

Երկրևեո ընթացող աֆեկտիվ (մանիակալ-դեպրեսիվ) փսիխոզների առանձնահատկությունները մախածերունական և ծերունական տարիքում

Գ.Զ. Մահակյան

Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության ազգային ինստիտուտի հոգեբուժության, հոգեբերապայայի և բժշկական հոգեբանության ամբիոն

375051, Երևան, Կոմիտասի փ., 49/4

Բանալի բառեր. աֆեկտիվ, մանիակալ, դեպրեսիվ, հոգեկան խանգարումներ

Ուշ (մախածերունական և ծերունական) տարիքի անձանց մոտ մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզների նոզոլոգիական պատկանելիության հարցը և նրանց առանձնահատկությունները առայժմ մնում են մկազ ուսումնասիրված: Կլինիցիստների կարծիքները այդ փսիխոզների վերաբերյալ եղել և մնում են հակասական, հակադիր և իրարամերժ: Նշված փսիխոզները առաջին անգամ կարող են մկատվել մախածերունական (45-60) տարիքում, բայց նրանք կարող են մկատվել մաև վաղ (մինչծերունական) և շարունակվել ուշ (մախածերունական և ծերունական) տարիներին: Կախված այն բանից, թե երբ են սկսվել վերոհիշյալ աֆեկտիվ խանգարումները՝ մախածերունական, թե ծեր (60 տարեկանից անց) հասակում, նրանց կլինիկական պատկերը զգալիորեն տարբերվում է միմյանցից:

Երկրևեո ընթացող աֆեկտիվ փսիխոզների վերաբերյալ հակասական կարծիքներին զուգընթաց աստիճանաբար ձևավորվել է և կարծիքների զուգամիտում այն հարցում, որ անկախ այն բանին, սկսվել են արդյոք դեպրեսիվ և մանիակալ նոպաները մինչև ուշ (մախածերունական) տարիքը թե ուշ՝ ինվոլյուցիոն շրջանում. երկու դեպքում էլ նշված խանգարումների կլինիկական պատկերը ուշ տարիքում ենթարկվում է կերպարամափոխության: Նշված պարամորֆոզը դրսևորվում է նրանով, որ ուշ տարիքում մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզի կլինիկական պատկերում աստիճանաբար դառնում են գերիշխող միայն մանիակալ կամ դեպրեսիվ խանգարումները: Նոպաների տատանումները դառնում են մկազ արտահայտված, խառը տիպի՝ ընդգրկելով իրենց մեջ միաժամանակ և մանիակալ և դեպրեսիվ նշաններ [3]: Դեպրեսիայի երևույթները դառնում են ավելի արտահայտված և տևական [7, 31], կամ էլ նոպաներին հաջորդում են, այսպես կոչված, ասթենիայի մնացորդային (ռեզիդուալ) երևույթներ [3, 4, 14, 25-27]: Թեև վերոհիշյալ կլինիցիստների կողմից չի հիմնավորվել մոնոպոլյար (միաբևեո) աֆեկտիվ (առաջին հերթին դեպրեսիվ) նոպաների նոզոլոգիական պատկանելիության հար-

ցը, սակայն նրանք առաջինն էին, որ կարծիք հայտնեցին նշված կերպարամափոխված աֆեկտիվ խանգարումների գենեզում տարիքային (մախածերունական և ծերունական) գործոնների (գլխաղեղի ֆիզիոլոգիական, ոչ ախտաբանական փոփոխություններ) և վերջիններով պայմանավորված հոգեբանական ծերացման կամ ծերացման հոգեբանության մասնակցության մասին: Ինչպիսի՞ն են ուշ տարիքում աֆեկտիվ (մանիակալ կամ դեպրեսիվ, մանիակալ-դեպրեսիվ) խանգարումների կլինիկական առանձնահատկությունները և ի՞նչ ազդակներով է պայմանավորված նրանց կլինիկական պատկերի պարամորֆոզը:

Նյութը և մեթոդները

Վերոհիշյալ հարցերի ուսումնասիրության մկատակով կատարվել է կլինիկական-հոգեախտաբանական և մերոլոգիական (այդ թվում էլեկտրաաղեղագրական, էլեկտրաէնցեֆալոգիական և մեյրոօֆտալոլոգիական) հետազոտություններ՝ 141 հիվանդի մոտ (59 տղամարդ և 82 կին), որոնցից 68-ը (30 տղամարդ և 38 կին) եղել են 40-60 տարեկան և աֆեկտիվ խանգարումների նոպաները առաջին անգամ մկատվել են այդ տարիքում (1-ին խումբ), իսկ 73-ի մոտ՝ (29 տղամարդ և 44 կին) սկսվել են մինչև ուշ (30-35 տարեկան) տարիքը, սակայն շարունակվել են մախածերունական և ծերունական (60-83) տարիքում (2-րդ խումբ) ընդհանուր առմամբ 1-ին և 2-րդ խմբի հիվանդները միասին ունեցել են 1833 նոպաներ (դեպրեսիա՝ 1021 և մանիակալ վիճակ՝ 812), 141 հիվանդներից 37-ի մոտ (26,2 %) նոպաները ընթացել են միայն դեպրեսիվ վիճակների ձևով, 24-ի մոտ՝ (17%) միայն մանիակալ վիճակների տեսքով և 80-ի մոտ՝ (56,7%) երկրևեո նոպաների ձևով:

Հետազոտվող 141 հիվանդից 15-ի մոտ (10,6%) պրեմորբիդում մկատվել են ցիկլոիդ (7), փսիխապենիկ (3), էմոտիվ կամ ռեակտիվ-լաբիլ (2),

տատերի (2) և շիգոխ (1) փսիխոպաթիայի երևույթները, 31-ի մոտ՝ (21,9%) գրգռվող (17), դեպրեսիվ կամ նոսքիմիկ (7), դեմոնստրատիվ կամ հիսթերիկ (5), էպիլեպտիկ (2), անձի ակցենտուացիայի (շեշտվածությամբ) երևույթներ (ըստ Կ. Լոնգգադի):

Ժառանգականության հոմոգեն և հետերոգեն բազեկան հիվանդություններով ծանրաբեռնվածությունը կազմում է 61 հիվանդների մոտ (43,26%) համապատասխանաբար՝ 31,20; 13,06;

1-ին խմբի հիվանդներից 9-ը՝ (13,23%) աֆեկտիվ ժանգարումներից առաջ տարիներ չէին տառապել և ալկոհոլի չարաշահմամբ, սակայն նրանցից և ոչ մեկի մոտ չեն նկատվել արտիմենցիայի երևույթներ, 41 հիվանդից 39-ի (27,65%) մոտ՝ աֆեկտիվ ժանգարումներին անմիջապես նախորդել է հոգեկան լարված: Տարբեր տեսակի տոմատիկ հիվանդություններ առաջին աֆեկտիվ նոսքից առաջ նկատվել է 13 հիվանդի (19,11%) մոտ, բոլոր հիվանդների մոտ նկատվել են ծերացման հոգեբանության երևույթներ:

Արդյունքները և դրանց քննարկում

Մեր կողմից կատարված մուլտիդիսցիպլինար հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ինչպես միկոլոցիան (45-60), այնպես էլ ծերունական (60 և վերի) տարիքում երկբևեռ ընթացող մանիակա-դեպրեսիվ փսիխոզի (ՄԴ-Փ) մանիակալ նոսքերին նորոշ նշաններին աստիճանաբար միանում են տվյալ հիվանդությանը ոչ յուրահատուկ նոր նշաններ, որոնք պայմանավորում են մանիակալ նոսքերի կերպարանափոխությունը (կլինիկական պատկերի պատկերավոր): Խոսքը վերաբերվում է ՄԴ-Փ-ի մանիակալ նոսքերի ժամանակ նկատվող կարճատև դեպրեսիվ ռեակցիաներին, սոմատիկ բնույթի զանգվածներին, գլխացուրթային կարճատև շփոթ վիճակին, «տրախ մանիայի փոխակերպմանը՝ «գայրացկոտ, դիսֆորիկ մանիայով», ինչպես նաև կարճատև էքսպանսիվ անտաստիկ զառանցանքին (սեմիլանման մանիա), իսկ մանիակալ վիճակում նկատվող և մանիակալ երևույթների անհայտացումից հետո վերացող սիխոթորզանական (փսևորզանական) ախտանշաններին, հիվանդության նկատմամբ ինքնաքննա-ստության բացակայությանը միջնուպային շրջանում, նեոկոթյանը, վարքագծի հիմարային գծերին (սեմիեթեր վարք), ընդհանրապես դատարկ, անիմաստ տեսակներ անելու հակվածությանը, արժեքագուրկ ստախոսությանը կամ պասիվությանը, երեկոյան ամենին ինչ-որ տեղ աճապարելու հակվածությանը, առերի ձգձգված արտասանությանը (օլիգոֆազիա) արականական սխալներին խոսելու ժամանակ, խոսելու (մտածողության) անկապությանը, հակվածությանը լազնապայից վիճակում արտահայտությունների ընկերությանը (վերբիգերացիա), հիշողության (թույլ արտահայտված ամենատիկ աֆազիային տիպի) ժանգարումներին, հաշվելու ունակության ժամանա-

կավոր (մինչ նոսքայից դուրս գալը) կորստին, ժամանակի և շրջապատի մեջ կողմնորոշման խանգարումներին, «սիտուացիայի տեղափոխությանը դեպի անցյալը» (էկմենեստիկ կոնֆաբուլյացիաներ) ավելի երիտասարդ ներկայանալու հակվածությանը, համոզվածությանը, որ մահացած հարազատները կենդանի են, առանձին կեղծ ճանաչողության երևույթներին:

Վերոհիշյալ կլասիկ արտահայտված մանիակալ վիճակներին ոչ յուրահատուկ երևույթները, որպես օրենք, անհայտանում են մանիակալ գրգռվածության երևույթների վերացումից հետո: Իսպառ անհայտանում են նաև այն մտքերը, որ իբր իրենք ենթարկվել են թալանի, ինչպես նաև սեքսուալ գրգռվածության երևույթները (կեղծ պարալիտիկ, պսևդոպարալիտիկ թուլամտությունը հիշեցնող նշանները) և միևիպստական-հիպոխոնդրիկ զառանցանքի և ինքնամեծարման երևույթները:

Այստեղից դժվար չէ նկատել, որ «հոգեկան ծերացման» պրոցեսը զգալիորեն ազդում է ՄԴ-Փ-ի մանիակալ վիճակների վրա, կերպարանափոխելով մանիակալ նոսքայի կլինիկական պատկերը և, որ կլինիկական պատկերի մնացած ատիպիկալ հանդիսանում է հետևյալ ձևերով՝

1. Գերակշռում են իդեատոր, քան թե շարժական գրգռվածության երևույթները և խոսքի խանգարման երևույթները մանիակալ վիճակում: Այս ամենը ուղեկցվում են մտածողության հանգամայնության, վերջինիս բովանդակության արքատացման և պերսեկուցիաների երևույթներով:
2. Հոգեկան վիճակի կտրուկ տատանումները ուղեկցվում են արտահայտված մանիակալ տիպի գրգռվածությամբ, խառը տիպի մանիակալ նոսքերի դրսևորումներով:
3. Առաջանում են աֆեկտիվ վիճակներին ոչ բնորոշ ախտանշաններ՝ հասակային փոփոխություններով պայմանավորված «գունավորված» պարանոխ ընդհանրապես խանգարումներ (վնաս հասցնելու զառանցանքային մտքեր):
4. Օրգանական ուղեղային խանգարումներ հիշեցնող (օրգանապես գունավորված) մանիակալ վիճակի փոփոխություններ՝ անհոգ տրամադրության, ինքնաքննադատության ունակությունների կորստի, անհեթեթ և ցինիկ արտահայտությունների հակումների՝ հատկապես սեռական ապարգեղական (պսևդոպարալիտիկ գունավորվածության) և փսիխոթորզանական, մանիակալ վիճակի վերացումից հետո անհայտացող երևույթների ձևով: Ոչ հազվադեպ նկատվում են նաև վաղաճիկ դիսմենստիկ խանգարումների, շուտ հոգնելու և հյուծվելու, թուլահոգության, ցրվածության կարճատև երևույթներ, կողմնորոշման անկարողություն և ամենեկային

տիպի խանգարումներ:

5. Նախածերունական և ծերունական տարիքում մանիակալ վիճակի կլինիկական պատկերում գերակշռող տեղ են զբաղեցնում, օրգանական նշանները՝ մնացնելով վերջինիս թուլամտության (դեմենցիայի) վիճակներին՝ «մանիակալ պսևոդեմենցիա» ըստ E. Wells-ի [33]:
6. Ուշ տարիքում մանիակալ նոպաները կերպարանափոխվելով՝ բնութագրվում են շարժական արգելակվածությամբ, գայլություն և թորշոմած-էյֆորիկ աֆեկտով, մտածողության խանգարմանությամբ և բովանդակության աղքատացմամբ (ապրոդուկտիվությամբ), միատեսակ մտածողությամբ, խոսքի բովանդակության և ուշադրության մեջ առավել հաճախակի անցյալի դեպքերի արտացոլմամբ, ինքնամեծարման անհեթեթ բովանդակությամբ և կեղծ պարայիտիկ (պսևոդալալիտիկ) պատկերներին հիշեցնող զառանցական մտքերով:
7. Կլինիկական պատկերին ուղեկցող հետերոգեն, ՄՌ-Փ-ին ոչ յուրահաստուկ, կարճատև, մանիակալ գրգռվածության վերջնալույց հետո վերացող, ֆանտաստիկ կամ կոնֆաբուլյատոր պարաֆրենիայի երևույթներ:
8. Առանձին վաղանցիկ ՄՌ-Փ-ի ախտանիշներին ոչ բնորոշ, առանձին պերսեկուտոր զառանցանքները՝ վերաբերման, հետապնդման, վնասի, թունավորման, թալանի կամ խանդի երևույթների ձևով:
9. Երեկոյան ժամերին կարճատև դելիրանտային (պարզ գիտակցության ժամանակ տեսողական ցնորքներ) երևույթների առաջացումը, հիպնագոգիկ հայուցիմացիա կամ օնեյրոլոյի լույսներ տեսող երևույթները: Վերոհիշյալ հետերոգեն (ՄՌ-Փ-ին ոչ բնորոշ) խանգարումները պայմանավորված չեն էկզոգեն-պարոգեն ազդակներով և հաճախ նկատվում են մոնոպոլյար ընթացող ՄՌ-Փ-ի մանիակալ նոպայի ժամանակ [23,24,30]: Ծերության շրջանում մանիակալ վիճակները ընթանում են առիպիկ, խառը կամ բարդացած մանիակալ համախտանիշների տեսքով, կլինիկորեն արտահայտվելով ծերունանման (սենիլանման), գայլացկոտ, ոչ տիպիկ, ուրախ մանիակալ վիճակների ձևով:

Նախածերունական և ծերունական շրջանում ինքնատիպ են ընթանում ՄՌ-Փ-ի դեպրեսիվ նոպաները: Վերջիններիս կլինիկական պատկերում գերակշռում են տագնապի, վախի, տագնապային անհանգստության (աժիտացիայի), վերբիգերացիայի (տագնապային վիճակում նույն արտահայտությունների հաճախակի կրկնման), շարժական գրգռվածության

(ռասպտոյդ բռնկման), սուիցիդալ հակումներով ուղեկցվող (դժգոհ-դիսֆորիկ աֆեկտային) երևույթները: Նոպաների հաճախակի կրկնվելու դեպքում այդ երևույթներին միանում են հիպոխոնդրիկ, կանգեքսիկ, սոմատոֆորմ (սոմատիկ հիվանդություններին հիշեցնող, միևիդիստական-հիպոխոնդրիկ և Կոտարի զառանցանք) մելանխոլիկ (պարաֆրենիայի երևույթները՝ արտահայտված ինքնամվաստացման, ինքնամեղադրման, ինքնադատապարտման ֆանտաստիկ բովանդակությամբ մտքերով):

Ինչպես մանիակալ, այնպես էլ դեպրեսիվ նոպաները մախածերունական և ծերունական շրջանում աստիճանաբար սկսում են ընթանալ ոչ սովորական (առիպիկ) խառը կամ բարդացած աֆեկտիվ խանգարումների տեսքով: Դեպրեսիայի ոչ սովորական ընթացքը, մասամբ էլ պայմանավորված է ՄՌ-Փ-ի դեպրեսիվ նոպային ոչ բնորոշ «նվազ տարածվածության» վնասի զառանցանքներով: Նման դեպրեսիվ նոպաները աստիճանաբար սկսում են կերպարանափոխվել՝ ընթանալ թորշոմած, ապատիկ, աղիմամիկ դեպրեսիայի ձևով: Գնալով փոխվում է և լավացման (հազվագյուտ առողջացման) բնույթը՝ ռեմիսիան դառնում է ոչ լիարժեք և ուղեկցվում է ասպենիայի երևույթներով և տարիքին համապատասխան հիշողության թուլացման և հետաքրքրությունների շրջանակի նեղացման նշաններով: Նախածերունական և ծերունական շրջաններում ինչպես մանիակալ, այնպես էլ դեպրեսիվ վիճակները ուղեկցվում են փսիխոօրգանական՝ կարճատև, դեպրեսիայի վերացումից հետո անհայտացող [11–13] երևույթներով՝ հիշողության թուլացման, խոսքի բովանդակության աղքատացման, կողմնորոշման դժվարացման, ինչպես նաև գիշերային ժամերին գիտակցության շփոթ վիճակների ձևով:

Ինքնատիպ են ընթանում ոչ միայն մոնոպոլյար (դեպրեսիայի երևույթներով ընթացող ՄՌ-Փ-ները ուշ տարիքում) այլև դեպրեսիվ նոպաները ցիքլոպոլյար ընթացող ուշ տարիքի ՄՌ-Փ-ի ժամանակ: Վերջիններս ոչ հազվագյուտ ընթանում են առանց խոսակցական և շարժական արգելակվածության, գրուցելու պատրաստականությամբ, թախծի նվազ արտահայտվածությամբ, առանց դեմքի տառապանք արտահայտող պատկերի, առանց օրվա ընթացքում թախծալի վիճակի տատանումների կամ էլ թե թախծի արտահայտվածությամբ ոչ թե առավելության, այլ երեկոյան ժամերին, վախի և տագնապալի թախծի արտահայտվածությամբ, սենեստոպաթիկ երևույթներով, վիսցերալ ցնորքներով և հիպոխոնդրիկ մտքերով, դեռնալիզացիայի, դեպրեսիվալիզացիայի, ատոմնետամորֆոպսիայի, դիսֆորիայի երևույթներով: Զառանցական մտքերը բխում են վերջալ պատրանքներից և արտահայտում են վերաբերման պատրանքային զառանցանքների տեսքով երեկոյան ժամերին ծագող վաղանցիկ տեսողական ցնորքներով, որոնց հիվանդները վերաբերվում են քննադատորեն: Հազվագյուտ դեպրեսիվ նման ցիքլոպոլյար դեպրեսիան

գիրքում է Կոտայքի գաղափարաբանական և պատրաստ-
ման ուղեկցիկով ցնորքներով, դիվանագիտական, եր-
անման էլ ամսանոթյան գաղափարաբանությունով, որոնց
նպատիվն առաջարկում են թալանի և խառնի գա-
ղափարաբանությունը: Դեպքերիսիայի այն մոտայաները, որոնք
սկսվում են մինչև ուշ տարիքը և շարունակվում
նախածերումնական և ծերումնական տարիներին զգա-
լորեն տարբերվում են ուշ տարիքում սկսվող
դեպքերիսիաներից: Այդ տարբերությունը կայանում է
նրանում, որ մաման դեպքերիսիաները հաճախ ընթանում
են երկարատև լուսավոր (հոգեպես առողջ) միջնո-
թային շրջաններով, դեպքերիսի մոտայաների հաճա-
խությունով և երկարատևությամբ, դեպքերիսիայի բար-
ձրագույն ձևերի բացակայությամբ, ոչ համակարգված
նախապայման գաղափարական մտքերի կարճատևու-
թյամբ, ինչպես հոմոգեն (ինքնանվաստացման,
մեքանամեղադրման, միևնույնատևական-հիպոթետիկ
նախապայման գաղափարաբանության, այնպես էլ հետերոգեն
մեքանամեղադրման, թալանի, դիվանագիտական և այլ)
գաղափարաբանության առկայությամբ, տեսողական
կատարանքային և վիսուալ ցնորքների երևույթներով:
ուշ տարիքի մոտոպոլյար և բիպոլյար ընթացող
մեքանամեղադրման դեպքերիսի փսիխոզի դեպքերիսի մոտայաների
նախապայմանությունը ցույց է տալիս, որ միայն
մոտոպոլյար դեպքերիսի մոտայաներով տառապող
մեքանամեղադրման 1/3 -ի մոտ ժառանգականությունը
նախապայմանավորված է լինում աֆեկտիվ փսիխոզներով:

Հիվանդների մոտավորապես կեսի մոտ, որոնց
դեպքերիսի մոտայաները առաջին անգամ նկատվում են
ուշ տարիքում և այն հիվանդների մոտ, որոնց
դեպքերիսի մոտայաները սկսվելով մինչև ուշ տարիքը,
արտահայտվում են նախածերումնական և ծերումնական
տարիքում, բացի շրջապատի հետ շփվող վարքագծից,
դեպքերիսիայում նկատվում են մասնաշաղկապված
զոգեմոտիվներ, ծայրաստիճան աշխատասիրության,
անհամոզմունքի և անհամոզմունքի, անհամոզմունքի և անհամո-
զմունքի, ոչ հազվադեպ և տագնապային-կասկա-
նամոտության երևույթներ: Այն դեպքերում, երբ
դեպքերիսի մոտայաները սկսվում են մինչև ուշ տարիքը և
արտահայտվում են նախածերումնական և ծերումնական
աստիճանում, հիվանդների պրեմոնիտորիում աչքի են
կարծվում բնավորության սիմտոմ գծեր՝ մար-
տիրության, աշխատասիրության, լավ տրա-
նսպորտային, կայտառության, իսկ հոգեկան
որավասության ժամանակ՝ ագրեսիվության հակ-
վածության, անզսպվածության, գայրացկոտության,
այլ կերպ ասած դեպքերիսի դիսֆորիայի երևույթներ:

Ինչ վերաբերում է ուշ տարիքի դեպքերիսիայի
լինելուն լրացուցիչ ախտածին գործոնների
նախապայմանությունը, ապա վերջիններս հավասարաչափ
նախապայմանությամբ ամբողջական նախորդում են
դեպքերիսի մոտայաներին վերջինիս և վաղ և ուշ
տարիքներում սկսվելու դեպքում՝ չանդադառնալով
ԴԴ-Փ-ի ոչ տարիքի մոտայաների կլինիկական պատկերի
կա: Դրա լավագույն ապացույցը կայանում է
նրանում, որ մամանտիպ դեպքերիսի մոտայաները

հազվադեպ են կրկնվում և առանց վերջիններիս
նախորդող էկզոգեն ախտածին գործոնների
մասնակցությամբ: Տարբեր ախտածին գործոնների
հաճախականության ուսումնասիրությունը ցույց է
տալիս, որ վերջիններս հաճախ նկատվում են այն
մոտոպոլյար և բիպոլյար աֆեկտիվ պսիխոզներով
հիվանդների մոտ, ում պրեմոնիտորիում նկատվում են
պսիխոպատիկ գծեր և որոնց մոտ աֆեկտիվ
մոտայաները սկսվում են մինչև ուշ տարիքը: Ժառան-
գական նախապայմանությունը հոգեկան խան-
գարումների հանդեպ հաճախ նկատվում է ոչ թե մինչև
ուշ տարիքը, այլ ուշ տարիքում աֆեկտիվ պսի-
խոզներով հիվանդացածների մոտ (տոկոսային
հարաբերությունը՝ 1:21): Սոմատիկ բնույթի հիվան-
դություններ աֆեկտիվ բնույթի մոտային ժամանակ
նկատվել են միայն 19,11% հիվանդների մոտ և այն էլ
միայն ինվոլյուցիոն տարիքում: Հետևապես, առաջին
անգամ ուշ տարիքում աֆեկտիվ պսիխոզներով
հիվանդացածներին նվազ յուրահատուկ են պրե-
մոնիտորի պսիխոպատիկ բնավորության գծերը և
առավել բնորոշ են ժառանգականության հոմոգեն և
հետերոգեն բնույթի ծանրաբեռնվածությունը, հոգե-
կան խանգարումներով (տոկոսային հարաբերությունը
համապատասխանաբար 31, 20, 12,06), ինչպես նաև
աֆեկտիվ պսիխոզներին ամբողջական նախորդող
հոգեկան տրավման (20,56%) և տարբեր սոմատիկ
հիվանդությունները (19,11%):

Չզգուշացնելով աֆեկտիվ խանգարումները
նկատվում են հիմնականում անանկաստիկ (փսիխոս-
թենիկ), ռեակտիվ կամ էմոտիվ անկայուն, ցիկլոթիմիկ
կամ դիսհարմոնիկ բնավորության գծերով անձանց
մոտ և ինչպես վերը նշվեց հաճախ դեպքերիսիային
նախորդող տևական հոգեկան ապրումներից հետո
կամ օրգանիզմը հյուծող սոմատիկ հիվանդություն-
ների և էկզոգեն պաթոզների, ըստ էության, ակցետի-
պրեգիայիստիվ կամ հիվանդագին վիճակների առա-
ջացմանը հրահրող գործոնների առկայության
պարագայում: Չի բացառվում նաև վերջիններիս
առաջացմանը նպաստող հիվանդագին օրգանական
պաթոլոգիական նախադրյալի առկայությունը [8]:

Նշված ախտածին գործոնները պաթոլոգիական
հիմք են հանդիսանում ուշ տարիքի մամանիկալ և
դեպքերիսի փսիխոզների առաջացման համար, նրանց
ինչպես նաև ժառանգական նախապայմանավոր-
վածությունը հոգեկան հիվանդություններով, կարելի է
դասել ֆակտորիալ (ոչ պարտադիր) պաթոզներ
գործոնների դասին: Սակայն անհնար է պատկերաց-
նել մաման փսիխոզները առանց նախածերումնական և
ծերումնական հասակին բնորոշ ոչ ախտաբանական
բնույթի գլխուղեղի օրգանական փոփոխությունների
առկայության և ծերության կամ ծերացման հոգեբա-
նության մշանների, ուստի վերջիններս պետք է
դասվեն պարտադիր (օբլիգատ) գործոնների դասին:
Անվիճելի է նաև վերոնշյալ ախտածին ազդակների
դերը ուշ տարիքի աֆեկտիվ փսիխոզների կլինիկա-
կան պատկերի պաթոմորֆոզի առկայության (ոչ

սովորական ընթացքի) և հիվանդության քրոնիկ, խստորեն բարդացած ընթացքի խնդրում: Այս ամենից էլ բխում է, որ եթե մինչև ուշ տարիքը մոնոպոլյար և բիպոլյար աֆեկտիվ փսիխոզները, ամենայն հավանականությամբ, պատկանում են մոնոպոլյար գենետիկ հիվանդությունների դասին, ապա նրանք ուշ տարիքում պետք է դասվեն պոլիգենիաների դասին:

Տիպիկ (կլասիկ) մոնոպոլյար և բիպոլյար աֆեկտիվ (մանիակա-դեպրեսիվ) փսիխոզների կլինիկական պատկերը սահմանափակվում է աֆեկտիվ սիմպտոմատիկայով և երկրորդային (զոլոտիմ) զառանգացմամբ: Ատիպիկ (ոչ կլասիկ) ընթացքի ժամանակ աֆեկտիվ խանգարումներին միանում են կալան, օրեստիկ, սենեսթոպաթիկ և մի շարք ոչ աֆեկտիվ բնույթի փսիխոզեն երևույթներ: Եվ վերջապես, ՄՊ-Փ-ը կայուն է ընթանալ կլինիկական ֆազաներով, որոնք բնութագրվում են դեպրեսիվ մոպայի (փուլի) փոխանցումով մանիակա վիճակի (և ընդհանրապես) և այն էլ առանց ինտերմիսիայի: Մինչև ուշ տարիքը սկսված աֆեկտիվ մոպային յուրահատուկ է այն, որ աֆեկտիվ վիճակները օրինաչափորեն փոխանցվում են մեկը մյուսին: Մանիակա փուլի (մոպայի) ժամանակ նկատվում է ցիկլոթիմիկ տիպի մանիայից փոխանցում տիպիկ (կլասիկ) մանիային, այնուհետև՝ զառանգական մանիային և մանիակալ պարաֆրենիային դեպրեսիվ փուլի (մոպայի) ժամանակ նկատվում է օրինաչափ անցում դիսթիմիկ-դիսթուլիկ դեպրեսիայից՝ ցիկլոթիմիկ դեպրեսիային, այնուհետև տիպիկ (կլասիկ), իսկ ավելի ուշ զառանգական դեպրեսիային, որն սովորաբար ավարտվում է մելանխոլիկ պարաֆրենիայի երևույթներով: Առաջին անգամ ուշ (մախաժերունական և ծերունական) տարիքում սկսված ՄՊ-Փ-ի առավելապես յուրահատուկ է զառանգական մանիայի փոխանցումը մանիակալ պարաֆրենիային, իսկ զառանգական դեպրեսիային ժամանակ անցումը դեպի դեպրեսիվ պարաֆրենիան:

Աֆեկտիվ և աֆեկտիվ-զառանգական երևույթները ուշ տարիքում հաճախ դրսևորվում են խստորեն աֆեկտիվ խանգարումների ձևով, ընդ որում դեպրեսիվ և դեպրեսիվ-զառանգական խանգարումները հաճախ նկատվում են հետևյալ համախտանշանների տեսքով՝ հիպոխոնդրիկ և տագնապային-հիպոխոնդրիկ սոմատիկ բնույթի խանգարումների արտահայտվածությամբ: Վերջիններիս ժամանակ ընկճված տրամադրությունը ուղեկցվում է սոմատիկ զանգատներով, առողջության համար մտահոգությամբ, երբեմն էլ համոզվածությամբ, որ իբր ինքը տառապում է անբուժելի հիվանդությամբ: Նման դեպքերում հիպոխոնդրիկ զառանգացմաբ սկսում է կրել նիհիլիստական կամ ֆանտաստիկ բնույթ՝ զառանգական դեպրեսիա (մելանխոլիկ պարաֆրենիա): Կլինիկական պատկերում գերակշռում են տևական ընթացքով ինքնամեղադրման, մեղավորության, դատապարտման, տույժի և կործանման զառանգական մտքերը:

Ոչ հազվադեպ վերոհիշյալ խանգարումներին միանում են դեպրեսիայի բովանդակությունից բխող

հետապնդման զառանգացման (հիվանդները համարում են, որ իրենց հետևում են, քանի որ մեղավոր են և արժանի են պատժի):

Նման պարագաներում նկատվում է կրկնակի զառանգական ապակոդմոդություն, կեղծ ճանաչողության երևույթներ և տարբեր տիպի պատրանքներ: Աֆեկտիվ վիճակը բնութագրվում է թախծի զգացումով, տագնապով: Նման դեպրեսիվ-տագնապային (աժիտացված) վիճակում զառանգական մտքերը ընդունում են ֆանտաստիկ, վիթխարի զառանգական կամ ժխտման՝ կորստի զառանգացման տեսք:

Տագնապային-զառանգական դեպրեսիան բնութագրվում է՝

ա/ նիհիլիստական-հիպոխոնդրիկ զառանգացման երևույթներով՝ ժխտում է իր ներքին օրգանների առկայությունը կամ՝

բ/ դեպրեսիվ զառանգացմամբ՝ մեղադրման, կործանման (մահվան) վիթխարի չափերի հասնող զառանգացման կամ՝

գ/ արտաքին աշխարհը ժխտող, ֆանտաստիկ բովանդակությամբ «մելանխոլիկ» զառանգացման կամ՝

դ/ նիհիլիստական-հիպոխոնդրիկ և «ֆանտաստիկ դեպրեսիվ» զառանգական մտքերի զուգակցմամբ կամ՝

ե/ պարանոիդ գունավորմամբ բնութագրվող դեպրեսիայի երևույթների տեսքով: Վերջինիս ժամանակ, սովորաբար 70 և ավելի տարիքի անձանց մոտ միաժամանակ նկատվում են մահ կասկածամտության, լարված ուշադրության, վերաբերման, կարճատև, դեպրեսիայի անհայտացումից հետո վերացող զառանգացման երևույթներ, թախծի, վնաս հասցնելու, թունավորման, հարևանների կոդմից «մեղություն պատճառելու» զառանգացման:

Յուրահատուկ և ոչ սովորական (ատիպիկ) են ընթանում ուշ տարիքի մանիակալ խանգարումները: Վերջիններս բնութագրվում են աֆեկտների անկայունությամբ, նվազ արտահայտված զրգովածության և գայլություն, ոչ բովանդակալի (ոչ պրոդուկտիվ), կոնֆաբուլյատոր, հաճախ ռետրոսպեկտիվ բնույթի, ֆանտազիաներով հարուստ կոնֆաբուլյացիաների երևույթներով:

Կլինիկորեն նման ատիպիկ մանիակալ վիճակները արտահայտվում են՝ մեր [1,5,6 16-18] և մի շարք հեղինակների կողմից [9-12] նկարագրված «ոչ պրոդուկտիվ» (աղքատ մտքերով), զայրացկոտ, արտահայտված կեղծ պարալիտիկ (պսևդոպարալիտիկ), սենիլաման (ծերունական), գիտակցության շփոթ վիճակներով ուղեկցվող քրոնիկ ընթացող, անընդմեջ (առանց ռեմիսիայի) միայն փոխանցվող մանիակալ և դեպրեսիվ աֆեկտիվ խանգարումների ձևով:

Վերոհիշյալ մոնոպոլյար և բիպոլյար ատիպիկ, խստորեն բարդացած աֆեկտիվ խանգարումները որակապես տարբերվում են շիզոֆրենիայի մոպայաձև աճող, ռեկուրենտ, պարբերական ձևերի և մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզի ժամանակ:

Շիզոֆրենիայի նշված ձևերի ժամանակ նկատարվում աֆեկտիվ (մանիակալ և դեպրեսիվ) խանգարումները նկատվում են օրինաչափորեն միայնակ խանգարում աֆեկտիվ, աֆեկտիվ-գառաճակալ և մենյուիդ-կատատոնիկ համախտանիշների կառուցվածքում: Մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզի ժամանակ նշված աֆեկտիվ խանգարումները դրսևորում են ժողովրդային և բնական լեզվով խանգարումների վերաբերյալ առողջացում՝ ինտերմիսիայի կամ ռեցիվալական ռեմիսիայի ձևով:

Վերոհիշյալ պարոնիմների (սինդրոմոնիկների կամ ժողովրդական անվանումների) առանձնահատկությունները, որոնք օրենք, նպաստում են ուշ տարիքում շիզոֆրենիայի տարբերակմանը ուշ տարիքի մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզներից և հիվանդների ժամանակին, որոշումովետ բուժմանը, համապատասխան հիվանդների ռեադապտացիային և ռեաբիլիտացիային:

Այսպիսով՝ կատարված կլինիկական և հարկլինիկական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ժողովրդային և բնական աֆեկտիվ (մանիակալ-դեպրեսիվ) փսիխոզները, ինչպես մախածերունական (45-60 տարեկան) այնպես էլ ծեր (60 տարեկանից մեծ) տարիքում ունեն իրենց պարզգնումների առանձնահատկությունները: Դեպրեսիվ վիճակները ման դեպրեսիվ բնութագրվում են և ուղեկցվում ազնապի, վախի, շիզոտիայի, սոմատոֆորմ, փսիխոսոմատիկ, հիպոխոնդրիկ և օրգան մեկոզների խանգարում, կարդիալ, կլինիկական, վեգետատիվ և այլ մեկոզներին) յուրահատուկ խանգարումներով:

Ընդ որում, դեպրեսիան ընդունում է առիպիկ, սոմա, բարդացած և քրոնիկ ընթացք՝ ներառնելով իր եջ ոչ տևական, վաղանցիկ, սենիլանման (ծե-

յությունը հիշեցնող), շիզոֆրենանման, փսիխո-օրգանական, մենտալիկ (դեպրեսիայի վերացումից հետո անհայտացող) ախտանիշներ: Մանիակալ վիճակները ևս ուշ տարիքում կերպարանափոխվում են՝ ուղեկցվելով կարճատև դեպրեսիվ էպիզոդներով, գիտակցության բույներ տևող շփոթ վիճակներով, գայրացկոտ (դիսֆորիկ մանիայի), դիսմենտալիկ, էկսենտալիկ, փսիխոօրգանական, սենիլանման, փսիխոպերտսկլերոտիկ (գլխուղեղի աբերոսկլերոզին հիշեցնող) և փսիխոպարալիտիկ (պրոգրեսիվ պարալիզին հիշեցնող), մանիակալ վիճակների վերացումից հետո անհայտացող երևույթներով:

Վերոհիշյալ ուշ տարիքի աֆեկտիվ խանգարումների ծագման պրոցեսում հիվանդների մախահիվանդագին (պրենմորբիդ) առանձնահատկություններին, ամօի շեշտվածության (ակցենտուացիային), ժառանգականության հոմոզեն և հետերոզեն բնույթի հոզեկան խանգարումներով ծանրաբեռնվածության, էկզոզեն պարոզեն ազդակների, ծերության կամ ծերացման հոզեբանական փոփոխությունների [21,22] մասնակցությունը վկայում է ուշ տարիքի մոնոպոլյար և բնական աֆեկտիվ խանգարումների պոլիզենիաների (մոնոկաուզալ-պոլիպարոզենտիկ) հիվանդությունների դասին պատկանելության մասին: Նման ակցենտ (հիվանդության ծագմանը նպաստող, պրեցիպիտատիվ, ֆակտիտատիվ) ազդակներով էլ պետք է բացատրել տարբեր մոզոզիական ծագման պատկանող ուշ տարիքի մոնոպոլյար և բնական ընթացող մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզի և մոպայած և մոպայած-աճող շիզոֆրենիայի ժամանակ նկատվող համախտանիշների հերթափոխության (պարոնիմների, սինդրոմոնիկների և սինդրոմոտաքսիսի) որակապես տարբեր առանձնահատկությունները:

Поступила 07.09.06

Клинические особенности монополярных и биполярных аффективных (маниакально-депрессивных) психозов в престарелом и старческом возрасте

Г.З.Саакян

На основании проведенных клинико-психопатологических, катанестических и неврологических (в том числе ЭЭГ, ЭхоЭГ и нейроофтальмологических) длительных обследований показывается, что у больных, у которых монополярные и биполярные аффективные психозы начинаются до позднего (45-60-летнего) возраста и продолжают в позднем (старше 60 лет) возрасте, и у больных, у которых эти психозы впервые манифестируются в позднем (в том числе предстарческом и старческом) возрасте, указанные аффективные психозы протекают атипично, со смешанной клинической картиной и в осложненных фор-

мах этих психозов.

При патоморфозе клинической картины депрессии доминирующее место занимают явления тревоги, страха, обсессивные явления, явления шизотипического, соматоформного и психосоматического характера, а при маниакальном приступе появляются быстротечные эпизоды, эпизоды спутанности сознания, гневливости (дисфорической мании), транзиторные дисмнестические, экмнестические, психоорганические, сенильноподобные, псевдоатеросклеротические, обычно прекращающиеся после исчезновения маниакальных или депрессивных явлений, расстройства. Основны-

ваются принадлежность этих психозов к полигениям, а также наличие различных типов патокинеза, синдромотаксиса или синдромокинеза при депрессии и мани позднего возраста.

Учет этих особенностей имеет важное значение при отборе адекватных терапевтических, реабилитационных и реабилитационных мероприятий для соответствующего контингента больных.

The clinical peculiarities of affective monopolar and bipolar psychoses in the elderly and old age

G.Z.Sahakyan

The observations over a long period of time of psychopathologic-catamnestic and neurological (including electroencephalographic, echoencephalographic and neuroophthalmologic) data of 141 patients suffering from monopolar and bipolar affective (manic-depressive) psychoses at old age (including presenile and senile) have shown that the clinical course of monopolar and bipolar proceeding affective (manic-depressive) psychosis, started both in pre-senile, continuing in senile age proceed in the form of uncommon (atypical), compound or complicated psychosis. The change of the clinical picture of the affective disturbances (pathomorphism) brings to the fact that the latter proceed with effect of psychoorganic, senile-

like, pseudoatherosclerotic, pseudoparalytic episodic disturbances; a phenomenon that disappears after the removal of manic and depressive pathological symptoms. The regular alternation of affective symptoms (pathokinesis, syndromokinesis and syndromotaxis of the latter) is pathognomonic enough and gives the latter opportunity to distinguish them from the disturbances apparently similar but of organic or schizophrenic character. It is quite evident that the results of the examinations will be conductive not only to give a correct diagnosis of the said disturbances in time, but will contribute to conduction of the adequate treatment, readaptation and rehabilitation of patients having such disturbances.

Литература

1. *Սահակյան Գ.Զ.* Ուշ տարիքում սկսվող մոնոպոլյար և բիպոլյար ընթացող փսիխոզների մանիակալ և դեպրեսիվ կլինիկական մի քանի առանձնահատկությունների մասին: // «Մարդու առողջությունը» IV ազգային գիտաժողովական կոնգրեսի նյութերի ժողովածու (միջազգային մասնակցությամբ), Երևան, 2005, էջ 56-57:
2. *Беспалько И.Г.* Маниакально-депрессивный психоз и конституциональные особенности телосложения. IV всероссийский съезд невропатологов и психиатров, М., 1980, т. 1, с. 523-525.
3. *Вайбхерт Х.Й.* Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы. В кн.: Клиническая психиатрия. Под ред. Г.Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М.Мюллера. Перев. с немец. М., Медицина, 1967, с. 59-101.
4. *Вовин Р.Я., Аксенова И.О.* Затяжные депрессивные состояния. Л., 1982.
5. *Даниелян К.Г., Саакян Г.З.* К патоморфозу клиники аффективных психозов позднего возраста с монополярным и биполярным течением. Сборник материалов IV национального научно-медицинского конгресса "Здоровье человека" (с международным участием), Ереван, 2005г., с. 63-64.
6. *Даниелян К.Г., Нерсисян А.А., Саакян Г.З.* К особенностям депрессивных приступов при биполярных аффективных приступах при среди-земноморской семейной лихородке. Сборник научных трудов и сообщений, Ереван, 2005г., с. 25-26.
7. *Ефименко В.Л.* Депрессия в пожилом возрасте. Л., 1975.
8. *Жислин С.Г.* Роль возрастного и соматического фактора в возникновении и течении некоторых форм психоза. М., 1956.
9. *Илешева Р.Г.* Аффективные психозы позднего возраста. Алма-Ата, 1981.
10. *Илешева Р.Г.* Некоторые особенности маниакальных состояний в позднем возрасте. Здравоохранение Казахстана, Май, 1972, 5 (314), с. 33-35.
11. *Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлев О.Б.*
12. В кн.: Депрессии и старение. Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1977, с. 114-122.
13. *Концевой В.А.* Аффективные психозы в позднем возрасте. В кн.: Руководство по психиатрии. Том 1, под ред. акад. РАМН А.С.Тиганова. Москва, 1999г., с. 488-495, 581-583.
14. *Краснов З.Н., Крыжановский А.В.* К постановке вопроса о дефектных состояниях и реадaptации при маниакально-депрессивном психозе. Материалы IV съезда невропатологов и психиатров УССР. Тезисы докладов, т.2, Киев, 1967.
15. *Краснов З.Н.* Клинико-патогенетические закономерности динамики циркулярных депрессий. М., 1987. Диск. докт. мед. наук.
16. *Саакян Г.З.* К некоторым особенностям биполярно протекающего аффективного (маниакально-депрессивного) психоза, Вопросы теоретической и клинической медицины. 2006, т. 9, 1(39), с. 48-55.

7. Саакян Г.З. К особенностям течения атипичных маниакальных приступов в позднем возрасте в разные периоды течения маниакально-депрессивного психоза. Сборник научных трудов и сообщений, Ереван, 2005, с. 30–33.
8. Саакян Г.З., Даниелян К. Г. О патоморфозе клиники депрессивных приступов при маниакально-депрессивном психозе в позднем возрасте. Сборник научных трудов и сообщений, Ереван, 2005, с. 34–39.
9. Синицкий В.Н., Ушеренко Л.С., Крижановский Л.А. Роль возрастного фактора в патогенезе маниакально-депрессивного психоза. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, М., 1983, 9, с. 1351–1358.
10. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния (патофизиологическая характеристика, лечение, профилактика). Киев, 1986.
11. Синицкий В.Н. Клинико-патогенетические закономерности динамики циркулярных депрессий. Дисс. докт. мед. наук, М., 1987.
12. Шахматов А.Ф. Расстройство настроения пожилых вне круга известных заболеваний позднего возраста. В кн.: Депрессии позднего возраста (клиника, вопросы патогенеза, лечение). М., 1983.
13. Шахматов А.Ф. Психическое старение. М., 1966.
14. Штернберг Э.Я., Рахлина М.Л. О некоторых клинических особенностях депрессий позднего возраста. Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. М., Базель, 1970.
25. Angst J. Zue Atiologoc und nozologie endogener depressier Psychosen: Eine genetische soziologisch und klinische studie. Berlin etc, 1966.
26. Grager J., Waldmann K.D., Klaus M., Zeiten C. Untersuchungen im Intervall phasischer psychosen, Psychiat. Neurol. Med. Psychol., 1972, Bd. 24, 12, S. 733–740.
27. Huber G., Glatzel J., Lungershausen E. über zylothyme Residualsyndrome. Melancholie in Forschng. Klinik und Behandlung, Hrsg. W. Schulte, W. Mende. Stuttgart. G.thieme Verlag, 1969, S. 42–46.
28. Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für studierende und Ärzte. 8. Anfe. Bd.3, Leipzig: I A Barth 1913.
29. Keller M.B., Lavori P.W., Rice J. et al. Etab. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorders: A prospective follow-up. Amer. J. Psychiat., 1986, 143, 1, p. 24–28.
30. Kielholz P. Zum Verlauf manisch-depressi: Ezkzankungen Psychiatrische Verlaufssormchung: Methoden und Ergebnisse Hrsg. G.W. Schimmelpennin. Bern. etc, 1980, S. 169–175.
31. Kielholz P. Klinik, differentialdiagnostik and therapie der deoressiven zustenbilder. Documenta Geigy Acta psychosomatica, Basel, 1959, 2, S. 19–22.
32. Kinkelin M. Verlauf und progrese des manischdepressivn Jrenseins. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 1954, Bd.73, 2, p. 100–146.
33. Murphy E. The prognosis of depression in old age. Brit. J. Psychiat., 1983, 142, 2, p. 111–119.
34. Wells C. E. Pseudodementia, Amer. J. Psychiatry, 1979, 136, 7, p. 895–900.