատրամադրող անձնային գործոնները՝ որպես բնավորության շեշտվածություններ, հոգեկան ինֆանտիլիզմ և սահմանային մտավոր հետամնացություն, առանձնանում են որպես նախաախտաբանության առանձին տեսակներ: Դրանց ձևավորումը կարող է պայմանավորված լինել ժառանգական նախադրյալներով, սոցիալ-միջավայրային

անբարենպաստ ազդեցություններով, գլխուղեղի մնացորդային-օրգանական ախտահարումով կամ այդ պատճառների փոխադարձ լրացումով:

**Սահմանային մտավոր հետամնացությունը** հաճախ նախատրամադրում է տարբեր ծագման հոգեծին դեկոմպենսացիաների առաջացմանը և ախտավարքագծային զարգացմանը:

Ոչ բավարար մտավոր զարգացումը որոշվում է ոչ այնքան պատկերացումների քիչ ծավալով և գիտելիքների պաշարի սահմանափակությամբ, որքան իմաստավորելու ունակության թուլությամբ, դատողությունների պարզունակությամբ, ասոցիացիաների աղքատությամբ և մտավոր հետաքրքրությունների բացակայությամբ: Այդպիսի մարդկանց մոտ նկատվում են ինքնավերահսկման թուլություն, բարձր ներշնչվողականություն և անբավարար ինքնաքննադատություն, որի հետևանքով նրանք հեշտությամբ ընկնում են հակասոցիալական ազդեցության տակ:

Ինչպես ներծին (էնդոգեն) (շիզոֆրենիա, կոնստիտուցիոնալ պսիխոպաթիաների որոշ տեսակներ և այլն), այնպես էլ հոգեծին (պսիխոգեն) հոգեկան խանգարումների առաջացմանը նպաստում է **հոգեկան ինֆանտիլիզմը**: Ինֆանտիլ անձանց բնորոշ են վտիտ մարմնակազմությունը, մանր դիմագծերը՝ մանկական արտահայտությամբ, հուզական ոչ հասունությունը և վեգետատիվ լաբիլությունը: Չետ է մնում պարտքի զգացման, պատասխանատվության, բարոյաէթիկական սկզբունքների զարգացումը: Չետաքրքրությունները, հակումները, վարքը մնան է ավելի կրտսեր տարիքին: Նրանք տարբերվում են իրենց անինքնուրույնությամբ, անմիջականությամբ, բարձր ներշնչվողությամբ, խռովականությամբ, առանց քաշվելու պահանջկոտությամբ, թեթևամտությամբ, անհոգությամբ, անկազմակերպվածությամբ, մակերեսային դատողություններով: Անհաջողությունների հանդիպելիս արագ կորցնում են իրենց, արձագանքում են արցունքներով, չմտածված արարքներ են կատարում:

Չոգեծին խանգարումների և ներծին պսիխոզների պրենորբիդ զուգակցում կարող է լինել **բնավորության շեշտվածությունը (ակցենտուացիան)**: Բնավորության շեշտվածությունները նորմայի ծայրահեղ տարբերակներն են, որոնց դեպքում բնավորության առանձին գծեր չափազանց արտահայտված են, որի հետևանքով հայտնաբերվում է ընտրողական խոցելիություն որոշակի հոգեծին ազդեցությունների նկատմամբ՝ այլ ազդակների նկատմամբ լավ և նույնիսկ խիստ կայունության դեպքում: Ա. Լիչկոն առանձնացրել է բնավորության շեշտվածության 11 տիպ: Նախաախտաբանական վիճակներով անձինք նշված կանխատեսումային անբարենպաստ նշանները շտկելու նպատակով բժշկական պարբերաբար հսկողության, բժշկահոգեբանական վերականգնման, սոցիալական աջակցության և

մանկավարժական ազդեցությունների կարիք ունեն: Հիվանդության զարգացման դեպքում նախաախտաբանությունը գնահատվում է որպես նրա պրեմորբիդ զուգակցում:

**Նախահիվանդագին խանգարումները** ենթակլինիկական (սուբկլինիկական) մակարդակի դինամիկ դիսֆունկցիոնալ վիճակներն են, որոնք բնորոշվում են որակական փոփոխություններով, հոգեախտաբանական ախտանշաբանության առաջացումով, դիզադապտացիայով, անձի հոգեւոցիալական գործառույթյան խանգարումով: Նախահիվանդագին խանգարման առկայությունը ազդանշան է այս կամ այն բուժական միջոցառումներ օգտագործելու համար:

Նախահիվանդության զարգացման մինչկլինիկական փուլում նկատվում է արագընթաց փոփոխվող, չձևավորված սոցիալ-հոգեբանական դիզադապտացիայի պատկեր: Ի հայտ են գալիս հոգեախտաբանական և վեգետատիվ ախտանիշներ, որոնցից ոչ մեկը չի գերակշռում երկարատև, փոխվում է վարքագիծը՝ հանգեցնելով անձնային տրանզիտոր խանգարումների:

Հետագա խորացման դեպքում հոգեկան խանգարումներն անցնում են հաջորդ փուլ, որը կլինիկորեն դասակարգվում է որպես մինչնոզոլոգիական: Ախտանիշներն արդեն միավորվում են համախտանիշի սահմաններում, մինչդեռ պահպանում են բազմաձևությունը (պոլիմորֆիզմ), անկայունությունը, զգալի կախվածությունը արտաքին պայմաններից, գերակշռում է դարձելիությունը: Մինչնոզոլոգիական ռեգիստրից են ներդրվում և ախտավարքաբանական ռեակցիաները, սուր տրանզիտոր ռեակտիվ պսիխոզները (աֆեկտիվ-շոկային ռեակցիաները, գիտակցության հոգեծին մթնշաղային խանգարումները), դեռեալիզացիայի-դեպերսոնալիզացիայի էպիզոդները և այլն: Նախահիվանդության խորացման փուլը բնորոշվում է դեֆիցիտար խանգարումների ձևավորմամբ, անձնային ախտաբանության հարաբերական կայունությամբ, արտաքին ազդեցություններից նրա քիչ կախվածությամբ (ինքնազարգացումով) և սկզբնապատճառը արտացոլող ախտանիշների թուլացմամբ: Նրանց միջև գոյություն չունեն կտրուկ սահմաններ, հնարավոր են փոխադարձ անցումներ:

### ***Հոգեկան առողջության խմբերը***

Հոգեկան առողջության խմբի ձևավորման չափանիշներ են ախտորոշիչ (դիագնոստիկ) և կանխորոշիչ (պրոգնոստիկ) գնահատականները, փորձագիտական եզրակացությունը և կազմակերպչական որոշումը:

\* Դասակարգումն ըստ գրականության:

**1-ին խումբ: Առողջ է:** Հոգեկան ֆունկցիաների խանգարման նշաններ չկան և չեն եղել: Առկա են տվյալներ ներդաշնակ զարգացման վերաբերյալ:

Կարող է ծառայությունն անցնել այն զորակազմավորումներում, որտեղ պահանջվում է լավագույն հոգեկան առողջություն:

**2-րդ խումբ:** **Գործնականորեն առողջ է:** Առկա են անձի որևէ ոլորտի խանգարման կամ թուլության առանձին թեթև նշաններ: Կարիք ունի անհատական դաստիարակչական աշխատանքի, հոգեբանական շտկման (կորեկցիայի) միջոցառումների:

**3-րդ խումբ:** **Նախաախտաբանական վիճակ:** *Ախտորոշիչ գնահատականը՝ անբարենպաստ պրոգնոստիկ նշաններն են:* Նկատվում են հոգեկան խանգարման առաջացման հստակ նախադրյալներ, չնայած մինչև ժամանակ ծառայողական պարտականությունները կատարելու ունակությունը պահպանված է: Նյարդահոգեկան անկայունությամբ անձանց խմբում զորամասի բժշկի և զինվորական հոգեբանի դինամիկ հսկողությամբ կարիք ունի:

### **ԱՂՐԵՍԻՎ ԵՎ ՍՈՒԻՑԻԴԱՅԻՆ ՎԱՐՔԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՄՊԵԿՏՆԵՐԸ**

Ազրեսիան մնում է ժամանակակից հասարակության հիվանդություններից մեկը՝ անկախ պետականության ձևից, տնտեսական բարեկեցության մակարդակից և մշակութային ավանդույթներից: Ինքնաքայքայման վարձագիծը, որի կառուցվածքի մեջ հատուկ տեղ է զբաղեցնում ազրեսիվ և աուտոագրեսիվ (սուիցիդալ) վարքը, դիտվում է որպես անձի դիսֆունկցիոնալ վիճակ և հանգեցնում սոցիալական դիզադապտացիայի:

Անառողջ ապրելակերպը, ազգաբնակչության որոշ խավերի (հատկապես դեռահասների) ալկոհոլի, թմրանյութերի և նիկոտինի գործածության (ալկոհոլիզացիա, նարկո-մանիզացիա, նիկոտինիզացիա) աճը, քրեածնության աճը, հեռացումը սոցիալ-կառուցողական գործունեությունից, ժամանակի աննպատակ վատնումը և այլն, վարքի շեղման տարբեր տեսակների առաջացման նախադրյալներ են:

«Ազրեսիա» տերմինը ծագում է լատիներեն aggression՝ հարձակվել բայից: Դրա նշանակությունը տարբեր է՝ պայմանավորված կիրառության ոլորտով՝ էկոլոգիայից (ազրեսիվ հողեր, միջավայրեր, հեղուկներ) մինչև սոցիոլոգիա (ռազմական, քաղաքական, ֆինանսական ազրեսիա և այլն): Բժշկական հոգեբանությունը ազրեսիան դիտարկում է որպես վարք, գործողություն, որն ուղղված է վնաս հասցնելու մեկին կամ վերացնելու այլ անձի կամ խումբ մարդկանց:

Ըստ օբյեկտի բնույթի՝ տարբերում են *հետերո-* և *աուտոագրեսիա*, որոնց միջև գոյություն ունի սերտ կապ:

*Արտաքին ագրեսիան* ֆիլոզոֆիկորեն ավելի վաղ է դրսևորվում և կարող է ընթանալ հետևյալ ձևերով (մեկուսացված կամ համատեղ)՝ աֆեկտիվ (ոչ վերբալ), խոսքային (վերբալ) և ֆիզիկական: Աֆեկտիվ ագրեսիան սովորաբար արտահայտվում է դժգոհության, չարության, ատելության, ցասման, զայրույթի, ընդհուպ մինչև մոլեգնության (կատաղության) հույզերով: Վերբալ ագրեսիան մտածողության և ինտելեկտի արդյունք է: Հոգեբանական հարվածները, որոնք մարդն ունակ է հասցնելու շրջապատին, շատ են (ընդգրկում է մասնավորապես չար կատակ, ծաղր, մեղադրանք, նախատինք, արգելք, կոպիտ բղավոց, նվաստացուցիչ պահանջ, վիրավորանք, անվայել հայհոյանք (լուտանք, հիշոց), անեծք, սպառնալիք և այլն): Ֆիզիկական ագրեսիան կարող է արտահայտվել փափուկ (ստիպողաբար պահելը, մեկուսացնելը, հրելը և այլն), կոշտ (հարված, ցավեցնելու գործողություն), ինչպես նաև դաժան և չափազանց դաժան (բրուտալ) ձևերով՝ ներառյալ տանջելն ու խոշտանգելը: Նմանատիպ գործողությունները կարող են ընթանալ տարբեր աստիճանի գիտակցումով և նպատակաուղղվածությամբ:

*Ներքին ագրեսիան* հատուկ ուշադրության է արժանանում բժշկության ոլորտում, քանի որ հոգեկան խանգարումների և պսիխոսոմատիկ հիվանդությունների հիմնական պատճառներից մեկն է: Այն կարող է դրսևորվել այս կամ այն աստիճանի թաքնվածությամբ (չդրսևորված)՝ պայմանավորված սուբյեկտի կամային առանձնահատկություններով և անհատական այլ որակներով: Ներքին ագրեսիան արտահայտվում է քայ-քայիչ բնույթի երևակայություններով, երազանքներով և երազներով, մեղքի և կորստի զգացումով, տրամադրության դեպրեսիվ տեղաշարժերով, իսկ ագրեսիան պակաս գիտակցելու դեպքում՝ պսիխոսոմատիկ հիվանդությունների ձևավորմամբ: Ի տարբերություն ռեակտիվ, ըստ բնույթի՝ պաշտպանական ագրեսիայի՝ ակտիվ (սպոնտան) ագրեսիայի բոլոր տեսակներն ունեն անձնային բնույթ և մասամբ հենվում են մարդու ժառանգական և բնածին որակների վրա:

***Հոգեպես առողջների և հիվանդների ագրեսիվ վարքը:*** Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ առողջ մարդը ընդհանուր առմամբ ցուցաբերում է ագրեսիվության ցածր մակարդակ: Առողջ մարդը համարյա միշտ ագրեսիվ գործողությունից հետո զգում է զղջում և ավստասանք:

Մարմնական ծանր հիվանդությունները (հիպերտոնիկ հիվանդություն, սրտի իշեմիկ հիվանդություն և այլն) իրենց առաջացման և զարգացման ընթացքում հանգեցնում են հիվանդի թաքնված ագրեսիվության ներուժի աճին:

Հոգեկան հիվանդների ագրեսիվությունը առանձնահատուկ խնդիր է: Հոգեկանում ցանկացած աններդաշնակություն նպաստում է վարքի ֆիլոգենետիկորեն հին ձևերի ապասարգեչակմանը, իսկ դրանցում կարևորներից մեկը ֆիզիկական ագրեսիան է: Օրինախախտ (օրինազանց) մարդկանց ընդհանուր զանգվածի մեջ հոգեկան խանգարումներ ունեցողները բավականին մեծ քանակ են կազմում: Չնայած հիվանդությանը՝ այդպիսի հիվանդների մեծամասնությունը ագրեսիվ գործողություններ է կատարում գիտակցաբար՝ սեփական գործողությունների և դրանց հետևանքների համար իրեն հաշիվ տալով: Նրանց ագրեսիվ վարքագծի պատճառները ամենից հաճախ արմատացած են պրեմորբիդ անձնային առանձնահատկություններում, և ոչ թե հոգեկան հիվանդության մեջ որպես այդպիսին:

Բանակում ագրեսիան կանխարգելելու վերաբերյալ աշխատանքները պետք է ուղղորդված լինեն մի կողմից զինծառայողների բժշկական և հոգեբանական ընտրության որակի բարձրացմանը, մյուս կողմից՝ բարձր ագրեսիվությամբ անձանց զենքի, ինչպես նաև ինտենսիվ հաղորդակցման հետ կապված ղեկավար պաշտոնների հետ անմիջական շփման բացառմանը, ստորաբաժանումներում բարոյահոգեբանական առողջ մթնոլորտ հաստատելուն և աջակցությանը, զինծառայողների կանոնադրական փոխհարաբերությունների ապահովմանը և ագրեսիվ վարքի առաջացման պատճառների, զարգացման մեխանիզմների և հետևանքների պարզաբանմանը: Նվազ կարևոր նշանակություն չունեն նաև զինվորների նյութական կենցաղային ապահովման բոլոր կողմերի, օրվա ռեժիմի, հանգստի լիարժեքության նկատմամբ վերահսկողության խստացումը:

***Չինծառայողների սուիցիդային վարքագծի առանձնահատկությունները:***

Սուիցիդը անձի սոցիալ-հոգեբանական դիզադապտացիան է միկրո-սոցիալ բախումային ապրումների իրավիճակում:

Սուիցիդ (ինքնասպանություն) կարող են կատարել հոգեկան հիվանդները, սահմանային հոգեկան խանգարումներով հիվանդները և առողջ մարդիկ: Բոլոր ինքնասպանների դեպքում առկա են անձի սոցիալ-հոգեբանական դիզադապտացիայի հատկանիշները:

Ինքնասպանության ռիսկը ինքնասպանության պոտենցիալ պատրաստականությունն է: Ինքնասպանության փորձը՝ ինքնասպանության փորձ է, որը մահով չի ավարտվել: Ինքնասպանության վարքագիծը կարող է ունենալ նաև ցուցադրական բնույթ, երբ մարդը ցանկանում է ուշադրություն գրավել իր անձի նկատմամբ, դուրս գալ սթրեսային վիճակից («սուիցիդը օգնության ճիչ է»):

Չնայած զինված ուժերում իրավակարգը, զինվորական կարգապահությունը ամրապնդելու և զինվորական ծառայության անվտանգությունն ապահովելու վերաբերյալ իրականացվող միջոցառումներին՝ մի շարք գործառնասերում և միավորումներում շարունակում են կատարվել ինքնասպանության դեպքեր ու փորձեր: Նույնիսկ ինքնասպանության եզակի դեպքը զինվորական կոլեկտիվում առաջացնում է անվստահության, հոռետեսության զգացում, զարմացում է իր անսովորությամբ, որը բացասաբար է անդրադառնում բարոյահոգեբանական մթնոլորտին և ստորաբաժանումների մարտունակության վիճակին:

Ընդունված է, որ ինքնասպանությունների (սուիցիդների) միայն 25%-ն է կատարվում հոգեկան խանգարում ունեցող անձանց կողմից, մնացած ինքնասպանությունները կատարվում են «սահմանային» հիվանդների և գործնականորեն առողջ մարդկանց շրջանում: Ձինծառայողների շրջանում ինքնասպանների գերակշռող մասը (մինչև 90%) գործնականորեն առողջ է, այսինքն՝ նրանք, ովքեր մինչև ինքնասպանություն գործելը չեն դրսևորել հոգեկան ախտաբանության նշաններ և թույլ չեն տվել վարքագծային կոպիտ խախտումներ (այսինքն՝ հոգեբույժի կարիք չեն զգացել): Ինքնասպանությունների խնդիրը որոշելու, հատկապես կանխարգելելու դժվարությունը պայմանավորված է սուիցիդային դրսևորումների յուրահատկության բացակայությամբ:

Ձինվորական ծառայության պայմաններում սուիցիդային միտումները ձևավորվում են զինծառայողների փոքր քանակի շրջանում: Ինքնասպանության մտքերը ծագում են դեռևս զորակոչից առաջ, իսկ ծառայության ծանր պայմանները միայն նպաստում են դրանց իրականացմանը: Ինքնասպանության գործողությունները երիտասարդ տարիքի անձանց շրջանում հայտնվում են սովորաբար անմիջականորեն դժվար իրավիճակից (հոգեկան ցնցումից) հետո, որը նման է «կարճ միացման» ռեակցիային: Նախահինքնասպանության շրջանը տևում է մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր: Ինքնասպանություն գործելու համար առիթը հաճախ համապատասխանում է իրական պատճառին: Բնորոշ են բախումային իրավիճակի ծանրության սուբյեկտիվ գերազնահատումը, անելանելիության զգացումը, պատկերացումների մեջ ստեղծված ճգնաժամից ելքի տարբերակների բացակայությունը, սեփական խնդիրների անլուծելիության մեջ համոզված լինելը: Վերջին հաշվով իրավիճակը սուբյեկտիվորեն գնահատվում է որպես անելանելի, որն էլ հոգեախտաբանության բացակայության ժամանակ ինքնագիտակցության վաղանցիկ անհատական «սահմանափակման» հետևանքով հանգեցնում է ինքնասպանության գործողության:

Ձինվորական ծառայության պայմաններում ինքնասպանության գործողությունների 80%-ը կատարվում է զորակոչով զինվորական ծառայության անցած զինծառայողների կողմից, այդ թվում 2/3-ը ծառայության առաջին տարվա զինվորների և սերժանտների կողմից: Աճել է ինքնասպանությունների քանակը նաև սպաների շրջանում: Ինքնասպանության պատահարների քանակը աճում է հրազեն գործածելու միջոցով, ընդ որում, 3/4-ը կատարվում է անմիջականորեն դիրքերում: Ինքնասպանությունների առավել տարածված միջոցներ են հրազենային ինքնավնասումները և կախվելը: Յուրաքանչյուր 6-րդ ինքնասպանը մեռնելուց առաջ գրություն է թողնում:

Չափազանց մեծ է ալկոհոլի բացասական դերը ինքնասպանության գործողություններ կատարելու մեջ: Նրանք համարյա բոլորն ունեն բնավորության և վարքի հետևյալ առանձնահատկությունները՝ ինքնամոլություն, մեկուսացվածություն, չափազանց զգայունություն, հիվանդագին ինքնասիրություն, փոքրարժեքության զգացում, անհաջողակության զգացում, շրջապատի կողմից հարգանքի և հոգատարության բացակայության զգացում:

Հոգեկան հիվանդների շրջանում ինքնասպանություն առավել հաճախ կատարվում է դեպրեսիաների, զառանցանքային և ցնորազառանցանքային վիճակների դեպքում: Սահմանային խանգարումների դեպքում ինքնասպանությունը առավել հաճախ դիտվում է պսիխոպաթիաներով, քրոնիկական ալկոհոլամոլությամբ տառապողների շրջանում, ռեակտիվ վիճակների դեպքում: Հարկ է հիշել, որ հոսպիտալացումը նվազեցնում է ինքնասպանության ռիսկի աստիճանը, սակայն ամբողջությամբ չի վերացնում:

Գործնականորեն առողջ անձի դեպքում ինքնասպանության ռիսկի առումով առավել խոցելի է շեշտված բնավորությամբ անհատը հուզական լարվածության վիճակում: Որոշիչ նշանակություն ունի բախումային իրավիճակը:

***Սուիցիդային մտադրություններն իրականացնելուն խոչընդոտող գործոններն են՝*** ինտենսիվ հուզական կապվածությունը մտերիմների հետ, ծնողական պարտականությունները, պարտքի արտահայտված զգացումը, պարտավորությունները, սեփական առողջական վիճակի վրա ուշադրության կենտրոնացումը, կախվածությունը հասարակական կարծիքից, շրջապատի կողմից դատապարտվելուց խուսափելը, ինքնասպանի խայտառակության և խղճալի լինելու մասին պատկերացումը, ստեղծագործական պլանների, միտումների և մտահղացումների առկայությունը, չօգտագործված կենսական հնարավորությունների վերաբերյալ համոզվածությունը:

Դեզադապտացիայի անցումը ինքնասպանության վարքին պայմանավորված է երկու հանգամանքով՝ տվյալ բախումը լուծելու համար սուբյեկտին նշված հայտնի տարբերակները անհնարին կամ սահմանափակ լինելով, իրավիճակը լուծելու հայտնի տարբերակների սուբյեկտիվ գնահատականով, որոնք գնահատվում են որպես անարդյունավետ կամ անընդունելի:

Ինքնասպանության մտքեր հայտնվելուց առաջ մարդը ընկերոջ կողմից կարեկցանք, էմպաթիա, ապրումակցություն է փնտրում, որի հետ կարող է խոսել իր դժվարությունների մասին և թեթևանալ: Միտքն իրագործելու մասին որոշում ընդունելուց հետո ինքնասպանության գործողությունները կատարվում են մեկուսացած: Նշված նախաինքնասպանության ժամանակահատվածը շատ կարևոր է այն կանխելու համար:

Ինքնասպանության գործողությունների կանխումը բավականին դժվար խնդիր է: Անձնակազմի հետ աշխատող հրամանատարներն ու սպաները պետք է հաշվի առնեն 18-20-ամյա մարդկանց հոգեկերտվածքի առանձնահատկությունները՝ օրգանիզմի չավարտված ձևավորումը, պահպանված հուզական լաբիլությունը, չափազանց զգայունությունը, խոցելիությունը, դատողությունների անզիջողականությունը և իրադարձությունների բևեռային գնահատականը, գործողությունների իմպուլսիվությունը, կենսափորձի, սոցիալական հասունության, դժվար իրավիճակներից դուրս գալու մշակված տարբերակների բացակայությունը: Այդ պատճառով երիտասարդ համալրումն ուսումնասիրելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել դաստիարակության պայմանները (ոչ լրիվ կամ կոնֆլիկտային ընտանիք), ընտանիքի անդամների, ազգականների ինքնասպանության, նախկինում սուիցիդային մտքերի և փորձերի առկայություն բանակում ծառայելուց առաջ:

Բանակում սուիցիդային իրադարձությունների հիմնական պատճառ են սոցիալական գործոնները, կանխարգելիչ (պրոֆիլակտիկ) աշխատանքի թերություններ, զինվորական ծառայության դժվարությունները և յուրահատկությունները, ոչ կանոնադրական հարաբերությունները, ակոհոլի չարաչափումը և այլն:

Սուիցիդների կանխարգելումը բանակում պետք է իրականակցվի համալիր՝ հրամանատարական կազմի, հոգեբանների, բժշկական ծառայության, դաստիարակչական կառույցների սերտ համագործակցությամբ:

### **ՀՈԳԵՅԻԳԻԵՆԱՆ ԵՎ ՀՈԳԵԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ԶԻՆՎԱԾ ՈՒԺԵՐՈՒՄ**

Զինծառայողի մասնագիտական գործունեության որակը ուղղակի պայմանավորված է նրա հոգեկան առողջության մակարդակով, որի

պահպանումն ու ամրապնդումը կարևոր ուղղություն է զինվորաբժշկական ծառայության աշխատանքում: Հոգեհիգիենան և հոգեկանխարգելումը բանակում մեր երկրում անցկացվող ընդհանուր հիգիենիկ և կանխարգելիչ միջոցառումների համակարգի մի մասն է:

Հոգեհիգիենան և հոգեկանխարգելումը զինված ուժերում ունեն մի շարք առանձնահատկություններ, որոնք պայմանավորված են զինվորական ծառայության յուրահատուկ պայմանների, տարիքային չափանիշերի, սահմանային և հոգեմարմնական խանգարումների աճի միտումով, ինչպես նաև հոգեկան գործունեության մինչնոզոլոգիական ձևերի շատացմամբ: Նշված միտումը բնորոշ է ինչպես խաղաղ պայմաններին, այնպես էլ մարտական գործողությունների շրջանում և արտակարգ (էքստրեմալ) իրավիճակներին:

Հոգեհիգիենան և հոգեկանխարգելումը զինվորական ծառայության պայմաններում միջոցառումների համալիր են, որոնք ուղղված են անձնակազմի հոգեկան առողջությունը պահպանելուն և ամրապնդելուն, խաղաղ և պատերազմական պայմաններում զինծառայողների հոգեկան գործունեության համար առավել բարենպաստ պայմաններ ստեղծելուն, հոգեկան հիվանդությունների առաջացումը և զարգացումը կանխարգելելուն:

Հոգեհիգիենան մարդու հոգեկան առողջության կանխարգելիչ պահպանությունն է՝ լավագույն պայմաններ ստեղծելու ճանապարհով անձի և նրա գործառության հոգեկան առանձնահատկությունների լրիվ զարգացման համար: Ուղղված է հիմնականում հոգեկան խանգարումների առաջացումը նախազգուշացնելուն, օրգանիզմի վրա հիվանդագին գործոնի ազդեցությունը կանխելուն, վաղ ախտորոշելով և բուժելով հիվանդությունը քրոնիկականի վերածվելու նախազգուշացմանը, կանխարգելիչ բուժմանը և հիվանդության սրացումներն ու հաշմանդամության առաջացումը կանխող միջոցառումներին:

***Հոգեհիգիենայի և հոգեկանխարգելման խնդիրները*** զորքերում հանգում են հետևյալին՝

- անձնակազմում հոգեկան խանգարումներ առաջացնող պատճառների և պայմանների ուսումնասիրություն, զինծառայողների շրջանում զինվորական ծառայության ընթացքում նյարդահոգեկան անկայունության և հոգեկան խանգարումների զարգացումը կանխելու վերաբերյալ կոնկրետ հանձնարարականների մշակում,

- գորամաս եկող համալրման հետազոտություն՝ հոգեկան շեղումներով և ախտաբանությամբ անձանց վաղ հայտնաբերելու նպատակով,

- զինծառայողների հաշվառում, զննում և ամբուլատոր բուժում, որոնք ունեն հոգեվիճակի ոչ խիստ արտահայտված խանգարումներ,
- հրամանատարության համար հանձնարարականների մշակում զինծառայողներին գործի դնելու վերաբերյալ՝ հաշվի առնելով նրանց հոգեկան առողջության վիճակը և վարքագծային առանձնահատկությունները,
- հանձնարարականների պատրաստում ֆիզիկական և հոգեկան բեռնվածությունները պլանաչափ բաշխելու վերաբերյալ, հոգեկան աշխատունակությունը և մարտունակությունը բարձրացնելու վերաբերյալ,
- մասնագիտական գործունեության գործընթացում չափազանց հոգեհուզական լարվածության կանխում,
- ընդհանուր հիգիենիկ միջոցառումների անցկացում, որոնք ունեն անմիջական հոգեկանխարգելիչ նշանակություն (զինվորական աշխատանքի և կենցաղի պայմանների, հանգստի, սննդի ռեժիմի պահպանում և այլն),
- հետվնասվածքային սթրեսային խանգարումներով զինծառայողների հոգեբանական կորեկցիա և բժշկահոգեբանական վերականգնում,
- զինծառայողների (սպաների, սերժանտների) սանիտարական լուսավորություն հոգեհիգիենայի, հոգեկանխարգելիչ և զինվորական ու բժշկական հոգեբանության որոշ բաժինների հարցերի մշակում:

Գործող զինվորական ծառայություն անցնելու համար զորակոչված խմբում նյարդահոգեկան անկայունությամբ անձինք մինչև 30% են: Սովորաբար նյարդահոգեկան անկայունությունը ժամկետային ծառայության զինծառայողների շրջանում դրսևորվում է ծառայությունն անցնելու առաջին ամիսներին, հատկապես հարմարվելու ժամանակաշրջանում: Վերջինս պայմանավորված է երիտասարդի ողջ կենսաձևի և գործունեության վերականգնմամբ և սովորաբար ուղեկցվում է հուզական լարվածությամբ:

Զինվորական ծառայության պայմաններում ՆՅԽ-ով (նյարդահոգեկան խանգարում) անձանց շրջանում հաճախ ախտորոշվում են ֆունկցիոնալ մարմնական խանգարումներ՝ նյարդացիրկուլյատոր դիստոնիա, ստամոքսաղիքային ուղու դիսկինեզիաներ և այլն:

Այսպիսով, ժամկետային զինծառայողների շրջանում ՆՅԽ-ի գեներում առաջատար դեր են կատարում *արտաքին* պատճառները և ամենից առաջ՝ հոգեվնասող հակասությունները զինվորական կոլեկտիվներում: Հատկապես այդ պատճառով զորամասում այդպիսի բախումների կանխումը, ինչպես նաև ժամանակին և ճիշտ լուծումը հոգեկանխարգելիչ աշխատանքի կարևորագույն բաժինն է:

***Հոգեհիգիենայի և հոգեկանխարգելիչ միջոցառումները զորքերում***

Հոգեհիգիենայի և հոգեկանխարգելիչ միջոցառումները զորքերում պետք է ունենան հաջորդական բնույթ և անցկացվեն *մինչզորակոչային շրջանում, զորակոչի ժամանակ և զիվորական ծառայության անցնելու շրջանում*:

Մինչզորակոչային փուլում պատանիների շրջանում անցկացվում են բուժառողջարարական միջոցառումներ: Ձորակոչի ժամանակ նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը զինկոմիսարիատ է ներկայացնում անհրաժեշտ բժշկական տեղեկություններ դիսպանսերային հսկողության տակ գտնվող, հոգեբուժական հիվանդանոցում բուժված անձի մասին: Ձինկոմիսարիատի զորակոչային հանձնաժողովը սովորաբար բանակ է ուղարկում առողջ անձին: Մինչդեռ առանձին դեպքերում որոշ հիվանդություններ և հիվանդագին վիճակներ զորակոչի ժամանակ մնում են չբացահայտված (ամենից հաճախ դեբիլության թեթև աստիճանները, սահմանային խանգարումները): Առաջին՝ զորակոչային հանձնաժողովի բժիշկը հաճախ հանդիպում է թույլ արտահայտված հիվանդագին վիճակների, որոնք դժվար է հայտնաբերել մեկանգամյա զննության ժամանակ, երկրորդ՝ առանձին զինակոչիկներ կարող են այս կամ այն պատճառով թաքցնել իրենց հիվանդությունը, երրորդ՝ ոչ բոլոր դեպքերում է զինակոչիկի համար ներկայացվում մանրամասն բժշկական և բնորոշող փաստաթուղթ:

Ոչ պակաս կարևոր նշանակություն ունի նաև *սոմատոզեն ասթենիայով* տառապող անձի ժամանակին հայտնաբերումը: Խոսքը թույլ արտահայտված, սակայն երկարատև ընթացող սոմատիկ հիվանդությամբ (ստամոքսի ֆունկցիոնալ խանգարում, ստամոքսաբորբ, լեղապարկաբորբ, նշիկաբորբ, հայմորիտ, մեյրոցիդիկուլյատոր դիստոնիա և այլն) պայմանավորված ասթենիկ վիճակների մասին է: Այդպիսի զինծառայողը կարիք ունի համապատասխան մասնագետի հետազոտության և բուժման: Հակառակ դեպքում կարող է առաջանալ հոգեծին ռեակցիա, ասթենո-նևրոտիկ վիճակ:

Նյարդահոգեկան անկայունությամբ կամ հոգեկան խանգարումով անձը կարող է հայտնաբերվել զինվորական ծառայության բոլոր ժամանակահատվածներում, սակայն ամենից հաճախ դա լինում է առաջին 3-6 ամիսներին, այսինքն՝ *ադապտացիայի շրջանում*: Հոգեկանխարգելիչ աշխատանքը ադապտացիայի շրջանում կարևոր նշանակություն ունի, քանի որ ծառայության առաջին ամիսներին նախկինում տարած հիվանդությունների դեկոմպենսացիայի հետ մեկտեղ կարող են առաջանալ դիզադապտացիոն խանգարումներ, որոնք դրսևորվում են ասթենիկ, նևրոտիկ ախտանշանությամբ, հուզական և վեգետատիվ խանգարումներով: Ադապտացիայի դժվարացմանը կարող են նպաստել քրոնի-

կական մարմնական (ներքին օրգանների, սոմատիկ) հիվանդությունները, ինչպես նաև օրվա կարգը չպահպանելը, աշխատանքի և հանգստի, ռացիոնալ սննդի, պահակային ծառայության կանոնադրության, մարտական հերթապահության կանոնակարգի (ռեգլամենտի) խախտումները, անհավասարաչափ կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության կտրուկ մեծացումը:

Ձինծառայողի հոգեկան վիճակի վրա բացասաբար են ազդում ստորաբա-ժանումում վաղուց ծառայողների, ինչպես նաև երիտասարդ զինվորների միջև ոչ ճիշտ, ոչ կանոնադրական փոխհարաբերությունները: Վաղուց ծառայողները անթույլատրելի ձևով երբեմն ցուցադրում են իրենց առավելությունը, իրենց փոխարեն պարտադրում են կատարել որոշ աշխատանքներ, բարոյապես կամ ֆիզիկապես վիրավորում են երիտասարդ զինվորին, որը վերջիններիս շրջանում հանգեցնում է հիվանդագին ռեակցիաների, ինքնավնասման (ինքնասպանության. սուիցիդալ) գործողությունների, արտակարգ պատահարների: Քանի որ զինծառայողների մեջ ինքնասպանվողների (սուիցիդենտ) գերակշռող խումբը գործնականորեն առողջ է, իսկ նրանց համար ինքնասպանությունների պատճառներ են հանդիսանում անբարենպաստ սոցիալական գործոնները (անպատրաստ լինելը, զինվորական ծառայության դժվարությունները, կենցաղային տարածայնությունները, ոչ կանոնադրական փոխհարաբերությունները, պատժվելու վախը և այլն), ուստի ենթակայի հոգեբանական վիճակը և բարոյահոգեբանական եղանակը կոլեկտիվում պետք է մշտապես լինեն հրամանատարների և դաստիարակների ուշադրության կենտրոնում:

Ձինվորական ծառայությանը դժվար հարմարվելը դեռևս չի նշանակում, որ հետագայում այն վատ կանցնի: Հոգեկանխարգելիչ միջոցառումները ժամանակին անցկացվեցնելու ընթացքում հաջողվում է բացառել ադապտացիոն ռեակցիաները զինծառայողների մեծ մասի շրջանում, ընդ որում, բացի սանիտարահիգիենիկ միջոցառումներից, կարող են նաև օգտագործվել պսիխոթերապիա, տրանկվիլիզատորների նշանակում: Ադապտացիայի շրջանում զինվորական աշխատանքի և ուսումնամարտական գործունեության որոշ տեսակների դեպքում կարող է նկատվել հոգեհուզական լարվածություն, որն առաջացնում է տագնապ, անվստահություն, տարբեր երկյուղներ, անհաջողությունների սպասում, որոնք վերջին հաշվով հանգեցնում են մարտունակության և աշխատունակության նվազման: Այդպիսի վիճակների հոգեկանխարգելումը ենթադրում է ռացիոնալ կերպով կառուցված ուսումնական մարզումների համակարգ, առաջադրանքների ենթադրվող ծավալի և բովանդակության մասին լիարժեք տեղեկատվություն, տեխնիկայի, ժամանակին անհրաժեշտ բժշկական օգնություն ստանալու նկատմամբ վստահության դաստիարակում: Մի շարք

դեպքերում նպատակահարմար է հանգիստ տալը, վիտամիններ, ընդհանուր կազդուրիչ միջոցներ նշանակելը, հազվադեպ՝ դեղորայքային բուժումը:

Ջինվորական ծառայության պայմաններում չափազանց կարևոր է իրավիճակային դժվարություններով պայմանավորված *հոգեծիմ հիվանդությունների կանխարգելումը*: Իրավիճակային դժվարությունները կարող են հանգեցնել հոգեբանական ռեակցիաների՝ ախտաբանականի վերածվելուն: Յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում դժվար իրավիճակը կարելի է լուծել միայն զինծառայողի նկատմամբ խիստ անհատական մոտեցմամբ: Ընդ որում, անհրաժեշտ է օգտագործել հոգեկանխարգելիչ երեք մոտեցումները՝ *անձնային, միջանձնային և իրավիճակային*:

Մարտական գործողություններում կամ արտակարգ իրավիճակների (վթարներ, աղետներ, տարերային աղետներ) հետևանքները վերացնելուն մասնակցած զինծառայողների դիզադապտացիայի հիմք են հետվճարված-քային սթրեսային խանգարումների տարբեր դրսևորումները: Վերականգնողական առավել գործուն տեսակներ են խորհրդատվական-հոգեբանական օգնությունը և հոգեթերապիան: Հոգեթերապևտիկ աշխատանքն իրականացվում է անձնակողմնորոշված (ռեկոնստրուկտիվային) հոգեթերապիայի, ախտանշաբանական ուղղվածությամբ հոգեթերապիայի և հուզականային մարզման զուգորդմամբ: Վերականգնողականությունը հենվում է ամենից առաջ հիվանդի անձի վրա, և վերջնական նպատակն է նրա ռեսուրսների զգացիան:

Ներկայումս զինված ուժերի կառույցներում կարևորագույն ձեռնարկումներն ուղղված են հոգեհիգիենիկ, հոգեկանխարգելիչ, հոգեթերապևտիկ և հոգեբանական միջոցառումների ընդլայնված ներդրմանը:

## ԳԼՈՒԽ 27

### ՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հոգեկան հիվանդությունները շատ հաճախ հիվանդին անաշխատունակ են դարձնում, զրկում բանակում պարտադիր ծառայության հնարավորությունից, ազատում են դատական պատասխանատվությունից և սահմանափակում քաղաքացիական իրավունակությունը: Գործնական հոգեբուժության բնագավառում այդ հարցերի ճիշտ և ժամանակին լուծումը կարևոր նշանակություն ունի:

#### ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հոգեկան սուր խանգարումների դեպքում հիվանդին տրվում է անաշխատունակության թերթիկ մինչև 4 ամիս ժամկետով: Հիվանդությունը երկարաձգվելու և անաշխատունակությունը շարունակվելու դեպքում հաշմանդանության խումբը որոշելու նպատակով բժշկական հսկողական հանձնաժողովի որոշմամբ հիվանդն ուղարկվում է բժշկական աշխատանքային փորձագիտական հանձնաժողովի քննության:

Գոյություն ունի հաշմանդանության երեք խումբ:

1-ին խումբը տրվում է այն դեպքում, երբ հիվանդը ոչ միայն աշխատունակությունն է կորցրել, այլև ինքն իրեն խնամել ու ղեկավարել չի կարող, մշտական խնամքի ու հսկողության կարիք ունի:

2-րդ խումբը տրվում է հիվանդի մասնագիտական որակավորման կորստի դեպքում, երբ նա անկարող է նաև մի նոր մասնագիտություն ձեռք բերել: Նման դեպքերում թույլատրվում է աշխատել կա'ն տնային պայմաններում, կա'ն հոգեբուժական հիմնարկներին կից գործող բուժիչ-աշխատանքային արհեստանոցներում:

3-րդ խումբը տրվում է այն դեպքում, երբ հիվանդը աշխատունակությունը մասնակիորեն կորցրել է, իր մասնագիտությամբ այլևս չի կարող աշխատել, բայց թեթև աշխատանք կարող է կատարել: Ընդ որում, այդ նոր աշատանքը պետք է ընտրել այնպես, որ այն հիվանդին դուր գա և նպաստի առողջությանը (փաստորեն դառնալով յուրօրինակ աշխատանքային բուժում):

#### ԶԻՆՎՈՐԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

Զորակոչի ենթակա բոլոր զինակոչիկները, անկախ նրանից, թե իրենց առողջության վերաբերյալ գանգատներ ունեն, թե ոչ, զինվորական

կոմիսարիատներում գործող բժշկական հանձնաժողովի կողմից (որտեղ մի շարք մասնագետների թվում մասնակցում է նաև հոգեբույժ) մանրագնին քննության են ենթարկվում: Նյարդահոգեկան առողջության վերաբերյալ նույնիսկ փոքր կասկածի դեպքում նրանք ուղարկվում են համապատասխան հոգեբուժական հիվանդանոց՝ զինվորական փորձաքննության:

Փորձաքննությանը բավականին օգնում են ներկայացվող բժշկական և այլ փաստաթղթերը (բնութագրեր, տեղեկանքներ, հիվանդության պատմության քաղվածքներ և այլն):

Փորձաքննությունն անցկացնում է հատուկ բժշկազինվորական հանձնաժողովը, որը եզրակացություն է տալիս տվյալ հետազոտվողի նյարդահոգեկան առողջության վերաբերյալ:

Փորձագիտական հանձնաժողովի տված եզրակացության հիման վրա զինվորական կոմիսարիատը որոշում է տվյալ զինակոչիկի զինվորական ծառայության պիտանելիության, տարկետում տալու, բուժման ուղարկելու և այլ հարցերը:

Դեպքեր են լինում, երբ բանակում զինծառայողը հիվանդանում է: Նման դեպքերում նա անմիջապես զինվորական հոսպիտալ է ուղարկվում, որտեղ կազմակերպվում է նրա բուժումը: Իսկ հիվանդությունը ձգձգվելու կամ չարորակ ու վտանգավոր բնույթի դեպքում նա զինվորական փորձաքննության է ենթարկվում, որը և որոշում է նրա հետագա ծառայությունը շարունակելու հարցը:

### **ԴԱՏԱՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ**

Դատահոգեբուժական փորձաքննությունն ավելի բարդ ու կարևոր է, քանի որ այն միաժամանակ զբաղվում է թե՛ բժշկական և թե՛ իրավաբանական հարցերի լուծմամբ:

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը կազմված է առնվազն 3 անձից՝ նախագահից, անդամից և զեկուցողից:

Դատահոգեբուժական փորձաքննությունն նշանակելու հիմք են այն դեպքերը, երբ դատաքննչական մարմիններում կասկած է առաջանում հանցագործի, տուժողի կամ վկայի հոգեկան առողջության մասին, հետաքննության ընթացքում բացահայտվում են տարօրինակ վարք ու անմիտ ցուցմունքներ, հանցագործը, տուժողը կամ նրանց հարազատները հիմնավորված միջնորդություն են ներկայացնում, առկա է արտաքուստ հասկանալի պատճառներ չունեցող ու չհիմնավորված հանցագործություն, նշվում է նախկինում տարած հոգեկան հիվանդություն, ինչպես նաև հոգեբուժական բուժիմնարկներում հաշվառման մեջ լինելը կամ հոգեբույժի հսկողության տակ գտնվելը:

Դատահոգեբուժական փորձաքննությունը նշանակվում է դատաքննչական մարմինների որոշմամբ: Այդ որոշման մեջ փորձագիտական հանձնաժողովի առջև հարց է դրվում որոշել հետազոտման ենթակա անձի հոգեկան առողջության վիճակը և մեղսունակության կամ անմեղսունակության հարցը ինչպես հանցագործությունը կատարելիս, այնպես էլ փորձաքննության ժամանակ:

Դատահոգեբուժական փորձաքննության համար հետազոտվողի հոգեբուժական քննությունից բացի, անհրաժեշտ են նաև իրավախախտման հետ կապված որոշ նյութեր (քրեական գործ՝ հանցագործության մանրամասն նկարագրությամբ, վկաների ցուցմունքներով, զանազան փաստաթղթերով, հետազոտվողի մանրամասն բնութագրով և այլն):

Գոյություն ունեն դատահոգեբուժական փորձաքննության հետևյալ տեսակները:

**Ամբուլատոր փորձաքննություն.** անցկացվում է ամբուլատոր պայմաններում հետազոտվողի մեկնագամյա քննությամբ: Ամբուլատոր քննությունը կարող է եզրակացություն տալ հոգեպես առողջների կամ հոգեբուժական հիվանդանոցում նախկինում բուժված ու կասկած չհարուցող հոգեկան հիվանդությունների դեպքում: Այդ հարցում շատ են օգնում քրեական գործում եղած զանազան փաստաթղթերն ու հիվանդության պատմության քաղվածքները:

Ամբուլատոր պայմաններում հետազոտվողի հոգեկան հիվանդության ախտորոշման դժվարության դեպքում դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովի համապատասխան եզրակացությամբ նոր փորձաքննություն է առաջարկվում ստացիոնարի պայմաններում:

**Ստացիոնար փորձաքննություն.** անցկացվում է հոգեբուժական հիվանդանոցում այդ նպատակով կազմակերպված հատուկ դատահոգեբուժական բաժանմունքում: Ստացիոնարի պայմաններում հետազոտվողը ոչ միայն կլինիկալաբորատոր բազմակողմանի ու մանրազնին քննության է ենթարկվում, այլև հնարավոր է լինում մշտապես հետևել նրա վարքագծին, ցնցումային նոպաների առկայության դեպքում որոշել այդ նոպաների բնույթը, հաճախականությունը և այլն:

**Փորձաքննություն քննիչի առանձնասենյակում:** Այս դեպքում իրավախախտողի, տուժողի կամ վկայի հետաքննության ժամանակ, երբ քննիչը մասնագիտական ինչ-որ հարցեր կամ խորհրդատվության անհրաժեշտություն է զգում, ապա փորձագետ-հոգեբույժ է հրավիրվում, որը և տեղում քննչին օգնում է ճիշտ կողմնորոշվելու՝ 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 գործընթացում ամբաստանյալի հոգեկան առողջության վերաբերյալ կասկած է առաջանում, կամ վերջապես, երբ հետաքննության ժամանակ կատարված դատահոգեբուժական փորձաքննության եզրակացությունը դատարանում պաշտպանելու և հաստատելու անհրաժեշտություն է առաջանում:

**Հեռակա փորձաքննություն:** Այս դեպքում դատահոգեբուժական փորձաքննությունը կատարվում է առանց հետազոտվողի, միայն քրեական գործի տվյալներով: Նման անհրաժեշտություն է առաջանում այն դեպքում, երբ հետազոտվողին հնարավոր չի լինում ներկայացնել փորձաքննության, կամ երբ կտակների ու նվիրատվությունների հարցը այս կամ այն անձի մահից հետո վիճարկվում է ժառանգորդների կողմից:

**Հետմահու փորձաքննություն:** Հեռակա և հետմահու փորձաքննությունների դեպքում դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը, մանրամասն վերլուծելով քրեական գործի տվյալները (վկաների ցուցմունքներ, բնութագրեր, օրագրեր, նամակներ և այլն), որոշում է կայացնում, թե արդյոք տվյալ հետազոտվողը տառապե՞լ կամ չի՞ տառապել հոգեկան հիվանդությամբ և ինչպիսի իրավունակ վիճակում է եղել:

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը եզրակացության է հանգում՝ ելնելով երկու կարևորագույն չափանիշներից՝ *բժշկական* և *իրավաբանական*:

**Բժշկական չափանիշը** պատասխանում է այն հարցին, թե հետազոտվողը տառապել կամ տառապո՞ւմ է արդյոք որևէ հոգեկան հիվանդությամբ ինչպես հանցագործությունը կատարելիս, այնպես էլ փորձաքննության ժամանակ: Հիվանդության առկայության դեպքում արտացոլվում է այդ հիվանդության բնույթը, ընթացքը: Բժշկական չափանիշն ընդգրկում է հոգեկան հիվանդությունների ընդհանրացման հարցերը՝ «քրոնիկական հոգեկան հիվանդություն», «հոգեկան գործունեության ժամանակավոր խանգարում», «թուլամտություն» և «հիվանդագին այլ վիճակ»:

**Իրավաբանական չափանիշը** պատասխանում է այն հարցին, թե հետազոտվողը կարողացե՞լ է կամ կարո՞ղ է արդյոք հաշիվ տալ իր կատարած արարքների համար ու ղեկավարել իր գործողությունները ինչպես հանցագործությունը կատարելիս, այնպես էլ փորձաքննության ժամանակ:

Դատահոգեբուժական փորձաքննության բոլոր տվյալների ու եզրակացության հիման վրա ձևակերպվում է համապատասխան ակտ, որում

նշվում է հետազոտվողի հոգեկան առողջության վիճակը, մեղսունակության կամ անմեղսունակության հարցը՝ մանրամասնորեն ու հասկանալի 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 բնույթով ու սոցիալական վտանգավորության աստիճանով, ինչպես նաև կատարված հանցագործության ծանրությամբ պայմանավորված՝ հարկադրական բուժումը կարելի է իրագործել հոգեբուժական հիվանդանոցում՝ ընդհանուր հիմունքներով, ուժեղացրած և խիստ ռեժիմ ունեցող հոգեբուժական բաժանմունքներում:

Հարկադրական բուժումը տարբերվում է պատժից: Եթե պատժի նպատակը հանցագործի մեղքի քվումը, վերադաստիարակումն է, ապա հարկադրական բուժման նպատակը հիվանդին բուժելը և հասարակությանը նրա վտանգավոր արարքներից պաշտպանելն է:

Հակառակ պատժին, որն ունի որոշակի ժամկետ, հարկադիր բուժման դեպքում ժամկետը պայմանավորված է հիվանդության ծանրությամբ ու ընթացքով: Այդ առումով նրանք վեց ամիսը մեկ վերաքննության են ենթարկվում: Հոգեկան հիվանդությունը բուժվելու դեպքում, երբ հիվանդներն այլևս վտանգավոր չեն շրջապատի կամ իրենց 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 տարածքային հոգեբույժի հսկողությամբ:

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:

Դատահոգեբուժական հանձնաժողովը զբաղվում է նաև քաղաքացիական գործերով, որոնցից է *իրավունակության հարցը*:

«Իրավունակություն» հասկացողությունը անձի իրավական վիճակն է, այսինքն՝ ընտրելու և ընտրվելու իրավունքը, պայմանագիր կնքելու, կտակ գրելու, դատարանում և ամենուր իր իրավունքները պաշտպանելու և այլն:

Հոգեկան ծանր ու վատ կանխագուշակում ունեցող, քրոնիկական հիվանդությամբ տառապող անձինք անհրավունակ են:

Իրավունակության հարցերի փորձաքննությամբ դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովը կարող է զբաղվել միայն դատարանի որոշմամբ:

Դատահոգեբուժական փորձագիտական հանձնաժողովի եզրակացության համաձայն, երբ դատարանը հետազոտվողին ճանաչում է անհրավունակ, նրա նկատմամբ խնամակալություն է նշանակվում: Խնամակալը ոչ միայն հիվանդի իրավական հարցերով է զբաղվում ու նրա գործարքներն իրականացնում, այլև հետևում է հիվանդի բուժման, կենցաղային և այլ հարցերին:

Չի բացառվում այն հանգամանքը, որ հոգեկան հիվանդները հիվանդ վիճակում կարող է զանազան գործարքներ կատարած լինեն, ու երբ պարզվի, որ այդ գործարքները կատարվել են անհրավունակ վիճակում, ապա դրանք չեղյալ են հայտարարվում: Անօրինական է նաև այն ամուսնությունը, երբ ամուսնացող կողմերից մեկը կամ երկուսն էլ ամուսնության ժամանակ անհրավունակ են եղել: Անհրավունակ հիվանդը զրկվում է նաև ծնողական իրավունքից: Հետագայում բուժումից հետո, երբ հիվանդը առողջանում է, ապա դատարանը մինչ այդ անհրավունակ ճանաչած հիվանդի իրավունքները դատահոգեբուժական նոր փորձաքննությունից հետո կարող է վերականգնել ու նրան ճանաչել իրավունակ:

## Տերմինաբանական բառարան

<b>արագիա</b>	- քայլելու ունակության կորուստ, անքայլունակություն
<b>արսանս</b>	- վայրկենական մտակորույս
<b>արուլիա</b>	- կամազրկություն
<b>ավտոմատիզմ</b>	- ինքնավարություն
<b>ակալկուլիա</b>	- հաշվելու ունակության կորուստ
<b>ակաթիզիա</b>	- շարժողական անհանգստություն, դիրքափոփոխ անհանգստություն
<b>ակիմեզիա</b>	- շարժում կատարելու ունակության կորուստ, անշարժունակություն
<b>ակոագմ</b>	- ոչ խոսքային տարրական լսողական ցնորք
<b>ալկոհոլիզմ</b>	- ալկոհոլամոլություն
<b>ամբիվալենտություն</b>	- հակասական հույզեր
<b>ամենցիա</b>	- խելազրկություն
<b>ամնեզիա</b>	- ամհիշություն, հիշակորուստ
~ <b>անտերոգրադ</b>	- առաջընթաց հիշակորուստ
~ <b>կատաթիմ</b>	- հոգեանկունային հիշակորուստ
~ <b>ռետրոգրադ</b>	- հետընթաց հիշակորուստ
~ <b>ֆիքսացիոն</b>	- մոտ անցյալի հիշակորուստ
<b>անգիոգրաֆիա</b>	- անոթազրկություն
<b>անէկֆորիա</b>	- վերհիշության խանգարում
<b>անէսթեզիա</b>	- անզգայացում
<b>անոռեքսիա</b>	- ախորժակազրկություն
<b>ապաթիա</b>	- անտարբերություն
<b>ապաթիկո</b>	- արուլիկ - անտարբեր - կամազուրկ
<b>ապերցեպցիա</b>	- անընկալություն
<b>արիթմոմանիա</b>	- հաշվելամոլություն, թվամոլություն
<b>ասթազիա</b>	- կանգնելու ունակության կորուստ
<b>աուրա</b>	- նախանշան
<b>աուտիզմ</b>	- ինքնամփոփություն
<b>աուտոմենտամորֆոպսիա</b>	- սեփական մարմնի ընկալման խանգարում
<b>աֆազիա</b>	- խոսելակորուստ
~ <b>մոտոր</b>	- շարժողական խոսելակորուստ
~ <b>ամենստիկ</b>	- հիշակորստային խոսելակորուստ
<b>աֆեկտ</b>	- հուզական կարճատև պոռթկում
<b>աֆոնիա</b>	- ձայնակորուստ
<b>բարոտրավմա</b>	- ճնշավնասվածք
<b>բուլիմիա</b>	- քաղցի սուր զգացում, շատակերություն

<b>գրանդ մալ</b>	- էպիլեպտիկ ցնցումային մեծ նոպա
<b>դեբիլ</b>	- խելապակաս, տկարամիտ
<b>դեբիլություն</b>	- խելապակասություն, տկարամտություն
<b>դեգրադացիա</b>	- անձի քայքայում, նվազում
<b>դեզօրիենտացիա</b>	- ապակողմնորոշում, կողմնորոշման կորուստ
<b>դելիրիում</b>	- գիտակցության մթազում
	~ <b>ալկոհոլային</b> – սպիտակ տենդ
	~ <b>մուսիտիային</b> - փնթփնթան
<b>դեժա վյու</b>	- արդեն տեսած
<b>դեմենցիա</b>	- ձեռք բերովի թուլամտություն
<b>դեպերսոնալիզացիա</b>	- սեփական անձի օտարացում, խորթացում
<b>դեպրեսիվ ստուպոր</b>	- հոգեանկումային ընդարմացում
<b>դեպրեսիա</b>	- տրամադրության անկում, ընկճվածություն
<b>դեռեալիզացիա</b>	- իրական աշխարհի խորթացում, օտարացում
<b>դեֆեկտ</b>	- 1. պակասություն, արատ, 2. անձի աղքատացում
<b>դիզարթրիա</b>	- խոսելախանգարում
<b>դիպսոմանիա</b>	- պարբերական հարբեցողություն
<b>դիսթիմիա</b>	- տրամադրության խանգարում
<b>դիսմեգալոսպսիա</b>	- չափատեսության խանգարում
<b>դրոմոմանիա</b>	- թափառամոլություն, շրջնոլիկություն
<b>եվնուխտիդիզմ</b>	- ներքինակերպություն
<b>էխուլալիա</b>	- խոսքակրկնություն
<b>էխոմիմիա</b>	- դիմախաղակրկնություն
<b>էկվիվալենտ հոգեկան</b>	- հոգեկան համարժեք
<b>էմոցիա</b>	- հույզ, զգացմունք
<b>էյֆորիա</b>	- երանավետ զնայլվածության հոգեվիճակ, հոգեզնայլ վիճակ
<b>էնցեֆալոպաթիա</b>	- ուղեղախտություն
<b>էպիլեպսիա</b>	- ընկնավորություն
<b>էքզալտացիա</b>	- հուզավառություն
<b>էքստազ</b>	- մոլեգնության հասնող հիացմունք, հուզավառություն
<b>թեստ</b>	- փորձ
<b>ժամե վյու</b>	- երբեք չտեսած
<b>իդեատոր ավտոմատիզմ</b>	– մտքերի ականա ընթացք
<b>իդիոտ</b>	- ապուշ
<b>իդիոտիա</b>	- ապուշություն
<b>իլյուզիա</b>	- պատրանք, խաբկանք, աղավաղված ընկալում

<i>հմբեծջոռ</i>	- խելագուրկ
<i>հմբեցիլություն</i>	- խելզրկություն
<i>հմպուլսիվ արարք</i>	- ինքնաբեր, անակնկալ արարք
<i>հնվոյուցիոն պսիխոզ</i>	- նախածերունական պսիխոզ
<i>հնկոհերենցիա</i>	- անիմաստ, անկապ բառատարափ
<i>հնտելեկտ</i>	- բանականություն, խելք
<i>հնտերմիսիա</i>	- ընդմիջում, հիվանդության ժամանակավոր դադար
<i>հնֆանտիլիզմ</i>	- թերաճություն
<i>հպոխոնդրիա</i>	- չպատճառաբանված հիվանդագին գանգատներ
<i>լոգոպեդիա</i>	- խոսելաբուժություն /գիտություն խոսելախանգարման և բուժման մասին/
<i>լոգոկլոնիա</i>	- վանկակրկնություն
<i>լոգոնևրոզ</i>	- կակազություն
<i>լունատիզմ</i>	- լուսնոտություն
<i>լուցիդային</i>	- պարզ, լուսավոր, գիտակցական
<i>կատալեպսիա</i>	- դիրքագամում
<i>կատատոնիա</i>	- շարժագամում, դիրքագամություն, շարժախտ
<i>կարֆոլոզիա</i>	- մատնաքաղ /անիմաստ բռնողական շարժումների ձեռքի մատներով/
<i>կլեպտոմանիա</i>	- գողամոլություն
<i>կոնֆարուլացիա</i>	- չգիտակցված հորինամոլություն
<i>կվերուլանտություն</i>	- բողոքամոլություն, հայցամոլություն
<i>կրետիմ</i>	- տհաս, տկարամիտ
<i>կրետիմիզմ</i>	- տհասություն, տկարամտություն
<i>կոպրոլալիա</i>	- հայիոյամոլություն, կեղտախոսություն
<i>հալյուցիմացիա</i>	- ցնորք, զգայախաբություն, զգայապատրանք
~ <i>ակուստիկ</i>	- լսողական ցնորք
~ <i>հիպնագոգիկ</i>	- քնելու պահին առաջացող ցնորք
~ <i>հիպնապոմպիկ</i>	- արթնանալու պահին առաջացող ցնորք
~ <i>հոտառական</i>	- հոտառական
~ <i>հրամայողական</i>	- հրամայական ցնորք
~ <i>վերբալ</i>	- ձայնային, խոսքային ցնորք
~ <i>տեսողական</i>	- տեսողական ցնորք
<i>հալյուցիմոզ</i>	- ցնորագարություն
<i>հիդրոցեֆալիա</i>	- գլխի ջրակալում, ջրագլխություն
<i>հիպերբուլիա</i>	- կամային ակտիվության բարձրացում
<i>հիպերեսթեզիա</i>	- գերզգայունություն

*հիպերկինեզիա* - ակամա գերշարժունություն, անիմաստ շարժումներ  
*Չիպերթիմիա* - կայտառ տրամադրություն  
*հիպերմնեզիա* - հիշողության սրում  
*հիպորուլիա* - կամային ուղորտի թուլացում  
*հիպոթիմիա* - տրամադրության անկում, ընկճված տրամադրություն  
*հիպոմնեզիա* - հիշողության թուլություն

*մակրոպսիա* - խոշորատեսություն  
*մանիա* - մոլուցք, մոլագարություն  
*մանիակալ վիճակ* - մոլագար վիճակ, կենսախինդ վիճակ  
*մանիակալ* - **դեպրեսիվ պսիխոզ**, մոլուցքանկումային պսիխոզ  
*մարազմ* - մարմնահոգեկան հյուժանք, զառամախտ, ծերախտ  
*մելանխոլիա* - թախծոտություն, մելանաղձություն  
*մենտիզմ* - ակամա մտահոսք  
*մետամորֆոպսիա* - տեսողական աղավաղված ընկալում  
*միկրոպսիա* - փոքրատեսություն  
*մուտիզմ* - չխոսկանություն, խոսելաներժություն  
*նարկոլեպսիա* - քնի նոպաներ  
*նեզատիվիզմ* - մերժողական վարք  
*նեոլոհիզմ* - բառահորինում  
*նկրասթենիա* - նյարդաթուլություն  
*նկրիտ* - նյարդաբորբ  
*նկրոզ* - նյարդախտ  
*նկրոպաթիա* - նյարդախտություն

*շիզոֆրենիա* - հոգեճեղքում, մտազարություն

*պարաբուլիա* - կամային ակտիվության աղավաղում, հարկանագրկություն

*պարամնեզիա* - հիշողության աղավաղում, հարհիշակորուստ

*պարալոզիկ*  
*մտածողություն* - աղավաղված, ծուռ տրամաբանություն, մտածողություն  
*պարաթիմիա* – հուզական աղավաղում (անհամապատասխան հույզեր)  
*պարանոյալ* – համակարգված զառանցանք  
*պարանոիդ* – խելացնոր զառանցանք  
*պարաֆրենիա* – հոգեխախտում, երևակայական զառանցանք  
*պարեյրոլիա* – երևակայական բնույթի տեսողական պատրանք  
*պերսեվերացիա* – մտազանություն  
*պերցեպցիա* – ընկալում  
*պետիտ մալ* – էպիլեպսային ցնցումային փոքր նոպա

- պիրոթերապիա** – ջերմաբուժություն
- պիրոմանիա** – հրկիզամոլություն, կրակամոլություն, հրդեհամոլություն
- պնևնոնցեֆալոգրաֆիա** – օդաուղեղագրություն
- պոլիմասեստ** – ալկոհոլային հիշակորուստ
- պոլիմերիտ** – բազմանյարդաբորբ
- պորիոմանիա** – թափառամոլություն ( տե՛ս նաև դրոմոմանիա)
- պորոպսիա** – հեռավորության տեսախախտում
- պսևդոդեննցիա** – կեղծ թուլամտություն
- պսևդոդիպսոմանիա** – կեղծ պարբերական հարբեցողություն
- պսևդոհալյուցինացիա** – կեղծ ցնորք
- պսևդոռենինիսցենցիա** – աղավաղված հիշողություն
- պսիխասթենիա** – հոգեթուլություն
- պսիխոզ** – հոգեգարություն, հոգեախտ
- պսիխոպաթիա** – հոգեախտություն
- պրեսբիոֆրենիա** – ծերունական թուլամտություն
- պուլերիլիզմ** – մանկավարք, մանկամանություն
- ռապտուս** – ուժգին պոռթկում (թախծի բռնկում գրգռվածությամբ)
- ռեաբիլիտացիա** – վերականգնում
- ռեադապտացիա** – վերահարմարվողականություն
- ռենիսիա** – հիվանդության նվազում, թուլացում, ախտադադար
- ռեոնցեֆալոգրաֆիա** – ալիքաուղեղագրություն
- ռեպրոդուկցիա** – վերարտադրում
- ռետենցիա** – մտապահում
- ռիտուալ** – ծիսակարգ, ծես
- սենեստոպաթիա** – տարազգացողություն (տհաճ զգացողություններ մարմնում)
- Սինվոլիկ մտածողություն** – խորհրդանշական մտածողություն
- սինդրոմ** – համախտանիշ
- սոմնամբուլիզմ** – գիշերաշրջություն, լուսնոտություն
- սպազմոֆիլիա** – ջղաձգահակում, կծկանքահակում
- սթրես** – գերհույզ
- ստուպոր** – ընդարմացում, կաշկանդվածություն, փայտացում, թմրություն
- ~ **դեպրեսիվ** – հոգեանկումային ընդարմացում
- ~ **կատատոնիկ** – դիրքագամվածային ընդարմացում
- սուտյաժմիկություն** – բողոքամոլություն, դատամոլություն
- տախիկիներգիա** – արագաշարժություն, հաճախաշարժություն

<b>տրանս</b>	– ավտոմատացված, ենթագիտակցական գործողություններ
<b>ցերեքասթենիա</b>	– ուղեղաթուլություն
<b>ցիկլոթիմիա</b>	– անկայուն տրամադրություն (մերթ մոլուցքային, մերթ անկունային)
<b>ցիկլոֆրենիա</b>	– տե՛ս մոլեգար, անկունային պսիխոզ (հոգեախտ)
<b>օբնուրիլացիա</b>	– գիտակցության թեթևակի կարճատև մթազնում
<b>օլիգոֆազիա</b>	– խոսքի աղքատություն, սակավախոսություն
<b>օլիգոֆրենիա</b>	– սակավամտություն, թերամտություն
<b>օնեյրոիդ կատատոնիա</b>	– երազանման շարժագամություն
<b>օրթոստատիկ կոլապս</b>	– ուղղադիրքային կոլապս
<b>ֆոբիա</b>	– կաշուն, սևեռուն վախ
<b>ֆոտոպսիա</b>	– առկայծող տեսողական տարրական ցնորք
<b>ֆրուստրացիա</b>	– հուսախաբություն, նպատակափլուզում

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ – 10

ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

<b>F0</b>	<b>Օրգանական, ներառյալ ախտանշանային, հոգեկան խանգարումներ</b>
<b>F00</b>	<b>Թուլամտություն (դեմենցիա) Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ</b>
F00.0	Թուլամտություն Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ վա ղա ղա ժամ սկզբով
F00.1	Թուլամտություն Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ ուշ շրջանում
F00.2	Թուլամտություն Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ ոչ բնորոշ կամ խառը տիպի
F00.9	Թուլամտություն Ալցհեյմերի հիվանդության ժամանակ չճշտված
<b>F01</b>	<b>Անոթային թուլամտություն</b>
F01.0	Անոթային թուլամտություն սուր սկզբով
F01.1	Բազմաինֆարկտային թուլամտություն
F01.2	Ենթակեղևային անոթային թուլամտություն
F01.3	Կեղևային ե ենթակեղևային խառը անոթային թուլամտություն
F01.8	Այլ բնույթի անոթային թուլամտություն
F01.9	Անոթային թուլամտություն չճշտված
<b>F02</b>	<b>Թուլամտություն այլ խորագրերում դասակարգված հիվանդությունների ժամանակ</b>
F02.0	Թուլամտություն Պիկի հիվանդության ժամանակ
F02.1	Թուլամտություն Կրեյցֆելդ-Յակոբի հիվանդության ժամանակ
F02.2	Թուլամտություն Հենտինգտոնի հիվանդության ժամանակ
F02.3	Թուլամտություն Պարկինսոնի հիվանդության ժամանակ
F02.4	Թուլամտություն մարդու ինունոանբավարարության վիրուսով (ՄԻՎ) պայմանավորված հիվանդությունների ժամանակ

F02.8 Թուլամտություն այլ խորագրերում դասակարգված ուրիշ ճշտված հիվանդությունների ժամանակ

**F03 Թուլամտություն չճշտված**

**F04 Օրգանական ամենտիկ համախտանիշ չպայմանավորված ալկոհոլի և այլ հոգեակտիվ նյութերի գործածմամբ**

**F05 Դելիրիում չպայմանավորված ալկոհոլի և այլ հոգեակտիվ նյութերի գործածմամբ**

F05.0 Դելիրիում ոչ թուլամտության ֆոնի վրա

F05.1 Դելիրիում թուլամտության ֆոնի վրա

F05.8 Այլ դելիրիումներ

F05.9 Դելիրիում չճշտված

**F 06 Հոգեկան այլ խանգարումներ պայմանավորված գլխուղեղի վնասվածքով, ֆունկցիայի խանգարումներով կամ սոմա տիկ հիվանդություններով**

F06.0 Օրգանական հայուցինոզ

F06.1 Օրգանական կաուստոնիկ խանգարում

F06.2 Օրգանական զառանցական (շիզոֆրենանման) խանգարում

F06.3 Օրգանական աֆեկտիվ խանգարումներ

F06.4 Օրգանական տագնապային խանգարում

F06.5 Օրգանական դիսոցիացված խանգարում

F06.6 Օրգանական ծագման էմոցիոնալ անկայուն (ասթենիկ) խանգարումներ

F06.7 Թեթև կոգնիտիվ խանգարում

F06.8 Այլ ճշտված հոգեկան խանգարումներ գլխուղեղի վնասվածքի, ֆունկցիայի խանգարման կամ սոմատիկ հիվանդությունների հետևանքով

F06.9 Չճշտված հոգեկան խանգարումներ գլխուղեղի վնասվածքի և ֆունկցիայի խանգարման Մ սոմատիկ հիվանդության հետևանքով

**F07 Անձի և վարքի խանգարումներ գլխուղեղի հիվանդության, վնասվածքի կամ դիսֆունկցիայի հետևանքով**

F07.0 Անձի օրգանական խանգարում

F07.1 Հետենցեֆալիտային համախտանիշ

F07.2 Ուղեղի հետկոմոցիոն համախտանիշ

- F07.8 Անձի և վարքի այլ օրգանական խանգարումներ  
գլխուղեղի հիվանդության, վնասվածքի կամ  
դիսֆունկցիայի հետևանքով
- F07.9 Անձի և վարքի չճշտված օրգանական խանգարումներ  
գլխուղեղի հիվանդության, վնասվածքի կամ դիսֆունկ-  
ցիայի հետևանքով
- F09 Չճշտված օրգանական կամ սիմպտոմատիկ հոգեկան  
խանգարումներ
- F1 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ հոգեակտիվ նյութերի  
գործածման հետևանքով**
- F10 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ալկոհոլի գործածման  
հետևանքով**
- F11 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ափիոնատիպ նյութերի  
գործածման հետևանքով**
- F12 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ կանաբինոիդների  
գործածման հետևանքով**
- F13 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ սեդատիվ և քնաբեր  
դեղանյութերի գործածման հետևանքով**
- F14 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ կոկաինի գործածման  
հետևանքով**
- F15 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ այլ խթանիչների (ներառյալ  
կոֆեինը) գործածման հետևանքով**
- F16 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ հայյուցինոզեն նյութերի  
գործածման հետևանքով**
- F17 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ծխախոտի գործածման  
հետևանքով**
- F18 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ ցնդող լուծիչների  
գործածման հետևանքով**
- F19 **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ թմրանյութերի և այլ  
հոգեակտիվ նյութերի համակցված գործածման հետևանքով**

*IV և V նիշերը կարող են օգտագործվել կլինիկական վիճակը ճշտելու համար.*

- 00 չբարդացած
- 01 ուղեղի կամ սոմատիկ այլ վնասվածքով
- 02 այլ բժշկական բարդություններով
- 03 դելիրիումով

- 04 ընկալման խանգարումներով
- 05 կոմայով
- 06 ցնցումներով
- 07 ախտաբանական հարբածություն

**F1x1 Գործածում վնասակար հետեանքով**

**F1x2 Կախվածության համախտանիշ**

- 22 ներկայումս կլինիկական հսկողության տակ է պահպանողական կամ փոխարինողներով բուժմամբ (հսկվող կախվածություն)
- 23 ներկայումս ժուժկալում, բայց զգվանք առաջացնող կամ բլոկադայի ենթարկող դեղերով բուժվելիս
- 24 ներկայումս գործածում է հոգեակտիվ նյութեր (ակտիվ կախվածություն)
- 25 հազվադեպ գործածում

**F1x3 Դադարեցման վիճակ**

- 30 առանց բարդությունների
- 31 ցնցումներով

**F1x4 Դադարեցման վիճակ դելիրիումով**

- 40 առանց ցնցումների
- 41 ցնցումներով

**F1x5 Փսիխոտիկ խանգարում**

- 50 շիզոֆրենանման
- 51 զառանցսնքի գերակշռումով
- 52 ցնորքի գերակշռումով
- 53 գերազանցապես պոլիմորֆ
- 54 դեպրեսիվ ախտանիշի գերակշռումով
- 55 մանիակալ ախտանիշի գերակշռումով
- 56 խառը

**F1x6 Ամենատիկ համախտանիշ**

**F1x7 Մնացորդային փսիխոտիկ խանգարումներ և փսիխոտիկ խանգարումներ ուշացած սկզբով**

- 70 ռեմիսիսցենցիա
- 71 անձի և վարքի խանգարում

- 72 մնացորդային աֆեկտիվ խանգարում
- 73 թուլամտություն
- 74 այլ կոգնիտիվ կայուն խանգարումներ
- 75 փսիխոտիկ խանգարումներ ուշացած սկզբով

**F1x8 Հոգեկան և վարքային այլ խանգարումներ**

**F1x9 Հոգեկան և վարքային չճշտված խանգարումներ**

**F2 Շիզոֆրենիա, շիզոտիպային և գառանցական խանգարումներ**

**F20 Շիզոֆրենիա**

- F20.0 Շիզոֆրենիա պարսնոտիդե
- F20.1 Շիզոֆրենիա հերեֆրենային ձև
- F20.2 Շիզոֆրենիա կատուստոնիկ ձև
- F20.3 Շիզոֆրենիա չտարբերակված
- F20.4 Հետշիզոֆրենային դեպրեսիա
- F20.5 Մնացորդային շիզոֆրենիա
- F20.6 Շիզոֆրենիա հասարակ ձև
- F20.8 Շիզոֆրենիայի այլ ձևեր
- F20.9 Շիզոֆրենիա չճշտված

*Շիզոֆրենիայի ընթացքը կարող է դասակարգվել հետևյալ հնգանիշ կոդերով.*

- F20x0 անընդմեջ
- F20x1 Էպիզոդիկ աճող դեֆեկտով
- F20x2 Էպիզոդիկ կայուն դեֆեկտով
- F20x3 Էպիզոդիկ ընդմիջվող
- F20x4 ոչ լրիվ ռեմիսիա
- F20x5 լրիվ ռեմիսիա
- F20x8 այլ
- F20x9 հսկողության ժամկետը մինչև մեկ տարի է

**F21 Շիզոտիպային խանգարում**

**F22 Խրոնիկական գառանցական խանգարումներ**

- F22.0 Զառանցական խանգարում
- F22.8 Այլ խրոնիկական գառանցական խանգարումներ
- F22.9 Խրոնիկական գառանցական խանգարում չճշտված

**F23 Սուր և անցողիկ փսիխոտիկ խանգարումներ**

- F23.0 Սուր պոլիմորֆ փսիխոտիկ խանգարում առանց շիզոֆրենային ախտանիշների
- F23.1 Սուր պոլիմորֆ փսիխոտիկ խանգարում շիզոֆրենային ախտանիշներով
- F23.2 Սուր շիզոֆրենանման փսիխոտիկ խանգարում
- F23.3 Այլ սուր, գերազանցապես զառանցական փսիխոտիկ խանգարումներ
- F23.8 Այլ սուր և անցողիկ փսիխոտիկ խանգարումներ
- F23.9 Սուր և անցողիկ փսիխոտիկ խանգարումներ չճշտված

***Սուր զուգորդված սթրեսի առկայությունը ցույց տալու համար կարելի է օգտվել հինգերորդ նիշից.***

- X0 առանց զուգորդված սուր սթրեսի
- x 1 զուգորդվող սուր սթրեսով

**F24 Ինդուկցված զառանցական խանգարում**

**F25 Շիզոաֆեկտիվ խանգարումներ**

- F25.0 Շիզոաֆեկտիվ խանգարում, մանիակալ տիպ
- F25.1 Շիզոաֆեկտիվ խանգարում, դեպրեսիվ տիպ
- F25.2 Շիզոաֆեկտիվ խանգարում, խառը տիպ
- F25.9 Շիզոաֆեկտիվ խանգարում չճշտված

**F28 Այլ ոչ օրգանական փսիխոտիկ խանգարումներ**

**F29 Ոչ օրգանական փսիխոզ չճշտված**

**F3 Տրամադրության աֆեկտիվ խանգարումներ**

**F30 Մանիակալ էպիզոդ**

- F30.0 Հիպոմանիա
- F30.1 Մանիա առանց փսիխոզի
- F30.2 Մանիա փսիխոզի ախտանիշներով
- F30.8 Այլ մանիակալ էպիզոդ
- F30.9 Մանիակալ էպիզոդ չճշտված

**F31 Երկբևեռ աֆեկտիվ խանգարում**

- F31.0 Երկբևեռ աֆեկտիվ խանգարում, ընթացիկ հիպոմանիակալ էպիզոդ
- F31.1 Երկբևեռ աֆեկտիվ խանգարում, ընթացիկ մանիակալ էպիզոդ առանց փսիխոզի ախտանիշների

- F31.2 Երկբեռն աֆեկտիվ խանգարում, ընթացիկ մանիակալ էպիզոդ փսիխոտիկ ախտանիշներով
- F31.3 Երկբեռն աֆեկտիվ խանգարում, թեթև կամ չափավոր արտահայտված դեպրեսիվ ընթացիկ էպիզոդ .
- 30 առանց սոմատիկ ախտանիշների ,
- 31 սոմատիկ ախտանիշներով
- F31.4 Երկբեռն աֆեկտիվ խանգարում, ծանր դեպրեսիվ էպիզոդ առանց փսիխոտիկ ախտանիշների
- F31.5 Երկբեռն աֆեկտիվ խանգարում, ծանր դեպրեսիվ էպիզոդ փսիխոտիկ ախտանիշներով
- F31.6 Երկբեռն աֆեկտիվ խանգարում, խառը ընթացիկ էպիզոդ
- F31.7 Երկբեռն աֆեկտիվ խանգարում, ռեմիսիայի շրջան
- F31.8 Այլ երկբեռն աֆեկտիվ խանգարումներ
- F31.9 Երկբեռն աֆեկտիվ խանգարում չճշտված

**F32 Դեպրեսիվ էպիզոդ**

- F32.0 Թեթև դեպրեսիվ էպիզոդ
  - .00 առանց սոմատիկ ախտանիշների
  - .01 սոմատիկ ախտանիշներով
- F32.1 Չափավոր դեպրեսիվ էպիզոդ
  - .10 առանց սոմատիկ ախտանիշների
  - .11 սոմատիկ ախտանիշներով
- F32.2 Ծանր դեպրեսիվ էպիզոդ առանց փսիխոտիկ ախտանիշների
- F32.3 Ծանր դեպրեսիվ էպիզոդ փսիխոտիկ ախտանիշներով
- F32.8 Այլ դեպրեսիվ էպիզոդներ F32.9 Դեպրեսիվ էպիզոդներ չճշտված

**F33 Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում**

- F33.0 Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում, թեթև արտահայտված ընթացիկ էպիզոդ
  - .00 առանց սոմատիկ ախտանիշների
  - .01 սոմատիկ ախտանիշներով
- F33.1 Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում, միջին ծանրության ընթացիկ էպիզոդ
  - .10 առանց սոմատիկ ախտանիշների
  - .11 սոմատիկ ախտանիշներով

- F33.2 Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում, ծանր ընթացիկ էպիզոդ առանց փսիխոտիկ ախտանիշների
- F33.3 Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում, ծանր ընթացիկ էպիզոդ փսիխոտիկ ախտանիշներով
- F33.4 Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում, ռեմիսիայի շրջան
- F33.8 Այլ հետադարձ դեպրեսիվ խանգարումներ
- F33.9 Հետադարձ դեպրեսիվ խանգարում չճշտված

**F34 Տրամադրության խրոնիկական (աֆեկտիվ) խանգարումներ**

- F34.0 Ցիկլոթիմիա
- F34.1 Դիսթիմիա
- F34.8 Այլ աֆեկտիվ խրոնիկական խանգարումներ
- F34.9 Տրամադրության խրոնիկական խանգարումներ չճշտված

**F38 Տրամադրության (աֆեկտիվ) այլ խանգարումներ**

- F38.0 Տրամադրության (աֆեկտիվ) եզակի այլ խանգարումներ  
.00 խառը աֆեկտիվ էպիզոդ
- F38.1 Տրամադրության (աֆեկտիվ) հետադարձ այլ խանգարումներ  
.10 կարճատև դեպրեսիվ հետադարձ խանգարում
- F38.8 Տրամադրության (աֆեկտիվ) ճշտված այլ խանգարումներ

**F39 Տրամադրության (աֆեկտիվ) խանգարումներ չճշտված**

**F4 Ներտոիկ, սթրեսով պայմանավորված և սոմատոֆորմ խանգարումներ**

**F 40 Տագնապային-ֆոբիկ խանգարումներ**

- F 40.0 Ագորաֆոբիա  
.00 առանց խուճապային խանգարման  
.01 խուճապային խանգարումով
- F40.1 Սոցիալական ֆոբիաներ
- F 40.2 Յուրահատուկ (մեկուսացված) ֆոբիաներ
- F 40.8 Այլ տագնապային-ֆոբիկ խանգարումներ
- F 40.9 Տագնապային-ֆոբիկ խանգարումներ չճշտված

**F41 Տագնապային այլ խանգարումներ**

- F 41.0 Խուճապային խանգարում (տագնապի պարօքսիզմալ Լ-պիզոդ)
- F 41.1 Ընդհանրացված տագնապային խանգարում

- F 41.2 Խառը տազնապային և դեպրեսիվ խանգարում
- F 41.3 Այլ խառը տազնապային խանգարումներ
- F 41.8 Այլ ճշտված տազնապային խանգարումներ
- F 41.9 Տազնապային խանգարում չճշտված

**F 42 Օբսեսիվ և կոմպուլսիվ խանգարում**

- F 42.0 Գերազանցապես կպչուն մտքեր և խոհեր (մտավոր որոճ)
- F 42.1 Առավելապես կոմպուլսիվ գործողություններ (օբսեսիվ ծիսաշարժ)
- F 42.2 Խառը օբսեսիվ մտքեր և գործողություններ
- F 42.8 Այլ օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարումներ
- F 42.9 Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարում չճշտված

**F 43 Ծանր սթրեսի հակազդման և հարմարվողականության խանգարումներ**

- F 43.0 Սթրեսին սուր հակազդում
- F 43.1 Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում
- F 43.2 Հարմարվողականության խանգարումներ
  - .20 դեպրեսիվ կարճատև հակազդում
  - .21 դեպրեսիվ տեական հակազդում
  - .22 դեպրեսիվ և տազնապային խառը հակազդում
  - .23 այլ էմոցիոնալ խանգարումների գերակշռումով
  - .24 վարքի խանգարումների գերակշռումով
  - .25 վարքի և էմոցիաների խառը խանգարում
  - .28 այլ գերակշռող յուրահատուկ ախտանիշներ
- F 43.8 ծանր սթրեսի այլ հակազդումներ
- F 43.9 ծանր սթրեսի հակազդում չճշտված

**F 44 Դիսոցիալացված (կոնվերսիոն) խանգարումներ**

- F 44.0 Դիսոցիալացված ամենզիա
- F 44.1 Դիսոցիալացված ֆուգա
- F 44.2 Դիսոցիալացված ստուպոր
- F 44.3 Տրանս և տոգորված վիճակ
- F 44.4 Շարժումների դիսոցիալացված խանգարումներ
- F 44.5 Դիսոցիալացված ցնցումներ

- F 44.6 Դիսոցիացված անզգայացում և զգացմունքային ընկալման կորուստ
- F 44.7 Դիսոցիացված (կոնվերսիոն) խառը խանգարումներ
- F 44.8 Այլ դիսոցիացված (կոնվերսիոն) խանգարումներ
  - .80 Հանգերի համախտանիշ
  - .81 բազմակիացված անձի խանգարում
  - .82 դիսոցիացված (կոնվերսիոն) անցողիկ խանգարումներ որոնք առաջացել են մանկական և դեռահաս տարիքում
  - .88 դիսոցիացված (կոնվերսիոն) ճշտված այլ խանգարումներ
- F 44.9 Դիսոցիացված այլ խանգարումներ չճշտված

**F45 Սոմատոֆորմ խանգարումներ**

- F 45.0 Սոմատրզացված խանգարում
- F 45.1 Չտարբերակված սոմատոֆորմ խանգարում
- F 45.2 Հիպոխոնդրիկ խանգարում
- F 45.3 Սոմատոֆորմ վեգետատիվ դիսֆունկցիա
  - .30 սրտի և սիրտ-անոթային համակարգի
  - .31 աղեստամոքսային ուղու վերին հատվածի
  - .32 աղեստամոքսային ուղու ստորին հատվածի
  - .33 շնչառական համակարգի
  - .34 միզասեռական համակարգի
  - .35 պլ օրգանի կամ համակարգի
- F 45.4 Խրոնիկական սոմատոֆորմ ցավային խանգարում
- F 45.8 Սոմատոֆորմ այլ խանգարումներ
- F 45.9 Սոմատոֆորմ խանգարում չճշտված

**F48 Այլ ներոտիկ խանգարումներ**

- F 48.0 Ներասթենիա
- F 48.1 Դեպերսոնալիզացիայի-դեռեալիզացիայի համախտանիշ
- F 48.8 Այլ յուրահատուկ ներոտիկ խանգարումներ
- F 48.9 Ներոտիկ խանգարումներ չճշտված

**F 5 Վարքային համախտանիշներ պայմանավորված ֆիզիոլոգիական խանգարումներով և ֆիզիկական գործոններով**

**F50 Սննդի ընդունման խանգարումներ**

- F 50.0 Ներվային անորեքսիա
- F 50.1 Ատիպիկ ներվային անորեքս
- F 50.2 Ներվային բուլիմիա
- F 50.3 Ատիպիկ ներվային բուլիմիա
- F 50.4 Հոգեբանական այլ խանգարումներով զուգորդվող շատակերություն
- F50.5 Հոգեբանական այլ խանգարումներով զուգորդվող փսխում
- F50.8 Սննդի ընդունման այլ խանգարումներ
- F50.8 Սննդի ընդունման խանգարում չճշտված

**F51 Քնի խանգարումներ ոչ օրգանական բնույթի**

- F51.0 Անքնություն ոչ օրգանական բնույթի
- F51.1 Հիպերսոմնիա ոչ օրգանական բնույթի
- F51.2 Քուն-արթմնի ռեժիմի խանգարում ոչ օրգանական բնույթի
- F51.3 Սոմնամբուլիզմ
- F51.4 Քնած ժամանակ սարսափի զգացում (գիշերային սարսափ)
- F51.5 Մղձավանջներ
- F51.8 Քնի այլ խանգարումներ ոչ օրգանական բնույթի
- F51.9 Քնի խանգարում ոչ օրգանական բնույթի չճշտված

**F52 Սեռական դիսֆունկցիա, չպայմանավորված օրգանական խանգարումներով կամ հիվանդություններով**

- F 52.0 Սեռական հակման կորուստ կամ բացակայություն
- F 52.1 Զգվանք սեռական հարաբերությունից և սեքսուալ բավարարվածության բացակայություն
- .10 սեքսուալ զգվանք
- .11 սեքսուալ բավարարության բացակայություն
- F 52.2 Գենիտալ ռեակցիայի բացակայություն
- F52.3 Հեշտանքի դիսֆունկցիա
- F52.4 Վաղաժամ սերմնաժայթքում
- F52.5 Վազինիզմ ոչ օրգանական բնույթի
- F52.6 Դիսպարեյնիա ոչ օրգանական բնույթի
- F52.7 Սեռական հակման ուժեղացում

- F52.8 Այլ սեռական դիսֆունկցիա օրգանական խանգարմամբ կամ հիվանդությամբ չպայմանավորված
- F52.9 Չճշտված սեռական դիսֆունկցիա օրգանական խանգարմամբ կամ հիվանդությամբ չպայմանավորված
- F 53      **Հոգեկան և վարքային խանգարումներ, կապված հետծննդ յան շրջանի հետ, այլ խորագրերում չդասակարգված****
- F53.0      Հոգեկան Ս վարքային թեթե խանգարումներ, կապված հետծննդյան շրջանի հետ, այլ խորագրերում չդասակարգված
- F 53.1      Հոգեկան և վարքային ծանր խանգարումներ, կապված հետծննդյան շրջանի հետ, այլ խորագրերում չդասակարգված
- F53.8      Հոգեկան և վարքային այլ խանգարումներ, կապված հետծննդյան շրջանի հետ, այլ խորագրերում չդասակարգված
- F 53.9      Հետծննդյան հոգեկան խանգարում չճշտված
- F 54      **Հոգեբանական և վարքային գործոններ այլ խորագրերում դասակարգված հիվանդություններով կամ խանգարումներով պայմանավորված****
- F55      **Կախվածություն չառաջացնող նյութերի չարաշահում****
- F55.0      Անտիդեպրեսանտներ
- F55.1      Լուծողականներ
- F55.2      Ցավազրկողներ
- F55.3      Թթվայնությունն իջեցնող միջոցներ
- F55.4      Վիտամիններ
- F55.5      Ստերոիդներ կամ հորմոններ
- F55.6      Յուրահատուկ խոտեր և ժողովրդական միջոցներ
- F55.8      Կախվածություն չառաջացնող այլ նյութեր
- F55.9      Չճշտված նյութեր
- F59      **Վարքային չճշտված համախտանիշներ պայմանավորված ֆիզիոլոգիական խանգարումներով և ֆիզիկական գործոններով****
- F 6      **Հասուն անձի Լ մեծահասակի վարքի խանգարումներ****
- F 60      **Անձի յուրահատուկ խանգարումներ****
- F 60.0      Անձի պարանոիդ խանգարում

- F 60.1 Անձի շիզոֆրենիա խանգարում
- F 60.2 Անձի հակասոցիալական խանգարում
- F 60.3 Անձի էմոցիոնալ անկայունության խանգարում
- .30 իմպուլսիվ տիպ
- .31 սահմանային տիպ
- F 60.4 Անձի հիստերիկ խանգարում
- F 60.5 Անձի անանկաստ (օբսեսիվ-կոմպուլսիվ) խանգարում
- F 60.6 Անձի տագնապային (խուսափողական) խանգարում

**F 61 Անձի խառը և այլ խանգարումներ**

- F 61.0 Անձի խառը խանգարումներ
- F 61.1 Անձի անհանգստացնող փոփոխություն

**F 62 Ուղեղի վնասվածքի կամ հիվանդության հետ կապ չունեցող անձի խրոնիկական փոփոխություններ**

- F 62.0 Անձի խրոնիկական փոփոխություններ աղետի ապրումներից հետո
- F 62.1 Անձի խրոնիկական փոփոխություններ հոգեկան հիվանդությունից հետո
- F 62.8 Անձի խրոնիկական այլ փոփոխություններ
- F 62.9 Անձի խրոնիկական փոփոխություններ չճշտված

**F 63 Սովորույթի և հակումների խանգարումներ**

- F 63.0 Մոլեխաղի հիվանդագին հակում
- F63.1 Հիվանդագին հրամուլություն (պիրոմանիա)
- F 63.2 Գողության հիվանդագին հակում (կլեպտոմանիա)
- F 63.3 Տրիխոտիլոմանիա
- F 63.8 Սովորույթի և հակումների այլ խանգարումներ
- F 63.9 Սովորույթի և հակումների խանգարումներ չճշտված

**F64 Սեռական նույնացման խանգարումներ**

- F 64.0 Տրանսսեքսուալիզմ
- F 64.1 Երկդեր տրանսվեստիզմ
- F 64.2 Երեխաների սեռական նույնացման խանգարում
- F 64.8 Սեռական նույնացման այլ խանգարումներ
- F 64.9 Սեռական նույնացման խանգարումներ չճշտված

**F 65 Սեռական նախընտրության խանգարումներ**

- F 65.0 Ֆետիշիզմ
- F 65.1 Ֆետիշային տրանսվեստիզմ
- F 65.2 Էքսհիբիցիոնիզմ
- F 65.3 Վուայերիզմ
- F 65.4 Պեդոֆիլիա
- F 65.5 Սադո-մազոխիզմ
- F 65.6 Մեռական նախընտրության բազմակի խանգարումներ
- F 65.8 Մեռական նախընտրության այլ խանգարումներ
- F 65.9 Մեռական նախընտրության խանգարումներ չճշտված
- F 66 Մեռական զարգացման և կողմնորոշման հետ կապված հոգեբանական և վարքային խանգարումներ**
  - F 66.0 Մեռական հասունության խանգարում
  - F 66.1 Էգո-դիստոնիկ սեռական կողմնորոշում
  - F 66.2 Մեռական հարաբերության խանգարում
  - F 66.8 Սոցիալ հոգեբանական զարգացման այլ խանգարումներ
  - F 66.9 Սոցիալ հոգեբանական զարգացման խանգարումներ չճշտված
- F 68 Հասուն անձի և մեծահասակի վարքի այլ խանգարումներ**
  - F 68.0 Հոգեբանական պատճառներով ֆիզիկական ախտանիշների չափազանցում
  - F 68.1 Ֆիզիկական, հոգեբանական կամ հաշմանդամության ախտանիշների կանխամտածված առաջացում կամ սիմուլյացիա
  - F 68.8 Հասուն անձի և մեծահասակի վարքի այլ յուրահատուկ խանգարումներ
- F 69 Մեծահասակների մոտ հասուն անձի և վարքի խանգարում չճշտված**
- F7 Մտավոր հետամնացություն**
- F 70 Թեթև աստիճանի մտավոր հետամնացություն (թերզարգացում)**
- F 71 Չափավոր աստիճանի մտավոր հետամնացություն**
- F 72 Ծանր աստիճանի մտավոր հետամնացություն**
- F 73 Մտավոր խորը հետամնացություն**
- F 78 Մտավոր այլ հետամնացություն**
- F 79 Մտավոր հետամնացություն չճշտված**

F 7x. 0 վարքային նվազագույն խանգարումներ կամ դրանց բացակայություն

F 7x. 1 վարքային նշանակալի խանգարումներ, ' ուշադրություն կամ բուժում պահանջող

F 7x. 8 վարքային այլ խանգարումներ

F 7x. 9 վարքային խանգարումներ չեն որոշվում

**F 8 Հոգեբանական զարգացման խանգարումներ**

**F 80 Խոսքի զարգացման յուրահատուկ խանգարումներ**

F 80.0 Խոսքի արտաբերման յուրահատուկ խանգարումներ

F 80.1 Խոսքի արտահայտչականության խանգարում

F 80.2 Խոսքի հասկացողության (ռեցեպտիվ) խանգարում

F 80.3 Ձեռք բերովի աֆազիա էպիլեպսիայով (Լանդաու-Կլեֆների համախտանիշ)

F 80.8 Խոսքի զարգացման այլ խանգարումներ

**F 81 Ուսումնական ունակությունների զարգացման յուրահատուկ խանգարումներ**

F 81.0 Կարդալու յուրահատուկ խանգարում

F 81.1 Հնչյունների արտասանության յուրահատուկ խանգարում

F 81.2 Հաշվելու ունակության յուրահատուկ խանգարում

F 81.3 Ուսումնական ունակությունների խառը խանգարում

F 81.8 Ուսումնական ունակությունների զարգացման այլ խանգարումներ

F 81.9 Ուսումնական ունակությունների զարգացման խանգարում չճշտված

**F 82 Շարժունականության զարգացման յուրահատուկ խանգարումներ**

**F 83 Ջարգացման յուրահատուկ խառը խանգարումներ**

**F 84 Ջարգացման ընդհանուր խանգարումներ**

F 84.0 Մանկական աուտիզմ

F84.1 Ատիպիկ աուտիզմ

F 84.2 Ռետտի համախտանիշ

F 84.3 Մանկական հասակի դեզինտեգրատիվ այլ խանգարումներ

F 84.4 Գերակտիվ խանգարում գուգակցված մտավոր հետամնացությամբ ե ստերեոտիպ շարժումներով

- F 84.5 Ասպերգերի համախտանիշ
- F 84.8 Ընդհանուր զարգացման այլ խանգարումներ
- F 84.9 Ընդհանուր զարգացման խանգարում չճշտված
- F 88 Հոգեբանական զարգացման այլ խանգարումներ
- F 89 Հոգեբանական զարգացման խանգարում չճշտված

**F 9 Վարքային և էմոցիոնալ խանգարումներ սովորոբար մանկական և դեռահասության տարիքում սկսվող**

- F 90 Գերշարժումային խանգարումներ
- F 90-0 Ուշադրության և ակտիվության խանգարումներ
- F 90.1 Վարքի գերշարժումային խանգարում
- F 90.8 Գերշարժումային այլ խանգարումներ
- F 90. 9 Գերշարժումային խանգարումներ չճշտված

**F 91 Վարքի խանգարումներ**

- F 91.0 Ընտանեկան միջավայրում սահմանափակվող վարքի խանգարում
- F 91.1 Վարքի ոչ սոցիալականացված խանգարում
- F 91.2 Վարքի սոցիալականացված խանգարում
- F 91.3 Հակադրության հրահրող խանգարում
- F 91.8 Վարքի այլ խանգարումներ
- F 91.9 Վարքի խանգարում չճշտված

**F 92 Վարքի և էմոցիաների խառը խանգարումներ**

- F 92.0 Վարքի դեպրեսիվ խանգարում
- F 92.8 Վարքի և էմոցիաների խառը այլ խանգարումներ
- F 92.9 Վարքի և էմոցիաների խառը խանգարում չճշտված

**F 93 Մանկական հասակին յուրահատուկ էմոցիոնալ խանգարումներ**

- F 93.0 Մանկական տարիքում բաժանմամբ պայմանավորված տագնապային խանգարում
- F 93.1 Ֆոբիկ տագնապային խանգարում մանկական տարիքում
- F 93.2 Սոցիալական տագնապային խանգարում մանկական տարիքում
- F 93.3 Միբլինգային մրցակցության խանգարում
- F 93.8 Մանկական տարիքի էմոցիոնալ այլ խանգարումներ
- F 93.9 Մանկական տարիքի էմոցիոնալ խանգարումներ չճշտված

**F 94 Սոցիալական գործունեության խանգարումներ, որոնց սկիզբը բնորոշ է մանկական տարիքին**

- F 94.0 Ընտրողական մուտիզմ
- F 94.1 Մանկական տարիքի կապվածության հակազդման խանգարում
- F 94.2 Մանկական տարիքի կապվածության ապարգելակված խանգարում
- F 94.8 Մանկական տարիքի սոցիալական գործունեության այլ խանգարումներ
- F 94.9 Մանկական տարիքի սոցիալական գործունեության խանգարումներ չճշտված

**F 95 Տիկային խանգարումներ**

- F 95.0 Անցողիկ տիկային խանգարում
- F 95.1 Խրոնիկական շարժողական կամ ձայնային տիկային խանգարում
- F 95.2 Ձայնային և բազմաթիվ շարժողական տիկային համակցված խանգարում (դե լա Տուրետի համախտանիշ)
- F 95.8 Տիկային այլ խանգարումներ
- F 95.9 Տիկային այլ խանգարումներ չճշտված

**F 98 Վարքային և էմոցիոնալ խանգարումներ սովորաբար մանկական և դեռահասության տարիքում սկսվող**

- F 98.0 Որ չրգանական բնույթի էնուրեզ
- F 98.1 Ոչ օրգանական բնույթի էնկոպրեզ
- F 98.2 Նորածնի սնունդ ընդունելու խանգարում
- F 98.3 Նորածնի և մանուկի անուտելի բան ուտելու խանգարում (պիկ)
- F 98.4 Շարժումների ստերեոտիպ խանգարում
- F 98.5 Կակազություն
- F 98.6 Շնչահեղձ խոսք
- F 98.8 Վարքային և էմոցիոնալ յուրահատուկ այլ խանգարումներ սովորաբար մանկական և դեռահասության տարիքում սկսվող
- F 98.9 Վարքային և էմոցիոնալ յուրահատուկ չճշտված խանգարումներ, սովորաբար մանկական և դեռահասության տարիքում սկսվող, չճշտված

**F 99 Հոգեկան խանգարում չճշտված**

**F 99 Հոգեկան խանգարում առանց այլ ցուցումների**

# ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԱԽԱԲԱՆ .....	3
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ. ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՐԿԱՆ և ՆՐԱ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ .....	5
<b>I ՄԱՍ. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ</b>	
<b>ԳԼՈՒԽ 1. ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄԱԿԱՆ ԱԿՆԱՐԿ .....</b>	<b>6</b>
<b>ԳԼՈՒԽ 2. ՀՈԳԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ .....</b>	<b>9</b>
Ընկալման խանգարումներ .....	9
Հիշողության խանգարումներ .....	16
Բանականության (ինտելեկտի) խանգարումներ .....	20
Մտածողության խանգարումներ .....	25
Հուզական ոլորտի խանգարումներ .....	33
Կամային ոլորտի խանգարումներ .....	37
<b>ԳԼՈՒԽ 3. ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ (համախտանիշներ) ...</b>	<b>40</b>
Ասթենիկ համախտանիշ .....	42
Հիստերիկ համախտանիշներ .....	42
Ինպուլսիվ հակումների համախտանիշ .....	45
Աֆեկտիվ համախտանիշներ .....	45
Կատատոնիկ համախտանիշ .....	48
Օբսեսիվ համախտանիշ .....	49
Սենեստոպաթիկ համախտանիշ .....	51
Հիպոխոնդրիկ համախտանիշ .....	52
Դիսմորֆոֆորբիայի-դիսմորֆոմանիայի համախտանիշ .....	52
Կոտարի համախտանիշ .....	53
Ցնորագարություն /հալյուցինոզ/ .....	53
Հոգեզգայական /պսիխոսենսոր/ խանգարման համախտանիշ .....	54
Դեմեալիզացիայի /իրականության օտարման/ համախտանիշ .....	54
Դեպերսոնալիզացիայի /անձի օտարացման/ համախտանիշ .....	55
Պարանոյալ համախտանիշ .....	55
Պարանոիդ համախտանիշ .....	55

Հոգեկան ավտոնմատիզմի (Կանդիդոսի-Կլերամբոյի) համախտանիշ	56
Պարաֆրեն համախտանիշ .....	57
Գիտակցության խանգարման համախտանիշներ.....	58
Ցնցումային համախտանիշներ .....	63
Կորսակոյվյան /ամենեստիկ/ համախտանիշ .....	63
Բանականության /ինտելեկտի/ խանգարման համախտանիշներ .....	63
Պսիխոթորգանական համախտանիշ /օրգանական պսիխոսիդրոմ, էնցեֆալոպաթիկ համախտանիշ/ .....	64
Նեգատիվ հոգեախտաբանական համախտանիշներ .....	64
<b>ԳԼՈՒԽ 4. Հոգեկան շփոթությունների շեղումները</b> .....	71
<b>ԳԼՈՒԽ 5. Հոգեկան շփոթությունների էթիոլոգիաները</b> ՈՒ ՂԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ .....	81
<b>ԳԼՈՒԽ 6. Հոգեկան շփոթությունների բնութսան շփոթությունները</b> .....	84
<b>ԳԼՈՒԽ 7. Հոգեկան շփոթությունների մեղմացում</b> ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ .....	100
<b>ԳԼՈՒԽ 8. Հոգեբուժական ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ</b> .....	104
<b>II ՄԱՍ. ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՀՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ</b> .....	112
<b>Գ ԼՈՒԽ 9. ՊՍԻԽՈՍՈՄԱՏԻԿ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ</b> (սոմատոպսիխիկ և սոմատոֆորմ).....	112
<b>ԳԼՈՒԽ 10. ՇԻՋՈՖՐԵՆԻԱ</b> .....	134
<b>ԳԼՈՒԽ 11. ԵՐԿԲԵՎԵՆ ԱՖԵԿՏԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ</b> .....	149
<b>ԳԼՈՒԽ 12. ՆԵՎՐՈԶՆԵՐ</b> .....	155
<b>ԳԼՈՒԽ 13. ՍԹՐԵՍՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ (ՌԵԱԿՏԻՎ)     ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ</b> .....	162
<b>ԳԼՈՒԽ 14. ԱՆՁԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ (ՊՍԻԽՈՂԱԹԻՎՆԵՐ)</b> .....	169
<b>ԳԼՈՒԽ 15. ԱԼԿՈՀՈԼԱՍՈՒԹՅՈՒՆ, ԱԼԿՈՀՈԼԱՅԻՆ     ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ ԵՎ ԹՄՐԱՍՈՒԹՅՈՒՆ (նարկոմանիա)</b> .....	182
<b>ԳԼՈՒԽ 16. ԷՊԻԼԵՊՍԻԱ</b> .....	198
<b>ԳԼՈՒԽ 17. Հոգեկան և անբարոյական գանգոբիոզներ     ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ</b> .....	211
<b>ԳԼՈՒԽ 18. ՈՒՂԵՂԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՀԱՆԴԻՊՈՂ     ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ</b> .....	219
<b>ԳԼՈՒԽ 19. ԷՆԴՈԿՐԻՆ ԾԱԳՈՒՄ ՈՒՆԵՑՈՂ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ</b> .....	223
<b>ԳԼՈՒԽ 20. ՈՒՇ ՏԱՐԻՔԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՊՍԻԽՈԶՆԵՐ</b> .....	229

<b>ԳԼՈՒԽ 21.</b> ԳԼԽՈՒԴԵՂԻ ԱՏՐՈՖԻԿ ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.....	234
<b>ԳԼՈՒԽ 22.</b> ԱՆՈԹԱՅԻՆ ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՊԱՅԱՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՅՈՒՑԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ .....	240
<b>ԳԼՈՒԽ 23.</b> ՄՏԱՎՈՐ ԶԵՏԱՄՆԱՑՈՒԹՅՈՒՆ (օլիգոֆրեմիա).....	248
<b>ԳԼՈՒԽ 24.</b> ՄՏԱՎՈՐ ԶԵՏԱՄՆԱՑՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐ.....	257
<b>ԳԼՈՒԽ 25.</b> ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔԻ ԶՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ .....	259
<b>ԳԼՈՒԽ 26.</b> ԶԻՆՎՈՐԱԿԱՆ ԶՈԳԵԲՈՒԺՈՒԹԱՆ ԱՐԴԻԱԿԱՆ ԶԱՐՑԵՐ .....	268
<b>ԳԼՈՒԽ 27.</b> ԶՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ.....	299
.....	
<b>ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՈՍՐԱՆ</b> .....	305
<b>ՀԱՎԵԼՎԱԾ</b> .....	311