Dienasgrāmata

Quod sentimus loquamur,
quod loquimur sentiamus!

VEcordia

Izvilkums L-EGLIT

Imants Eglītis jaunībā

Atvērts: 2008.08.14 13:09
Slēgts: 2008.09.10 22:57
Versija: 2017.05.31 17:39

ISBN 9984-9395-5-3
Dienasgrāmata «VECORDIA»

© Valdis Egle, 2017

ISBN 9984-688-02-x
Imants Eglītis. «Psihiatrija»

© nezināms

Imants Eglītis

PSIHIATRIJA

Ar Valda Egles komentāriem

Impositum

Grīziņkalns 2017

Talis hominis fuit oratio,
qualis vita

Ievads

Sākuma priekšvārds

2006.11.19 18:46 svētdiena

Ar šo es ievietoju savā Dienasgrāmatā profesora Imanta Eglīša mācībgrāmatu «Psihiatrija» (tā domāta medmāsām, ne ārstiem, tāpēc vieglāk saprotama arī «parastajiem cilvēkiem»).

Profesors Imants Eglītis bija Latvijas psihiatrijas visspožākais spīdeklis 1970. un 1980.-tajos gados, kad ar psihiskām problēmām sadūros es un kad nedaudz iepazinos arī ar pašu Imantu Eglīti. Viņš palūdza, lai es iedodu viņam paraugam dažus savus rokrakstus pēc manas izvēles, svēti apsolīdamies tos pēc tam atdot man atpakaļ (ko arī, protams, izdarīja, par ko es gan nekad nebiju šaubījies, bet mani tikai toreiz mazliet pārsteidza tas, ka viņš vispār juta vajadzību šādi apzvērēt).

Minētās iepazīšanās rezultātā Imants Eglītis uzstādīja man diagnozi «patoloģiska personības attīstība», kas ir vienīgā puslīdz pareizā diagnoze man; viss cits, ko rakstījuši citi, mazāk kompetenti psihiatri, ir muļķības.

Es teicu «puslīdz pareiza diagnoze» tāpēc, ka simtprocentīgi pareiza diagnoze ir: «patoloģiska sabiedrības attīstība apkārt personībai», bet tādas diagnozes jau profesora Eglīša arsenālā nebija un tādu viņš nevarēja rakstīt savā slēdzienā, pat ja to gribētu.

Protams, man nebija nekādu mentālu traucējumu – tieši otrādi: mans intelekts bija nesalīdzināmi augstāks par lielumlielā vairuma apkārtējo cilvēku intelektu un, salīdzinot ar mani, viņi ir jāsauc vienkārši par ārprātīgiem, – taču es nespēju izturēt dzīvi starp ārprātīgajiem, un tas veda pie smagām sekām, kādēļ man arī bija vajadzīga psihiatru, tajā skaitā profesora Eglīša palīdzība: lai saņemtu dažādus nomierinošus un pretstresa līdzekļus.

Pēdējo reizi profesora Eglīša balss nonāca līdz manīm apmēram 1993.gadā (precīzi neatceros, datumu toreiz diemžēl nenofiksēju, jo man pat prātā nevarēja ienākt, ka dzirdu viņu pēdējo reizi). Tas bija raksts kādā Latvijas avīzē; nupat nesen bija nodibinājusies «atjaunotā brīvā Latvija», un profesors Eglītis rakstīja, ka padomju laikā Latvijas psihiatri **NAV** nodarbojušies ar disidentu ieslodzīšanu psihiatriskajās slimnīcās politisku motīvu dēļ, ar nozāļošanu un citādu viņu spīdzināšanu, bet gan ir godīgi ārstējuši tos, kas ir bijuši patiešām slimi. Es nešaubījos, ka profesoram ir taisnība, jo vēl pirms tam, lasīdams kliedzošus rakstus (ne tikai Latvijas, bet arī Krievijas un pat ASV) literatūrā par it kā psihiatru izdarītajiem noziegumiem pret pacientiem, es vienmēr viegli varēju uzstādīt šiem bļāvējiem diagnozes, un man nebija nekādu šaubu, ka viņi ir patiešām psihiski slimi.

Es toreiz domāju, ka ar profesora Eglīša atbildi avīzē Latvijas sabiedrībai pietiks, un tā vairs neklausīsies psihiski slimajos bļāvējos, tāpēc nepievērsu rakstam īpašu vērību. Tas bija optimistisks laiks: likās, ka Latvijai nu beidzot sākas brīvības un uzplaukuma periods. Bet es nebiju pareizi novērtējis ļaužu ārprāta spēku un toreiz vēl nesapratu, ka īstenībā «atjaunotajā brīvajā Latvijā» ārprātīgajiem jau pieder politiskā vara.

Profesors Imants Eglītis uz ilgu laiku nozuda manam skatienam, un daudzus gadus es par viņu vairs neko nedzirdēju. Tikai pēc kādiem astoņiem gadiem caur kādu ārsti nejauši uzzināju, ka viņš esot izdarījis pašnāvību...[1]

Tā lūk, profesor! Te nu ir atbilde par to, kura diagnoze pareiza, – Jūsējā: «patoloģiska personības attīstība», vai manējā: «patoloģiska sabiedrības attīstība apkārt personībai». Jūs kļuvāt par šīs

---

[1] Internetā var atrast šādus profesora Eglīša dzīves datus: **1938.05.20 – 1997.01.01.** (Tātad miris 1997.gada Jaungada dienā 58 gadu vecumā). Ar viņa nāvi saistītas šādas publikācijas: **Andrēziņa Raisa.** Imants Eglītis / [Psichiatrs profesors Imants Eglītis.] : 1938.20.V – 1997.1.I // Latvijas Ārsts. – (1997). – Nr.1, 65. lpp. **Eglīte Guna.** Profesora Imanta Eglīša dzīves trīs lielās vērtības : [Atmiņas par psihiatru (1938–1997)] // Latvijas Ārsts. – (1998). – Nr. 5, 308.–311.lpp. **Eglīte Maija.** Ceļš augšup : Psichiatrijas prof. Imanta Eglīša [1938–1997] piemiņai / Maija Eglīte, Edvīns Kurmis // Latvijas Ārstu Žurnāls. – (1998). – Nr. 5, 44.–45.lpp. **Vīksna Arnis.** Profesors Imants Eglītis un psihiatrijas vēstures izpēte : [Par psihiatru (1938–1997)]. – Bibliogr.: 115 nos. // Latvijas Ārsts. – (1998). – Nr. 5, 299.–307.lpp. **Eglītis Imants.** Dvēsele krustcelēs : Psihiskā veselība: līdzsvars, robežas, aprūpe : 16 sarunas ar radiožurnālisti Birutu Kroni. – Rīga : Rīgas Starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1998. – 104 lpp. : il.

patoloģiskās sabiedrības attīstības upuri vēl ātrāk nekā es (ja runājam par galapunktu); Jūs jau esat aizgājis tur, kur es vēl tikai taisos iet.

Profesora Imanta Eglīša gaišajai piemiņai es veltu šo publikāciju. Lai tas ir piemineklis tam laikam, kad ārprātīgos ārstēja psihiatriskajās slimnīcās, nevis viņi ārdījās pa Saeimu un Ministru kabinetu.

Lasītājs no šīs publikācijas var uzzināt arī, kāda ir patiesā psihiatrija – jo mūsdienās jau arī psihiatrija Latvijā ir pilnīgi degradēta: visādas freidiskas un citas amerikāņu pseidozinātnes ir pārplūdinājušas mūsu valsti; acīmredzami ārprātīgā Latvijas Valsts prezidente publiski murgo par Rozes Krusta ordeņiem, kosmiskām ietekmēm utt.

Šādus tādus savus komentārus pie profesora Eglīša teksta es dodu zemsvītras piezīmēs.

Valdis Egle

2006. gada 19. novembrī

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР

Эглитис Имантс Робертович

Рига, Медицинский институт Тел. 39 15 17

Vizītkarte, kuru profesors Eglītis savā laikā iedeva nākamajam Vekordijas autoram

Beigu priekšvārds

2008.09.05 21:26 piektdiena

Tā nu, redz, ir pagājuši gandrīz divi gadi, kamēr es (protams, strādādams paralēli arī daudzus citus darbus) sagatavoju elektroniskai izdošanai profesora Eglīša grāmatu.

Viņa «Psihiatriju» es gribēju publicēt Internetā galvenokārt triju iemeslu dēļ: pirmkārt, aiz cieņas pret pašu profesoru, otrkārt, lai latviešu valodā Internetā pastāvētu avots, kurā ir fiksēta «īstā psihiatrija» (pretstatā modernajiem izkropļojumiem), un, treškārt, tādēļ, ka psihiatrija vispār ir bagātīgs piemēru lauks priekš Vēras teorijas.

Pirmie divi mērķi ir sasniegti jau ar to vien, ka es tagad ievietoju Internetā pašu Imanta Eglīša tekstu. Ar trešo mērķi ir sarežģītāk.

Cilvēka psihe ir informācijas apstrādes sistēma jeb, kā es bieži mēdzu izteikties datorzinātņu terminos, reāllaika operētājsistēma. Psihiatrijas priekšmets tātad ir šīs operētājsistēmas defekti. Tāpēc visu, par ko runā profesors Eglītis, var «pārrakstīt» kompjūteru jeb informātikas terminos. Tāda «pārrakstīšana» nozīmētu: pārveidot (teorētisko) psihiatriju atbilstoši Vēras teorijai. (Es teicu «teorētisko psihiatriju» tādēļ, ka praktiskā psihiatrija – pacientu ārstēšana – mani Vēras teorijas sakarā neinteresē: es nedomāju piedāvāt ārstiem kaut kādas jaunas ārstēšanas metodes vai ko tamlīdzīgu; es tikai izskaidroju cilvēka psihi un tās defektus no informātikas viedokļa; taču es domāju, ka šāds izskaidrojums ir dziļāks, precīzāks un pareizāks nekā iepriekšējie izskaidrojumi, un ka ārsti, ja viņi tādu izskaidrojumu – tātad Vēras teoriju – pieņemtu, tad viņi paši varbūt vietām nonāktu arī pie jaunām ārstēšanas metodēm).

Principā es varētu blakus profesora Eglīša grāmatai uzrakstīt otru – savu – grāmatu, kurā (gandrīz) visu viņa teikto interpretētu Vēras teorijas gaismā. Priekš tam man vajadzētu vispirms aprakstīt cilvēka operētājsistēmu: no kādiem blokiem tā sastāv, kā šie bloki darbojas, utt., un tad šīs operētājsistēmas terminos izskaidrot novērojamos defektus. Skaidrs, ka tādas «paralēlas» grāmatas uzrakstīšana prasītu daudzus gadus, bet apjoms būtu tāds, ka, pievienojot manu tekstu kā piezīmes profesora Eglīša tekstam, šīs piezīmes sāktu aizsegt oriģinālo tekstu – un tad tā vairs nebūtu Eglīša grāmata, bet jau kaut kas cits.

Tāpēc pilnā mērā realizēt tādu ieceri es nevaru: nedz man ir tie laika gadi, kas tur vajadzīgi, nedz es gribu aizsegt Eglīša grāmatu.

Bet, no otras puses, pavisam atteikties no psihiatrijas komentēšanas Vēras teorijas gaismā es arī negribētu. Tāpēc atliek izvēlēties tādu kā «vidusceļu»: aprobežoties šajā izdevumā ar pavisam īsiem, pavisam virspusējiem komentāriem, bet tomēr mazmazlietiņ viņus izteikt. (Un, protams, uzskatīt, ka šī grāmata var tikt komentēta nākotnē arī citos sacerējumos, kuri tad atsauktos uz šo izdevumu – kā parasti, ar hiperteksta saitēm).

Lai šeit varētu izteikt kaut vai īsus, bet tomēr komentārus Vēras teorijas gaismā, ir jābūt pārliecībai, ka lasītājam kaut vai aptuveni ir priekšstats par cilvēka operētājsistēmas darbību. Šo sistēmu es esmu aprakstījis daudzos savos darbos (protams, ne tik dziļi un tik pamatīgi kā gribētos, bet tik pamatīgi kā gribētos, jau nekad arī nevarēs aprakstīt). Es, diemžēl, nevaru šajā priekšvārdā atkārtot visus šos aprakstus. Pat konspektīvs atgādinājums patiesībā ir lieks, jo, ja nu lasītājam nav priekšstata par cilvēka operētājsistēmu, tad no dažiem īsiem teikumiem viņš vienalga to negūs.

Tāpēc no nodoma dot šeit priekšvārdā jebkādu Vēras teorijas pamatu skaidrojumu-atgādinājumu es atsakos. Vienīgi komentāros varbūt pacentīšos apskaidrot lietas no mazliet tālākiem sākumiem nekā tad, ja visu cilvēka operētājsistēmu varētu patiešām uzskatīt par lasītājam labi pazīstamu.

Valdis Egle

2008.gada 6.septembrī

Imants Eglītis. «Psihiatrija»

Priekšvārds

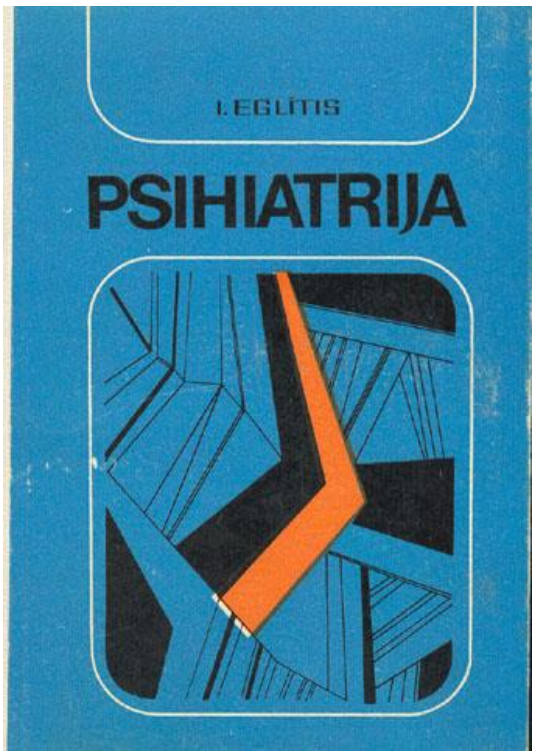
Pēdējo reizi latviešu valodā psihiatrijas mācību grāmata (H. Buduls «Psihiatrija») izdota 1929.gadā. Grāmata, protams, ir stipri novecojusi un mūsdienu zinātnes līmeņa prasībām nav piemērota, tādēļ radusies vajadzība pēc jauna mācību līdzekļa latviešu valodā.

Veidojot mācību līdzekli, mēģināts pēc iespējas atvieglot priekšmeta apgūšanu, vienlaikus piemērojot to speciālistu praktiskām vajadzībām. Visās nodaļās ir akcentēti un sīkāk iztirzāti tie jautājumi, kuriem ir lielāka nozīme ikdienas praksē, sīkāk iztirzātas tās slimības izpausmes, kas visbiežāk rada grūtības diagnostikā. Vispirms pievērsta uzmanība tiem stāvokļiem, kuros slimniekiem nepieciešama steidzama palīdzība.

Materiāla labākai apgūšanai grāmatā sniegti daudzi izraksti no slimības vēsturēm. Saprotamu iemeslu dēļ aprakstos nav izmantoti dati par Rīgas Republikāniskajā psihiatriskajā slimnīcā ārstētajiem pacientiem.[2]

Grāmatas veidošanā autors saņēma daudzu speciālistu atbalstu un palīdzību, par ko izsaka pateicību visiem, kas grāmatas tapšanas laikā iepazinās ar manuskripta atsevišķām daļām un palīdzēja darbā ar padomiem, vērtējumiem un kritiskām piezīmēm.

Autors pateicas psihiatrijas katedras vadītājam docentam M. Caunem, docentam V. Rožkalnam, med.



Imanta Eglīša tās grāmatas vāks, no kuras ieskenēts šis teksts

[2] **V.E.:** Man šķiet, ka šis apgalvojums neatbilst patiesībai. Līdzās neapšaubāmi no Krievijas prakses ņemtiem piemēriem ir aprakstīts arī alkoholiķis, kas skrien apkārt Grīziņkalnam, 12.attēlā ir dots teksts latviešu valodā, un arī vairākos citos gadījumos piemēriem piemīt acīmredzamas Latvijas un Rīgas pazīmes.

zin. kand. Z. Ginzburgam, RMI asistentei H. Ivanovai, med. zin. kand. M. Ozolai, ārstēm L Prūsei, E. Raatei, filoloģijas zinātņu kandidātei R. Grīslei.[3] Sevišķu pateicību autors izsaka ārstei M. Upeniecei, kas iepazinās ar manuskriptu kopumā un deva daudzus vērtīgus padomus grāmatas uzlabošanai.

Psihiatrijas priekšmets

Psihiatrija (no grieķu valodas vārdiem *psyche* – dvēsele, apziņa un *iatreia* – ārstēšana) ir zinātne par psihiskām slimībām, to etioloģiju, patoģenēzi, profilaksi un ārstēšanu.

Psihisko slimību laikā izmainās smadzeņu spēja pareizi atspoguļot apkārtējo pasauli, tās notikumus, sakarības starp apkārtējiem notikumiem. Mainās arī spēja pareizi atspoguļot notiekošo ķermenī, izmaiņas iekšējā vidē, analizēt un sintezēt saņemtos kairinājumus un pareizi uz tiem reaģēt.

Patofizioloģiski psihisko slimību pamatā ir izmaiņas smadzeņu lielo pusložu garozas darbībā, traucējumi uzbudinājuma un kavēšanas procesos, kā arī to attiecībās.[4] Psihisko slimību izcelsmē nozīme ir vairākiem faktoriem.

Iedzimtība un pārmantojamība. Nenoliedzot lielo pārmantojamības nozīmi daudzu psihisko slimību attīstībā, nepareizi ir arī tās nozīmi pārvērtēt un piešķirt pārmantojamībai fatālu raksturu. Piemēram, ja šizofrēnijas gadījumā ir visnelabvēlīgākie pārmantojamības dati – slimo viens no vienas olšūnas dvīņiem –, arī tad visos gadījumos otrais dvīnis nesaslimst.[5] Tādēļ psihiatrijā pareizāk ir runāt nevis par pārmantojamības fatalitāti un pārmantotām slimībām, bet gan par noteiktas smadzeņu sistēmas vai visa organisma vājumu, kas var veicināt slimības rašanos. No iedzimtām slimībām, piemēram, var minēt iedzimto sifilisu.

Organiski galvas smadzeņu bojājumi. Galvenokārt te minami anatomiski galvas smadzeņu bojājumi, kas radušies grūtniecības patoloģijas un nepareizas augļa attīstības rezultātā, kā arī galvas traumas sekas (it īpaši tad, ja trauma pārciesta agrā bērnībā).

Hroniska autointoksikācija. Rodas nepareizas organisma vielmaiņas rezultātā. Vairumā gadījumu tomēr vēl nav izdevies identificēt toksiskos produktus un izskaidrot to rašanās mehānismus.

Akūtas un hroniskas infekcijas un intoksikācijas. Šai gadījumā galvenokārt jāmin encefalīti, meningoencefalīti, akūtas saindēšanās ar barības vielām, medikamentiem, toksiskiem rūpniecības produktiem utt.

Psihogēni faktori. Nozīme slimības etioloģijā var būt gan vienreiz saņemtai spēcīgai psihiskai traumai (dzirdēts nepatīkams vārds vai citādā veidā saņemtas nepatīkamas ziņas), gan arī ilgstošām un hroniskām psihiskām traumām (atrašanās ilgstošā psihotraumējošā situācijā). Nereti tomēr slimniekiem un slimnieku piederīgajiem ir tendence piešķirt psihiskajiem pārdzīvojumiem pārāk lielu nozīmi slimības izcelsmē. Nelaimīga mīlestība, pārpūlēšanās darbā, neveiksmīga ģimenes dzīve, konflikti ar kaimiņiem un citi līdzīgi faktori salīdzinājumā ar pārējiem etioloģiskajiem momentiem tikai ļoti retos gadījumos ir īstais iemesls psihiskās slimības attīstībai.

Nelabvēlīgi sociālās vides apstākļi. Nepietiekams uzturs, hroniskas psihiskas un fiziskas pārslodzes, antihigiēniski dzīves apstākļi arī var veicināt psihisko slimību attīstību.

Ikdienas praksē ļoti bieži nav iespējams izdalīt kādu vienu slimības etioloģisko momentu, jo parasti vairāki nelabvēlīgi faktori darbojas kopumā un vienlaikus, kā arī visu laiku notiek ārējās vides un organisma mijiedarbība.

Piemēram, encefalīts vai organiskas asinsvadu izmaiņas psihiskus traucējumus izraisa tikai daļai slimnieku, kas slimo ar šīm slimībām. Tāpat vieniem cilvēkiem atkarībā no iekšējām (endogēnām) organisma īpatnībām psihozi izraisa niecīgi psihotraumējoši momenti, bet citiem neizraisa pat smagi, ilgstoši pārdzīvojumi.

---

[3] **V.E.:** Rasma Grīsle (❋1922.01.19) ir ekscentriska, redzami šizoīda latviešu valodniecības darbiniece, kura daudzās publikācijās uzstāj uz dažādām no pārējo cilvēku (tajā skaitā mana) viedokļa nevajadzīgām un nepareizām latviešu valodas lietām; viņas kaitīgo ietekmi es jutu arī Eglīša grāmatas valodā.

[4] **V.E.:** Nu, šādi pateikt nozīmē faktiski neko nepateikt. Cilvēka operētājsistēma ir pašprogrammējoša sistēma, un pats galvenais, pats centrālais tās uzdevums ir – sastādīt (un pēc tam realizēt) savas tālākās rīcības (darbības) programmu. Pašā vispārīgākajā veidā psihiskās slimības var definēt tā, ka cilvēka operētājsistēma sastāda tādas rīcības programmas, kuras mēs kvalificējam kā nepareizas. Kādēļ šādas (nepareizas) programmas tiek sastādītas – tas ir jau specifiskāks jautājums, un tur iemesli var būt dažādi (pamazām vienam otram pieskarsimies tālākajā iztirzājuma gaitā).

[5] **V.E.:** Acīmredzot domāts, ka ne visos gadījumos otrais dvīnis saslimst.

Vairākām slimībām (šizofrēnijai, maniakāli depresīvajai psihozei, genuīnai epilepsijai, involūcijas psihozēm un t.s. funkcionālām psihozēm involūcijas periodā un vecumā) etioloģija nav zināma. Psihisko slimību laikā rodas psihiski traucējumi, kuri tiek izdalīti kā psihisko slimību simptomi un simptomu kompleksi (sindromi). Raksturīgākie un biežāk sastopamie no tiem ir uztveres traucējumi (halucinācijas, senestopātijas), garastāvokļa izmaiņas (depresija, mānija, apātija, disforija, eiforija), domāšanas traucējumi (uzmācību idejas, murgi), apziņas traucējumi (delīrijs, apdullums, koma, krēslas stāvoklis, amence, oneiroīds), intelekta traucējumi (iedzimtā un iegūtā plānprātība), personības izmaiņas – psihopatoīdi stāvokļi un neirotiska rakstura jeb neirozēm līdzīgi traucējumi.

Psihiatrijā nav specifisku simptomu, kurus novēro tikai vienas nozoloģijas ietvaros, tādēļ viens simptoms vēl nevar būt pamatojums diagnozes un iespējamās slimības tālākās gaitas un prognozes noteikšanai. Diagnostikā nozīme nav atsevišķu psihiskās darbības traucējumu (simptomu) noteikšanai, bet slimības kopējās klīniskas ainas novērtēšanai, noskaidrojot, kā simptomi savā starpā saistīti sindromā, veidojot vienotu psihisko stāvokli gan konkrētajā periodā, gan arī slimības attīstības (sindromu rašanās) dinamikā. Vislielākā diagnostiskā nozīme ir tieši sindromu niansēm, atkāpēm no raksturīgās, klasiskās izpausmes (atipijām), kas bieži dod datus vienas vai otras slimības diferenciāldiagnozei.[6]

Psihožu gadījumā apkārtējās priekšmetiskās pasaules uztvere bieži ir neizmainīta. Slimnieki ar redzi, dzirdi, tausti, ožu un garšu iegūst pareizu informāciju par apkārtējo vidi, tikai iegūtos datus smadzeņu patoloģijas dēļ nespēj pareizi novērtēt. Šais gadījumos slimība visbiežāk izpaužas ar nepareizām domām (tautā runā par traucējumiem «vienā punktā», kuru nevar aizskart, pie tam pārējo apkārtējo situāciju un savu stāvokli slimnieks spēj vērtēt pareizi). Šādiem slimniekiem visbiežāk ir nepamatotas domas, ka pret viņiem slikti izturas, ka viņus izseko, novēro, vajā – ir radušās t.s. murgu psihozes.

Slimniekiem ar murgiem pēc laika var rasties uztveres traucējumi – parasti slimnieki dzird balsis, kuras par viņiem runā, viņus izsmej, nosoda, viņiem draud, jūt iedarbību uz sevi (ar hipnozi, stariem, aparātiem, buršanu) – ir radušās tā saucamās halucinatorās murgu psihozes. Ja šādu psihožu gadījumos slimnieks ir dezorientēts (piemēram, slimnieks domā, ka atrodas nevis slimnīcā, bet cietumā), tad dezorientācija vienmēr ir sekundāra – halucināciju vai murgu pārdzīvojumu rezultātā. Šādas psihozes psihiatriskā nozīmē norisinās ar skaidru apziņu. Slimība parasti ir ilgstoša, psihozes sākums un izbeigšanās notiek lēni, pakāpeniski. Šādiem slimniekiem nepieciešama ilgstoša ārstēšanās stacionārā vai arī ambulatori.

Psihožu gadījumos, kad ir apziņas traucējumi, raksturīgs tas, ka primāri ir izmainīta apkārtējās priekšmetiskās pasaules uztvere, kas vispār var būt neiespējama vai arī ir pavājināta vai izmainīta. Šādos gadījumos slimība parasti sākas un izbeidzas straujāk, tās gaita ir akūtāka, psihiskie traucējumi spilgtāki. Slimnieka stāvoklis pirmajā brīdī var likties smagāks, kaut arī ne vienmēr tā ir īstenībā. Nepamatots ir tautā izplatītais uzskats, ka gadījumos, kad akūtos stāvokļos slimnieks runā nepareizi un nesakarīgi, prognoze ir ļoti slikta. Parasti slimības gaita ir labvēlīga (periodiska vai epizodiska).

Par afektīvām psihozēm sauc psihozes, kuru klīniskajā ainā dominē emocionālie traucējumi. Visbiežāk no emocionāliem traucējumiem sastop depresijas. Tā kā depresiju skaits arvien palielinās, tad pēdējos gadu desmitos pasaulē pievērš arvien lielāku uzmanību to diagnostikai un ārstēšanai.

Psihožu gadījumos slimības gaita var būt nepārtraukta, periodiska vai lēcienveida (grūdeniska jeb šubveida – no vācu vārda *Schub* – grūdiens, pārbīde), arī epizodiska. Nepārtrauktās norises gadījumos

---

[6] **V.E.:** Vispār visai Eglīša grāmatai (un līdz ar to tai psihiatrijas skolai, kuru viņš pārstāv) cauri aužas tāda skaidri nedeklarēta doma (noklusēti pieņemts postulāts), ka eksistē psihiatriskā «norma» (vesela psihe) un ka pastāv dažādas slimības («nozoloģijas») kā atkāpes no šīs normas, un ārsta uzdevums, uzstādot diagnozi (un «diferenciāldiagnozi»), ir atrast un identifictēt, kura tad slimība dotajā gadījumā pacientam ir. Psihiatrijas gadījumā tāda nostādne lielā mērā ir ietekmēta no somatiskās medicīnas piemēra. Lai šo pieeju varētu realizēt, ir jābūt labi izstrādātai slimību («nozoloģiju») nomenklatūrai (sarakstam). Šo nomenklatūru, savukārt, var cik necik precīzi izstrādāt tikai tad, ja ir labi zināma anatomija («..tādā un tādā veidā bojāts tāds un tāds orgāns: aknu ciroze, miokarda infarkts utml...») vai arī ir labi zināms slimības izraisītājs (noteikta veida mikroorganismi, tādi kā tuberkulozes nūjiņas, baku vīruss utt.). Psihiatrijā pa lielākai daļai nav zināms ne viens, ne otrs. Ja neskaita sifilisa un citu somatisko slimību psihiskos efektus, tad «tīrajā psihiatrijā» neeksistē nekādi «baciļi», kas izraisītu slimības un ļautu konstatēt konkrētu «nozoloģiju»; tāpat arī «psihes anatomija» (no kādiem orgāniem psihe sastāv) faktiski nav zināma (to varētu dot teorija, pienācīgi attīstīta uz Vēras teorijas bāzes); tā vietā, lai runātu par konkrētu «psihes orgānu» defektiem, tagadējā psihiatrija mēģina runāt par to vai citu smadzeņu apgabalu defektiem, taču tas ir apmēram tāpat, kā somatiskajā medicīnā runāt par «vēdera sāpēm» tā vietā, lai izšķirtu apendicītu, kuņģa čūlu un citas konkrētas vēdera dobuma orgānu slimības. Tāpēc tagadējo psihisko slimību nomenklatūru nevar uzskatīt par apmierinošu, bet «diferenciāldiagnoze» lielā mērā ir fikcija.

slimība turpinās visu laiku, pie tam progrediences temps var būt atšķirīgs. Gadījumos, kad slimības norise ir ļaundabīga, slimības gaita ir strauja un ātri iestājas dziļš defekta stāvoklis. Turpretī citos gadījumos slimības norise var būt ļoti lēna, pat grūti pamanāma. Reizēm pacients, kaut arī slimo daudzus gadus un pat gadu desmitus, subjektīvi traucējumus jūt maz vai pat pilnīgi nejūt un par esošo slimību uzzina tikai nejauši (piemēram, slimnieks ar paranojāliem murgiem, kurš ilgus gadus uzskatīja, ka pret viņu ļaunprātīgi izturas dzīvokļa kaimiņi, pirmo reizi nokļuva slimnīcā uz ekspertīzi tikai vecumā, kad arī tika noteikta diagnoze). Ja slimībai ir periodiska norise, tad procesa uzliesmojuma periodi mainās ar izveseļošanās vai uzlabošanās periodiem (intermisijām vai remisijām). Lēcienveida (šubveida) slimības norises gadījumos (novēro šizofrēnijas un epilepsijas psihožu slimniekiem) klīniskajā ainā vienlaikus ir nepārtrauktās un periodiskās slimības gaitas īpatnības. Uz lēni un nepārtraukti risošās slimības fona ir akūti, periodiski uzliesmojumi. Epizodiska slimības norise dažreiz ir simptomātisku psihožu gadījumos.

Psihisko slimību gadījumos prognoze ir dažāda. Iespējama pilnīga izveseļošanās (intermisija) vai arī daļēja – ar atlieku parādībām (remisija). Atlieku parādības var būt produktīvās simptomātikas veidā (t.i., traucējumi, kas radušies psihožu gaitā un nepāriet, – murgi, halucinācijas u.c.) vai arī tā saucamās negatīvās (defekta) simptomātikas veidā (personības izmaiņas, plānprātība).

Prognoze ir atkarīga ne tikai no slimības nozoloģiskās piederības, bet arī no ārējiem apstākļiem. Vislielākā nozīme ir terapijai un daudzos gadījumos arī pašu slimnieku attieksmei pret savu slimību. Slimnieka atbalsts un palīdzība ārstēšanās laikā, precīza visu ārsta norādījumu ievērošana, stingra režīma ievērošana, pacietīga ārstēšanās, regulāra un savlaicīga ierašanās pie psihiatra veselības stāvokļa kontrolei lielā mērā var labvēlīgi ietekmēt slimības gaitu. Gadījumos, kad slimnieki izmainītā psihiskā stāvokļa dēļ nepareizi vērtē savu situāciju, svarīga nozīme ārstēšanā un slimnieku uzraudzībā ir pacienta piederīgajiem. Nepareizs ir vēl reizēm sastopamais uzskats, ka psihiskās slimības ir neārstējamas.

Ar katru gadu psihisko slimību ārstēšanā tiek ieviestas arvien jaunas terapijas metodes, kā arī pielietoti jauni psihofarmakoloģiskie līdzekļi. 1950.gadā sintezētais aminazīns, 1957.gadā sintezētais melipramīns un turpmāk sintezētie psihotropie līdzekļi ne tikai uzlaboja ārstnieciskās iespējas, bet arī ievērojami ļāva izmainīt psihiatrisko slimnīcu struktūru. Mūsu dienās, lietojot medikamentus, nevis fiziskas «saistīšanas» metodes, psihisku uzbudinājumu var kupēt dažu dienu vai pat stundu laikā. Vairumā gadījumu slimības klīnisko ainu nosaka nevis uzbudinājums, bet gan neirotiskās un afektīvās izmaiņas. Pamazām arī sadzīvē izzūd aplamie, vēstures gaitā iesakņojušies priekšstati par psihiskām slimībām un psihiskiem slimniekiem.

Slimnieka darba spējas vērtē ārstu konsultatīvā komisija, bet rīcības spējas un tiesisko atbildību (pieskaitāmību) nosaka speciālas ārstu komisijas. Fakts, ka cilvēks ārstējas psihiatriskā iestādē, nekādā ziņā nedrīkst atsaukties uz viņa darbu vai sadzīvi. Medicīnas darbinieku uzdevums ir radīt pareizu priekšstatu par psihiskām slimībām, izskaidrot, ka psihiskiem slimniekiem nepieciešama tāda pati cieņa, uzmanība un rūpes kā ikvienam citam pilsonim.

Tālāk sniegta starptautiskā psihisko slimību klasifikācija.

Starptautiskā psihisko slimību klasifikācija (stājusies spēkā 1968.gadā)

Psihozes

29. Psihozes ar atrodamu somatisku etioloģiju

290. Senilā un presenilā plānprātība

0. Senilā demence (plānprātība, psihoze)

1. Presenilā demence (Alcheimera slimība, smadzeņu perēkļa atrofija, Pika slimība, Jakoba-Kreicfelda slimība)

291. Alkohola psihozes

0. Alkohola delīrijs
1. Korsakova psihoze
2. Alkohola halucinoze
3. Alkohola paranoja
9. Pārējās

292. Psihozes, saistītas ar intrakraniālu infekciju

0. Progresējošā paralīze
1. Centrālās nervu sistēmas sifilisa rezultātā
2. Epidēmiskā encefalīta rezultātā
3. Pārējo nespecifisko encefalītu rezultātā
9. Pārējo intrakraniālo infekciju rezultātā

293. Psihozes, saistītas ar citiem smadzeņu bojājumiem
    0. Cerebrālās arteriosklerozes rezultātā
    1. Citu cerebrāli vaskulāru traucējumu rezultātā
    2. Epilepsijas rezultātā
    3. Intrakraniālu audzēju rezultātā
    4. Centrālās nervu sistēmas deģeneratīvu procesu rezultātā
    5. Galvas smadzeņu traumas rezultātā
    9. Pārējo cerebrālo bojājumu rezultātā
294. Psihozes, saistītas ar citiem somatiskiem faktoriem
    0. Endokrīno traucējumu rezultātā
    1. Vielmaiņas un trofikas traucējumu rezultātā
    2. Infekciju rezultātā
    3. Medikamentu vai inžu darbības rezultātā
    4. Dzemdību rezultātā (neskaitot citas psihozes, kas radušās pēc dzemdībām)
    9. Pārējās somatogēnijas
295. Šizofrēnija
    0. Vienkāršā forma
    1. Hebefrēnā forma
    2. Katatonā forma
    3. Paranoīdā forma
    4. Akūta šizofrēniskā epizode
    5. Latentā šizofrēnija
    6. Reziduālā šizofrēnija
    7. Šizoafektīvās psihozes
    9. Pārējās formas
296. Afektīvās psihozes
    0. Involūcijas melanholija
    1. Maniakāli depresīvā psihoze. Maniakālais tips
    2. Maniakāli depresīvā psihoze. Depresīvais tips (ieskaitot endogēnās depresijas)
    3. Maniakāli depresīvā psihoze. Cirkulārais tips
    9. Pārējās
297. Paranoīdie stāvokļi
    0. Paranoja
    1. Involūcijas parafrēnija
    9. Pārējie
298. Pārējās un nespecifiskās
    0. Reaktīvā depresija
    1. Reaktīvais uzbudinājums
    2. Reaktīvais sajukums
    3. Akūtās paranoīdās reakcijas
    9. Pārējās
299. Pārējās psihozes

30. Neirozes, personības patoloģija un citi nepsihotiski traucējumi

300. Neirozes
    0. Baiļu neiroze
    1. Histēriskā neiroze
    2. Fobiju neiroze
    3. Obsesīvā neiroze
    4. Depresīvā neiroze (neirotiskā depresija)
    5. Neirastēnija
    6. Depersonalizācijas un derealizācijas sindroms
    7. Hipohondrā neiroze
    8. Pārējās neirozes
301. Psihopātijas
    0. Paranojālās
    1. Afektīvās (ciklotīmās)
    2. Šizoīdās

3. Eksplozīvās (epileptoīdās)
4. Psihastēniskās (anankasti)
5. Histēriskās
6. Astēniskās
7. Emocionāli trulās
9. Pārējās

302. Seksuālās perversijas
0. Homoseksuālisms
1. Fetišisms
2. Pedofilija
3. Transvesticisms
4. Ekshibicionisms
9. Pārējās

303. Alkoholisms
0. Epizodisks pārmērīgs alkoholisms
1. Pieraduma pārmērīgs alkoholisms
2. Hroniskais alkoholisms
9. Pārējais un nespecifiskais alkoholisms

304. Toksikomānijas
0. Opijs, opija alkaloīdi un tā derivāti
1. Sintētiskās analģētiskās vielas ar morfijam līdzīgu iedarbību
2. Barbiturāti
3. Citi miega līdzekļi, sedatīvie līdzekļi un trankvilizatori
4. Kokaīns
5. Hašišs
6. Psihostimulatori
7. Halucinogēni
9. Pārējās

305. Somatiskie traucējumi ar domājamu psihogēnu izcelsmi
0. Ādas
1. Kaulu-muskuļu
2. Respiratorie
3. Kardiovaskulārie
4. Hematolimfātiskie
5. Kuņģa-zarnu trakta
6. Uroģenitālie
7. Endokrīnie
8. Jušanas orgānu
9. Pārējie

306. Speciālie neirotiskie simptomi
0. Runas traucējumi
1. Mācīšanās traucējumi
2. Tiki
3. Pārējie psihomotoriskie traucējumi
4. Miega traucējumi
5. Barošanās traucējumi
6. Urīna nesaturēšana
7. Fekāliju nesaturēšana
8. Galvas sāpes
9. Pārējie

307. Pārejoši situacionāli traucējumi
308. Uzvedības traucējumi bērniem
309. Nepsihotiskie traucējumi, atkarīgi no somatiskiem cēloņiem
0. Intrakraniālas infekcijas rezultātā
1. Medikamentu, inžu un citu hronisku intoksikāciju rezultātā
2. Galvas smadzeņu traumas rezultātā
3. Asins cirkulācijas traucējumu rezultātā

4. Epilepsijas rezultātā
5. Vielmaiņas traucējumu, augšanas, trofikas rezultātā
6. Senilo un presenilo traucējumu rezultātā
7. Intrakraniālu audzēju rezultātā
8. Centrālās nervu sistēmas deģeneratīvu slimību rezultātā
9. Pārējie

31. Psihiskas attīstības atpalicība (oligofrēnija)
310. Psihiskās attīstības atpalicība, kas robežojas ar normu
311. Mērena psihiskās attīstības atpalicība
312. Vidēja psihiskās attīstības atpalicība
313. Izteikta psihiskās attīstības atpalicība
314. Dziļa psihiskās attīstības atpalicība
315. Psihiskā neattīstība, kura pēc smaguma pakāpēm netiek diferencēta.

Tālāk minētie stāvokļi, kurus klasifikācijā apzīmē ar ceturto zīmi, tiek piemēroti visām uzskaitītām psihiskās neattīstības pakāpēm.

0. Infekciju un intoksikāciju rezultātā
   Prenatāla infekcija, piemēram, iedzimtas masaliņas, iedzimts sifiliss u.c.
   Postnatāla infekcija, piemēram, smadzeņu abscess, encefalīts u.c.
   Intoksikācijas, piemēram, jaundzimušā ikteruss, saindēšanās ar svinu
1. Traumu vai citu fizisku cēloņu rezultātā
   Smadzeņu bojājums, hipoksija, postnatāls smadzeņu bojājums
2. Metabolisko procesu rezultātā
   Cerebrāla lipoidoze, Teja-Seksa slimība, fenilketonūrija, hipotireoidisms
3. Galvas smadzeņu slimību rezultātā (postnatāli jaunveidojumi, deģenerācija, skleroze)
   Neirofibromatoze (Reklinghauzena slimība)
4. Prenatālu slimību un attīstības defektu rezultātā
   Iedzimta poreoencefālija
   Iedzimta hidrocefālija
   Hipertelorisms
   Mikrocefālija
5. Hromosomu anomāliju rezultātā
   Lengdona Dauna un Kleinfeltera slimības
6. Neiznestas grūtniecības rezultātā
7. Pārciestu psihožu rezultātā
8. Nelabvēlīgu apkārtējo apstākļu (sociālo) rezultātā
9. Pārējie

Starptautiskajā slimību klasifikācijā ar diviem cipariem (no 00 līdz 99) apzīmē galvenās slimību klases, piemēram, sirds-asinsvadu slimības, iekšējās sekrēcijas dziedzeru slimības utt. Kā redzams no klasifikācijas, 29 apzīmē psihozes, 30 – neirozes, 31 – oligofrēniju.

Ar trešo ciparu (no 0 līdz 9) apzīmē atsevišķas slimības, kas ietilpst slimības klases sastāvā (piemēram, 295 – šizofrēnija). Ceturtais cipars, ko raksta aiz punkta, apzīmē šīs slimības formas (piemēram, 295.3 – šizofrēnija, paranoīdā forma). Vajadzības gadījumos, apzīmējot slimības formas, kas nav paredzētas starptautiskajā klasifikācijā, var lietot neaizņemtos ceturtos ciparus (no viens līdz deviņi) un piektos ciparus (piem., progresējošās paralīzes formām – 292.00; 292.01 utt.).

Klasifikācijā, kā redzams, nav ievērots vienots slimību iedalījuma princips. Dažas slimības klasificētas pēc to etioloģijas (alkohola psihozes – 291), bet citas – pēc to klīniskajām izpausmēm (afektīvās psihozes – 296, paranoīdie stāvokļi – 297).

Starptautiskā slimību klasifikācija galvenokārt domāta dažādu valstu statistisko materiālu salīdzināšanai, tādēļ dažas slimības un to formas, kas minētas starptautiskajā klasifikācijā, neatbilst tām slimības iedalījumu formām, kādas lieto PSRS klīniskajā psihiatrijā (piemēram, PSRS klīniskajā psihiatrijā neizdala akūtas šizofrēnijas epizodes utt., bet tajā pašā laikā izdala formas, kas nav paredzētas starptautiskajā klasifikācijā).

Psihiatrijas vēsture

Psihiskās slimības novērotas jau tālā senatnē.[7] Norādījumi par to saglabājušies tautu teikās, Ēģiptes papirusos, ar seno valdnieku dzīvi saistītās leģendās.

Senajā Grieķijā Hipokrats (460.–370. g.p.m.ē.) nodarbojās ne tikai ar somatisku, bet arī ar psihisku slimību ārstēšanu. Viņš novēroja un pirmais aprakstīja fiziskās un garīgās atpūtas, vannu un diētas nozīmi psihisko slimību ārstēšanā. Hipokrats pirmais visus cilvēkus apraksta pēc temperamenta un sadala 4 grupās (sangviniķi, melanholiķi, holēriķi, flegmatiķi). Hipokrats psihiskos traucējumus saistīja ar izmaiņām galvas smadzenēs. Viņš radīja arī terminus paranoja, mānija, melanholija, tomēr vēsturiski to saturs pilnībā neatbilst mūsdienu terminu saturam.

Viduslaikos, kad Rietumeiropā rodas pilsētas un nelielā teritorijā koncentrējas liels iedzīvotāju daudzums, psihiski slimiem cilvēkiem, kuri ar savu nepareizo izturēšanos kļūst uzkrītoši un traucē līdzpilsoņus, sāk pievērst lielāku uzmanību. Tomēr slimnieki nokļūst baznīcas un tās tiesiski policejiskā orgāna – inkvizīcijas varā, nevis pie ārstiem, tādēļ psihiatrija kā zinātne toreiz vēl nepastāv. Rietumeiropā daudzi psihiski slimie cilvēki pēc apsūdzēšanas buršanā un sakaros ar ļauno garu tiek sadedzināti sārtos vai iznīcināti inkvizīcijā. Viduslaikos pastāv pat īpaša «zinātne» – demonoloģija.

Austrumeiropas zemēs tāpat nebija organizētas psihiatriskās palīdzības, tomēr tur psihiskie slimnieki netika tiesāti un nogalināti. Pareizticīgo baznīca pret garīgi slimiem cilvēkiem izturējās humānāk, tos uzskatot par «dieva izredzētajiem» vai arī par cietējiem.

15.–17. gs. Rietumeiropā sāka aktīvi organizēt psihiatrisko palīdzību ar nolūku pasargāt no psihiskajiem slimniekiem apkārtējos cilvēkus. Psihiatriskās iestādes iekārtoja bijušos cietumos, kur slimnieki atradās ļoti sliktos apstākļos. Slimnieki gadiem ilgi atradās šaurās telpās, gulēja uz salmiem, tika pieķēdēti pie sienas vai sasieti. Kopā atradās ne tikai akūti un hroniski slimnieki, bet bieži vien no ieslodzījuma netika atbrīvoti jau izveseļojušies cilvēki. Slimnieki nekādu ārstēšanu nesaņēma, pat tika sisti. Bedlamā (senākajā Anglijas psihiatriskajā slimnīcā) svētdienās publikai par naudu rādīja slimniekus.

1. att. F. Pinels (1745—1826).

Pirmo reizi psihiski slimos cilvēkus tiešā un pārnestā nozīmē no važām atbrīvo un uzskata par slimniekiem franču psihiatrs Filips Pinels (1. att.) Francijā 18. gadsimta beigās franču revolūcijas laikā Bisetrā un Salpetrieri slimnīcā. Šajā periodā arī citās Rietumeiropas valstīs psihiski slimie cilvēki tiek atbrīvoti no ķēdēm.

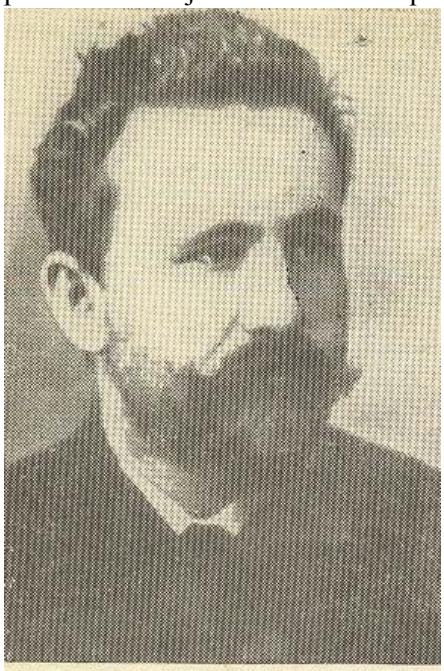
18. gs. beigās un 19. gs. sākumā parādās pirmie zinātniskie darbi psihiatrijā (F. Pinels, Ž. Eskirols), un šis periods uzskatāms par psihiatrijas zinātnes rašanās periodu. Vēsturiski šim laika posmam raksturīgs, ka toreiz progresīvā kapitālistiskā iekārta guva uzvaru pār feodālismu un sabiedrisko uzskatu ziņā, kā arī psihiatrijā avangardā bija franču zinātnieki – materiālisti.

Tajā pašā laikā Vācijā notika vēsturiski nozīmīga t.s. «psihiķu» un «somatiķu» skolu cīņa. «Psihiķi» atzina, ka «slimo dvēsele». Viņi psihiskās slimības atdalīja no vispārmedicīniskajām slimībām

---

[7] **V.E.:** Dabīgi, ka psihiskās slimības pastāvēja arī senatnē, jo tās pastāv arī dzīvniekiem. Man pašam ir gadījies novērot acīmredzamu psihozi kaķim. Tas bija tā. Reiz 1980. gados mūsu mājas sētā dzīvoja kaķu pāris – veselīgi, labi baroti runcis un kaķene – abi rudā krāsā, labi atšķirami no visiem pārējiem kaķiem tuvākajā apkārtnē gan ģeogrāfiski, gan laika ziņā (ne pirms, ne pēc tam tik ievērojamu kaķu vairāk nebija). Nezinu, no kurienes viņi bija radušies un vai viņiem bija saimnieks (bet, spriežot pēc labā izskata, kāds jau viņus uzturēja). Visu sezonu kaķus varēja aplūkot pagalmā, kad mums nācās iet tam cauri; kaķi – vienmēr abi kopā – pa lielākai daļai gozējās saulītē uz betona apmalēm pie lieveņa, kas veda uz mājas kāpņu telpām. Un tad rudenī pēkšņi kaķene pazuda (varbūt viņu sabrauca auto?). Bet runcis nemierīgi staigāja apkārt un skaļi ņaudēja. Pēc dienām divām viņš uzrāpās augstu augstu kokā (četrstāvu mājas jumta līmenī) un bļāva tur tik skaļi visu nakti, ka neļāva visai mājai gulēt. Otrā dienā kāds bija izsaucis ugunsdzēsējus un tie atbrauca ar savu sarkano mašīnu un izbīdāmām kāpnēm, un nocēla kaķi no koka (cilvēki acīmredzot domāja, ka viņš ir tur uzrāpies un vairs netiek lejā, tāpēc bļauj; bet kaķis šņāca un pretojās ugunsdzēsēja cimdotajai rokai ar zobiem un nagiem, kas gan viņam neko nepalīdzēja). Un nākošajā naktī kaķis atkal bija uzrāpies citā kokā, cik augstu vien varēja, un atkal bļāva visu nakti. Rītā es aizgāju uz darbu, bet kad atgriezos, kaķa vairs nebija. Acīmredzot viņu bija nocēluši un «iemidzināja».

un uzskatīja, ka galvenie psihisko slimību cēloņi ir pašā cilvēkā (gribā, psihiskajos pārdzīvojumos), bet ne apkārtējā vidē, ka tie nav meklējami materiālistiskās, bioķīmiskās izmaiņās. Šīs skolas pārstāvji attiecīgi terapijā lietoja pasākumus, kas krasi atšķiras no somatiskajā medicīnā lietotiem pasākumiem – slimnieka baidīšanu, fizisku sāpju radīšanu, novedot pacientu līdz spēku izsīkumam. Kā toreiz atzītas terapijas metodes uzbudinājuma likvidēšanai jāmin slimnieku piesiešana pie speciālām gultām, šūpolēm, krēsliem, slimnieku sasiešana, saistīšana t.s. trako kreklos, apliešana ar aukstu ūdeni, dedzināšana ar nokaitētu dzelzi, griešana speciālā ratā līdz vemšanas izraisīšanai vai samaņas zaudēšanai. «Somatiķi», kuri gala rezultātā guva uzvaru (to galvenais pārstāvis V. Grīzingers)[8], bija progresīvāki un uzskatīja, ka psihiskie traucējumi ir somatiskās patoloģijas viena izpausme.



2. att. E. Krepelīns (1856—1926).

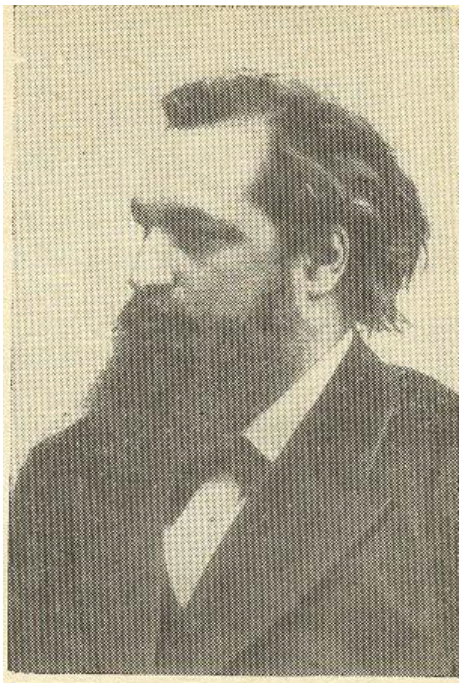
Mūsdienu psihiatrijas pamatlicējs ir vācu psihiatrs E. Krepelīns (2. att.), kurš ar milzīgu, ilgu un sistemātisku darbu, novērojot psihisko slimību dinamiku, izdalīja galvenās mūsu dienās atzītās nozoloģijas – šizofrēniju (agrīnu plānprātību, *dementia praecox* pēc paša E. Krepelīna terminoloģijas), maniakāli depresīvo psihozi u.c.

Tā kā pagājušā gadsimta pēdējā trešdaļā nebija zināma psihisko slimību etioloģija un patoģenēze (vairumā gadījumu tā nav skaidra arī mūsdienu zinātnes līmenī), tad E. Krepelīns par pamatu savai klasifikācijai izvēlējās slimības dinamiku. Viņš uzskatīja, ka katra slimība tipiskā gadījumā noved pie tieši tai raksturīga beigu (defekta) stāvokļa. Vēlākajā periodā konstatēja, ka slimība (piemēram, gausi norisošā šizofrēnija) var norisēt arī samērā labvēlīgi un ne visos gadījumos iestājas smagais defekta stāvoklis. Krievijā psihiatrija attīstījās vēlāk nekā Rietumeiropas zemēs. Pirmais dolhauzs (psihiatriskā slimnīca patversme) tiek atvērts Pēterburgā 1779.gadā. No Krievijas psihiatriem kā paši ievērojamākie minami I. Baļinskis, I. Meržejevskis, S. Korsakovs.

I. Baļinskis (1827–1902) pirmais Krievijā sāka lasīt psihiatrijas kursu Pēterburgas Medicīniski ķirurģiskajā akadēmijā 1857.gadā. I. Baļinskis daudz strādājis psihisko slimību pētīšanā un psihiatriskās palīdzības organizēšanā.

I. Baļinska skolnieks I. Meržejevskis (1838–1908) – sava skolotāja materiālistisko zinātnisko ideju turpinātājs – pazīstams ar saviem psihisko slimību patoloģiski anatomiskiem pētījumiem.

Lielākie nopelni psihiatrijas attīstībā Krievijā ir S. Korsakovam (3. att.), izcilam ārstam, zinātniekam, sabiedriskam darbiniekam, psihiatriskās palīdzības organizatoram. Viens no lielākajiem S. Korsakova nopelniem ir tas, ka viņš realizēja Krievijā slimnieku t.s. nesaistīšanas metodi. Kopš S. Korsakova laika psihiski slimie cilvēki netiek sasieti, ir likvidēti «trako krekli», kā arī izolatori un citas psihisko slimnieku saistīšanas metodes. No šī laika arī Krievijā psihiski slimi cilvēki tiek uzskatīti par slimniekiem un slimnīcas tiek pārvērstas par medicīniskām iestādēm.



3. att. S. Korsakovs (1854—1900).

Ļoti lieli ir S. Korsakova zinātniskie nopelni. Viņš 1887.g. aizstāvēja disertāciju par t.s. alkohola paralīzi – īpašu slimību, kas rodas dažos hroniska alkoholisma gadījumos. Vēl S. Korsakovam dzīvam esot, starptautiskajā psihiatru kongresā šo slimību nosauca par Korsakova slimību, bet viņa aprakstīto nespecifisko polineirītisko sindromu – par Korsakova sindromu. S. Korsakovs pirmais Krievijā un viens no pirmajiem pasaulē pārstāvēja t.s. nozoloģisko virzienu un radīja nozoloģisku klasifikāciju simptomātiskās klasifikācijas

[8] Wilhelm Griesinger (1817–1868) – vācu neirologs un psihiatrs.

vietā.

Psihiatrijas attīstībā lielu ieguldījumu deva I. Sečenova, I. Pavlova un V. Behtereva darbi par augstāko nervu darbību. Šie darbi vēlāk ir pamats materiālistiskiem augstākās nervu darbības pētījumiem un psihisko slimību un atsevišķu simptomu (katatonijas, histērijas u.c.) zinātniskam izskaidrojumam.

Īsts psihiatrijas zinātnes uzplaukums mūsu zemē sākās pēc Lielās Oktobra sociālistiskās revolūcijas.[9] Pamatojoties uz I. Pavlova materiālistiskajiem uzskatiem par galvas smadzeņu darbību, tiek veikti tālāki pētījumi par psihiskām slimībām, to etioloģiju, patoģenēzi, dinamiku. Pēdējos gadu desmitos vadošā vieta psihiatrijas pētījumos mūsu zemē pieder PSRS Medicīnas zinātņu akadēmijas Psihiatrijas institūta kolektīvam (institūtā risina šizofrēnijas problēmas akadēmiķa A. Sņežņevska vadībā)[10], Ļeņingradas V. Behtereva institūta kolektīvam (pētījumi par neirozēm) un citiem kolektīviem.

Neskatoties uz to, ka vēsturiski jau sen beidzās t.s. psihiķu un somatiķu cīņa, ārzemēs (sevišķi ASV un dažās Rietumeiropas valstīs) reizē ar progresīviem virzieniem vēl joprojām pastāv atšķirīgi uzskati par psihiskām slimībām, ir vairāki psihiatrijas novirzieni. Plašāk izplatītākie no tiem ir freidisms jeb psihoanalīze, psihodinamisms jeb psihobioloģiskais virziens un eksistenciālisms.

Freidisma (psihoanalīzes) pārstāvji, kuri lielākos panākumus guvuši ASV, uzskata, ka psihiskās slimības izskaidrojamas ar zemapziņas dziņu patoloģiju, galvenokārt seksuālo dziņu vai (neofreidistu uzskats) dziņas pēc varas, sevis apliecināšanas patoloģiju. Tādā veidā viņi aplami mēģina izskaidrot ne tikai atšķirīgus psihiskās darbības patoloģiskus gadījumus, bet pat psihiski veselu cilvēku rīcību.

Psihodinamisma jeb psihobioloģiskā virziena pārstāvji noliedz zinātniski vispāratzītās nozoloģijas, jo uzskata, ka psihiskie traucējumi katram cilvēkam ir pilnīgi individuāli. Tā esot šī konkrētā cilvēka īpaša reakcija uz nelabvēlīgiem ārējiem apstākļiem, ne slimība.

Eksistenciālisma piekritēji uzskata, ka psihiskās slimības gadījumos ir izmainījušies nevis cilvēka organisma bioķīmiskie mehānismi, bet gan cilvēka eksistences veids pasaulē. Šī virziena pārstāvji noliedz arī klīnisku pieeju katram konkrētam slimniekam un bioloģisku pieeju psihisko slimību pētījumos vispār.

Ārzemēs radies pat tā saucamais antipsihiatrijas virziens – šī reakcionārā virziena piekritēju galējie pārstāvji uzskata, ka katra terapija ar psihofarmakoloģiskiem preparātiem ir iejaukšanās otra cilvēka (šajā gadījumā psihiska slimnieka) dzīvē, kas neesot pieļaujams. Šī virziena piekritēju galējie pārstāvji noliedz terapiju vispār, atzīstot tikai stacionēšanu, lai slimnieki akūtas psihozes periodos uz laiku tiktu izolēti no sabiedrības.[11]

Latvijā pirmais psihiatriskais stacionārs – toreizējā Aleksandra augstumu,[12] tagadējā Rīgas Republikāniskā psihiatriskā slimnīca – dibināts 1824.gadā. Pirmajā laikā slimnīcā psihiskie slimnieki atradās kopā ar spaidu darbos notiesātajiem un prostitūtām. Pastāvīgu ārstu slimnīcā pieņēma tikai 1845.gadā. Otra lielākā Latvijas psihiatriskā slimnīca bija 1862.gadā dibinātā Sarkankalna slimnīca[13] (to vācu okupācijas laikā likvidēja,[14] pie tam daļu slimnieku nošāva).

Psihiatrijas katedra Latvijas Valsts universitātes Medicīnas fakultātē darbojās kopš 1920.gada, sākumā kopā ar nervu slimību katedru, vēlāk atsevišķi.

---

[9] **V.E.:** Šādi un līdzīgi izteicieni 1970.gados bija neatņemama zinātnisko darbu sastāvdaļa, lai tie vispār varētu tikt publicēti, tāpēc šo lietu nevar pārmest profesoram Eglītim, un tādi izteicieni ir vienkārši jāignorē.

[10] **V.E.:** Снежневский Андрей Владимирович (1904–1987) skaitījās 1970. un 1980.gados «padomju psihiatrs Nr.1»; tieši viņš tika, sākot ar 1960.gadu beigām, apvainots psihiatrijas izmantošanā pret disidentiem; galvenie apvainotāji bija žīdi, un Sņežņevskis savās atbildēs izteicās, ka tas viss esot «cionistu intrigas». Sņežņevski apvainoja, ka viņš izgudrojis «lēnās norises šizofrēniju» speciāli priekš tam, lai varētu vērsties pret disidentiem; mērenākie uzbrucēji tomēr atzina, ka Sņežņevska teorija tika izstrādāta 1940.–1950. gados, kad tādas prakses vēl nebija.

[11] **V.E.:** Pēc padomju varas krišanas šie (neapšaubāmi kaitīgie) novirzieni ielauzās arī Latvijā, būtiski pazeminot Latvijas psihiatrijas kvalitāti. Daļēji šie novirzieni balstās uz nezināšanu, godīgiem maldiem (sevišķi dažādu ideālistisku un mistisku mācību ietekmē), bet daļēji ir apzināta krāpšana mantkārīgos, politiskos vai rasistiskos nolūkos.

[12] **V.E.:** «Aleksandra augstumi» bija mākslīgs uzbērums, izveidots stratēģiskos nolūkos 1710.gadā pēc kņaza Aleksandra Menšikova pavēles.

[13] **V.E.:** Sarkankalna slimnīca, no paša sākuma dibināta kā (vācu) neiroloģiskā un psihiatriskā slimnīca, bija tajā laikā varbūt pat vispār pati labākā visā Krievijas impērijā.

[14] **V.E.:** Sarkankalna psihiatrisko slimnīcu pārveidoja par vācu kara hospitāli 1942.gadā; tagad tur atrodas Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca.

Pirmais katedras vadītājs bija docents, vēlāk profesors Hermanis Budulis.[15] H. Buduļa vadībā ir pētīta progresējošā paralīze un insulīna šoka terapija (īpaši jāmin privātdocents V. Kraulis, kurš pirmais ieviesis insulīna terapijā prolongēto komu metodi).

Pēc Lielā Tēvijas kara sākās jauns posms psihiatrijas attīstībā Latvijā. Tika paplašinātas un no jauna dibinātas psihiatriskās slimnīcas (Straupes slimnīca hronisku alkoholiķu ārstēšanai), uzlabojās zinātniskais darbs. Ar zinātniskiem pētījumiem nodarbojas gan RMI Psihiatrijas katedrā, gan arī ārsti citās psihiatriskajās slimnīcās. Galvenokārt tiek pētīti šizofrēnija, epilepsija, hronisks alkoholisms, pašnāvību jautājumi, kā arī izmēģināti un praksē ieviesti jaunākie psihiatrijas praksē lietojamie medikamenti.

Simptomi

Uztvere un tās traucējumi

Atsevišķu psihisko procesu izdalīšana un izolēta apskatīšana nevar dot pilnīgu priekšstatu par vesela cilvēka psihisko darbību kopumā. Tomēr šāda metode pielietojama, jo tā noteiktā etapā atvieglo jaunā materiāla apgūšanu.

Datus par ārējo pasauli mēs iegūstam ar sajūtu orgāniem. Ar redzi, dzirdi, ožu, garšu un tausti mēs uzzinām par apkārtējā pasaulē eksistējošo reālo priekšmetu atsevišķām īpašībām. Priekšmetu atsevišķo īpašību atspoguļojuma rezultātā veidojas sajūtas, piemēram, aukstuma un karstuma, gaismas un tumsas, arī dažādu krāsu, dobjas un spalgas skaņas, skāba un salda, spiediena, duršanas, sāpju un citas sajūtas.

Sajūta ir izziņas procesa pamatelements. Uztveres procesā, kura pamatā ir jau minētās sajūtas, priekšmeti un to īpašības tiek atspoguļotas kopumā, vienotībā. Tādā veidā redz cilvēkus, mājas, dzird zvanu skaņas, valodu, jūt medus, citronskābes garšu utt.

Uztvere ir aktīvs process, tajā liela nozīme ir arī citām psihiskās darbības sastāvdaļām. Vienu un to pašu priekšmetu atkarībā no cilvēka emocijām var uztvert dažādi. Labā garastāvoklī mežs var likties gaišs, tīrs, nomierinošs, bet bailēs – aizaudzis, piegružots un draudošs.[16] Tāpat kā mākslas fotogrāfs atšķirībā no amatiera vienā un tajā pašā ainavā spēj saredzēt un izcelt neparastas, amatiera nepamanītas detaļas, tā arī intelektuāli bagātāks cilvēks ikdienišķos apstākļos redzēs vairāk un iegūs bagātāku informāciju nekā cilvēks ar zemu intelektu.

Uztveres procesā nozīme ir arī zemsliekšņa sajūtām, kuras vēl nav pietiekami spēcīgas, lai par to esamību varētu iegūt konkrētas ziņas,[17] piemēram, slimniekam pirms slimības klīniskās izpausmes var būt neskaidra diskomforta sajūta. Šeit pieskaitāmi arī t.s. medicīniskie sapņi, kad orgānu darbības

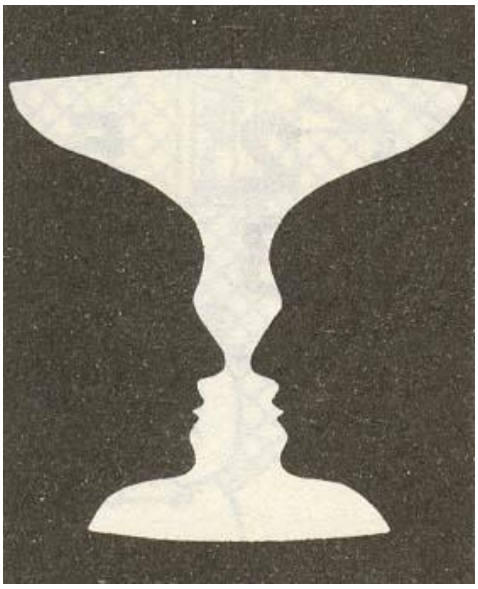
---

[15] **V.E.:** Vispār viņš ir Buduls, nevis Budulis (Eglīša grāmatas Priekšvārdā viņa uzvārds ir uzrakstīts pareizi, kad viņš minēts kā iepriekšējās «Psihiatrijas» autors). Hermanis Buduls (1882.11.16 – 1954.11.10) pabeidza Rēveles universitāti 1911.gadā, 1919.gadā tika iecelts par Sarkankalna psihiatriskās slimnīcas direktoru, 1944.gadā emigrēja uz Vāciju.

[16] **V.E.:** Jēdzienā «uztvere» Eglītis iekļauj samērā lielu cilvēka operētājsistēmas daļu, kurā ietilpst daudzas pēc savām funkcijām stipri atšķirīgas programmu grupas. Pirmajā tuvinājumā šeit varētu izdalīt šādus programmu līmeņus: 1) programmas, kuras fiksē sākotnējo informāciju: konstatē, ka gaisā izplatās svārstību viļņi (skaņa), elektromagnētiskie viļņi (gaisma), vielu molekulas (smarža) utt., un pārveido šo informāciju zināmā nervu signālu plūsmā; 2) programmas, kuras no šīs plūsmas izdala atsevišķus objektus (noteiktu skaņu grupu, noteiktu vizuālu priekšmetu, noteiktu smaržu utt.); 3) programmas, kuras identificē izdalītos objektus, t.i. sameklē atmiņā ziņas par agrāk sastaptiem šāda veida objektiem; 4) programmas, kuras uz iepriekšējo līmeņu sniegtās informācijas pamata novērtē vispārējo situāciju. Tikai šīs pēdējās var novērtēt mežu kā gaišu un priecīgu vai kā netīru un draudīgu. Protams, šajā vērtējumā tiks izmantota ne tikai līmeņu (1–3) pašreiz dodamā informācija, bet arī agrāk (līmenī 4) izdarīto analīžu rezultāti. Ja šie rezultāti pārsvarā ir bijuši negatīvi, tad (ne sevišķi precīzi runājot) Eglītis teiks, ka cilvēkam ir «slikts garastāvoklis», bet ja iepriekšējo analīžu rezultāti ir bijuši pozitīvi, tad sacīs, ka «ir labs garastāvoklis».

[17] **V.E.:** Tas arī ir diezgan izplūdis apgalvojums. «Zemsliekšņa sajūtas» nozīmē, ka līmeņa (1) programmas fiksē sākotnējo informāciju, bet līmenī (4) tā vēl netiek ņemta vērā kopējos vērtējumos. Taču kādēļ netiek ņemta vērā? Varbūt tur līmeņa (2) programmas nervu impulsu plūsmā neizdala nekādus objektus. Varbūt līmeņa (2) programmas objektus tomēr izdala, bet līmeņa (3) programmas neatzīst tos par identifikācijas vērtiem. Varbūt līmeņa (3) programmas gan identificē objektus, bet līmeņa (4) programmas tos atsijā kā nenozīmīgus. Un, beidzot, varbūt līmeņa (4) programmas gan iekļauj tos savā vērtējumā, bet šo faktu neieraksta atmiņā («neskaidra diskomforta sajūta»).

traucējumi vispirms atspoguļojas sapņos[18] un tikai vēlāk objektīvā izmeklēšanā iegūstami dati par esošu slimību, kuras attīstība bijusi lēna un pakāpeniska.



«Rubina vāze»: divi profili vai vāze?

Jauna skaistule vai veca ragana?

Īstenībā abi kaķi ir vienāda lieluma. Taču līmeņa (4) programmas, vadoties no vispārējās situācijas, kreiso kaķi novērtē kā lielāku.

Ilustrācijas zemsvītras piezīmēm par ilūzijām

<u>Hiperestēzija</u> ir paasināta ārējo kairinājumu uztvere. Slimniekam parasta spilgtuma gaisma liekas apžilbinoša, parasta skaļuma sarunas, soļi koridorā – ļoti skaļi, drēbes, pie kurām slimnieki pieskaras, –

[18] **V.E.:** Sapņi ir produkcija, ko (pamatā) ražo viens svarīgs «psihes orgāns» (operētājsistēmas aparāts, bloks), manos darbos saukts par «randomģeneratoru». Viņa bioloģiskā funkcija ir – nejauši kombinējot dažādus informātiskus elementus, radīt starta lauku priekš variantu atlases. No randomģeneratora radītajām nejaušajām (un pa lielākai daļai «bezjēdzīgajām») elementu kombinācijām citi ģeneratori pēc tam atlasa tās kombinācijas, kuras nejauši ir izrādījušās vērtīgas. (Tas ir vienīgais ceļš, kā stingri determinētās informātiskās sistēmās radīt kaut ko jaunu, nebijušu). Ja «orgānu darbības traucējumi» neatspoguļojas «apziņā», bet atspoguļojas sapņos, tad tas nozīmē, ka informācija par šiem traucējumiem ir gan tikusi apstrādāta līmeņos (2) un/vai (3), bet līmenī (4) ir vai nu atsijāta vai arī ziņas par tās apstrādi nav ierakstītas atmiņā, bet randomģenerators līmeņu (2) un/vai (3) programmu produkciju ir paņēmis un iekļāvis savā apritē.

ļoti rupjas, vājas smaržas – intensīvas.[19] Hiperestēzijas parasti novēro astēniskā stāvoklī, stipra noguruma, galvas smadzeņu apvalku un somatisku slimību gadījumos. Ar tām var sākties arī akūtas endogēnas psihozes.

Hipestēzija ir pavājināta ārējo kairinājumu uztvere, pretējs stāvoklis hiperestēzijai. Slimniekam priekšmeti liekas blāvāki, to kontūras neskaidrākas, skaņas klusākas, ožas un garšas sajūtas ir notrulinātas.[20] Bieži novēro depresiju gadījumos un apdulluma stāvoklī.

Ilūzijas. Šai gadījumā slimnieks reāli esošos priekšmetus vai parādības uztver izmainīti. Savādāka, kļūdaina uztvere iespējama visos analizatoros, tādēļ izdala redzes, dzirdes, ožas, garšas un taustes ilūzijas.[21] Atsevišķos gadījumos ilūzijas var būt arī psihiski veseliem cilvēkiem. Pastiprinātā gaidu stāvoklī cilvēks maldīgi var dzirdēt zvanu pie durvīm, steigties pretī svešam cilvēkam, kuru redzes ilūzijas dēļ noturējis par gaidīto personu. Kāda kuģa komanda ir dzirdējusi vaidus no kravas tilpnēm, kurās īstenībā atradušās «runājošas» lelles, kuras, kuģim šūpojoties, radījušas skaņas. Ja ilūzijas, uztveres maldi ir veseliem cilvēkiem, tad tie ir īslaicīgi un viegli koriģējami.

Slimnieki ilūziju gadījumos uzkārta virsvalka vietā redz cilvēku, no virtuves sajūt nevis ceptu kartupeļu, bet cilvēka gaļas smaržu.

No ilūzijām īpaši vēl izdala afektīvās, verbālās un pareidoliskās ilūzijas.

Afektīvās ilūzijas var rasties cilvēkiem ar nomāktu garastāvokli, bažām, trauksmi, bailēm. Naktī mežā nobijies cilvēks var koka vietā redzēt lāci, šūpojošos krūmu vietā – it kā viens vīrietis sit otru, tumšā istabā puķu poda vietā – bālu seju. Tādā stāvoklī slimnieks trauku šķindoņā saklausa nažu trīšanu un parasts ielas troksnis viņam liekas briesmīgs – it kā tur celtu karātavas.[22]

Verbālās ilūzijas ir viens no afektīvo ilūziju veidiem. Slimnieks iepriekš aprakstītā afekta stāvoklī reālās balsīs dzird īstenībā neizteiktus vārdus (no šejienes termins: *verbalis* – latīniski – vārdiem izteikts), kuri it kā attiecas uz pašu slimnieku un parasti viņam ir nepatīkami. Slimnieks uz ielas nejaušu gājēju sarunās saklausa, kā viņu lamā, aprunā, izsmej, nosoda, ka viņam draud, nodaļā dzird, ka pārējie slimnieki vai medicīnas personāls savstarpējās sarunās izsaka viņam adresētas ironiskas piezīmes un draudus.

Pareidolisko ilūziju gadījumā garastāvoklis slimniekam var būt neizmainīts, bet radušamies ilūzijām raksturīga liela tēlainība un fantastisks saturs. Slimnieks sienas zīmējumos, baltas papīra lapas ēnā, segu un audumu rakstos, gaismā un ēnā koku zaros saskata fantastiskus cilvēkus, maskas, rūķīšus, mākoņus, dabas ainavas.[23] Pareidoliskās ilūzijas bieži ir delīrija sākumā.

Pie ilūzijām nav pieskaitāmi spriešanas traucējumi, kad, piemēram, spīdošs stikls liekas zelta gabals. Ārēji abi priekšmeti ir līdzīgi, atšķirīgs ir tikai ar redzi iegūto datu vērtējums.[24]

---

[19] **V.E.:** Par šādām parādībām ir atbildīgas galvenokārt līmeņa (2) programmas. Viņu uzdevums ir izdalīt no kopējās nervu impulsu plūsmas objektus ar tādām un tādām īpašībām. Un viņas pasniedz tālākajiem līmeņiem šos viņu izdalītos objektus kā tādus, kuriem ir hipertrofētas īpašības.

[20] **V.E.:** Līmeņa (2) programmas darbojas pretēji iepriekšējam gadījumam.

[21] **V.E.:** Par ilūzijām, kā tās aprakstītas šeit, Eglītim, ir atbildīgas galvenokārt līmeņa (3) programmas. Tikai viņas var identificēt pakārtu virsvalku kā cilvēku, svešu personu kā paziņu, leļļu trokšņus kā vaidus utt. Bet, ja atceramies slavenās bildītes no psiholoģijas mācību grāmatām, kur nevar saprast, vai attēlota vāze vai divi profili, veca vai jauna sieviete, kā arī ar perspektīvu saistītos attēlus, tad tur tajās «ilūzijās» ir iesaistītas arī līmeņa (2) programmas (vai viņas izdala kā objektus vāzi vai profilus utt.), bet perspektīvas gadījumā arī jau līmeņa (4) programmas (kā viņas novērtē kopējo situāciju: objekts tālu vai tuvu utt.).

[22] **V.E.:** Par šīm lietām atbildīgas ir galvenokārt līmeņa (4) programmas. Cilvēka psihe ir ļoti elastīga operētājsistēma un nestrādā ar viennozīmīgiem programmu rezultātiem. Visos līmeņos tiek ģenerēti (secīgi laikā) vairāki izejošo datu varianti. Katrs, kurš ir skatījies uz jau pieminētajām «psiholoģijas bildītēm», atcerēsies, ka viņam «uztvere» ik pēc brītiņa pārslēdzas: viņš attēlā redz pārmaiņus te vāzi, te profilus, te atkal vāzi utt. Tas nozīmē, ka līmeņa (2) programmas dod (secīgi laikā) vairākus atšķirīgus sava darba rezultātus: te izdala vienu objektu, te citu utt.; nākošo līmeņu uzdevums ir novērtēt, kura tad no šīm interpretācijām ir pareizā. Gadījumos ar trauku šķindoņu – nažu trīšanu, kustīgu krūmu – kautiņu, koku – lāci līmeņu (2) un (3) programmas arī secīgi sniedz te vienu, te otru savu interpretāciju; līmeņa (4) uzdevums ir (no vispārīgiem apsvērumiem par situāciju) novērtēt, kura interpretācija ir pareiza un pieņemama; un lūk, Eglīša piemēros šis novērtējums tad arī tiek izdarīts kļūdaini.

[23] **V.E.:** Rašanās mehānisms visumā ir tas pats. Delīrija gadījumā alkohols (vai cits aģents) ir iespaidojis visu līmeņu programmas, tās darbojas nepareizi, un nepareizības summējas.

[24] **V.E.:** Robeža gan starp «ilūzijām» un «spriešanas traucējumiem» ir visai izplūdusi (sevišķi jau Eglīša dotajā piemērā). Stiklu par zeltu identificē līmeņa (3) programmas, bet līmeņa (4) programmas šādu identifikāciju atzīst par pareizu. Tieši tāda pati shēma bija gadījumos, kad virsvalku atzina par cilvēku, koku par lāci utt. Acīmredzot Eglītis šeit domā situāciju, kad stikls par zeltu tiek atzīts ne tikai kādā īsā laika brīdī («pašreiz»), bet gan dienām, nedēļām, mēnešiem ilgi.

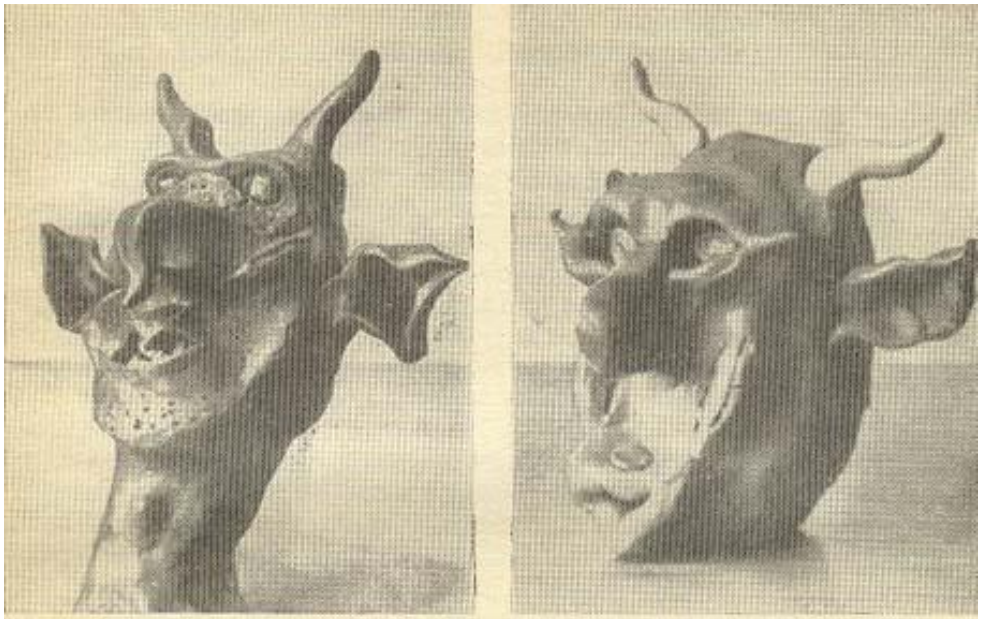
Halucinācijas. Slimībai progresējot, ilūzijām reizēm pievienojas halucinācijas. Atšķirībā no ilūzijām halucināciju gadījumā slimnieks īstenībā esošos priekšmetus un parādības neuztver izmainīti, bet gan «uztver» vispār neesošus priekšmetus un parādības. Halucināciju tēli neatšķiras no īstiem, reāliem priekšmetiem. Halucinācijas, tāpat kā ilūzijas, var būt visu analizatoru sfērās. Slimnieki halucinācijās redz cilvēkus, suņus, kaķus, mašīnas, nažus, diegus, dzird savu kaimiņu, priekšnieku, bērnu balsis, saož gāzes, etiķa smaku tā, it kā tās būtu īstenībā.[25]

Kāds slimnieks, kurs naktīs redzēja sen mirušos klases biedrus, uz jautājumu, vai redzētais ir tikai slimības izpausme, atbildēja: «Tādā gadījumā arī jūs šeit nesēžat!» Slimnieks, kurš zina, ka viņam ir dzirdes halucinācijas – balsis, kuras sauc viņu vārdā, – uz ielas neapstājas arī tad, ja viņu sauc īstenībā, jo reālās balsis no halucinācijām viņš nevar atšķirt.

Redzes halucinācijas. Fotopsijas ir redzes tēli bez noteiktas formas – liesma, migla, dūmi, krāsaini plankumi.[26]

Biežāk nekā fotopsijas slimnieki redz noteiktas formas priekšmetus. Tie var būt gan neskaidri, gan ļoti spilgti, ikdienišķi vai fantastiski, dažāda lieluma un krāsas, kustīgi vai nekustīgi, var būt atsevišķi vai arī veidot dinamiskas ainas (4. att.).

Dzirdes halucinācijas. Akoazmi ir atsevišķas skaņas (ne vārdi!) – šāvieni, zvanu skaņas, svilpieni, ūdens tecēšana, putnu čivināšana.[27]



4. att. Redzes halucināciju laikā redzēto slimnieks atveidojis plastilīnā (V. Kanderātes novērojums).

[25] **V.E.:** Tātad līmeņa (2) programmas izdala un/vai līmeņa (3) programmas identificē tādus objektus, kuri pie normāla šo programmu darba netiktu izdalīti un identificēti. Galvenais halucināciju avots ir randomģenerators. Defekta būtība ir tā, ka līmeņu (2–3) programmas apstrādā nevis tās informācijas plūsmas, kas nāk no līmeņa (1) programmām, bet gan tās, kas nāk no randomģeneratora. Ir notikusi, tā sakot, **nobīde** interfeisā starp 1. un 2. līmeni vai starp 2. un 3. līmeni. Šāda nobīde ir viegla lieta, jo sasaiste starp dažādu līmeņu programmām (kuras pašas par sevi fiziski ir smadzeņu šūnu grupas) nav stingra, fizikāla, bet gan tikai informātiska, dinamiska. Līdzīga nobīde interfeisos notiek, piemēram, hipnozes laikā, kad smadzenes tā vietā, lai apstrādātu to informāciju, kas nāk no ārpasaules, sāk apstrādāt informāciju, kas nāk no hipnotizētāja vārdu apstrādes-atšifrēšanas aparāta. Psihē pastāv vēl arī daudzas citas nobīdes; nobīdes interfeisos starp dažādām smadzeņu programmām vispār ir viens no galvenajiem psihisko traucējumu un vispār psihisko fenomenu avotiem un cēloņiem.

[26] **V.E.:** Līmeņa (1) programmu defekti: tās dod ārā nepareizu informāciju.

[27] **V.E.:** Randomģeneratora darbības būtība ir radīt un pasniegt citām smadzeņu programmām nejaušas dažādu elementu kombinācijas. Vispār randomģenerators par savu materiālu izmanto dažādus informācijas elementus, bet visvairāk – atmiņā ierakstītus vizuālus, audiālus u.c. jutekļu dotus fragmentus. Tātad kādreiz šī informācija ir reāli nākusi no ārpasaules cauri līmeņu (1–2–3–4) programmu kaskādei un tikusi ierakstīta atmiņā (tāda ierakstīšana var notikt jebkurā no starplīmeņu interfeisiem, t.i., var tikt ierakstīts gan 1., gan 2., gan 3. – un arī, protams 4. līmeņa programmu izvads). Tagad randomģenerators ņem nejaušus fragmentus no šī kādreiz ierakstītā materiāla un pasniedz tos savā izvadā, kurš (nobīdes dēļ) nonāk 2. vai 3. līmeņa programmu ieejās – un rezultātā cilvēks (atkal) dzird kādreiz dzirdēto putnu čivināšanu, zvanu skaņas utt.

Verbālās halucinācijas ir atsevišķi vārdi, teikumi vai sakarīga runa. Pēc satura verbālās halucinācijas var būt dažādas.[28] Slimnieks dzird, ka viņu lamā par nenormālu, sifilitiķi, ka viņu gatavojas nošaut, ka kaimiņi, kas dzīvo augšējā stāvā, aicina uzkāpt un kopā izdzert pudeli alus; ka no ielas skan apvainojumi, draudi nogalināt. Reizēm slimnieks dzird, ka viņu sauc vārdā.

Komentējošās halucinācijas ir verbālo halucināciju paveids.[29]

> Balsis stāsta par slimnieka rīcību: «Lūk, iet uz veikalu, staigā, lasa, nevar koncentrēties, nāk mājās no darba, klausās radio».[30]

Imperatīvās halucinācijas arī ir verbālo halucināciju variants.[31] Balsis pavēl slimniekam iesist blakus gultā guļošam slimniekam, izraut ārstam no rokām fonendoskopu, nolēkt no tilta, mesties zem

---

[28] **V.E.:** Verbālās halucinācijas rodas principā tāpat kā iepriekšējās: tāpat randomģenerators ņem nejaušus fragmentus no kādreiz atmiņā ierakstītā materiāla un atdod tos savā izvadā, kurš nobīdes dēļ pieslēgts 2. vai 3. līmeņa programmu ieejām. Starpība ir tikai tā, ka šajā gadījumā atmiņā ierakstītā informācija ir verbāla (vārdiska). Verbālā informācija atmiņā nonāk pa vairākiem ceļiem. Pirmais, dabīgi, ir «pacienta» kādreiz pagātnē dzirdētie vārdi, ko reāli izteikuši kādi cilvēki viņam vai citiem viņa klātbūtnē. Taču otrs, ne mazāk bagāts atmiņā ierakstītās verbālās informācijas avots ir paša pacienta «valodas centru» produkcija. Lai pacients spētu runāt un izteikt kaut vai vienu teikumu, ir jābūt iesaistītām lielām programmu grupām (arī ar daudziem līmeņiem). Šīs programmas ģenerē dažādus plānotā teikuma variantus; ne visi varianti un ne visi teikumi nonāk līdz reālai runai un tiek patiešām pārraidīti kā skaņu viļņi. Bet atmiņā var tikt ierakstīti (un tātad pēc tam var nonākt randomģeneratora rīcībā) gan izteiktie, gan neizteiktie vārdi un frāzes. Tātad šo verbālā materiāla slāni veido paša pacienta gan izteiktās, gan neizteiktās runas, gan tas, ko viņš kādreiz ir «domājis vārdos». Trešais verbālā materiāla avots ir lasītā informācija. Lasītais teksts cilvēka smadzenēs vienmēr tiek vispirms transformēts par «dzirdētu runu» un tikai pēc tam tālāk apstrādāts tā, it kā tas būtu audiāls (analoģiski, rakstot cilvēks vispirms ģenerē «it kā» runu, kuru pēc tam pārkodē par rakstītu tekstu). Tādējādi gan lasot, gan rakstot smadzenēs arī apgrozās lieli verbālas, kvaziaudiālas informācijas masīvi, kuri var tikt ierakstīti atmiņā, no turienes nonākt randomģeneratora apritē un tālāk (ja ir bijusi nobīde interfeisos) – verbālajās halucinācijās.

[29] **V.E.:** Patiesībā komentējošās un imperatīvās halucinācijas būtiski atšķiras no «parastajām» verbālajām halucinācijām. Lai izskaidrotu parastās halucinācijas, pietiek apzināt randomģeneratora darbību. Faktiski mēs visi katru dienu un nepārtraukti dzirdam «verbālās halucinācijas» (un arī redzam vizuālās), tikai to nemaz nepamanām (jo mūsu smadzenes ir aizņemtas ar citu, svarīgāku darbu). Pietiek atsēsties vai atgulties, pēc iespējas atslēgt «domas» un ārējos kairinātājus, un Jūs drīz vien pamanīsiet, ka Jums galvā «ne no kurienes» izlec kaut kādas nesakarīgas frāzes, vizuāli tēli utt. Tā ir randomģeneratora produkcija; tā kā Jūs atbrīvojāt savas smadzenes no citām lietām, tad sākāt šo produkciju manīt, kaut gan šī produkcija eksistēja arī tad, kad Jūs to nemanījāt (randomģenerators strādāja visu laiku un deva sākummateriālu Jūsu «impulsiem» un «brīvajai gribai»). Tiem, kuri redz un dzird halucinācijas, vienkārši šī produkcija ir spējusi pārvarēt pārējās lietas un kļūt par pašu galveno lietu priekš smadzenēm. Taču šīs produkcijas «tematika» ir haotiska un nesistemātiska. Par to Jūs varat pārliecināties personīgi, klusumā un ar aizvērtām acīm pasekojot sava randomģeneratora darbībai. Ļoti labi randomģeneratora haotiskums ir dokumentēts Tatjanas Potapenko grāmatā «Мои первые шаги» {SHAGI3}. Taču komentējošajās un imperatīvajās halucinācijās šī haosa vairs nav. Tās jau ir mērķtiecīgas, un tas nozīmē, ka tur darbojas ne tikai randomģenerators, bet vēl arī citi ģeneratori.

[30] **V.E.:** Komentējošās halucinācijas (faktiski pseidohalucinācijas pēc Eglīša dalījuma) bija pirmās, ar kurām es sastapos savā dzīvē, kad arī pirmoreiz iegaumēju pašu šo vārdu («halucinācijas»). Man tad bija gadu 10 vai varbūt 11 vai 12, precīzi vairs neatceros. Kādu rītu tēvs stāstīja, ka naktī viņam bijušas «dzirdes halucinācijas». Viņš gulējis savā istabā gultā un lasījis, kad pēkšņi dzirdējis aiz loga balsis (tā bija mazpilsētiņas vienstāvu koka māja; aiz loga kāda metra attālumā atradās zedeņu žogs un aiz tā – ietve un iela). Balsis teikušas: «Guļ gultā. Lasa grāmatu», un vēl kaut ko tamlīdzīgu. Tēvs nobeidza stāstu: «Lai gan es saprotu, ka tās ir halucinācijas, bet tomēr paliek tā jocīgi...». (Pašam man ne halucinācijas, ne pseidohalucinācijas nekad nav bijušas). Lai varētu rasties komentējošās halucinācijas, cilvēka galvā ir jābūt aparātam (blokam), kurš seko viņa darbībai un rezultātus formulē it kā «citu cilvēku spriedumos». Principā aparāts, kurš seko cilvēka paša darbībai un izvērtē to, ir smadzenēs ikvienam no mums (izņemot, varbūt galīgu oligofrēniju); bez tāda aparāta vispār nevar notikt normāla pašprogrammēšanās – tātad pati dzīve. Šāda (paš)vērtēšana ir pamatā tam, ko mēdz saukt par «sirdsapziņu», arī «mazvērtības kompleksiem» un citām parādībām. Jautājums tātad ir tikai tāds: kam, kad, kāpēc un vai vienmēr šis pašnovērtēšanas aparāts formulē savus rezultātus kā «citu cilvēku spriedumus». Ka dažiem (visai daudziem) cilvēkiem tas tā notiek, tas šķiet acīmredzams: ļoti bieži taču tiek cilāts jautājums: «Bet ko teiks citi?». Tā ka daudziem cilvēkiem šis aparāts patiešām ģenerē iespējamos citu cilvēku izteicienus par viņu darbību. (Un tad pietiek vienkāršas nobīdes starplīmeņu interfeisā, lai šī bloka produkcija varētu iekļūt parastajā sensorajā kaskādē un pārvērsties par komentējošajām halucinācijām). Man tikai liekas, ka «citu cilvēku» iespējamo komentāru ģenerācija nav universāls pašnovērtēšanas bloka darbības veids. Man šķiet, ka pastāv arī cilvēki, kurus ļoti maz interesē, ko par viņiem teiks citi, un tāpēc viņiem pašnovērtējumu bloks strādā pēc citiem principiem (un tad viņiem komentējošās halucinācijas vispār nav iespējamas).

garāmbraucošas automašīnas riteņiem, izlēkt pa logu, apsolot kritiena laikā slimnieku noķert ar izpletni. Reizēm slimnieki imperatīvo halucināciju iespaidā izdara pašnāvību.

Ožas halucinācijas. Slimnieks jūt kodīgu skābju, miecvielu, līķu smaku, nepatīkamas gāzes, kā īstenībā nemaz nav.

Garšas halucinācijas. Slimnieks sajūt mutē matus, cilvēka gaļas garšu, kodīgu, skābu, salkanu zupas piegaršu.

Taustes (taktilās) halucinācijas. Šai gadījumā sajūtas ir lokalizētas uz ādas vai tieši zem ādas. Slimniekam ir sajūta, ka pa rokām ložņā kukaiņi, aiz apkakles ir aizlīdusi čūska, uz rokām uzbiris dedzinošs pulveris, galvas ādā ir stikla drumslas un skabargas.[32]

Viscerālās halucinācijas. Šai gadījumā sajūtas lokalizētas ķermenī. Slimniekam ir sajūta, ka vēderā ir korķis, telefona aparāts vai cieti, noteiktas formas priekšmeti.[33]

Bieži vienlaikus ir dažāda veida halucinācijas, piemēram, slimnieks redz, ka atrodas čigānu nometnē, dzird čigānus sarunājamies, redz, kā viņi nokauj aunu un nāk pie viņa, jūt naža pieskārienu pie kakla.[34]

Ja halucinācijas ir ilgstošas, pastāvīgas un ja tām ir kopējs saturs, tad runā par halucinozi.

Tematikas ziņā halucinācijas var būt neitrālas, patīkamas vai nepatīkamas. Halucināciju tematika visbiežāk atbilst slimnieka garastāvoklim konkrētajā brīdī. Hroniski alkoholiķi reizēm ar interesi, pat ar humoru apskata čūskas, kas istabā ceļas stāvus un dejo, bet citreiz, kad garastāvoklis ir nomākts, redz briesmoņus, kādi pasaulē nemaz neeksistē un kuri grib slimnieku aprīt. Pacilātā garastāvoklī slimnieki dzird uzslavas, viņus sola izvirzīt vadošos amatos ministrijā, dēvē par valsts galvu, dievu, bet depresijas periodā balsis stāsta, ka sieva un bērni esot noslepkavoti un pašu gaidot mocības un nāve.

Halucinācijas var būt dažādi spilgti izteiktas. Slimnieks parasti pret tām izturas nekritiski, jo neuzskata tās par psihiskas slimības izpausmi. Atsevišķos gadījumos slimnieks slimības sākumā vai beigās saprot, ka tās ir slimības rezultātā.

Ļoti bieži slimnieks par halucinācijām nestāsta, jo stāstīt «aizliedz balsis». Šais gadījumos par halucināciju esamību var spriest pēc tā saucamajām halucināciju objektīvajām pazīmēm, t.i., pēc slimnieka izturēšanās. Slimnieki, kam ir redzes halucinācijas, cieši skatās un ar attiecīgu mīmiku, koncentrēšanos reaģē uz to saturu. Slimnieki, kam ir dzirdes halucinācijas, ieklausās, reizēm smejas, runājot ar ārstu pēkšņi apklust vai pasaka kādu sarunai pilnīgi neatbilstošu vārdu vai teikumu, respektīvi, atbild balsīm. Slimnieki, kam ir ožas halucinācijas, atkarībā no to satura vai nu novēršas, vai arī labprāt ieelpo patīkamās smaržas. Slimnieki, kuriem ir nepatīkama rakstura garšas halucinācijas, var atteikties no ēdiena.

---

[31] **V.E.:** Imperatīvajās halucinācijās situācija ir līdzīga kā komentējošajās. Lai tās varētu rasties, smadzenēs ir jābūt aparātam (blokam), kurš savu produkciju ģenerē pavēļu un rīkojumu veidā. Šo pavēļu mērķis (normā) būtu skaidrs: tā ir parastā pašprogrammēšanās – savas tālākās rīcības projektēšana. Atkal jautājums stāv tikai tā: vai vienmēr un vai visiem cilvēkiem pašprogrammēšanās notiek caur (verbāli noformulētām) pavēlēm (pašam sev). To, ka reizēm tas tā notiek, to es pats esmu novērojis. Reiz, pirms gadiem 25, mēs bijām ciemos pie manas sievas māsas. Viņas meitai Marinai tad bija kādi gadi trīs, bet es tolaik audzēju bārdu. Laikam šīs bārdas dēļ Marina no manis baidījās. Tā nu mēs tur sēdējām virtuvē, un tad visi kaut kur aizgāja tā, ka mēs palikām ar Marinu divatā. Es sēdēju pie galda, bet Marina, nemanīdama, ka viņas vecāki un tante izgājuši, bezbēdīgi lalināja un grābstījās ap gāzes plīti. Un tad, pagriezusies, viņa pēkšņi atklāja, ka atrodas virtuvē viena pati kopā ar MANI. Tad viņa, pārbijusies un acis ieplētusi, sāka lēnām virzīties uz durvīm, spiezdamās ar muguru pie sienas un skaļi runādama: «Marina, nebaidies! Marina, nebaidies!» – kamēr tika līdz durvīm un izspruka pa tām laukā pie mammas. Tātad dažreiz, vismaz bērnībā, cilvēki savu pašprogrammēšanās produkciju patiešām rada pašiem sev adresētu verbālu pavēļu veidā (atdarinot citu cilvēku pavēles viņiem). Atkal man šķiet, ka tas tā ir ne visiem cilvēkiem (un tiem, kam tā nav, tiem tad arī nav iespējamas imperatīvās halucinācijas – ja vien viņi kaut kādu iemeslu dēļ «neatgriežas bērnībā» un nesāk darboties pēc bērnības laiku algoritmiem). Vispārējs cilvēka (un ne tikai cilvēka) smadzeņu aparātu darbības princips ir tāds, ka vienā līmenī tiek ģenerēti vairāki risinājuma varianti, no kuriem tad nākošais līmenis izvēlas labāko. Eglīša minētajos piemēros imperatīvajās halucinācijās nonāk zemākā līmeņa produkcija: neatsijāti un neizvērtēti pavēļu (pašprogrammu) varianti.

[32] **V.E.:** Visas šīs halucinācijas neatšķiras principiāli no «parastajām» (ne komentējošajām un ne imperatīvajām) redzes un dzirdes halucinācijām. No katra maņu orgāna uz smadzenēm ved sava apstrādājošo programmu kaskāde; kurā kaskādē notikusi halucinācijas izsaucošā interfeisu nobīde, tāda veida halucinācijas arī parādās.

[33] **V.E.:** Viscerālās halucinācijas nav izskaidrojamas vienkārši ar nobīdēm apstrādājošo programmu kaskādes interfeisos un ar randomģeneratora darbību. Te jau ir jābūt iesaistītai «fantāzijai», tas ir – augstāka līmeņa ģeneratoram.

[34] **V.E.:** Arī šeit nepietiek ar randomģeneratoru vien, te ir jādarbojas augstāka līmeņa ģeneratoram – vismaz tādam kā somniators (aparāts, kurš uz randomģeneratora produkcijas pamata veido sapņus).

Redzes halucinācijas visbiežāk rodas akūtu psihožu gadījumos, bet dzirdes halucinācijas raksturīgas hroniskām psihiskām slimībām.

Pseidohalucinācijas. Slimībai progresējot, slimniekiem ar īstajām halucinācijām ar laiku parasti rodas pseidohalucinācijas. Īsto halucināciju gadījumā slimnieks nevar atšķirt kaimiņa reālo balsi no dzirdes halucinācijām, personu, kas sēž pie galda un dzer, no redzes malda, bet pseidohalucināciju gadījumā reālie priekšmeti un halucināciju tēli atšķiras kaut ar niecīgām niansēm. Slimnieks pseidohalucinācijas uztver kā savādākas, īpatnējākas, pret savu gribu nepatvaļīgi uzspiestas, «taisītas». Šīs sajūtas parasti projicējas slimniekā, viņa ķermenī. Par šo sajūtu it kā uzspiesto raksturu var spriest pēc raksturīgiem slimnieka izteicieniem. Īsto halucināciju gadījumos slimnieki stāsta, ka viņi redz, dzird, saož, bet pseidohalucināciju gadījumos – ka viņiem rāda, liek skatīties. Balsis un attēli gan esot līdzīgi īstajiem, tomēr tajā pašā laikā vienmēr arī kaut kādā ziņā atšķirīgi.

Kaut gan pseidohalucinācijas slimnieks uztver savādāk nekā īstās halucinācijas, tomēr pret pašu pseidohalucināciju pastāvēšanas faktu viņam tāpat kritiskas attieksmes nav. Slimnieki uzskata, ka, piemēram, balsis kā tādas noteikti ir īstenībā, tikai «ārēji uzspiestas» un «taisītas».[35]

Pseidohalucinācijas parasti rodas kopā ar iedarbības murgiem un ir psihiskā automātisma sindroma sastāvdaļa.

Dzirdes pseidohalucinācijas ir biežs psihisko slimību simptoms. Slimnieki dzird balsis, kuras, tāpat kā īsto halucināciju gadījumos, var būt ar dažādu saturu, skaļas un klusas, patīkamas un nepatīkamas, visdažādāko cilvēku balsīm līdzīgas, var nākt no radioaparātiem, citiem priekšmetiem. Tās parasti lokalizējas ķermenī, bieži galvā (tad slimnieks dzird, kā galvā skan paša, reizēm citu cilvēku domas). Slimnieks uz šīm skanošajām domām var tāpat domās atbildēt un tādā veidā ilgstoši sarunāties. Reizēm slimniekam liekas, ka visas viņa domas tūlīt kļūst zināmas apkārtējiem, ka tās skaļi atkārtojas.

Dzirdes pseidohalucinācijas var būt lokalizētas arī citās ķermeņa daļās (dzirdamas balsis vēderā), kā arī projicēties ārpus ķermeņa. Tādos gadījumos slimnieks stāsta, ka balsis, kuras viņš dzird, gan nāk no kaimiņa istabas, tomēr viņam skaidrs, ka kaimiņš pats tur nerunā. Balsis ar kaut ko atšķiras no reālajām: dzirdams, it kā aiz sienas būtu radioaparāts, televizors, it kā balsis tiktu pārraidītas, būtu hipnozes rezultātā.

> Slimnieks dzird kaimiņu balsis, kas komentē viņa rīcību (komentējošās pseidohalucinācijas), tomēr balsis nav dzirdamas no kaimiņu dzīvokļa, bet skan galvā: «Nāk... nolika somu, tagad pieies pie galda...» Šī pati balss draud: «Gan mēs tevi noķersim un ar tevi izrēķināsimies... sagriezīsim gabalos, izmetīsim pa logu, noindēsim... tagad tu esi mūsu varā un nekur neizbēgsi...»

Redzes pseidohalucinācijas, tāpat kā dzirdes pseidohalucinācijas, atšķiras no reālajiem priekšmetiem un bieži projicējas galvā. Redzes pseidohalucināciju tēlus slimnieks uztver kā svešus, uzspiestus ārējas iedarbības rezultātā. Slimnieki stāsta, ka radušos tēlus viņi saskata nevis ar acīm, bet gan ar «iekšējo redzi».[36] Galvā viņiem «rāda» cilvēkus, mājas, ēnas, nereālus tēlus, arī fantastiskas, dinamiskas scēnas.

Slimnieki uzskata, ka šādi attēli redzami tādēļ, ka uz viņiem ar stariem, hipnozi, buršanu iedarbojas nelabvēļi – ļaundaru organizācijas, darba biedri, ģimenes locekļi, kas attēlus speciāli «rāda».[37]

Uzspiests raksturs un parasti projicēšanās ķermeņa iekšpusē raksturīga arī <u>ožas</u>, <u>garšas</u>, <u>taustes</u> un <u>viscerālām</u> pseidohalucinācijām.

<u>Hipnogogās halucinācijas</u> var būt arī veseliem cilvēkiem, tomēr nereti tās liecina par akūtas psihozes sākumu. Slimnieks ar aizvērtām acīm pirms iemigšanas uz tumša fona acu priekšā redz priekšmetus, figūras, līnijas, fragmentāras notikumu epizodes, nesakarīgas, fantastiskas ainas.[38] Tādēļ, ka hipnogogās halucinācijas projicējas ķermeņa iekšpusē un ka hipnogogo halucināciju tēli tomēr atšķiras no reālajiem priekšmetiem, tās psihopatoloģiski pieskaita pie pseidohalucinācijam.

---

[35] **V.E.:** Pēc savas būtības un rašanās mehānisma halucinācijas un pseidohalucinācijas neatšķiras. Vienkārši līmeņa (4) programmas ar laiku tiktāl pilnveidojas, ka sāk atšķirt to zemāko līmeņu produkciju, kura patiešām nāk no ārpasaules, no tās, kura nāk interfeisa nobīdes rezultātā no iekšējiem ģeneratoriem. Tā ka par šo atpazīšanu atbild 4. līmenis.

[36] **V.E.:** Nenāk caur redzes kaskādes 1. un 2. līmeņa programmām.

[37] **V.E.:** Ja pacientam nav priekšstata par cilvēka operētājsistēmas darbību (saskaņā ar Vēras teoriju) un par visu šo lietu rašanās faktisko mehānismu – tad kas gan cits viņam atliek, kā vien dot šādu izskaidrojumu parādībām. (Kaut kāds izskaidrojums taču jāatrod).

[38] **V.E.:** Parastā randomģeneratora darbība, mazliet tikai vairāk akcentēta nekā parasti.

Funkcionālās halucinācijas rodas, pastāvot reālam, ārējam kairinātājam, un turpinās tikmēr, kamēr kairinātājs eksistē. Slimnieks, braucot vilcienā, dzird ne tikai riteņu klaboņu, bet arī lamu vārdus. Ja vilciens apstājas, gan riteņu troksnis, gan vārdi apklust, bet rodas, tikko vilciens sāk braukt.

Pēc rakstura funkcionālās halucinācijas atšķiras gan no ilūzijām, gan no halucinācijām. Atšķirībā no ilūziju gadījuma slimnieks dzird gan vārdus, gan – tajā pašā laikā – arī neizmainītu ratu klabēšanas troksni (atcerēsimies, ka slimnieks ilūziju gadījumā neredz puķu podu, bet tā vietā tikai cilvēka seju). Atšķirībā no īstajām halucinācijām slimnieks dzird vārdus ne pilnīgā klusumā, bet gan tikmēr, kamēr pastāv reālais kairinātājs (šajā gadījumā – ratu troksnis).[39]

Senestopātijas ir dažādas nepatīkamas, grūti lokalizējamas, bieži dīvainas un grūti aprakstāmas sajūtas ķermenī bez objektīva iemesla. Slimnieks jūt, it kā galvaskauss būtu piepildīts ar lipīgu šķidrumu, it kā pārlietos smadzenes, it kā sirds pulsējot aizķertos aiz krūškaula, viņam ir sajūta, ka pakauša rajonā galvā briest augonis.[40] Slimnieks, stāstot par savām neparastajām sajūtām, nereti nevar atrast adekvātus apzīmējumus un lieto valodā neesošus vārdus – «jaunvārdus» (neoloģismus).

Diferencēt senestopātijas no veģetatīviem traucējumiem, ilūzijām, halucinācijām un pseido-halucinācijām reizēm ir ļoti grūti.

Senestopātiju gadījumā raksturīgākais ir tas, ka atšķirībā no ilūzijām šīm sajūtām nav nekādu ārējo iemeslu, atšķirībā no halucinācijām un pseidohalucinācijām tās ir bez noteikta priekšmetiskuma (slimniekam ir difūzas sajūtas, bet ne sajūtas par skaidri lokalizētiem priekšmetiem ķermenī). Slimnieki jūt it kā ķermenī būtu caurulīte, magnetofons, kukaiņi, pie tam slimnieki uzsver, ka nosauktie priekšmeti kalpo tikai salīdzināšanai un ka viņi īsti telpiski šīs sajūtas lokalizēt nevar.

> Slimnieks jūt agrāk nekad nebijušas un nesaprotamas, grūti aprakstāmas sajūtas: it kā galvā briestu augonis, it kā tur milztu zobs; it kā no galvas vidus vilktos uz acīm stīgas, kas rada reizē it kā dedzināšanas, griešanas un stiepšanas sajūtu, kas kustību laikā pastiprinās. Krūtīs slimniekam ir tāda sajūta, it kā plaušas būtu salipušas un viņš nevarētu elpot, it kā pa spraugu no vienas plaušu puses uz otru tecētu šķidrums. Sirds ir it kā piekārta diegā, kas nestiepjas un pakustoties tūlīt, tūlīt pārtrūks.

Senestopātijas visbiežāk novēro organisku CNS slimību gadījumos. Dīvainas pēc rakstura tās ir šizofrēnijas gadījumā.

Metamorfopsijas literatūrā bieži apzīmē par psihosensoriem traucējumiem, taču, kā norāda A. Sņežņevskis, tas nav īsti precīzi, jo sensorie (jušanas) procesi arvien ir psihiski un nav iemesla īpaši to uzsvērt. Traucējumiem raksturīgs tas, ka mainās apkārtējo priekšmetu vai telpas lieluma vai formas uztvere.

Dažādi priekšmeti, piemēram, māja, koki, ielas, cilvēki, slimniekam liekas lielāki nekā parasti (makropsija), mazāki (mikropsija), pagarināti (porropsija). Tie var būt arī izkropļoti, piemēram, istabas siena sašķiebusies, grīda un griesti saliekušies, sagriezušies ap savu asi (dismegalopsija).

Atšķirībā no halucinācijām un ilūzijām slimnieks redz reāli esošus priekšmetus, tikai to forma un proporcijas ir izmainītas.[41]

Ķermeņa shēmas traucējumus bieži novēro slimniekiem, kuriem vienlaicīgi ir arī metamorfopsijas. Slimniekam ir sajūta, ka viss ķermenis vai tā atsevišķās daļas ir vai nu proporcionāli, vai neproporcionāli samazinājušās vai palielinājušās, ka ir izmainījies svars (kļuvis lielāks vai mazāks), izmainījies atsevišķu ķermeņa daļu stāvoklis telpā.[42] Totālās ķermeņa shēmas traucējumu gadījumos

---

[39] **V.E.:** Līmeņa (2) programmas no 1. līmeņa produkcijas savā izvadā ģenerē ne vienu, bet divus objektus.

[40] **V.E.:** Līmeņa (4) defekti.

[41] **V.E.:** Arī līmeņa (4) defekti. Šī līmeņa programmas ir daudzveidīgas un sarežģītas un ir pelnījušas detalizētāku aplūkošanu kādreiz nākotnē. Augstāk bija dotas divas ilustrācijas ar kaķi perspektīvā un kaķi priekšplānā. Lai kaķis tiktu novērtēts vienā gadījumā kā liels un otrā kā mazs, ir vajadzīgs iesaistīt visai sarežģītas programmas. Tajās, protams, var būt arī savi defekti. Ja šādu darbu veicošajās programmās būs defekti, tad arī tiks novērotas metamorfopsijas.

[42] **V.E.:** Kvalificēts programmētājs varētu iedomāties, kas būs vajadzīgs pašprogrammējošam kompjūteram (piemēram, robotam), lai tas varētu pārvietoties, staigāt, pastiept roku un satvert priekšmetus utt. Tur būs vajadzīga visai sarežģīta programmu sistēma, kura lokalizē apkārtējos priekšmetus (glabā informāciju par viņu savstarpējo izvietojumu); lai tas būtu iespējams, viņam nāksies ievest koordināšu sistēmu, t.i. radīt telpu, lokalizēt šajā telpā arī sevi un atsevišķas sava ķermeņa daļas, kā arī glabāt informāciju par spēkiem, kas jāpieliek, lai veiktu to vai citu kustību (piemēram, paceltu roku). Dabīgi, ka tik sarežģītā sistēmā var parādīties defekti, un tad tiks novēroti Eglīša aprakstītie simptomi. Ne vienmēr tie ir traucējumi; tā, piemēram, vienu no aprakstītajām parādībām es jaunībā novēroju pie sevis. Agrā bērnībā mani mazgāja kubulā, bet apmēram no kādu 7–8 gadu vecuma pārstāja, un es turpmāk mazgājos pilsētas pirtī (vannas mums mājās, dabīgi, nebija). Tā tas turpinājās visu skolas, studiju un

slimnieks jūt izmaiņas visā ķermenī – viss kopumā ir vai nu samazinājies, vai palielinājies, kļuvis vieglāks vai smagāks. Biežāk sastopami parciāli ķermeņa shēmas traucējumi – slimnieks jūt, ka ir izmainījusies kāda ķermeņa daļa, piemēram, roka kļuvusi īsāka, galva milzīga, šķiet, ka tūlīt atsitīsies pret griestiem, bet kājas tik garas, ka drīz nevarēs novietot gultā. Paskatoties uz sevi, redzes kontrolē radušās patoloģiskās sajūtas parasti pāriet, bet, skatienu novēršot, atkal atjaunojas. Slimniekam var arī likties, ka roka vai kāja ir atrāvusies no ķermeņa, viņš var just savu fizisko ķermeni sadalītu – blakus guļ vēl otrs tāds pats cilvēks, pie tam minētā simptoma gadījumā iekšējā psihiskā «es» šķelšanās nav.

Metamorfopsijas un ķermeņa shēmas traucējumi visbiežāk rodas paroksismāli un ir īslaicīgi, tomēr var būt arī ilgstoši. Parasti tos novēro organisku CNS slimību, kā arī šizofrēnijas gadījumos.

Emociju traucējumi

Emocijas un jūtas ir viena no reālās pasaules atspoguļojuma formām. Tās atšķirībā no uztveres atspoguļo nevis pašus priekšmetus, bet gan cilvēka attieksmi pret apkārtējiem priekšmetiem un parādībām, pret sajūtām savā ķermenī.

Pret lielāko vairumu apkārtējo priekšmetu un parādību mūsu attieksme ir vienaldzīga. Emocionāli diferencētāku attieksmi izraisa tikai tas, kas tieši vai netieši saistās ar pašu cilvēku, ar cilvēka personisko vajadzību apmierināšanu vai arī ar sabiedrības prasībām. Šie ārējie iespaidi var būt patīkami vai nepatīkami, tādēļ atbilstoši rodas gan pozitīvi emocionāli pārdzīvojumi (patika, apmierinātība, mīlestība, cieņa, prieks, uzticība, pieķeršanās), gan negatīvi emocionāli pārdzīvojumi (nepatika, neapmierinātība, dusmas, naids, nicināšana, aizdomas, skumjas, bailes). Psiholoģijā ar terminu «emocijas» apzīmē t.s. zemākās jūtas, kas saistās ar fizisko vajadzību apmierināšanu, – badu, slāpēm. «Jūtas» piemīt tikai cilvēkam, šo apzīmējumu lieto, apzīmējot ļaužu attieksmi pret pienākumu izpildi, zinātkāres apmierināšanu, skaistuma sajūtu utt. Izšķir ētiskās un estētiskās jūtas. Psihiatrijas literatūrā bieži lieto tikai vienu kopīgu apzīmējumu – emocijas.

Cilvēks nepārtraukti gan no ārpasaules, gan no sava ķermeņa saņem kā pozitīvus, tā negatīvus iespaidus, kas izraisa dažādas emocijas, piemēram, apmierinātību par paveikto darbu, interesi par drīzu tikšanos ar draugu, nepatīkamas atmiņas par strīdu veikalā, domu par iešanu pie zobārsta utt. Visas šīs jūtas kopumā veido garastāvokli, ko reizēm tēlaini apzīmē par aritmētisko vidējo no visām saņemtajām emocijām. Saņemtie iespaidi visu laiku mainās, tādēļ arī garastāvoklis arvien nedaudz mainās.

Ir cilvēki, kuri pārsvarā savā apkārtnē un sevī saskata labo un nepaļaujas negatīviem iespaidiem. Šādus cilvēkus sauc par optimistiem. Pretēji ir pesimisti, kuriem mazsvarīgi sīkumi vai pat indiferenti notikumi arvien izraisa negatīvas emocijas.

Spēcīgas, ilgstošas un pastāvīgas pozitīvās jūtas, kuras izraisa kāda noteikta nodarbošanās, kāda aizraušanās, sauc par kaislību. Tā var būt daiļrade, zinātniska darbība, literatūra, sports, makšķerēšana.

Ja garastāvokļa maiņu salīdzina ar nelielu viļņošanos, tad intensīvas, krasas vētras respektīvi spēcīgas un straujas emocionālas izmaiņas cilvēka dzīvē apzīmē par afektiem. Fizioloģiska afekta stāvoklī cilvēks saglabā varu pār sevi, netiek tik tālu satricināts, lai rīkotos aplami un neadekvāti. Toties patoloģiska afekta stāvoklī, kad sašaurinās indivīda apziņa un slimnieka rīcību vairs neietekmē doma par sekām, valda tikai viena, spilgti afektīvi piesātināta ideja – dusmas, apvainojums, pārestības sajūta, – kas arī nosaka cilvēka rīcību.[43]

---

armijas laiku – mazgāšanās notika pirtīs, bet vannu es nepazinu. Un lūk, atgriezies no armijas un pārcēlies uz Rīgu, es sāku dažreiz pie draugiem vai pie radiem mazgāties vannā (pašam man dzīvokļa ar vannu joprojām nebija). Un tad es novēroju interesantu parādību, kas katru reizi piesaistīja manu uzmanību. Ja es, mazliet pagulējis vannā, izcēlu no ūdens roku, tā momentā kļuva briesmīgi smaga – nu tik smaga, ka to pat pacelt gandrīz nevarēja. Bet pēc kādiem gadiem, kad mazgāšanās ne pirtī, bet vannā kļuva man jau par ikdienišķu lietu, tad šī parādība izzuda. Tagad es reizēm, gulēdams vannā, izceļu no ūdens roku, speciāli «ieklausīdamies» savās sajūtās un gribēdams atkal izjust to kādreizējo smagumu, – bet tā vairs nav. Manas smadzeņu programmas ir iemācījušās prognozēt spēkus, kādi būs vajadzīgi, pārvietojot roku ūdenī, un kādi – līdzko tā iznāks no ūdens. Bet toreiz, jaunībā, izaugušas un nobriedušas bez vannas, viņas to neprata – un prognozēja, ka rokas pārvietošanai gaisā būs vajadzīgs tāds pats spēks kā ūdenī (neievērojot Arhimeda likumu). Tas ilustrē «ķermeņa shēmas traucējumu» būtību.

[43] **V.E.:** Šis dalījums, protams, ir nosacīts. Emocijas ir izmaiņas cilvēka smadzeņu kompjūtera stāvoklī, tam pārorientējoties uz tā vai cita veida darbību: uzbrukumu, bēgšanu, aizstāvēšanos, briesmu beigām, pārošanos utt. Fiziski (bet no informātikas viedokļa) emocijas galvenokārt ir dažādu sliekšņu pazemināšana vai paaugstināšana pie dažādu programmu ieejām. (Piemēram, ja vienā «emocionālā stāvoklī», lai programma nostrādātu, vajag, teiksim, 300 neironu signālu, tad citā «emocionālā stāvoklī» pietiek ar 10 neironu signāliem – utt.). Smadzenes vienmēr pieņem savus lēmumus, izmantojot (ņemot vērā) to vai citu informāciju. Ja informācija par «sekām» netiek ņemta vērā, tad psihiatrs to nosauks par «patoloģisku afektu», bet ja tiek, tad par «fizioloģisku afektu». Bet visumā principiālas atšķirības nav.

Nomākts vai pacilāts garastāvoklis var būt arī veseliem cilvēkiem. Par slimību jādomā tad, ja garastāvoklis ir mainījies bez jebkāda ārēja iemesla vai arī pēc niecīga patīkama vai nepatīkama notikuma iestājas ilgstošas un dziļas garastāvokļa izmaiņas.

Hipotīmija ir nomākts garastāvoklis. Vieglākos slimības gadījumos slimnieks to jzjūt kā visiem labi zināmu sliktu garastāvokli, smagākos – pārdzīvo stipras skumjas, bēdas, bezcerību, bezizejas sajūtu. Nomāktā garastāvoklī slimniekiem reizēm rodas pašnāvības domas, tādēļ šādos stāvokļos slimniekiem jānodrošina pastāvīga uzraudzība.

Hipertīmija ir pacilāts garastāvoklis. Slimnieks izjūt labu noskaņojumu, optimismu, prieku, jautrību, ir kustīgs, aktīvs.

Hipotīmija un hipertīmija bieži ir maniakāli depresīvas psihozes un šizofrēnijas simptomi, bet šie simptomi var būt arī jebkuras citas psihiskās slimības gadījumos. Kā hipertīmijai, tā hipotīmijai var būt daudz dažādu nokrāsu, par ko minēts sindromoloģijā.

Eiforija ir pacilāts garastāvoklis ar aspontanitāti un bezdarbīgumu, slimniekam ir apmierinātība ar sevi un apkārtējiem. Visbiežāk eiforija ir raksturīgs simptoms alkohola un medikamentozas intoksikācijas un smagu organisku CNS slimību gadījumos.

Apātijas gadījumā slimnieks ir pilnīgi vienaldzīgs pret sevi, savu apkārtni, savu pašreizējo stāvokli, nākotni. Slimnieka garastāvoklis nav ne pacilāts, ne nomākts, viņš parasti ir mazkustīgs. Ja slimnieki paši sūdzas par apātiju un vienaldzību, tad tas biežāk raksturīgs hipotīmijai. Īstas apātijas gadījumos slimnieks savu stāvokli neizjūt kā nepatīkamu, tādēļ arī par to nežēlojas. Apātiju visbiežāk novēro smagu organisku CNS slimību gadījumos, kā arī dziļā šizofrēnijas defekta stāvoklī.

Disforija ir nomākts garastāvoklis ar neapmierinātību, īgnumu, ļaunumu. Slimnieki ir ļoti viegli uzbudināmi. Niecīga iemesla dēļ un pat bez tā slimniekam ir tieksme kādu aizskart, apvainot, konfliktēt. Reizēm pacienti izraisa skandālus, ir pat agresīvi. Disforiju visbiežāk novēro epilepsijas slimniekiem, hroniskiem alkoholiķiem, kā arī slimniekiem, kas ir pārcietuši galvas smadzeņu traumas.

Emociju nenoturība (labilitāte) ir izteikts garastāvokļa mainīgums. Niecīgu iemeslu dēļ garastāvoklis kļūst pacilāts vai nomākts, pie tam parasti neiestājas ne izteikta hipertīmija, ne dziļa depresija. Nedaudz pacilātā garastāvokļa epizodēs raksturīga sentimentalitāte, pārlieku jūtīgums, bet nedaudz nomāktā – raudulība.

Emocionālā truluma gadījumā slimnieks emocionāli nepārdzīvo notikumus, pret kuriem vesels cilvēks nespētu palikt vienaldzīgs. Slimnieks gan turpina interesēties par ēdienu, smēķēšanu, iet kopā ar citiem pastaigāties, bet bez emocionālas reakcijas uzklausa, piemēram, ka mājās kāds no tuviniekiem saslimis vai pat miris.

Domāšanas traucējumi

Spēja uztvert apkārtni ar sajūtu orgāniem piemīt kā cilvēkam, tā dzīvniekiem. Negaisa laikā gaismu redz arī zvēri, tāpat viņi dzird troksni, jūt lietus lāšu pieskārienus pie ādas. Bet tikai cilvēks, kuram bez spējas uztvert piemīt arī spēja domāt, var saprast, kā negaiss rodas, var to prognozēt. Dzīvniekiem, kuriem daži sajūtu orgāni ir vēl attīstītāki nekā cilvēkam, nav otrās signālsistēmas – tie nespēj ar vārdiem apzīmēt priekšmetus, redzēto. Tikai cilvēks var runāt, lietot vārdus, lai ar tiem apzīmētu priekšmetus, jēdzienus.

Jēdzieni var apzīmēt gan konkrētus priekšmetus (Zeme, Mēness), gan abstraktas parādības, ieskaitot tādas, kuras ar sajūtu orgāniem nav uztveramas, piemēram, laime, nelaime, veiksme, panākumi. Ar sajūtu orgāniem iegūtos datus tikai cilvēks var izmantot domāšanā, spriedumu veidošanā, piemēram, līdz Siguldai jābrauc vienu stundu, bet līdz Cēsīm – divas stundas. No spriedumiem tālāk var veidot slēdzienus – Cēsis ir tālāk no Rīgas nekā Sigulda.

Patoloģiskos stāvokļos domāšanas procesā rodas traucējumi. Ja patoloģija skar domu veidošanās, formēšanās procesu, tad rodas tā sauktie formālie domāšanas traucējumi. Tie var izpausties tādējādi, ka izmainās domāšanas temps, slimniekam kvantitatīvi mainās jēdzieni, mainās asociāciju saistība. Ja patoloģija izpaužas domu saturā un rodas nepareizi, patiesībai neatbilstoši spriedumi, tad ir domāšanas traucējumi pēc satura – murgi, uzmācības, pārvērtēšanas idejas u.c.

<u>Formālie domāšanas traucējumi.</u> Paātrināta domāšana. Ikvienam cilvēkam atkarībā no temperamenta ir savs individuāls domāšanas ātrums. Kā tēlaini atzīmē V. Giļjarovskis, domāšanas aktivitātes ziņā daži cilvēki sava mūža laikā nodzīvo divas un trīs dzīves, turpretī citi, kam domāšana norisinās lēni, šajā ziņā nespēj nodzīvot pat vienu dzīvi.

Arī veselam cilvēkam laba, vēl jo vairāk nedaudz pacilāta garastāvokļa periodā rodas vairāk domu, vairāk asociāciju nekā parasti. Viņam domas plūst ātrāk, cilvēks labprāt joko, viņa domāšana ir arī produktīvāka. Tādus periodus vieglāk pamana garīgā darba strādnieki, dažreiz subjektīvi tie ir

pazīstami kā «iedvesmas brīži», kad garīgais darbs, kurš iepriekš šķita ļoti sarežģīts, kļūst vienkāršs, labi sokas un vairs nesagādā nekādas grūtības.

Gadījumos, kad indivīdam ir patoloģiski intensīvāks pacilāts garastāvoklis, paātrinātā domāšana vairs nedod labvēlīgos rezultātus. Ja domāšana vēl tālāk paātrinās, tad secinājumi kļūst nepārdomāti un nav pietiekami pamatoti, kā rezultātā domāšanas produktivitāte samazinās. Šādiem slimniekiem nepārtraukti mainās domu virziens, domu temats, viņi iesākto domu vairs nevar secīgi pabeigt. Slimības sākumā pēc liekiem, nevajadzīgiem iestarpinājumiem slimnieks vēl atgriežas pie sākotnējā temata vai ārsta uzdotā jautājuma, bet vēlāk arī tas vairs nenotiek.

Uzmanības nenoturības dēļ viņš vispirms runā par vienu, tad par kaut ko citu, tad atkal maina tematu. Pie tam, slimības pirmajā periodā pārlēkšana no vienas tēmas uz otru notiek ik pēc dažiem teikumiem, vēlāk jau katrā teikumā, un beidzot slimnieks vairs nevar sakarīgi pateikt pat vienu teikumu.

Šādam slimniekam asociācijas rodas pēc redzētā, dzirdētā, nejauši pamanītā. Pāreja no viena teikuma uz otru var būt pēc vārdu saskaņas, līdzības, ritma, pēc ierastiem izteicieniem, frāzēm, kuras cilvēka dzīves laikā automatizējušās. Jāpiebilst, ka šīs jaunās asociācijas nenozīmē tīšu izvairīšanos no iesāktās tēmas, tās nav dīvainas un ir klausītājiem uztveramas. Novirzīšanās no tēmas saistās ar uzmanības nenoturību. Slimnieks katru mirkli savā apkārtnē ierauga kaut ko jaunu, ieklausās nejaušās skaņās, kas ik pēc brīža uz īsu mirkli novirza slimnieka uzmanību no runas galvenās tēmas. Slimniekiem asociācijas var vadīt ar jautājumiem. Kā liecina pats termins, paātrināta domāšana apzīmē asociatīvā procesa tempa izmaiņas. Ja šis temps ir tik straujš, ka sākas nemērķtiecīgas atkāpes no galvenā virziena, tad to apzīmē par domu skraidīšanu, bet, ja ir galējs tempa sakāpinājums, – par domu virpuli.

> Slimniece runā: «Manā māja ir liels haoss. Manas vedeklas bērni mani sauc par traku. Es vislabāk ēdu olas, jo tās ir apaļas, nekā pienu. Palūkojiet, kāds man nags! Vajag nogriezt ar knaiblēm. Mans vīrs nopirka knaibles, es pēc vannas nokniebu. Mana draudzene bija vecmāte, bet viņas vīrs akls un kurls. Viņš viņu sita. Dod buču. Mani mācīja dziedāt septiņus gadus: «Kumeliņi, kumeliņi». Redziet, kāds nags. Es taisu manikīru pati. «Mēness starus stīgo». Manai mammai dod dzert urodānu. Man ir dilonis. Palūko kaklu, vai nav vēzis? Cik maksā šlipse? Manam vīram ir gaiši lillā pletkrekls. Man patīk jūsu mati. Man nogrieza matus. Rozīte atnesa lakatu un ābolu – balto dzidro, ir vēl rožābele un blakus pumpis. Mana vedekla visai ģimenei mazgā veļu. Manam vīram vismīļākās ir bikses, ko pāršuva no mana mēteļa. Vīrs ir miris. Cik rāda jūsu pulkstenis?»

Radušos stāvokli paši slimnieki neuzskata par slimīgu. Galvā viņiem arvien ir daudz domu, tās plūst ātri. Slimnieki runā ātri un visus vārdus pat nepaspēj skaidri izteikt vai arī izlaiž vārdus un veselus teikumus, tāpēc stāstījums vietām kļūst nesaprotams (t.s. telegrāfa stils).

Paātrināta domāšana ir pavirša, virspusīga. Ja arī šāds slimnieks pasaka kādu atsevišķu trāpīgu novērojumu vai asprātību, tad visumā teiktajam dziļas vērtības nav un kaut cik pamatotus secinājumus viņš neizsaka.

Cilvēki ar patoloģiski pacilātu garastāvokli un domu skraidīšanu savā runā pavājinātā aiztures procesa un kritikas trūkuma dēļ nereti ir vulgāri, netaktiski, aizskaroši. Viņi bieži izsaka tādas domas un vērtējumus, kādas vesels cilvēks, ja arī iedomātos, skaļi nepateiktu.

Palēnināta domāšana ir pretējs stāvoklis paātrinātai domāšanai. Tā visbiežāk rodas slimniekam ar nomāktu garastāvokli. Slimības smagos gadījumos domas rit ļoti lēni, asociāciju rodas maz un tās veidojas tik gausi, ka slimnieks pat uz visvienkāršākajiem jautājumiem atbild ar lielām grūtībām, nemāk saistīti izstāstīt pat savas sūdzības, anamnēzi. Slimnieks uz jautājumiem atbild tikai tad, ja tie formulēti iespējami īsi un vienkārši, uz garākiem, sarežģītākiem jautājumiem, uz kuriem nevar atbildēt ar vienu vārdu, slimnieks neatbild.

Šādu slimnieka stāvokli var pat kļūdaini uzskatīt par plānprātību, ja asociāciju gausuma un to trūkuma dēļ slimnieks nespēj pastāstīt svarīgus un šķietami elementārus faktus – kad sākusies slimība, kā slimnieks izmeklēts, kādu ārstēšanu saņēmis un kāpēc nosūtīts uz psihiatrisko slimnīcu.

Mazāk izteikta palēnināta domāšana novērojama nedaudz nomāktā garastāvoklī, arī nogurumā. To vieglāk pamana garīga darba strādnieki.

> Kāds lektors, kuram bija viegla depresija, stāstīja, ka, rodoties domāšanas traucējumiem, sākumā lekciju kvalitāte nemainījās, bet viņam apzināti bija jāraksta garāki un pilnīgāki konspekti, jo bez tiem bija grūti radīt vajadzīgās asociācijas. Kāds šahists, kam bija depresija, sūdzējās, ka viņš cieš no fantāzijas trūkuma – viņam vairs nerodoties negaidītākas idejas un neparastāki plāni. Viņš varot izdarīt tikai tipiskākos un acīm redzamākos gājienus, biežāk gadoties ārēji nesaprotamas pārskatīšanās, rupjas kļūdas.

Iepriekšminētie domāšanas traucējumi iestājas galvenokārt izmainīta garastāvokļa gadījumos, un tie jāatšķir no tām izmaiņām domāšanā, kuras pārsvarā rodas slimniekiem ar organiskām CNS slimībām – asinsvadu patoloģijām un atrofiskiem procesiem.

Arī veseliem cilvēkiem ir dažāds (normas varianti!) domāšanas temps, atšķirīga vispārzināmo jēdzienu uztveres spēja, mazāks vai lielāks vārdu krājums. Mazs vārdu krājums ir maz attīstītiem cilvēkiem, kuri parasti nespēj arī sīkāk diferencēt atsevišķus jēdzienus, apzīmējumus, piemēram, «tasi» no «krūzītes».

Ja pacientam zināmo jēdzienu daudzums samazinās dzīves laikā, tad jādomā, ka veidojas t.s. iegūtā plānprātība, sākas slimība. Grūtības atrast pareizos priekšmetu nosaukumus (t.s. afāzijas) ir slimniekiem, kam ir lokāli perēkļa bojājumi smadzenēs. Kad slimnieks vairs nevar pareizi nosaukt parādītos priekšmetus, viņš tos apzīmē aprakstoši – «zīmulis» vietā saka «ar to raksta», «atslēga» – «ko durvis slēgt», «puķe» – «tas, kas aug».

5. att. Pārliecīga detalizācija slimnieka zīmējumā patoloģiski pamatīgas domāšanas gadījumā (autora novērojums).

Patoloģiski pamatīgas domāšanas gadījumos slimniekam ir grūtības pārslēgties no viena temata uz otru. Slimniekam viss ir vienādi svarīgs (5. att.), piemēram, viņa stāstījumā ir daudzas liekas, nesvarīgas un nevajadzīgas atkāpes, maznozīmīgas detaļas, traucējoši sīkumi. Pat uz vienkāršiem jautājumiem šādi slimnieki nespēj atbildēt īsi un skaidri, bez plaša un detalizēta izklāsta.

Patoloģiski pamatīga domāšana raksturīga epilepsijas, aterosklerozes un citu organisku CNS slimību gadījumos, kā arī debiliem slimniekiem.

> «Viņš tā starp citu apjautājās – kas tad man galu galā esot uz sirds? Nu es viņam parādīju rasējumus, un viņš visu izskatīja, jo tur patiešām nebija nekas nesaprotams, jo tur viss mērogā zīmēts. Tur, protams, viena otra papildzīmējuma pietrūka, bet viss bija uzskatāmi, galvenais, visa tā lieta bija elementāri vienkārša. Projekts bija rekomendēts, rekomendēts eksperimentam, bet neviens nebija uzņēmies garantiju, ka tas eksperiments būs sekmīgs, vārdu sakot, izdevies. Un te no tās augstākās iestādes, kā viņi teicās, ka Rīgā šī esot augstākā iestāde, šitais arī netiek garantēts. Es jau būtu apmierināts, bet tur bija uzrādīta kāda cita konstrukcija, kas esot it kā vēl labāka. Mans priekšā liktais vēl varētu Rīgai būt noderīgs, ja Rīga to uzskatītu par lietderīgu, bet plašai rekomendācijai viņš nederot. Man tā rekomendācija nebija vajadzīga, bet mani ieinteresēja, kas tad tur ir tas labākais».

Perseverācija ir tad, ja slimnieks nobeigtā stāstījuma (atbildes) elementus vēl un vēl iesprauž nevietā jaunajā, iesāktajā tēmā, kaut arī tur tie ir lieki un nevietā. Atsevišķos gadījumos tas ir iemesls, kādēļ nevar sekot sarunai. Šais gadījumos uz ārsta uzdotajiem jautājumiem par dažādām tēmām pacients «iestrēgst» pirmajā no tiem, piedāvātai domu gaitai nespēj izsekot, kā rezultātā visu laiku nevietā atbild vienu un to pašu vārdu, teikumu vai runā par vienu un to pašu tēmu. Vieglākos slimības gadījumos uz vairākiem atšķirīgiem jautājumiem atbildes pēc formas gan ir atšķirīgas, tomēr satura ziņā tajās ir izteikta viena, iepriekš iesāktā doma.

> Kā jūs sauc? – Kalniņš. Par ko jūs sūdzaties? – Kalniņš. Cik jums gadu? – Kalniņš.

Par ko jūs agrāk strādājāt? – Es biju dzelzceļnieks. No kura laika jūs esat pensijā? – Es ilgi strādāju uz dzelzceļa. Kur jūs tagad dzīvojat? – Es visu laiku strādāju par dzelzceļnieku.

Saraustīta domāšana visbiežāk sastopama šizofrēnijas gadījumos. Slimnieka domāšanā un runā ir īpatnējas, veselam cilvēkam negaidītas un nesaprotamas asociācijas. Vieglākos slimības gadījumos slimnieka runā ir neparasta un negaidīta pāreja no vienas tēmas uz otru, ar grūtībām var izprast pāreju no viena teikuma uz otru. Smagākos slimībās gadījumos šādas pārejas vispār vairs nav. Sākumā teikumu atsevišķo daļu gramatiski pareizais veidojums var radīt iespaidu, ka slimnieks runā sakarīgi, bet jau pēc pāris teikumiem klausītājs apjūk, jo nekā nevar saprast. Atsevišķos gadījumos šādi slimnieki var maldīgi atstāt gudru cilvēku iespaidu, kuru sarežģītās domas pārējiem šķiet «nepieejamas».

«Literatūra kopsummā ir uzskatīta kā raugs cilvēces miesā. Individuālā literatūra, individuāli psiholoģiskā literatūra virza atsevišķu indivīdu, lai viņš dzīvotu dzīvoklī vai savā mājā un viņam apkārt skanētu sava bērna iepriecinošie smiekli un sievas gādība, un nevis bērna smiekli, kas liek tēvam nepatīkami saraukties... ak kungs, kāds man tas dēls... tātad literatūra ir tā, kad jau ar pirmo skolas soli un pirmsskolas bērnudārzā un visur citās iestādēs, kas virza bērnu psiholoģiju par spēcīgu indivīdu...»

«Reālu spēku neizpētīt līdz galam, kā to var izmantot. Tā būtu apbrīnojama, bet nožēlojama apātija. Ja zinātnieki to neņemtos izpētīt, gan no lieciniekiem, kas šo spēku sevī pārdzīvojuši, gan no manuskriptiem vēsturiskas grāmatas, gan arī paši taisot prāta slēdzienus».

Saraustīta domāšana atšķiras no paātrinātas domāšanas ar to, ka stāstījuma temps var palikt neizmainīts. Pie tam paātrināta domāšana ir psiholoģiski saprotama, t.i., nav grūti saprast, par ko slimnieks runā, turpretī saraustītas domāšanas gadījumos teikto saprast nav iespējams. Ārēji slimnieki ar saraustītu domāšanu ir mierīgi, citu slimnieku vidū neizceļas.

Reizēm, apzīmējot slimnieka domāšanu, uzvedību, spriedumus vai rīcību, lieto vārdu dīvains, ar to apzīmējot psihisko slimnieku neparastās, veselam cilvēkam nesaprotamās, negaidītās, neproduktīvās asociācijas. Šis apzīmējums tātad attiecināms uz domāšanas defektu, un par dīvainībām nevar saukt neparastu, oriģinālu, negaidītu, bet reizē vērtīgu jaunu ideju, pozitīvu domu, atklājumu. Katrā ziņā jābrīdina būt uzmanīgiem ar apzīmējumu «dīvains, nesaprotams, jocīgs, savāds» lietošanu, lai šādi nekvalificētu visu, kas pirmajā brīdī klausītājam vai lasītājam nav saprotams, lai par «savādiem» neuzskatītu visus cilvēkus, kuri ar savu izskatu, uzvedību vai domāšanu kaut kā atšķiras no iedomātās vienkāršotās «normas». Šajā gadījumā «dīvainības» izdosies saskatīt gandrīz visur, kur vien vērtētājs to vēlēsies, piemēram, cilvēks, kas pieradis pavadīt vakarus bibliotēkā, par savādniekiem uzskatīs tos, kuri brīvā laikā noskatās katru filmu un teātra izrādi – un otrādi.

Arī vērtējumā «dīvains» subjektīvas atkāpes nav pieļaujamas. Tāpat kā halucinācijas, ilūzijas, murgi, šis simptoms ir objektīvs un vienam un tam pašam slimniekam to atradīs visi kvalificēti psihiatri neatkarīgi no viņu personiskajiem uzskatiem.

Kāda slimniece vienmēr sev izvēlējās dažādu «modes laikmetu» apģērbu savākumu. Kāds slimnieks savā komunālā dzīvokļa istabā sāka turēt vistu, lai ēstu lētas olas, bet cits slimnieks «nodarbojās» ar izgudrošanu, bet tad, bez kāda īpaša iemesla aizgāja par to apspriesties ar psihiatru, pie tam pats nevarēja pastāstīt, kāpēc tieši nācis.

Slimnieka runā reizēm sastopami neoloģismi – «jaunvārdi», kas atšķirībā no daiļliteratūras jaunvārdiem radīti psihiski patoloģiskā stāvoklī, neievērojot valodas likumus. Neoloģismi ir neparasti, negaidīti, savādi vārdi, tie nebagātina valodu un nereti saprotami tikai pašam slimniekam. Tie tiek pielietoti kāda stāstījuma laikā, bet nekļūst par pastāvīgu leksikas sastāvdaļu.

Mani «izkompromitēja» no istabas... «nošlipsēt» (pakārt)... «bezzarnieki», «strāvnieki».

Neoloģismi visbiežāk novērojami šizofrēnijas slimniekiem, kuri tādējādi apraksta savu stāvokli vai izjūtas, kuras subjektīvi ir tik neparastas, ka ar parastiem vārdiem slimnieki tās nespēj izteikt. Neoloģismi var būt arī neparastu asociāciju veidošanās rezultāts.

Simboliska domāšana ir tad, ja ir mainījies parasto apzīmējumu saturs, mainījušies tēli, ja apzīmējumi ieguvuši citu jēgu, piemēram, ar enkuru apzīmējot uzticību.

Patoloģijas gadījumā, visbiežāk šizofrēnijas slimniekiem, simboli kļūst neparasti, savādi un veselam cilvēkam nesaprotami. Slimnieks reizēm lieto «jaunvārdus», kuri simboliski it kā satur citu, pārnestu nozīmi. Daži pacienti izdara dažādas kustības, kurām viņi piešķir īpatnēju nozīmi.

«Vārds Karmena – nozīmē «gar mani». Karmena ir čigānietes vārds, kura gribēja, lai Hozē paietu viņai garām, tātad viņai jau bija cits kaut kas prātā. Lūdzu, paej garām! Un «Aīda» ir – aidā! Tas ir, krievu galotnes apstiprinoši – da un angļu valodā ai – cilvēka acis. Ar to jau tad ir pateikts viss».

«Emancipācija sastāv no e, man, cipa a acij – tas ir, emancipācija ir sievietes acu nervu refleksi, patīkamais un nepatīkamais attiecīgā mīlas un dzīves partnera izvēlē».

«Apskatīšu formu «trīsstūris». Tas ir tik bieži pieminēts, ka tur noteikti jābūt kādai jēgai. Ja jau trīsstūra forma ir saglabājusies cauri gadu tūkstošiem, tad tai jābūt neaptverami plašai».

Rezonēšana ir slimnieka tukša, neauglīga spriedelēšana par banālām tēmām, par kurām nemaz nebūtu vērts runāt. Izteicieni bieži veidoti nevajadzīgi «augstā stilā», tajos nav izteikts skaidrs konkrēts saturs, un tie neļauj izdarīt noteiktus secinājumus, tādēļ domāšana ir neproduktīva. Slimnieks teikumus veido gramatiski pareizi, bet garās atbildes pat uz visvienkāršākajiem jautājumiem nesatur vajadzīgos faktus, un tādēļ saprašanās ar slimnieku ir apgrūtināta. Klausītājs nevar uztvert vadošo ideju, nevar atrast galveno domu.

«Zinātne, mašīnas, mājas. Viss, kas veido mūsdienu cilvēku, sasniegts, pateicoties emocijām. Gribētu šo rakstīto sīkāk paskaidrot. Sāksim no sākuma. Bet kur ir sākums? Mēs to nezinām. Bet atcerēsimies, ka emocijas ir cilvēks. Tātad jārunā par cilvēku. Kur sākas cilvēks? Arī to mēs nevaram pateikt. Tādēļ iedomāsimies kaut vai pirmcilvēku. Kādas emocijas viņam bija? Izsalkums, dzīvības saglabāšanas instinkts – galvenie instinkti. Šie instinkti vēlāk sazarojās. Piemēram, no izsalkuma radās divi galvenie instinkti».

«Lai labāk un pilnīgāk stādītos priekšā vienmērīgu ķermeņa vai sistēmu kustību, mums iepriekš jāapskata sekojošais – kāda starpība ir starp priekšmetiem un sistēmām, jo sevišķi tādēļ, ka mēs ļoti bieži minējām un runājām par to, ka jebkurš priekšmets jāapskata kā sistēma, bet sistēma kā vienots priekšmets kopā ar visiem saviem priekšmetiem, kas ietilpst dotajā sistēmā. Var droši teikt, ka tajā visā nekādas starpības nav. Sistēmai, tāpat kā priekšmetiem, ir simetrijas punkts visā savā masā, un, kā mēs vēlāk pierādīsim, – šis ir simetrijas punkts visai sistēmai – tas ir sistēmas centrs, un visu, kas attiecas uz priekšmetu, var attiecināt uz sistēmu, tas ir, sistēmu uzskatot kā vienu veselu priekšmetu ar visām tajā ietilpstošajām sistēmām».

Paraloģiska domāšana raksturīga šizofrēnijas slimniekiem. Šai gadījumā traucējumi ir ne tikai loģisku spriedumu veidošanā, bet atšķirībā no plānprātības slimniekiem rodas jauna, tieši psihiskiem slimniekiem raksturīga patoloģiska loģika («greizā loģika»), kurā gan daļēji ir izmantota veselu cilvēku loģika, bet rezultātā rodas aplams, nepareizs secinājums.

Piemēram, slimnieks uz jautājumu par viņa nodomiem pēc izrakstīšanās no slimnīcas atbild, ka viņš nodomājis iestāties augstskolā un mācīties par psihiatru. Īstenībā tomēr slimnieks mācās pēdējā kursā tirdzniecības tehnikumā un viņam nav pat nepieciešamās vidējās izglītības, lai iestātos augstskolā.

<u>Domāšanas traucējumi pēc satura.</u> Murgu idejas. Psihiatrijā ar terminu «murgi» (lieto tikai daudzskaitlī) apzīmē noteiktu domāšanas patoloģijas formu, un tiem nav nekāda sakara ar miegu un gulēšanu atšķirībā no sadzīvē lietojamā apzīmējuma. Murgi ir viens no visbiežāk sastopamajiem un visraksturīgākajiem psihisko slimību simptomiem. Atšķirībā no formālajiem domāšanas traucējumiem murgu gadījumā ir patoloģija izteikto domu saturā.

Kādi ir murgu kritēriji? Kādi domāšanas traucējumi liecina par murgiem?

Ikdienā nereti jādzird viena un tā paša notikuma dažāds atstāstījums, reizēm pat neprecīzi, nepareizi, pat pārsteidzoši aplami un patiesībai neatbilstoši faktu vērtējumi. Nepakavējoties pie gadījumiem, kad teiktais ir apzināti meli, zinām, ka kļūdas spriedumos gadās katram, ka tās var palikt nepamanītas pat zinātniskos pētījumos. Tomēr, ja nepareizās domas izteikuši psihiski veseli cilvēki, viņi, kaut arī varbūt ar nepatiku, tomēr pieņems iebildumus, piekritīs pamatotiem aizrādījumiem un atzīs savu maldīšanos. Pat tajos gadījumos, kad «autoritāte» savu kļūdu klaji neatzīst, viņa iekšējā attieksme pret kļūdaino spriedumu mainīsies.

<u>Murgu idejas</u> ir īstenībai neatbilstošas aplamas domas, pie tam ar vispilnīgākajiem un motivētākajiem iebildumiem slimnieks par savu maldīšanos nav pārliecināms. Atsevišķas murgu idejas kopumā veido <u>murgus</u>.

Senos laikos veseli un saprātīgi cilvēki ticēja, ka zemeslode balstās uz ziloņiem, ka tārpi rodas no gaisa, ka debesīs dzīvo dievs, ka ir aizkapa dzīve. Arī mūsu laikmetā, kad zinātne nepārtraukti attīstās un papildinās ar jauniem datiem, neapstiprināto hipotēžu vietā tiek izvirzītas citas hipotēzes, pie tam kļūdaino hipotēžu autori nav psihiski slimi un viņu izteiktās domas nav murgi.

Murgi rodas konkrētam slimam cilvēkam. Murgi nav kolektīva maldīšanās, zinātnes nepilnības, māņticība, reliģija. Slimu cilvēku murgu saturā var būt māņticības, reliģijas elementi, un, lai gan formas

ziņā tie ir līdzīgi vesela cilvēka māņticībai, reliģijai, tomēr īstenībā tā ir kvalitatīvi atšķirīga, slimīga parādība.

Svarīgāka par nepareizo domu izteikšanu ir paša cilvēka attieksme pret aplamajām domām, kura izpaužas slimnieka uzvedībā. Slimnieki ne tikai nav pārliecināmi par sava pieņēmuma aplamību un nepiekrīt nekādiem argumentiem un loģiskiem pierādījumiem, bet arī atbilstoši savām murgu idejām aktīvi rīkojas. Šādu slimnieku rīcību sauc par murgainu uzvedību.

> Slimnieks, kuram liekas, ka viņš ir atklājis jaunu paņēmienu vēža ārstēšanā, griežas zinātniskajās iestādēs pēc atbalsta, prasa izdarīt pārbaudes un ieviest viņa atklājumus praksē. Slimnieks, kurš ir pārliecināts, ka slimo ar kādu iekšķīgu kaiti, nepārtraukti iet pie ārstiem. Slimnieki, kuri domā, ka viņus indē kaimiņi, pieberot ēdienam indīgas vielas, sūdzas namu pārvaldē, tiesā, milicijā, redakcijās. Kāds slimnieks piedāvāja ārstam psihiatram kopīgi iekārtot vivāriju un sākt eksperimentus ar suņiem, lai apstiprinātu «jaunatklāto teoriju» par «dzimumsajūtu pārraidīšanu no attāluma».

Murgi ar laiku kļūst par slimnieka centrālo un vienīgo domāšanas tēmu, pacients gandrīz pilnīgi pārstāj par kaut ko citu interesēties.

Slimnieks ar aizdomām, ka kaimiņi viņam bojā produktus, gatavojot ēdienu neatiet no katla, pārtiku neglabā pieliekamajā, bet pārnes uz istabu, sākumā atkārtoti maina dzīvokļa atslēgas, bet tad pieliek uzreiz vairākas atslēgas vai arī, izejot no mājas, visur nēsā sev līdzi somā produktus un drēbes.

Slimnieks, kuram šķiet, ka nodaļā pret viņu slikti izturas, baidās iziet no savas istabas koridorā, izvairās no «aizdomīgiem» slimniekiem vai personāla. Pacients, kuram liekas, ka viņu indē, atsakās no ēdiena, nedzer zāles vai arī tās tikai ieņem mutē un, personālam nemanot, izspļauj. (Šādos gadījumos slimniekiem medikamenti jānozīmē injekcijās vai šķīdumā, īpaši jāseko, lai slimnieks zāles norītu.)

Atsevišķos gadījumos murgu rezultātā slimnieks var rīkoties agresīvi, pārkāpt likumu vai izdarīt pašnāvību.

Visbiežāk slimnieks, kuram ir murgi, ir aktīvs un rīkojas saskaņā ar nepareizajām domām, tomēr ir arī diezgan daudz tādu pacientu (pārsvarā ar hronisku šizofrēniju), kuri savas domas slēpj un par tām pat izjautāti nestāsta (disimulē). Dažreiz tikai pēc gadiem atklājas, ka komunālā dzīvokļa īrnieks ir bijis pārliecībā, ka pārējie īrnieki pret viņu slikti izturas, viņu novēro un bojā viņa produktus. Cits slimnieks uzskata sevi par izgudrotāju, uzraksta daudz «zinātnisku darbu» un tomēr tos nevienam nesūta. Tikai pēc viņa stacionēšanas atrod ar manuskriptiem pārpildītas rakstāmgalda atvilktnes.

Lai precīzāk raksturotu dažāda satura murgus, izdala vairākas grupas. Dalījums ir nosacīts, jo bez tipiskākajiem un raksturīgākajiem gadījumiem ir ļoti daudz pārejas variantu, pie tam murgi vienam un tam pašam slimniekam nereti slimības gaitā mainās.

Izdala interpretatīvus jeb ideatorus murgus un tiem pretstatā tēlainus murgus, sistematizētus murgus un haotiskus murgus, norobežotus murgus un difūzus murgus, ikdienišķus murgus un fantastiskus murgus.

Interpretatīvi murgi. Slimnieks savas murgu domas sīki un detalizēti pamato, radot arvien jaunus un jaunus secinājumus. Tomēr šie secinājumi ir nepareizi, jo slimnieks patoloģiskajā stāvoklī piekrīt tikai tiem faktiem un pierādījumiem, kas viņa radīto murgu sistēmu apstiprina. Tiem faktiem un pamatojumiem, kuri ar murgiem ir pretrunā, viņš nevar piekrist.

Ārēji viss ir it kā loģiski pamatots, bet īstenībā runa ir par t.s. greizo loģiku. Sarunas ar ārstiem, profesoru konsultācijas slimniekus nepārliecina, jo nekādi fakti un pārliecinājumi paši par sevi murgus nelikvidē. Zināms, piemēram, ka Ļ. Tolstojs, viesojoties pie kāda sava paziņas psihiatriskajā slimnīcā, visu dienu mēģinājis pēdējo pārliecināt par slimīgo domu aplamību. Tomēr arī tik ilga saruna ar autoritatīvu personu rezultātus nedeva.

Pēc satura interpretatīvie murgi ir daudzveidīgi. Bieži sastopami pacienti, kuri uzskata, ka ir slimi ar smagu vai pat neizārstējamu slimību, visbiežāk vēzi, staru slimību, leikozi, sifilisu (hipohondriskie murgi). Citi slimnieki ir pārliecināti, ka atraduši jaunu teoriju par Zemes izcelšanos, atklājuši agrāk nepazītas ārstniecības metodes, radījuši tehniskus jauninājumus (izgudrošanas murgi). Nereti vīriešiem, visbiežāk hroniskiem alkoholiķiem, ir greizsirdības murgi – slimnieki ir pārliecināti, ka dzīvesbiedre kļuvusi neuzticīga.

Dažiem slimniekiem, biežāk sievietēm, liekas, ka viņās ir iemīlējušies ievērojami aktieri, mākslinieki, valsts darbinieki, kuri tikai dažādu, no pašiem neatkarīgu nelabvēlīgu apstākļu dēļ nevarot atklāt slimniecēm savas jūtas (iemīlēšanās murgi). Involūcijas un senilā periodā (arī biežāk sievietēm) raksturīgi ir kaitēšanas murgi, kad slimnieki domā, ka komunālā dzīvokļa kaimiņi viņus apzog, bojā viņu produktus un lietas. Ja slimnieki ir pārliecināti, ka viņiem seko dažādi cilvēki vai veselas organizācijas, tad tie ir vajāšanas murgi.

Tēlaino murgu gadījumos slimnieka apgalvojumiem trūkst sistematizētu, ar «greizo loģiku» pamatotu sīku pierādījumu. Slimnieki uzreiz «saprot» un «zina», kas notiek ar viņiem vai apkārtni, «saprot» īstenībā indiferento un nenozīmīgo faktu «apslēpto nozīmi», pie tam loģiski paskaidrot savas domas viņi nevar.

> Slimnieks, braucot vilcienā, uzreiz «pazīst» pretī sēdošajā vīrietī noziedznieku, kas gatavojas viņu nogalināt un aplaupīt. Viņš grib meklēt palīdzību blakus kupejā, bet arī tur ir pārģērbti bandīti – «visi tur rokas kabatās, kurās ir paslēpti naži, bet ceļa somās ievietoti noslepkavoto upuru līķi». Slimnieks, redzot, kā kūp rūpnīcas dūmenis, ir pārliecināts, ka «tur sadedzina mirušos»...

Atšķirībā no halucinācijām murgu gadījumā slimnieks redz reālus cilvēkus, ceļa somas, staciju, bet tajā pašā laikā īstenībā indiferentā situācijā saskata sev draudus.

Slimnieks visapkārt «redz» notikumus, kuri viņam ir ļoti aktuāli un nozīmīgi. Slimniekam šķiet, ka cilvēki, kas reizē ar viņu atrodas nodaļā, ir kaut kur redzēti, pazīstami, ir pat viņa radinieki. Var būt arī pretējs stāvoklis – slimniekam īstie radinieki, kas atnākuši viņu apmeklēt, liekas sveši, tikai nogrimēti un pārģērbušies, lai izskatītos pēc tuviniekiem. Dažiem slimniekiem liekas, ka pārējie pacienti nemaz nav slimnieki, ka īstenībā nav arī slimnīcas un ka visa apkārtējā situācija ir speciāli inscenēta, mākslīgi radīta, tiek spēlēta, ka visapkārt notiek īpaši, slimniekam vien domāti notikumi (slimnieka psihisko spēju pārbaude, kinofilmas uzņemšana, teātris, kosmiskā kuģa palaišana, atomkarš) – inscenēšanas jeb intermetamorfozes murgi.

Terminoloģiski ar vienu un to pašu vārdu reizēm apzīmē gan interpretatīvos, gan tēlainos murgus. Tādā gadījumā murgu saturs vērtējams atkarībā no situācijas, kādā tie radušies. Piemēram, iedarbības murgi ir interpretatīvi, ja slimnieks uzskata, ka no kaimiņa dzīvokļa caur sienu ar aparātiem katru vakaru telpā ievada indīgas gāzes, kuru iedarbības rezultātā slimniekam rodas sirdsdarbības traucējumi. Iedarbības murgi ir tēlaini, ja slimnieks pēkšņi «jūt», ka vilcienā viņu hipnotizē pretī sēdošais cilvēks.

Interpretatīvie murgi parasti ir sistematizēti, viens secinājums «loģiski» izriet no otra. Murgiem progresējot, to tematika paplašinās un tajos tiek iesaistītas arvien jaunas personas. Sākumā slimnieks stāsta, ka pret viņu nelabvēlīgi izturas tikai dzīvokļa kaimiņiene, bet vēlāk «ļaundaru» kļūst arvien vairāk. Ielas burzmā slimniekam nejauši uzgrūdies pretimnācējs – tātad kaimiņiene uzpirkusi cilvēkus, lai viņu nogalinātu, pagrūžot zem mašīnas; sieva piedāvājusi konfektes, pēc kurām sāpējis vēders, – tātad arī sieva piedalās indēšanā.

Tēlainie murgi parasti ir haotiski, un aplamie secinājumi nav apvienojami vienā šķietami loģiskā sistēmā. Slimnieks, kurš stacionēts nodaļā, «saprot», ka ir ielikts cietumā, viņu gatavojoties pieslēgt elektronu aparātam vai arī sūtīt kosmosā, apkārtējie cilvēki esot aktieri, bet starp svešiem cilvēkiem slimnieks «pazīst» ievērojamus ļaudis.

Ar tēlainiem murgiem nereti sākas akūtas psihozes. Sākumā slimnieks ir apjucis, mēģina izprast, kas ar viņu notiek, lūdz paskaidrot, vai viņš nav saslimis, vai tas, ko viņš domā, tiešām ir patiesība, bet vēlāk kritika zūd un slimnieks pilnīgi nonāk murgu varā.

Interpretatīvie sistematizētie murgi parasti ir norobežoti un biežāk atrodami hronisku slimību gadījumos. Tautā saka, ka ar šādu cilvēku var saprātīgi runāt par visu, ja tikai neskar «vienu slimo punktu». Slimnieks nespēj pareizi spriest tikai par tēmu, kas saistās ar murgiem, – par sievas neuzticību, indēšanu, it kā nelabvēlīgu situāciju dzīvoklī, par saviem šķietami nozīmīgajiem izgudrojumiem. Šādās tēmās nekāda aplamo domu korekcija nav iedomājama.

Tēlainie haotiskie murgi parasti ir difūzi un pārņem visu slimnieka personību. Lai kur arī slimnieks ietu, lai ar ko arī satiktos un par ko runātu, viņš visu uztver murgu plānā. Cilvēki, ar kuriem pacients uzsāk sarunas, viņam liekas ārzemju spiegi vai drošības dienesta darbinieki, nejauši garāmgājēji viņam speciāli sekojot, pa ceļu braucošā mašīnā esot iekārtota elektroniskā aparatūra, ar kuru lasot viņa domas, bet vīrietis, kas nejauši paskatījies no ielas pretējās puses, esot apveltīts ar hipnozes spējām un izraisījis slimniekam durošas sāpes galvā.

Pēc satura murgi var būt ikdienišķi un fantastiski. Ikdienišķo murgu fabula (tematika) ir tuva patiesībai, reāli iespējamām konflikta situācijām. Tā rodas slimnieku sūdzības par sievas neuzticību, par kaimiņiem, kas bojājot produktus, stāsti par paša izgudrojumiem. Pretēji ir fantastiskie murgi, kuru saturā ir nereālas, pasakām līdzīgas tēmas. Tad pacients apgalvo, ka saņemot ziņas no Mēness, sarunājoties ar Sauli, no mākslīgajiem Zemes pavadoņiem jūtot iedarbību uz sirdi, pats izlemjot pasaules kara un miera likteņus, vadot kaujas darbības citos kontinentos, esot pats pirmais cilvēks uz Zemes, valsts un pasauļu virspavēlnieks.

Izteiktas patoloģiskas garastāvokļa izmaiņas, intensīva mānija vai depresija ir afektīvo murgu pamatā. Maniakālā stāvoklī ikdienišķs grāmatvedis sauc sevi par olimpisko čempionu, neparasti

talantīgu mākslinieku, izgudrotāju, zinātnieku, bet depresijā – par noziedznieku, netiklu cilvēku, pārmet sev, ka nav rūpējies par ģimeni, slikti darījis darbu un tāpēc esot pelnījis bargu sodu.

Pēc neskaidras apziņas stāvokļa, piemēram, alkohola delīrija, beigšanās slimnieks nākošajā dienā, būdams jau pie skaidras apziņas, vēl var apgalvot, ka iepriekšējā naktī viņam tiešām esot uzbrukuši ļaundari un ap māju pulcējušās aizdomīgas personas, kas gribējušas viņu nogalināt. Šīs, no bijušās psihozes saglabājušās vienīgās nepareizās domas sauc par reziduāliem murgiem. Kaut gan terminoloģiski tas nav īsti precīzi, tomēr par reziduāliem murgiem parasti runā arī tajos šizofrēnijas gadījumos, kad slimnieks pēc pārciesta psihotiska stāvokļa pret kādu iepriekšējo murgaino pārdzīvojumu periodu izturas gan nepietiekami kritiski, bet bez iepriekšējās aktivitātes. Slimnieki, piemēram, vēl pēc izrakstīšanās no slimnīcas domā, ka agrāk tiešām viņus esot vajājusi kāda organizācija vai sieva tiešām esot bijusi neuzticīga, tomēr šīs domas viņiem vairs nav dominējošās.

Murgu tematika zināmā mērā saistās ar slimnieku individualitāti. Plānprātīgam slimniekam nevar būt sistematizēti izgudrošanas murgi, jo viņa domāšanas spējas ir pārāk nabadzīgas, vajāšanas sistēma viņam ir elementāra, pierādījumi trūcīgi. Iegūtās plānprātības gadījumos (hroniskiem alkoholiķiem, aterosklerozes slimniekiem) murgu saturs dinamiski mainās. Sākumā murgi ir tuvi patiesībai, ar detalizētu pierādījumu sistēmu, bet vēlāk kļūst aplami, muļķīgi. Slimniekam sāk likties, ka sievas mīļākais ir zēns, gadus 40–50 jaunāks par dzīvesbiedri, vai arī šķiet, ka sieva paspējusi kļūt neuzticīga pārpildītā tramvajā, kamēr vīrs atstājis viņu vienu un aizgājis līdz vadītāja kabīnei samainīt sīknaudu.

No murgiem jādiferencē pārvērtēšanas idejas. Visiem zināms, ka arī veseli cilvēki atkarībā no garastāvokļa atšķirīgi vērtē vienu un to pašu situāciju, notikumus, arī savas spējas. Labā garastāvoklī cilvēks ir optimists, bet nomāktā garastāvoklī viņam rodas tieksme sevi un apkārtējo situāciju aplūkot it kā caur «tumšām brillēm». Pārvērtēšanas ideju gadījumā patiesībā esošie reālie fakti netiek interpretēti pilnīgi nepareizi, bet tiem tiek piešķirta nepelnīta, pārmērīgi liela nozīme. Sīks fakts un notikums vērtējumā kļūst pārspīlēti svarīgs, piemēram, slimnieks pēc niecīga strīda uz ielas ar svešu cilvēku, kurā tikuši izteikti nepamatoti pārmetumi un apvainojumi, uz laiku tiešām sevi uzskata par nederīgu cilvēku, nepiemērotu darbam, nesaprātīgu, neveiklu. Katrs līdzīgs atgadījums izsauc atmiņā un pastiprina šo negatīvo spriedumu.

Pārvērtēšanas ideju gadījumos slimnieku, kaut vai uz laiku, iespējams pārliecināt par domu aplamību.

> Slimnieks sataustījis sev vēderā kādu sacietējumu, kurš it kā esot līdzīgs veidojumam, kāds bijis brālim, kurš slimojis ar vēzi. Pacientam rodas doma, ka arī viņš slimo ar vēzi. Slimnieks kļūst satraukts, iet pie ārstiem, lūdz izmeklēt, ja vajadzēšot, piekritīšot operācijai. Kad izmeklējot atklājas, ka veidojums ir labdabīgs (lipoma) un analīzes patoloģiju neapstiprina, pēc autoritatīvas sarunas ar ārstu pacients nomierinās un domas par vēzi viņam pilnīgi izzūd.

Uzmācīgas domas – sk. «Uzmācības».

Uzmācības

Uzmācības var būt veseliem cilvēkiem. Pēc pārdzīvotām nepatikšanām cilvēkam reizēm ilgāku laiku grūti atbrīvoties no satraucošām domām, vēl un vēl apziņā nāk notikušais. Pēc noklausīta koncerta visu vakaru apnicīgi domās skan dzirdētā melodija. Daudzi praktiski veseli cilvēki izpilda uzmācīgas darbības – pieskaras ar roku pie sejas, matiem, bieži it kā sakārto kaklasaiti vai jostu, īpatnēji groza galvu, rokas, izdara kustības, it kā viņus apgrūtinātu cieša apkaklīte vai neērtas krekla aproces, utt. Reizēm tenisists pirms serves, basketbolists pirms soda metiena izpildīšanas bumbu divas vai trīs reizes atsit pret zemi (it kā koncentrējoties). Braucot karuselī gandrīz ikvienam uz brīdi ienāk prātā, ka tauvas var satrūkt. Daži cilvēki runājot bez vajadzības un nozīmes iestarpina liekus vārdus (piemēram, vārdu sakot, tātad, nu, saprotiet, redziet). Veseliem cilvēkiem uzmācības nav intensīvas, parasti netraucē, un bieži paši cilvēki tās pat nepamana. Turpretī slimniekiem uzmācības var būt tik traucējošas, ka viņi tādēļ kļūst invalīdi.

Uzmācības rodas pret slimnieka gribu, viņš pret tām izturas kritiski, ar tām cīnās, bet no tām atbrīvoties nespēj. Uzmācības var rasties visās psihiskās darbības sfērās – var būt uzmācīgas domas, atmiņas, vēlēšanās, šaubas, bailes, tieksmes, priekšstati, kustības.

Lai diferencētu uzmācīgas domas no murgiem un pārvērtēšanas idejām, apskatīsim dismorfofobijas – domas par visa ķermeņa vai kādas tā daļas fizisku kroplīgumu. Uzmācību gadījumā atšķirībā no murgiem un pārvērtēšanas idejām slimnieks pats bez pārliecināšanas saprot, ka viņa domas par auguma, mutes vai ausu kroplīgumu ir nepareizas un neatbilst īstenībai. Slimnieks gan mēģina domas

atvairīt, tomēr tās neatkāpjas un visu laiku traucē. Slimniekiem tikai ar lielu piepūli izdodas uz laiku atbrīvoties no šīm domām.

Uzmācīgās domas slimnieks visu laiku uzskata par nepareizām un traucējošām, tās rodas pret viņa gribu. Slimniekam ir vēlēšanās no tām atbrīvoties, pie tam viņš vienmēr tās atzīst par savām domām un nekad neizjūt tās kā svešas, «taisītas», ārējas iedarbības (hipnozes, staru) rezultātā radušās, kā tas ir psihiskā automātisma gadījumos.

Pēc satura uzmācības iedala 2 grupās: 1) uzmācības ar afektīvi nepatīkamu saturu (tēlainās uzmācības) un 2) uzmācības ar afektīvi indiferentu saturu (abstraktās uzmācības). Pats uzmācību pastāvēšanas fakts ir nepatīkams visos gadījumos.

Tēlainās uzmācības novēro biežāk. Raksturīgākās no tām ir uzmācīgas bailes (fobijas). Dažādi intensīvas bailes var būt no visa kā. Terminoloģiski fobiju apzīmēšanai lieto atvasinājumus no grieķu valodas vārdu saknēm, tādēļ, raksturojot uzmācību iespējamo daudzveidību, Levi Valensi gleznaini saka, ka fobiju pārskaitījums veidojot grieķu vārdu sakņu dārzu.

Izmeklējot slimniekus ar fobijām, vispirms ieteicams izjautāt viņus par visbiežāk sastopamajām bailēm. Slimnieki, kam ir bailes no augstuma, baidās pāriet tiltus, iziet uz balkona, sēdēt kinoteātrī balkona pirmajā rindā. Slimnieki, kam ir bailes no plašām ielām un laukumiem, apiet vairākus kvartālus, lai nebūtu jāiet pāri atklātiem laukumiem. Bailes pāriet laukumu slimnieki izskaidro ar to, ka viņus varētu sabraukt pēkšņi parādījusies mašīna, lai gan vienlaicīgi paši slimnieki saprot, ka bailēm nav pamata. Bailes no augstuma var būt gan neskaidras, vārdos neformulējamas, gan arī apzinātas. Reizēm slimnieki paskaidro, ka viņi baidās uz kādu brīdi zaudēt kontroli pār sevi un nolēkt zemē.

Uzmācīgas šaubas ir tad, ja slimnieki uzmācīgi šaubās, vai pareizi izdarījuši kādu darbību. Šādi slimnieki, izejot no mājas, atkārtoti pārbauda ūdens krānu, lai pārliecinātos, vai tas ir aizgriezts, vēl un vēl pārbauda, vai gāze ir noslēgta, vai ir izslēgta elektrība, pat no pusceļa atgriežas atpakaļ mājās, lai pārliecinātos, ka durvis tiešām aizslēgtas. Ja slimnieks ir skolotājs, viņam var būt šaubas, vai viņš ir izlabojis visas kļūdas audzēkņu sacerējumos.

Uzmācīgas bailes par sekmēm, izpildot parastas darbības, ir uzmācīgas domas par to, ka nākotnē varētu pēkšņi kļūdīties kādas labi zināmas, parastas un automatizētas kustības izpildē. Tāpat kā cilvēku reālās bailes un šaubas, arī uzmācīgas bailes un šaubas ir ārkārtīgi daudzveidīgas. Orators var baidīties, ka vajadzīgā brīdī var aizmirst tekstu, dziedātājs – ka uzstāšanās laikā var zaudēt balsi vai nepareizi nodziedāt vārdus, diplomands – ka var nepareizi izrunāt kādu frāzi konkursa priekšlasījumā. Šeit pieskaitāms arī viens no miega traucējumu veidiem – bailes, ka neizdosies iemigt.

Nedrošība par savu rīcību, kustībām un darbību nākotnē tiešām var traucēt un radīt kļūdas pašu uzmācību dēļ – oratoram teksts tiešām aizmirstas, viņam pietrūkst vārdu, sportistam kustības kļūst stūrainas, neveiklas, bet solistam dziesmas noteiktas frāzes izpildīšana pastāvīgi izraisa grūtības. Daži slimnieki griežas pie seksologa tieši ar uzmācību rakstura impotenci.

Uzmācīgas tieksmes ir tad, ja slimniekiem ir tieksme veikt kādu nejēdzīgu, pat bīstamu rīcību – iesist garāmgājējam, ar asu priekšmetu izdurt bērnam acis, sist zīdaini ar galvu pret sienu, sapulces laikā izkliegt oratoram un publikai apvainojošas frāzes.

> Kādai slimniecei, kad viņa gāja pēc malkas uz pagrabu, arvien bija tieksme pakārties, bet, kad viņa palika viena mājās, – pārgriezt rokām vēnas.

Uzmācīgu antipātiju un zaimu domu gadījumā slimniekiem rodas naids, nicināšana, riebums, nepatika pret sev tuvu cilvēku. Slimnieks saprot, ka šīs viņam svešās jūtas ir nepareizas un nemotivētas, tādēļ arī tās nekad nenosaka viņa uzvedību.

Uzmācīgām atmiņām raksturīgs, ka pret savu gribu slimniekam jāatceras nepatīkami brīži, kad slimnieks bijis apkaunojošā, neērtā situācijā. Slimnieks atkal un atkal pārdzīvo neveiklību, apmulsumu, apkaunojuma sajūtu.

Abstraktās uzmācības atšķirībā no tēlainajām ir afektīvi indiferentas un pārsvarā izpaužas uzmācīgas, neauglīgas, nevajadzīgas un neproduktīvas spriedelēšanas veidā. Slimnieki prāto, kāpēc Zeme ir apaļa, kāpēc galdam ir četras kājas un kāpēc suni sauc par suni (uzmācīgas domas nodarboties ar neatrisināmām problēmām). Dažiem slimniekiem ir raksturīga aritmomānija – tieksme visu skaitīt, piemēram, logus, telpā esošos cilvēkus, galdus, solus, mašīnas, pudeles uz viesību galda.

> Kāds slimnieks vienmēr sēdēja pie loga un domās atkārtoja darbības – redzot, ka apmeklētājs aizver slimnīcas durvis, slimnieks vēlreiz domās «atkārtoja to pašu darbību». Cits slimnieks centās novietot visus apkārtnē esošos priekšmetus simetriski, bet tos, kurus nevarēja novietot simetriski (gleznas pie sienām, grāmatas uz citu slimnieku galdiņiem), domās novietoja simetriski. Kādam slimniekam ģērbšanās ieilga līdz

pusdienai, jo, tikko viņš nebija izgludinājis kādu apģērba kroku, viņam ģērbšanās bija jāsāk no jauna. Slimnieks, kam ir uzmācības, runājot vairākas reizes atkārto teikumu, vārdu vai pēdējo zilbi pārliecībā, ka tā nav īsti labi izrunāta. Kāda slimniece mazgāja un pārmazgāja līdz vēlai naktij veļu, «jo darbs vēl nebija pietiekami pabeigts».

Agronoms, kas ļoti labi tiek galā ar savu darbu, stāsta: «Neviens pat nenojauš par manām paniskajām bailēm, iebraucot pilsētā, pāriet plašus laukumus. Redzu, ka tuvumā nav nevienas mašīnas, ceļš ir brīvs, bet nevaru atbrīvoties no domas, ka, tikko es būšu uzgājis uz laukuma, nezin no kurienes parādīsies mašīna, kura milzīgā, ātrumā mani sasniegs, tā ka es nepaspēšu pat izbēgt. Pats saprotu šo baiļu aplamību, vienkārši nejēdzību, bet nevaru sev neko padarīt. Redzu, kā pa laukumu iet pāri cilvēki, varētu iet kopā ar viņiem, burzmas vidū, bet no aplamajām bailēm tomēr nevaru atbrīvoties».

«... ejot pa ielu, man nepārtraukti jāskaita mājām logi – skatos un skaitu, cik logu ir pretējai mājai, lielai viesnīcai, pat augstceltnei. Pats nezinu, kāpēc man tas būtu jānoskaidro...»

«... tikko mēģinu lasīt, galvā nāk nepatīkamas domas, no kurām nekādi neizdodas atbrīvoties. Esmu spiests domāt, kādi izskatās mežu ugunsgrēki – iztēlojos, kā deg koki, kā uguns izplatās tālāk, kā bēg dzīvnieki, kā daži ugunī iet bojā. Lasīt neko tajā laikā nevaru...»

«... es saprotu, ka neslimoju ar vēzi, bet domas mani tā nomoka, ka nekādi nevaru justies mierīgs. Reizēm, kad esmu izlasījis par kādu slimnieku, man tik spilgti rodas domas, ka esmu slims, ka gandrīz sāku tām ticēt; un tomēr visu laiku saprotu, ka vainīga ir mana mocošā nervu slimība, ka vēža man nav...»

«... domas mani visvairāk nomoka tad, kad istabā esmu viens vai arī tad, kad neko nevaru darīt. Man no tām izdodas atbrīvoties lasot, bet vēl labāk – darot fizisku darbu. Pats saprotu, ka domas ir pilnīgi aplamas. Es spriedelēju, kas notiktu, ja uz pasaules izbeigtos ūdens. Domāju, kā ūdeni sintezētu ķīmiķi, kā ūdeni pārvietotu cisternās uz vietām, kurās nebūtu ne lietus, ne upju, ne ezeru, kā ūdens krāni būtu tukši. Saprotu, ka par to domāt nav vērts, ka viss tas ir muļķīgi, bet pārtraukt domāt nevaru. Jāiet dārzā un jāsāk rakt zeme, tad tieku no domām vaļā. Jūtos labāk tad, kad ar mani kāds sarunājas, jo tad mani izklaidē un atrauj no muļķīgās spriedelēšanas».

Uzmācīgas bailes (fobijas) raksturīgas psihopātiskām personībām (psihastēniskiem psihopātiem), sevišķi slimības dekompensācijas periodos, kā arī dažiem slimniekiem depresiju laikā. Tādos gadījumos uzmācības parasti ir periodiskas un to intensitāte mainās, tās var parādīties un, slimnieka stāvoklim uzlabojoties, izzust. Gausi, nepārtraukti norisošās šizofrēnijas gadījumos uzmācībām raksturīga progresējoša gaita. Sākumā uzmācības parasti ir tēlainas, bet vēlāk kļūst abstraktas un dīvainas.

Kāds slimnieks ar laiku vairs nevarēja netraucēti iet, jo visu dienu domās viņam bija jāmērī attālums starp kāju purngaliem un ik pēc soļa jāapstājas. Cita slimniece baidījās, ka kaimiņu ēdienā varētu nokļūt adatas, kuras viņa pirms ilga laika nejauši bija izbērusi uz grīdas, jo varot būt, ka kāda no tām neesot uzslaucīta.

Slimniekam ar uzmācīgām domām var būt <u>rituāli</u> – uzmācīgas kustības un darbības, kurām slimnieks piešķir maģisku nozīmi. Slimnieki izdara noteiktas kustības, žestus, darbības, lai it kā aizsargātos no nelaimes, kas var viņus piemeklēt, vai arī lai atbrīvotos no cita veida uzmācībām. Tā uz laiku slimniekam izdodas savu stāvokli atvieglot.

Slimnieks var ēst tikai tad, ja pēc katra kumosa iziet koridorā un apgriežas riņķī, var runāt ar ārstu un atbildēt uz jautājumiem tikai tad, ja pēc katras atbildes izģērbjas un saģērbjas. Lai nenomirtu piederīgie, slimniekam uz ielas jāskaita koki vai arī garāmejot pie tiem jāpieskaras. Lai slimnieks neizkristu eksāmenā, tad, ejot pa ielu, viņš nedrīkst uzkāpt uz asfalta rievām, bet, ejot gar redeļu sētu, caur kuru spīd gaisma, viņam jāuzkāpj uz katra trešā apgaismotā laukumiņa.

Pie rituāliem psihiatriskajā nozīmē nepieskaita reliģiskās ceremonijas un rituālus, ja slimnieks tos neizjūt kā uzmācības.

Uzmanības traucējumi

Uztveres procesā liela nozīme ir uzmanībai. Tā palīdz pievērsties izraudzītajam objektam, pat nelabvēlīgos apstākļos (troksnī, sliktā apgaismojumā) to pamanīt un izdalīt no citiem. Apzināta aktīva uzmanības koncentrēšana palīdz atbrīvoties no liekā un traucējošā, detalizēti un skaidri uztvert vajadzīgo materiālu. Ikdienas dzīvē uzmanību bez īpašas piepūles nepārtraukti saista dažādi fakti un notikumi, pārsvarā neparastākie, negaidītākie (<u>nepatvaļīgā uzmanība</u>). Taču iespējams arī apzināti koncentrēties uz subjektīvi vajadzīgāko un svarīgāko materiālu (<u>patvaļīgā uzmanība</u>), kaut arī tas būtu ārēji neuzkrītošāks, neinteresantāks un pat grūti pamanāms.

Patoloģiskā stāvoklī var rasties uzmanības nenoturība – nespēja ilgstoši koncentrēties vienā virzienā. To parasti novēro slimniekiem ar pacilātu garastāvokli, šie slimnieki kļūst nesistemātiski un paviršī. Slimnieku uzmanību gan saista daudzi fakti, tomēr nevienu no tiem slimnieks īsti līdz galam neiepazīst un neizpēta, jo viņa uzmanību jau saista nākošais fakts.

Epilepsijas slimniekiem raksturīgs, ka viņiem ir grūtības pārslēgt uzmanību. Slimnieki var apnicīgi bez īstas vajadzības un ar apgrūtinošu pedantismu runāt un domāt par vienu un to pašu, nereti gluži nenozīmīgu sīkumu.

Organisko CNS slimību gadījumos, piemēram, sākoties aterosklerozei, sašaurinās uzmanības apjoms. Šais gadījumos šoferiem kļūst grūtāk vienlaikus ievērot visas satiksmes regulēšanas zīmes un vadīt mašīnu, garīgā darba strādnieki novēro, ka viņi var koncentrēties tikai kādai darba daļai, bet ir grūti salīdzināt, analizēt, vērtēt darbu kopumā.

Nepatvaļīgās un patvaļīgās uzmanības traucējumi ne vienmēr ir vienlaikus. Dažreiz, piemēram, šizofrēnijas gadījumos, slimnieks it kā uzmanību nekam nepievērš, taču vēlāk izrādās, ka pat smagā katatonijas stāvoklī viņš savā apkārtnē ievērojis daudzas sīkas un grūti pamanāmas apkārtējo notikumu nianses.

Traucējumi gribas un kustību sfērā

Psiholoģijā par gribu sauc spēju apzinīgi un mērķtiecīgi rīkoties un līdz galam veikt iesāktos nodomus, neskatoties uz grūtībām un šķēršļiem.

Ārējā gribas izpausme ir kustība, rīcība, darbība. Kā rakstīja I. Sečenovs, smadzeņu darbības visdažādākās ārējās izpausmes gala rezultātā rodas viens – muskuļu kustības: «Vai nu tas ir bērna smaids, ieraugot rotaļlietu, vai smaida Garibaldijs, kad viņu vajā dēļ pārmērīgas mīlestības pret dzimteni, vai Ņūtons atklāj pasaules likumsakarības un tās raksta uz papīra, – visur gala rezultātā ir muskulatūras kustība».

Klīniski aprakstoši kustības iedala divās grupās – nepatvaļīgās un patvaļīgās kustības. Pirmajā grupā ietilpst instinktīvās kustības, beznosacījuma refleksi (acu mirkšķināšana, rokas atraušana no karsta pavarda, mīmikas muskulatūras kustības, kas rodas reizē ar emocionāliem pārdzīvojumiem), otrajā – visas apzināti izpildāmās kustības, arī tās, kas ar laiku kļuvušas automatizētas (iešana, rakstīšana).

Neapmierinātas vajadzības izraisa tieksmi tās apmierināt. Neapmierinātība var būt dažāda, vairāk vai mazāk apzināta. Par dziņu psiholoģijā apzīmē neskaidru, neapzinātu vajadzību, kura nesaistās ar noteiktu mērķi un nav vērsta pret konkrētu objektu. Te pieder nepieciešamība remdēt izsalkumu, likvidēt slāpes. Dziņu kā tiekšanos pēc instinktīvo prasību apmierināšanas uzskata par gribas elementāro līmeni, kas filoģenētiski ir senāks par pārējiem.

Tieksme ir jau diferencētāka vajadzība, piemēram, vajadzība ne tikai paēst vai padzerties, bet reizē arī vajadzība tieši pēc auksta, skāba, salda, sāļa. Vēlēšanās ir apzināta tiekšanās pēc kāda objekta, pēc kāda jau nosprausta mērķa. Par vēlēšanos runā tad, kad mērķis ir skaidri apzināts (vēlēšanās kļūt par speciālistu, sakrāt naudu vasarnīcai utt.).

Gribas aktā izdala vairākus etapus. Vispirms rodas ierosme uz darbību (gribas vājuma gadījumos runā par ierosmes trūkumu), tad seko situācijas analīze un motīvu cīņa, kas beidzas ar lēmuma pieņemšanu. (Vāja griba izpaužas nedrošībā un svārstīgumā.) Visbeidzot notiek pieņemtā lēmuma izpilde, kas parasti ir pakāpeniska, ilgstoša un norisinās vairākos etapos (patoloģijas gadījumā var būt neatlaidības trūkums).

Slimības gadījumos dziņas un tieksmes var kvalitatīvi un kvantitatīvi mainīties – pastiprināties, pavājināties, pilnīgi izzust vai izkropļoties (perversijas). Veseli cilvēki valda pār savām tieksmēm un dziņām, turpretī slimniekiem tās reizēm nosaka visu rīcību. Dziņu un tieksmju traucējumus nereti atrod slimniekiem ar endokrīnām izmaiņām (normāli tas ir grūtniecības periodā). Kvantitatīvas un kvalitatīvas novirzes nereti sastop arī slimniekiem ar endogēnām slimībām un psihopātiem, piemēram, ēstgriba var nebūt, tā var būt paaugstināta līdz rijībai, var rasties tieksme ēst bojātus produktus, neēdamas lietas. Slāpes var izpausties ne tikai vajadzībā padzerties, bet reizē arī atrast īpatnējas, neparastas garšas dzērienus. Liela nozīme psihiatrijā ir seksuālo dziņu, kā arī tieksmes kustēties, mātes instinkta, vajadzības sevi apliecināt, izcelties pārējo vidū, zinātkāres un citu tieksmju un dziņu izmaiņām.

Raksturīgākie gribas traucējumi izpaužas kustību gausumā, aspontanitātē, kad ir zudusi vēlēšanās jebko darīt (abulija). Kustību traucējumi var būt arī kā psihomotors uzbudinājums (kā liecina termins, šai gadījumā motorie traucējumi saistīti ar psihiskiem pārdzīvojumiem), tomēr šajos gadījumos pastiprinātas gribas vārda tiešā nozīmē nav, trūkst motīvu cīņas un pretestības pārvarēšana. Patoloģiski pastiprinātu gribu (hiperbuliju) visbiežāk atrod dažu paranojālu stāvokļu gadījumos, kad slimnieki ar

murgiem vai pārvērtēšanas idejām reizēm parāda apbrīnojamu gribasspēku cīņā pret saviem šķietamajiem pretiniekiem. Īpatnēji kustību traucējumi rodas katatonijas stāvoklī.

Impulsīvas darbības un dziņas

Līdzīgi uzmācīgām darbībām un tieksmēm, impulsīvās darbības un dziņas rodas pret slimnieka gribu, ir nevajadzīgas, svešas personībai, tomēr atšķirībā no uzmācībām tās, pašam slimniekam negaidot un impulsīvi rodoties, arī realizējas.

Impulsīvās darbības. Impulsīvās darbības raksturīgas šizofrēnijas slimniekiem, ir negaidītas, neloģiskas un paliek neizprotamas pat pašam slimniekam, piemēram, slimnieks, kurš mēnešiem ilgi uzvedies mierīgi, pēkšņi iesit blakus sēdošajam slimniekam, ejot kopā ar citiem pastaigāties, bez mazākās apdomāšanās metas bēgt, pēkšņi sit galvu pret sienu vai mēģina izlēkt pa logu, ēdot nolauž karotei galu un norij. Slimnieka rīcība nav apdomāta, viņš nevēlas izdarīt pašnāvību vai arī kaitēt apkārtējiem.

Impulsīvās dziņas novēro slimniekiem ar endokrīnām izmaiņām, kā arī epilepsijas, encefalītu un citu organisku CNS slimību gadījumos. Izšķir vairāku veidu impulsīvās dziņas.

Dipsomānija ir pēkšņa nepārvarama dziņa dzert alkoholiskus dzērienus, piemēram, cilvēks, kuram ir riebums pret alkoholu, pēkšņi dzer vairākas dienas pēc kārtas degvīnu, vīnu, surogātus. Pēc dipsomānijas lēkmes izbeigšanās atkal uz vairākiem mēnešiem un gadiem iestājas pretīgums pret alkoholu.

Dromomānija (vagobondāža, poriomānija) ir nepārvarama dziņa doties prom no mājas. Slimnieks aizbrauc, neievērojot apstākļus un situāciju, nerēķinoties ne ar sevi, ne ar ģimeni, nedomājot par sekām.

Kleptomānija – reti sastopama patoloģija – ir nepārvarama tieksme zagt, pie tam iegūtās materiālās vērtības netiek izmantotas. Slimnieks darbā, ēdnīcā, viesībās paņem priekšmetus, kas viņam nemaz nav vajadzīgi, vēlāk tos kādam atdāvina, aizmet vai atdod atpakaļ cietušajiem.

Piromānija – reti sastopama patoloģija – ir nepārvarama dziņa dedzināt – bez vajadzības, nevēloties kādam kaitēt. Slimnieki dedzina mežā malku, istabā uz grīdas vai spainī papīrus utt. Tiesu psihiatrijas praksē sastopami slimnieki, kas patoloģiskos stāvokļos dedzinājuši saimniecības ēkas, siena šķūņus u.c.

Impulsīvās tieksmes un darbības realizējas bez motīvu cīņas, bez apdomāšanās. Slimnieka rīcība ir neloģiska un nesaprātīga, pie tam patoloģisko dziņu stāvoklī pacients dara visu iespējamo, lai aplamās tieksmes un darbības realizētu.

Traucējumi sevis apzināšanā. Derealizācija. Apjukums

Veselam cilvēkam piemīt spēja gan fiziski, gan psihiski apzināties sevi par vienotu indivīdu (savu «es»), piemīt spēja apzināties reālo pasauli, telpu un laiku, savu «es» pretstatīt apkārtējai pasaulei. Vesels cilvēks spēj apzināties tās izmaiņas, kas notikušas ar viņu (savu «es») laikā un telpā.

Traucējumi sevis apzināšanā var rasties jebkuras psihiskās slimības gadījumā, pie tam ciešā saistībā ar citiem psihopatoloģiskajiem simptomiem, nevis izolēti. Radušās izmaiņas ir atkarīgas no psihozes norises tempa un slimības īpatnībām. Patoloģijas gadījumā slimnieks jūt izmainījušos kā savu fizisko vai psihisko «es», tā arī sava «es» attiecības ar apkārtni, it kā savādākas kļuvušas domas, emocijas, aktivitāte, griba, rokas, kājas, viss ķermenis.

Depersonalizācija ir traucējumi sevis apzināšanā, savas «es» sajūtas izmaiņa, kas var izpausties dažādi. Smagas depresijas gadījumos it kā izzūd jūtas, iestājas psihiskā dolorozā anestēzija (*anaesthesia dolorosa psychica*). Šāds slimnieks nespēj priecāties par piederīgo apciemojumu, viņš nejūt līdzcietību pret tuvinieku pārdzīvojumiem, ciešanām, slimību, pat nāvi. Pie tam savu šķietamo jūtu izzušanu slimnieks parasti pārdzīvo smagi un mokoši.

Sava «es» izzušanas gadījumā slimnieki stāsta, ka sevi vairs pilnīgi nejūtot. Slimnieks ar prātu gan zinot, ka viņš strādājot, lasot, guļot vai ēdot, bet psihiski viņš it kā esot kļuvis cits cilvēks, neesot vairs iepriekšējais «es».

Sava «es» šķelšanās gadījumā slimnieks neuztver sevi kā vienotu veselu organismu, bet jūt sevi sastāvošu no diviem vai pat vairākiem «es». Pie tam šie «es» reizēm nonākot savstarpējā konfliktā un grūti esot viņus apvienot rīcībai, piemēram, kāda pastniece reizēm nekāpa piektajā stāvā, jo domāja, ka otrs «es» jau tur avīzes uznesis.

Traucējumi sevis apzināšanā var būt ne tikai psihiskās darbības sfērā, bet var izpausties arī fizisko sajūtu izmaiņā. Slimnieks var just atsvešinātu savu balsi, klausīties to it kā no malas, tāpat it kā no attāluma var vērot pats savu rīcību. Reizēm slimnieks jūt, it kā viņa galva, rokas, kājas, viss ķermenis

nebūtu viņa, bet būtu sveši. Ja šādi traucējumi iestājas pēkšņi (paroksismāli), tad vienlaikus parasti rodas arī stipras bailes un veģetatīvi traucējumi.

> Slimnieks stāsta: «Es redzu savu ķermeni, bet to nejūtu. It kā pats ķermenis būtu nedzīvs, bezjūtīgs. It kā visas sajūtas, sāpes, pieskaršanās pie manis nonāktu nevis no paša, bet caur plīvuru, it kā no attāluma. Reizēm sev iekniebju, saspiežu roku, !ai pārliecinātos, ka esmu dzīvs cilvēks».

Visraksturīgāk depersonalizācija izpaužas psihiskā automātisma sindromā, kad slimnieks dažreiz visus savus psihiskos procesus uztver nevis kā savus, bet kā ārējās iedarbības rezultātu. Savas paša domas, jūtas, fiziskās sajūtas ir tik ļoti atsvešinātas, ka tās liekas kā dažādu aparātu un ļaundaru organizāciju iedarbības rezultāts, svešas balsis galvā utt.

Derealizācijas gadījumā slimniekam, formālajai uztverei neizmainoties, liekas, ka apkārtne ir izmainīta, nereāla. Slimnieks redz kokus, mājas, apkārtējos cilvēkus, pie tam to kontūras, formas un proporcijas nav izkropļotas un izvietojums telpā ir pareizs, tomēr visi šie priekšmeti slimniekam kļuvuši «savādāki», viņa iekšējā attieksme pret tiem kaut kā izmainījusies – priekšmeti saskatāmi it kā «caur plīvuru», it kā ir neskaidri, nedzīvi, nereāli, uzzīmēti, sastinguši.

Tuvu derealizācijai ir *jamais vu* stāvoklis ([ʒamɛ vy] – franču valodā – nekad neredzēts). Labi pazīstama apkārtne slimniekam pēkšņi kļūst sveša un nepazīstama. Parasti šādi traucējumi rodas paroksismāli un ir īslaicīgi, reizēm var būt veselam cilvēkam (ja viņš ir noguris), bet biežāk epilepsijas un organisko CNS slimību gadījumos.

Déjà vy ([deʒa vi] – franču valodā – jau redzēts)[44] ir pretējs stāvoklis – nekad neredzēta vieta liekas labi pazīstama, jauna situācija – jau it kā zināma, daudzas reizes bijusi. *Déjà vu* stāvoklis tāpat rodas paroksismāli.

Apjukums (neizpratnes afekts) rodas, ja sākas akūti psihiski traucējumi. Apjukumu parasti novēro oneiroīda sākumā, tādēļ daži autori to apskata kopā ar neskaidras apziņas sindromiem. Zūdot spējai orientēties gan savos normālajos, gan jau radušajos psihotiskajos pārdzīvojumos, slimniekam vienlaikus zūd arī spēja piemēroties apkārtnei, orientēties jaunajā situācijā. Pacienti pārdzīvo neizpratni attiecībā gan pret sevi, gan apkārtni. Slimnieki nespēj aptvert jaunās, radušās izmaiņas, ārēji viņi izskatās bezpalīdzīgi, sejā viņiem ir neizpratnes izteiksme, skatiens meklējošs un klīstošs. Uz jautājumiem slimnieki atbild nepārliecinoši, ar vaicājuma pieskaņu, bez īstas secības, brīžiem nesakarīgi. Brīžiem sarunu pārtrauc klusēšana. Dažreiz slimnieki lūdz, lai viņiem palīdz tikt skaidrībā, vai kaut kas noticis ar pašiem vai arī tiešām izmainījusies apkārtne. Apjukuma sākumā slimnieki vēl pakļaujas ārsta norādījumiem, bet vēlāk slimības apziņa zūd.

> Slimniece jautā: «Nevaru pateikt, kas tieši ir noticis, bet visu laiku jūtu iekšēju satraukumu. Jūtu, ka ar mani un ap mani kaut kas notiek, bet pati nesaprotu, kas īsti. Reizē ir briesmīga priekšnojauta, ka nākotnē mani sagaida vēl kaut kas baigāks, bet nevaru saprast, kas tieši. Gribētos, lai kāds man izskaidrotu, vai esmu slima, vai apkārt tiešām izmainījies? Vai man varēs palīdzēt? Liekas, ka notiekošais ir ļoti nopietns, un pati ar to nevaru tikt galā. Reizēm it kā jūtos «skaidrāk», tad šķiet, ka visapkārt viss ir kā iepriekš, ka visas izmaiņas ir tikai manī pašā».

Apjukums bieži kombinējas ar hipermetamorfozi (nevis intermetamorfozi!) – uzmanības hipernenoturīgumu. Slimnieks uzmanību nepārtraukti pievērš arvien jauniem un jauniem priekšmetiem un notikumiem, ne pie kā ilgstoši nepakavējas – te viņa uzmanību saista pildspalva, vāze, grīda, te saules plankumi, traips uz avīzes, sienas zīmējumi, garām braucošās mašīnas troksnis, apkārtējo cilvēku nejauši žesti. Slimnieks visu laiku pievēršas apkārtējiem, īstenībā esošiem, bet viņam indiferentiem notikumiem, tie uz mirkli saista slimnieka uzmanību, bet jau pēc īsa brīža vieni iespaidi atkal mainās ar citiem.

---

[44] **V.E.:** Terminu ieviesa Grenobles universitātes rektors Emīls Biaraks (*Émile Boirac*; 1851–1917) grāmatā «Psihes zinātņu nākotne», lai gan pašu parādību aprakstījuši arī citi pirms viņa. Tagad (2008.09), gatavojot šo izdevumu, es pārskatīju Interneta literatūru par *Déjà vu* (tā tomēr to parasti raksta), un pārliecinājos, ka tur gan izdala vairākus *dežavū* veidus, bet nekur neredzēju pieminam to lietu, kas man pašam saistās ar šo parādību. Lieta tā, ka es arī pie sevis esmu bieži novērojis *Déjà vu*, bet, šķiet, ne tā, kā tas grāmatās aprakstīts. Visa literatūra stāsta, ka cilvēkam, redzot kādu lietu (situāciju, vietu) šķiet, ka tā jau ir agrāk redzēta vai bijusi. Bet man nav tā. Tajā brīdī, kad es lietu redzu, man neliekas, ka tā ir jau iepriekš redzēta. Taču pēc kāda laiciņa, teiksim, nākošajā dienā, atceroties šo lietu, man rodas sajūta, ka vakar es viņu redzēju ne pirmo reizi, bet biju redzējis to jau kādreiz daudz daudz agrāk. Tad nu es nezinu, vai citiem arī ir tāpat, tikai viņi neprot precīzi fiksēt savas sajūtas, vai arī manā gadījumā ir darīšana ar kādu īpašu *Déjà vu* formu.

Atmiņas traucējumi

Atmiņa ir viena no psihes īpašībām, tā ļauj atspoguļot pagātnes pieredzi. Vesels cilvēks notiekošo iegaumē, to saglabā atmiņā un vēlāk spēj to reproducēt.

Viena no raksturīgākajām dažu psihisko slimību izpausmēm ir atmiņas traucējumi – visbiežāk atmiņas pasliktināšanās (dismnēzija) vai arī kļūdainu, aplamu, izkropļotu atmiņas radītu priekšstatu rašanās (paramnēzija).

Kvantitatīvie atmiņas traucējumi. Katram cilvēkam ir spēja atcerēties zināmu daudzumu notikumu. Patoloģijas gadījumos šī spēja izmainās – parasti pasliktinās, reti uz kādu laiku arī paasinās. Atmiņai paasinoties, ko novēro slimniekiem paaugstinātas ķermeņa temperatūras laikā vai arī maniakālā stāvoklī, pacients atceras vairāk un sīkāk nekā parasti. Aprakstīta sieviete, kura drudža laikā skaitījusi lūgšanas grieķu valodā, kaut arī šo svešvalodu nekad nav zinājusi un lūgšanas nav mācījusies. Kā izrādījās, slimniece bērnībā dzīvojusi mājā, kurā teoloģijas fakultātes students, staigādams pa koridoru, skaļā balsī mācījies lūgšanu tekstus. Tos tagad, pēc daudziem gadiem, slimniece atcerējusies.

Atmiņas pasliktināšanās reizēm var būt pārejoša kā liela noguruma (astēnijas) vai intensīvas psihiskas aiztures (depresijas) sekas. Īsti primārs atmiņas zaudējums visbiežāk ir maz atgriezenisks vai pilnīgi neatgriezenisks un rodas organisku CNS izmaiņu rezultātā. Atmiņas trūkums (amnēzija) var būt gan par noteiktu laika posmu, kad slimnieks bija neskaidras apziņas stāvoklī, gan arī var aptvert visu cilvēka mūžu. Nereti slimnieki pēc pārciestas galvas smadzeņu traumas neatceras kādu periodu līdz traumai (retrogrādā amnēzija – reprodukcijas traucējumi), piemēram, slimnieks zina, ka izgājis no mājas, bet nezina, kur tieši bijis īsi pirms katastrofas. Tāpat slimnieki var arī neatcerēties kādu laika posmu pēc traumas (anterogrādā amnēzija – iegaumēšanas traucējumi). Visbiežāk abi šie atmiņas traucējumu veidi kombinējas (retroanterogrādā amnēzija). Amnēzijas periods var aptvert dažādu ilgumu – sekundes, minūtes, stundas, dienas, nedēļas, pat gadus. Kā vēlāk noskaidrojas, slimnieki minētajā laikā ir pareizi un adekvāti rīkojušies un tomēr vēlāk par notikušo vai nu nav saglabājušās nekādas atmiņas, vai arī ir palikuši neskaidri notikumu fragmenti.

Progresējošā amnēzija raksturīga vecuma plānprātībai. Kā izsaka pats termins, slimniekam pakāpeniski no atmiņas izzūd arvien vairāk un vairāk faktu. Atmiņas defekts pakāpeniski progresē pēc Ribo likuma – slimnieks vispirms aizmirst tos faktus, kas laika ziņā bijuši pēdējie, bet ilgāk saglabājas prātā jaunības notikumi. Tāpat no atmiņas pirmām kārtām zūd mazāk emocionālie notikumi, kuriem nav bijusi liela nozīme slimnieka dzīvē, bet ilgāk prātā paliek tas, ko slimnieks emocionāli dziļāk pārdzīvojis un kas cieši saistījies ar slimnieka personību.

Vesels cilvēks visu dzīvi pakāpeniski uzkrāj jaunus un jaunus faktus un iemaņas, kuri reizē saistās ar jau zināmo, apgūto, automatizēto. Iestājoties progresējošai amnēzijai, šis process norisinās pretējā virzienā – slimnieks ne vien nespēj vairs materiālu automatizēt un kaut ko jaunu iemācīties, bet pakāpeniski tiek zaudēts arī jau agrāk apgūtais.

Kvalitatīvie atmiņas traucējumi. Atmiņas maldi – paramnēzija – izpaužas divējādi: iegaumēto faktu izkropļošana (kriptomnēzija) un maldīgās atmiņas, kad slimnieks stāsta par attiecīgajā laikā īstenībā nemaz nebijušiem notikumiem (konfabulācijas).

Kriptomnēziju gadījumā slimnieks nevar atmiņā atšķirt īstenībā bijušus notikumus no nebijušiem, bet dzirdētiem, sapnī redzētiem vai lasītiem. Slimnieks lasītus vai sapnī redzētus notikumus atstāsta kā savus piedzīvojumus. Citos gadījumos iestājas pretējs stāvoklis: slimnieks īstenībā bijušos notikumus atstāsta nevis kā paša piedzīvotus, bet gan kā izlasītus, noklausītus, sapnī redzētus. Sapņus no realitātes reizēm neskaidri diferencē arī veseli cilvēki, bet smagi atmiņas bojājumu gadījumi radījuši pat tiesas procesus, jo slimnieks piesavinājies svešus literārus darbus, tos uzdodams par saviem. Reizēm gadās, kad slimnieks pie viesību galda tikko dzirdētu anekdoti uzdod par savu piedzīvojumu.

Konfabulāciju gadījumos slimnieki stāsta par īstenībā nebijušiem notikumiem. Vieglākos slimības gadījumos notikumi tiešām ir bijuši, tikai citā laikā, nekā to slimnieks domā (te pieder arī nebijuši notikumi, kuri sava ikdienišķā satura dēļ varētu būt gadījušies), piemēram, slimnieks kļūdās stāstot, ka jau ēdis brokastis, ko ēdis, kā sarunājies ar piederīgiem, ka viņu apciemojuši darba biedri. Pēc satura neparastas konfabulācijas, nekad nebijušu, pat nereālu notikumu atstāstījums raksturīgs slimniekiem ar dziļu plānprātību. Konfabulācijas ir nepastāvīgas, mainīgas, pretrunīgas, bieži nesakarīgas.

Slimnieks stāsta, ka tai laikā, kad patiesībā atradies slimnīcā, ticies ar valsts vadītājiem, kuri atbraukuši ciemos personiskajā automašīnā un veduši slimnieku pie sevis svinēt dzimšanas dienu. Tur slimnieks iepazinies ar ģenerāļa meitu, gribējuši precēties un gatavojušies kāzām, tikai neparedzētu apstākļu dēļ kāzas izjukušas. Rūpnīcas direktors esot aicinājis slimnieku, pēc profesijas naktssargu, pie sevis izlabot radioaparātu un tad arī prasījis padomus uzņēmuma vadīšanā.

Dziļas plānprātības gadījumos slimnieki neorientējas situācijā, jo kļūdaini vērtē visu apkārtni (konfabulatorais sajukums), piemēram, slimnieks domā, ka atrodas nevis slimnīcā, bet atpūtas namā, slimnieces, kurām ir nogriezti mati, notur par vīriešiem, ārstējošo ārstu par paziņu vai radinieku.

Miega traucējumi

Miega traucējumi izpaužas ar izmaiņām kā miega ilgumā, tā arī miega ritmā un dziļumā. Slimniekiem var būt grūtības iemigt vai pamosties.

Biežāk novēro iemigšanas traucējumus. Slimnieks iet gulēt parastajā laikā, bet vairākas stundas, reizēm pat visu nakti viņam neizdodas iemigt – palicis nemiers, domas par bijušajiem notikumiem, bažas par nākamo dienu. Šādi stāvokļi novērojami slimniekiem ar depresiju, maniakālo sindromu, arī pēc pārpūles un smagiem psihiskiem pārdzīvojumiem.

Miega ilgums var samazināties arī tādējādi, ka slimnieks gan viegli iemieg, bet neguļ pietiekami ilgi, piemēram, naktī vairākas reizes pamostas pēc nepatīkamiem sapņiem. Reizēm pamostoties galva ir skaidra, reizēm ir satraukums un baiļu sajūta. Pēc ilgāka vai īsāka laika slimnieks atkal iemieg, taču šādas pamošanās vienā naktī var būt atkārtoti. Daži slimnieki ļoti agri pamostas no rītiem, bet dažiem ir pat pilnīgs bezmiegs, ko lielākā daļa slimnieku smagi un mokoši pārdzīvo. Ar laiku, pēc vairākām bezmiega naktīm var sākties uzmācīgas bailes, ka atkal neizdosies iemigt.

Slimnieki maniakālos stāvokļos nereti miega ilguma samazināšanos subjektīvi pat nejūt un tai nepievērš uzmanību. Subjektīvi viņi jūtas labi un nākošajā dienā ir tikpat mundri un enerģiski. Tomēr apšaubāmi ir periodikā aprakstītie gadījumi, it kā daži cilvēki gadiem, pat gadu desmitiem nemaz nebūtu gulējuši, pie tam esot veseli un bez mazākā noguruma strādājot. Visticamākais, ka slimnieki gan objektīvi guļ, bet viņiem trūkst miega sajūtas. Šādi slimnieki, pēc piederīgo un personāla novērojumiem, naktī dziļi elpo, pat krāc, tomēr otrajā rītā kategoriski apgalvo, ka visu nakti bijuši nomodā. Šajā gadījumā it kā būtu gulēts pietiekami ilgi, tomēr slimnieki nejūtas atpūtušies. Vairumā gadījumu pacienti miega sajūtas trūkumu pārdzīvo mokoši. Miega sajūtas var trūkt depresiju gadījumos, kā arī šāds stāvoklis var rasties kā blakusparādība pēc ilgstošas neiroleptisko līdzekļu lietošanas.

Laika ziņā miegs var būt pietiekami ilgs, bet vienlaicīgi nepietiekami dziļš. Tad slimnieki cieši neaizmieg un visu nakti snauž, neskaidri manot apkārtējos notikumus un saglabājot nomākto garastāvokli, satraukumu, bailes, bažīgas domas par rītdienu.

«Caurā miegā» slimnieki bieži redz sapņus. Daudzos gadījumos tieši sapņos vispirms izpaužas sākušās patoloģijas pirmās pazīmes. Slimnieki ar elpošanas orgānu slimībām sapņos pārdzīvo smakšanu, sirds slimnieki redz krišanu, «elpu aizraujošus notikumus». Daži slimnieki pārdzīvo nepatīkamas sajūtas, kas lokalizācijas ziņā saistās ar vietu organismā, kur sākas jaunveidojums. Arī depresijas sākumā paši pirmie un vienīgie traucējumi var būt nepatīkama rakstura sapņi. To laikā slimnieks nokļūst mokošās, apkaunojošās, draudīgās situācijās. Slimnieks, kas pārcietis galvas smadzeņu traumu, bieži redz bēgšanu, pakaļdzīšanos, kautiņus. Spilgti krāsaini, trauksmaini sapņi var būt slimniekiem delīrija sākumā. Ar spilgtiem, dinamiskiem un dramatiskiem sapņiem, kurus tūiīt pēc pamošanās grūti atšķirt no īstenības, var sākties arī akūtas endogēnas psihozes.

Miega ilgums var ne tikai saīsināties, bet arī pagarināties. Tādi gadījumi parasti novērojami pēc smagas pārpūles, encefalītu, intoksikāciju, organisku CNS bojājumu gadījumos. Tomēr diezgan bieži populāri zinātniskā literatūrā aprakstītie gadījumi par slimniekiem, kas it kā gadiem un gadu desmitiem ilgi atradušies nepārtrauktā miegā, ir apšaubāmi. Šāds stāvoklis jādiferencē no katatonā stupora, kas ārēji ir līdzīgs dziļa miega stāvoklim. (Šeit jāmin arī I. Pavlova aprakstītais slimnieks.)

Novērojami arī traucējumi pamostoties. Pamošanās laiks var ieilgt, un tad kādu laiku slimnieks nespēj atšķirt īstenību no sapņiem. Var būt kādu laiku arī nepilnīga atmošanās – miega apreibums, kura laikā slimnieks apkārtni uztver iluzori, izdara nevajadzīgas, automatizētas kustības, var izdarīt sev un apkārtējiem bīstamas darbības.

Dažreiz pēc pamošanās vairākas sekundes, pat minūtes turpinās kataplektoīds stāvoklis, kad slimnieks, jau būdams pilnīgi nomodā, nevar pakustināt rokas un kājas, atvērt acis, piecelties.

Epilepsijas slimniekiem dažreiz novērojams somnambulisms jeb lunātisms (tautā to sauc arī par mēnessērdzību), kad pacients, būdams aizmidzis, pieceļas no gultas un izdara pareizas, automatizētas kustības – saģērbjas, staigā, bet reizēm pat apzināti dara darbu (raksta, tulko). Analoģiski gadījumi dažreiz veicinājuši priekšstatus par «mājas garu» iespējamību. Mazāk dziļa miega gadījumos – miega apreibumā – slimnieku ar ārējiem kairinātājiem, piemēram, pasaucot, iespējams pamodināt, bet tad, ja viņa stāvoklis tuvāks aptumšotai apziņai – krēslas stāvoklim, ar ārējiem kairinātājiem slimnieka rīcību nevar ietekmēt.

Miega ritma traucējumi izpaužas tādējādi, ka slimnieks dienā guļ, bet naktī ir nomodā. Tādu patoloģiju novēro encefalīta slimniekiem akūtos periodos. Vecuma plānprātības gadījumos slimnieki guļ daudzas stundas, pat gandrīz diennakti, un tad tikpat ilgi ir atkal nomodā. Asinsvadu slimnieki guļ naktīs ar īsiem pārtraukumiem, bet dienā, ja iespējams, uz īsiem brīžiem aizmieg.

Sindromi

Slimnieku psihisko stāvokli nekad nevar raksturot tikai ar vienu atsevišķu simptomu. Simptomi, kurus novēro pacientam kādā slimības etapā, kopā veido simptomu kompleksu – sindromu. Sindromi galvenokārt ir nespecifiski un var būt dažādu nozoloģiju gadījumos. Svarīgākā diagnostiskā nozīme ir sindroma īpatnībām («atipijām» – novirzēm no tipiskās, klasiskās sindroma izpausmes). Tieši atipijās var atrast visvairāk vienai vai otrai nozoloģijai raksturīgās iezīmes, kuras palīdz dažādu slimību diferenciāldiagnostikā.

Neirotiskie un neirozei līdzīgie sindromi

Šie sindromi parasti rodas vispirms, tie ir visnespecifiskākie un mazāk diferencētie psihiskie traucējumi. Tos novēro neirozes slimniekiem (tādos gadījumos tos apzīmē par neirotiskiem sindromiem), tomēr biežāk, lai gan ir šķietami līdzīgs slimības sākums, tālākā patoloģiskā procesa attīstībā atklājas kādas citas slimības klīniskā aina, respektīvi, minētie traucējumi ir tikai kādas citas slimības simptomi (šais gadījumos terminoloģiski precīzāk šos traucējumus apzīmēt par neirozei līdzīgiem sindromiem).

Astēniskais sindroms. Klīniskajā ainā dominē pazemināts uzbudināmības slieksnis (paaugstināta uzbudināmība un nogurdināmība). Slimnieks ir viegli satraucams, visādi sīkumi, kam cilvēks agrāk nepievērsa uzmanību, viņu uztrauc, kaitina, apvaino, aizdod viņam dusmas, piemēram, apgrūtina līdz šim neievērotais troksnis, kas nav kļuvis stiprāks kā agrāk, satrauc skaļas sarunas, garām braucošais transports, ieslēgts televizors, radio. Slimniekiem nepatīk spilgta gaisma, nav pacietības gaidīt (transporta līdzekli, veikalā), nepanesama kļūst parastā lielpilsētas steiga, burzma un kņada. Iestājoties astēnijai, cilvēks asāk reaģē uz nelaipnāk vai neuzmanīgi izteiktu vārdu, skarbāku intonāciju.

Astēnijas laikā ātrāk nekā parasti iestājas nogurums – slimnieki ievēro, ka viņi agrāk gaida darba dienas beigas, bet, tuvojoties nedēļas nogalei, vairāk nekā parasti ilgojas pēc brīvdienām. Iemiegot parasti viņiem rodas domu uzplūdi (t.s. astēniskais mentisms), no kuriem ar gribasspēku uz laiku izdodas atbrīvoties. Astēniskam mentismam atšķirībā no iedarbības murgiem nav svešas iedarbības rakstura.

Gandrīz visiem slimniekiem ir iegaumēšanas grūtības, nepietiekami dziļš miegs ar satraucošiem sapņiem un pamošanos naktīs, kā arī veģetatīvi traucējumi – visbiežāk galvas sāpes, sāpes sirds rajonā, asinsspiediena svārstības, svīšana, dispeptiskas parādības.

Slimniecei pēdējā gada laikā pieauga uzbudināmība un nogurdināmība. Darbā viņa sliktāk tika galā ar saviem uzdevumiem (mašīnrakstītāja), biežāk kļūdījās (pārrakstījās, izlaida burtus). Pati smagi pārdzīvoja katru neveiksmi, bet vēl jo smagāk reaģēja uz kolēģu un priekšniecības aizrādījumiem. Šajos gadījumos ātri skaitās, kļuva eksplozīva, atbildēja asi, nesavaldīgi, rupji, ko gan tūlīt nožēloja un reizēm pēc laika pati gāja atvainoties. Bieži par sīkumiem raudāja.

Mājās «nemācēja» atpūsties. Nevarēja mierīgi sēdēt vai gulēt, nevarēja arī ne pie vienas nodarbības ilgi pakavēties – te klausījās radio, te ieslēdza televizoru, sāka lasīt, bet neko «nebija pacietības» izdarīt līdz galam. Nejutās atpūtusies, visu laiku juta iekšēju sasprindzinājumu, it kā kaut kur jāsteidzas, it kā daudz kas nepadarīts stāvētu priekšā. Miegs slikts, kaut arī bieži jutās bezspēcīga. Bija noguruma sajūta, bieži galvas reiboņi, iemiegot krišanas sajūta.

Stacionārā slimniece pieejama, pārlieku jūtīga, raudulīga. Ja slimniecei liekas, ka viņai nevietā izteikta kāda piezīme vai arī personāls sarunājies ar viņu «asā tonī», ka ārsts «strupi pārtraucis sarunu», ka «uzmanīgi nenoklausījies» slimnieces vajadzības, ka nevietā pasmaidījis, tad viņa ļoti ātri apvainojas («nezini, kā ar viņu runāt»). Konfliktē ar citām slimniecēm, apvainojas par nesaprātīgu slimnieču izteikumiem, vienmēr ar visu ir neapmierināta, meklē iemeslus strīdam. Ātri paceļ balsi, bet tūlīt pati sāk raudāt.

Pēc strīdiem jūtas slikti, mocās ar pašpārmetumiem par nesavaldību, neapmierināta ar savu uzvedību. Nomierinoties jūtas vainīga, meklē izlīgšanu.

Slimniecei ir sūdzības par sliktu miegu, galvas sāpēm un galvas reiboņiem, svīšanu.

Uzmācību sindroms. Klīniskajā ainā dominē uzmācības, kas var būt gan tēlainas, gan abstraktas. Uzmācību sindroma gadījumā (galvenokārt šizofrēnijas slimniekiem) novēro raksturīgu uzmācību

dinamiku – sākumā tās ir tēlainas, bet ar laiku tām ir tendence kļūt abstraktām. Mainās arī uzmācību saturs – tas ar laiku kļūst neparasts, dīvains. Klīniskajā ainā pievienojas arī rituāli. Slimnieki, kas sākumā ar savām uzmācībām cīnījās, vēlāk to vairs nedara, kļūst pasīvi un dara visu, lai uzmācīgās domas, darbības, rituālus varētu netraucēti izpildīt.

Parasti šiem slimniekiem vienlaikus ir nedaudz nomākts garastāvoklis un sīkumaina, patoloģiski pamatīga domāšana. Slimnieki kļūst pārspīlēti akurāti, pedantiski.

Uzmācību sindroms ir inerts, grūti padodas ārstēšanai. Intensīvas uzmācību sindroma klīniskās izpausmes gadījumos slimnieki nereti kļūst pat invalīdi.

Senestopātiski hipohondriskais sindroms. Slimniekiem vienlaicīgi ir senestopātijas un hipohondriska satura pārvērtēšanas idejas. Pacienti stāsta par nepatīkamām sajūtām galvā, vēderā, krūtīs, kas droši vien nozīmējot to, ka viņiem ir smaga vai neārstējama somatiska slimība. Atšķirībā no hipohondriska satura murgiem šai gadījumā slimniekiem primāras ir patoloģiskās sajūtas – senestopātijas, bet hipohondriska satura idejas pievienojas sekundāri. Slimnieki par savām nepareizajām domām nav arī absolūti pārliecināti, tādēļ izmeklēšanas rezultāti, ārsta slēdzieni un pārliecināšana tās vismaz uz laiku likvidē.

> Slimnieks stāsta, ka pēdējā mēneša laikā viņam pastāvīgi esot nepatīkamas sajūtas vēderā. Liekoties, it kā tur kaut kas atrastos, bet nespējot precīzi noteikt ne «svešķermeņa» formu, ne lokalizācijas vietu – varot tikai aprakstīt, ka «svešķermenis» līdzīgs nelielai lodītei, kura pārvietojas, slimniekam kustoties, kā arī brīdī, kad ārsts izmeklē slimnieka vēderu. Slimnieks domā, ka tā varētu būt trūce, kuru ārsti nespējot konstatēt tās nelielo izmēru dēļ, un tāpēc arī «rupjās izmeklēšanas metodes» nekādus rezultātus nedodot. Ja tā neesot trūce, tad nav izslēgts, ka vēderā sākoties ļaundabīgs audzējs, ko pašreiz spējot novērtēt tikai pats slimnieks, bet ne ārsts («Vai tad nav gadījies, ka visas analīzes ir normālas, bet pēc tam pēkšņi atklājas vēzis un tad jau ir par vēlu operēt?»). Savas sūdzības slimnieks stāsta ļoti detalizēti, runā lēnām, griežas pie dažādiem ārstiem, un, lai gan ir labas analīzes un atkārtotā objektīvā izmeklēšanā patoloģiju nekonstatē, slimnieku var pārliecināt, ka viņš nav slims, tikai uz neilgu laiku. Pēc tam slimnieks atkal sāk bažīties par savām sajūtām. Ja dažas dienas sajūtas ir mazāk izteiktas, tad slimnieks kļūst mierīgāks, bet, sajūtām vēderā pastiprinoties, slimniekam rodas nešaubīgas domas par viņa slimības neārstējamību.

Histēriskais sindroms. Slimniekiem bieži ir dažādi funkcionāli traucējumi (histēriskas stigmas) – sāpes, parēzes, stostīšanās, aklums, kurlums, pie tam funkcionālos traucējumus reizēm grūti atšķirt no somatiskas slimības simptomiem vai arī abi simptomu veidi kombinējas.

> Slimniecei nodaļā acis puspievērtas, viņa sūdzas par nespēju tās atvērt, par nespēku, vājumu, bet tomēr labprāt piekrīt ierasties ārsta kabinetā uz sarunu. Slimniece uz ārsta kabinetu dodas sanitāru atbalstīta, lēniem soļiem. Ieraugot, ka viņa atvesta uz konsultāciju pie profesora, kurā piedalīsies daudzi ārsti un nodaļas vadītājs, slimniece atdzīvojas, runā daudz un labprāt.
>
> Slimniece pastāsta, ka vislielākās grūtības sagādājot tas, ka reizēm (tas vienmēr notiekot pēc «pārdzīvojumiem», kuros visbiežāk vainīgs viņas vīrs, kurš nepievēršot slimniecei «vajadzīgo uzmanību») viņai rodoties dažādi traucējumi. Reizēm viņa sastingstot un nemaz vairs nevarot pakustēties. Tad vīram viņa jāpavada līdz dīvānam, uz kura viņa atguļoties un tad tikai pamazām varot sākt kustināt rokas un kājas. Satraukuma brīžos reizēm it kā kamols iesprūstot kaklā, tādēļ nevarot parunāt – tad viņa ar zīmēm rādot vīram, lai atnes ūdeni, skrien pēc ātrās palīdzības.
>
> Slimnīcā nokļuvusi pēc tam, kad parādījušies jauni traucējumi – tagad pēc «pārdzīvojumiem» aizveroties acis un viņa tās nevarot vairs atvērt. Arī vēl tagad acis neesot īsti vaļā, tādēļ turpinot ārstēties. Acis atveroties tad, kad «uzlabojot sev garastāvokli», dziedot operu ārijas.
>
> Konsultācijas laikā slimniece sāk dziedāt, un viņai acis pamazām arvien vairāk un vairāk atveras.

Histēriskais sindroms klīniski var izpausties arī kā lielās un mazās histēriskās lēkmes.

Lielā histēriskā lēkme iestājas pēc kāda ārēja provocējoša iemesla, pēc lielākas, bet nereti arī niecīgas psihotraumas. Slimnieki krīt, bet atšķirībā no epileptiskās lēkmes viņi samaņu nezaudē, viņiem nav muskulatūras toniskas saraušanas. Tādēļ tāds slimnieks nekrīt pēkšņi, bet pakāpeniski nolaižas, tā pasargājot sevi no traumatiskiem bojājumiem. Pēc tam neseko arī tonisko un klonisko krampju fāzes. Nepatvaļīgas kustības ir sarežģītas, daudzveidīgas, patētiskas, izteiksmīgas – slimnieki veļas, izliecas, atbalstoties uz pēdām un pakauša (histēriskais loks), ritmiski sit ar kājām, kož sev rokās, ķermenī, skrāpējas, vienveidīgi kliedz, šņukst, raud, vaimanā, izrunā atsevišķas frāzes, dzied, deklamē, rauj apģērbu, plēš matus. Acu zīlītes uz gaismu reaģē, patoloģiskus refleksus nekonstatē.

Histēriskās lēkmes laikā atšķirībā no epileptiskās lēkmes, kura notiek mazā laukumiņā, slimniekam vajag daudz vietas. Pēc lēkmes nereti seko raudāšana, slimnieks izjūt nespēku, vājuma sajūtu, iz-

saka visādas sūdzības. Atsevišķas histēriskās lēkmes epizodes slimnieks atceras, jo samaņa lēkmes laikā nezūd (tikai sašaurinās) un koma neiestājas.

Mazā histēriskā lēkme, kuru tautā parasti sauc par «histēriju», aprobežojas ar matu plēšanu, trauku sišanu, smiekliem, elsām.

Histērisko lēkmi reizēm izdodas pārtraukt. Kā novērojuši vecie psihiatri, lēkme beidzas, ja slimnieku aplej ar aukstu ūdeni (to medicīnas darbinieki mūsu dienās gan nepraktizē). Lēkme parasti ātrāk pāriet un ir vienkāršāka, ja slimniekam tās laikā nepievērš uzmanību.

Psihopatoīdais sindroms. S. Korsakovs rakstīja: «Par cilvēka personību mēs saucam viņa psihiskās īpašības kopumā: viņam piemītošo jūtu, domāšanas veida, rīcības, rakstura kopumu. Personībai attiecībā pret viņa individualitāti ir līdzīga nozīme kā ķermeņa uzbūvei attiecībā pret fiziskajām īpašībām. Personība nav vienkārša psihisko īpašību summa, bet organizēta vienība. Līdzīgi tam, kā mūsu organisma audi veido fizisko organismu, tā arī psihiskās īpašības, apvienojoties pēc dzīvības likumsakarībām, veido personību».

Psihopātiskais sindroms liecina par noteiktu klīnisku nozoloģiju – psihopātiju (sīkāk par to sk. nod. «Psihopātijas»).

Atšķirībā no psihopātiskā sindroma psihopatoīdais sindroms veidojas dažu progredientu endogēnu psihisku slimību vai somatisku (neiroloģisku) slimību rezultātā. Jāatceras, ka atsevišķos gadījumos somatiskā slimība (smadzeņu audzējs, encefalīts, reimatisms, galvas smadzeņu sifiliss, progresējošā paralīze) sākas tieši ar personības izmaiņām, pie tam sākotnējā rūpīgi izdarītā somatiskā (neiroloģiskā) izmeklēšanā nekādus datus par patoloģiju vēl nekonstatē. Psihopatoīdās izmaiņas var palikt arī kā minēto slimību atliekas, to rezultāts.

Slimnieka iepriekšējās rakstura īpašības nevienmērīgi saasinās vai izzūd un rada personības izmaiņas, piemēram, parādās agrāk nebijusi, bet tagad uzkrītoša eksplozivitāte, viegla satraucamība, nesavaldība, uzbāzība, nepacietība, histeroīdas rakstura īpašības vai vienaldzība. Minētās rakstura īpašības vieglāk pamanāmas apkārtējiem cilvēkiem, bet apslēptākas bieži paliek tādas personības izmaiņas, kuru dēļ pārsvarā cieš paši slimnieki, t.i., pārlieks jūtīgums, nosliece uz pašanalīzi, grūtības piemēroties apkārtnei, nespēja īsti saprast apkārtējos cilvēkus, nespēja iekļauties kolektīvā, neērtības sajūta, pārlieks kautrīgums, neticība saviem spēkiem, mazvērtības sajūta utt.

Afektīvie sindromi

Depresīvais sindroms. Nomākts garastāvoklis ir viens no visbiežāk sastopamajām psihisko slimību izpausmēm. Kā liecina salīdzinoši pētījumi, pēdējos gadu desmitos depresiju skaits pasaulē arvien pieaug. Tipisku, bet jo sevišķi atipisku depresiju diagnostika bieži ir samērā grūta, bet tās pazīt ļoti svarīgi ir ne tikai psihiatriem, bet arī jebkuras citas specialitātes ārstiem. Depresiju, kā liecina pats termins, kopumā raksturo visu psihisko procesu nomāktība, aizture. Tipiskos gadījumos sindromu veido t.s. depresijas triāde: nomākts garastāvoklis, ideators (domāšanas) aizkavējums, kustību aizture.

Par depresiju var spriest gan pēc slimnieka subjektīvām izjūtām, ko ārsts atklāj jau pirmās sarunas laikā, gan pēc objektīvām pazīmēm, kuras reizēm var atrast, tikai slimnieku ilgstoši novērojot, gan arī pēc slimnieka izteiktām depresīva rakstura pašapsūdzības domām, nevēlēšanās dzīvot utt.

Depresijas gadījumā slimniekam ir nomākta cilvēka poza, sejā dziļu skumju izteiksme. Slimnieks ir mazkustīgs, lielāko dienas daļu sēž, galvu nodūris, vai arī visu dienu pavada gultā. Acu plakstiņiem krokojoties, izveidojas papildu rieva jeb t.s. Veraguta kroka. Slimnieks izskatās vecāks par saviem gadiem.

Kontakts ar slimnieku viņa domāšanas aiztures dēļ ir apgrūtināts, tomēr iespējams. Par savu garastāvokli pacienti stāsta ļoti dažādi atkarībā no depresijas dziļuma un veida. Smagākos stāvokļos slimnieki sūdzas par nomāktu garastāvokli, smagu skumju, bēdu, ciešanu, bezizejas sajūtu, turpretī citi – par vienaldzību, dzīvesprieka un jautrības trūkumu, nespēju priecāties, slinkumu. Pats slimnieks, kā arī piederīgie un darba biedri nereti depresiju neprecīzi apzīmē par «apātiju», ko pacients subjektīvi pārdzīvo kā kaut ko stipri nepatīkamu. Šādos gadījumos sadzīves apzīmējumā «apātija» ietverts cits saturs nekā medicīniskajā terminā.

Depresijas gadījuma var gan objektīvi novērot, gan no sarunas uzzināt par slimnieka psihisko aizturi. Slimniekiem ar izteiktu depresiju domu gaita ir tik ļoti lēna, ka izmeklēšanas laikā var rasties aizdomas pat par plānprātību, jo viņi nevar dot izsmeļošas un secīgas atbildes pat uz vienkāršiem jautājumiem, kuri prasa samērā nelielu koncentrēšanos un minimālu domāšanu. Pacients neatceras dzimšanas gadu, jauc savas dzīves svarīgākos hronoloģiskos datus, nespēj secīgi pastāstīt par pašreizējo slimību, neatceras, kad un kādās slimnīcās ārstējies pēdējo gadu laikā, kādas zāles lietojis, kopš kura laika nestrādā, nevar pastāstīt par savu ģimeni, nevar bez kļūdām uzgriezt sešzīmju telefona numuru.

Vieglākos slimības gadījumos domāšanas grūtības izpaužas tādējādi, ka slimnieks netiek galā ar parastiem uzdevumiem, kaut arī darbā ierodas laikā un visu dienu tur pavada. Vieglāk šādas grūtības pamana slimnieki, kas strādā garīgu darbu, jo viņi nevar iekļauties termiņā, izpildīt vajadzīgos aprēķinus, atskaites, rakstos nevar atrast precīzus formulējumus, strādā daudz gausāk nekā agrāk, nespēj koncentrēties un pielaiž savām zināšanām un spējām neraksturīgas un it kā nesaprotamas kļūdas (tas ārēji var izskatīties pēc paviršības). Stipri samazinās darba temps un produktivitāte.

Pēc darba slimnieks pārējo dienas daļu parasti pavada pilnīgā bezdarbībā, tādā veidā mēģinot atpūsties un atgūt spēkus. Slimnieks pārstāj interesēties par grāmatām, neklausās radio, vakaros neskatās televizoru, neapmeklē kino un teātrus, pārstāj lasīt avīzes un žurnālus, bet vai nu mazkustīgi sēž, vai arī agri iet gulēt. Uzmanīgi darba biedri parasti jau šajā laikā iedomājas par slimību (domā, ka notikusi «pārpūlēšanās»), citi turpretī slimnieku tur aizdomās par nevēlēšanos strādāt, par slinkumu, nenopietnu attieksmi pret pienākumiem, kaut arī pirms depresijas iestāšanās šāda rīcība šim cilvēkam nekad nebija raksturīga.

Domāšana slimniekiem ne tikai kļūst gausāka un apgrūtināta, bet mainās arī domu saturs. Slimnieki bez kāda iemesla uzskata sevi par nespējīgiem neveiksminiekiem, netic nākotnei, bet pagātni vērtē tikai negatīvā plānā. No pagātnes atgadījumiem viņiem prātā nāk pārsvarā tādi, kuros gadījies nokļūt apkaunojošā, smieklīgā un nepatīkamā situācijā. Viņi nesaskata nekādas nākotnes izredzes, saskata tikai grūtības un mokās ar mazvērtības sajūtu.

Izteiktos slimības gadījumos slimnieks sāk nepareizi novērtēt savu rīcību – rodas t.s. afektīvie murgi jeb, psihopatoloģiski precīzāk, – pārvērtēšanas idejas. Uz niecīgu, patiesībā tiešām bijušu mazsvarīgu notikumu pamata slimnieks sāk uzskatīt sevi par neveiksminieku, egoistu, kurš ar savu nepārdomāto rīcību ir it kā kaitējis darba biedriem un ģimenei, kurš nav pietiekami rūpējies par bērniem, bijis nepiedodami nesavaldīgs un netaisni ass pret kolēģiem.

Smagu depresīvu murgu gadījumos slimnieks uzskata sevi pat par simulantu, ļaundari, noziedznieku (pašapsūdzības murgu idejas). Atrodoties nodaļā, viņš atsakās pieņemt piederīgo pienestos produktus, jo neesot tos pelnījis, atsakās arī no «nepelnītās» ārstēšanas un kopšanas, slimības lapas, invaliditātes, pensijas, nelieto zāles, reizēm atsakās no ēdiena. Slimnieki ar pašapsūdzības murgu idejām nepārtraukti prasa dot viņiem darbu, lai viņi kaut kādā mērā «izpirktu savu vainu». Šie slimnieki pasvītroti laipni, pat pazemīgi izturas pret apkārtējiem, jo viņi domā, ka ir vainīgi pārējo cilvēku priekšā, un tādēļ mēģina savu šķietami smago vainu kaut kā likvidēt.

Slimniekiem ar depresiju raksturīgas garastāvokļa diennakts svārstības – vairums slimnieku vissliktāk jūtas rītos (arī pašnāvības biežāk tiek izdarītas no rītiem), turpretī vakaros vai jau pēcpusdienā viņiem garastāvoklis uzlabojas. Daļai slimnieku pasliktināšanos novēro tieši vakaros, bet dziļu depresiju gadījumos garastāvokļa svārstības izzūd.

Slimniekiem ar depresiju rodas arī veģetatīvi traucējumi, sievietēm izzūd menstruācijas. Raksturīgas ir sūdzības par spiedienu, smaguma sajūtu krūtīs, uz pleciem, galvā. Paši slimnieki stāsta, ka šāda «grūtuma» sajūta reizēm ir ne tikai līdzīga fiziskām sāpēm, bet bieži pat nav no tām atšķirama. Slimnieki paši stāsta, ka sajūtas krūtīs bieži ir pat nepatīkamākas un grūtāk paciešamas nekā fiziskās sāpes stenokardijas un miokarda infarkta gadījumā. Paši slimnieki jūtot, ka «skumjas» lokalizējas krūtīs, sirdī, pat norāda lokalizācijas vietu. Skumju sajūta var būt lokalizēta arī citās ķermeņa daļās – galvā, vēderā utt.

Slimnieki ar depresiju sūdzas, ka viņiem izmainījušās arī iepriekšējās «cilvēciskās» jūtas. Vienlaikus ar pašapsūdzību un negatīvo sevis vērtējumu slimnieks ir zaudējis spēju just līdzi piederīgajiem viņu priekos un bēdās, jūtas viņiem ir it kā izzudušas, ir iestājusies t.s. psihiskā dolorozā anestēzija, pie tam šo radušos stāvokli pats slimnieks smagi pārdzīvo.

Slimniekam izmainās uztvere, klīniskajā ainā pievienojas depersonalizācija un derealizācija. Slimnieks stāsta, ka apkārtne izskatās izmainīta, it kā nereāla. Arī pats savu ķermeni viņš uztverot neskaidri, it kā «caur plīvuru», esot izmainījusies garšas sajūta visi ēdieni kļuvuši pēc garšas vienādi, bezgaršīgi «kā salmi». Tāpat esot «notrulinātas» dzirde, oža un tauste.

Slimniekiem pavājinātas sekrēcijas dēļ trūkst siekalu, viņiem nav asaru, un dziļā depresijā slimnieki neraud. Bieži ir miega traucējumi, visbiežāk aizmigšanas grūtības, «caurs» miegs, pat pilnīgs bezmiegs. Ja objektīvi miegs ir saglabāts, tad var izzust subjektīvā miega sajūta – slimnieks naktī guļ, bet no rīta nejūtas atpūties, un viņam ir pārliecība, ka viņš visu nakti ir pavadījis nomodā.

Pasliktinātas ēstgribas dēļ slimnieks ēd, pārvarot nepatiku pret ēdienu, bet reizēm no ēdiena atsakās (tad personālam slimnieks jābaro). Slimniekiem ar depresiju raksturīgas obstipācijas, kā arī samazināta vai pilnīgi izzudusi libido (dzimumdziņa) un vīriešiem potence (dzimumspēja).

Depresijas triādē, visbiežāk maniakāli depresīvās psihozes gadījumos, visi traucējumi nerodas vienlaikus. Vispirms iestājas nomāktais garastāvoklis un rodas pesimistiskas domas, bet vēlāk pievienojas intelektuālā un motoriskā aizture. Nomāktais garastāvoklis, bezizejas sajūta, depresīvais savu spēju un nākotnes izredžu vērtējums nereti slimniekiem izraisa pašnāvības domas. Pie tam to realizēšana visiespējamākā ir tajā laikā, kamēr slimniekam vēl nav pārāk stipri izteikts motoriskais aizkavējums, t.i., depresijas sākumā un beigās. Tieši šajos periodos slimniekiem ar suicidālām domām jānodrošina visstingrākā uzraudzība. Šos slimniekus nepieciešams savlaicīgi stacionēt psihiatriskajā slimnīcā, kur viņus ievieto īpašā t.s. uzraugāmo slimnieku palātā, kur personāls slimniekus nepārtraukti uzrauga. No stacionāra slimnieku nedrīkst izrakstīt tikmēr, kamēr depresija nav pilnīgi pārgājusi.

Noteikti jāatceras, ka slimnieki ļoti bieži suicidālās domas rūpīgi slēpj un, zinot par uzraudzību, pašnāvību slepus ilgstoši un pacietīgi gatavo. Slimnieki mēģina izdarīt pašnāvību gan mājās, gan slimnīcā – noindējoties, iedzerot kodīgus šķidrumus, pakaroties, noslīcinoties, izlecot pa logu utt. Somatisko slimību nodaļās slimnieki reizēm krāj medikamentus, lai pēc tam uzreiz iedzertu lielākas miega zāļu vai citu farmakoloģisko līdzekļu devas.

Tā kā slimniekiem ar depresiju var būt domas par pašnāvību, tad viņi aizvien par tām jāizjautā, jāuzzina viņu plāni, kā arī jāvēro viņu objektīvā rīcība. Atsevišķos gadījumos slimnieki, gatavojoties pašnāvībai, padara darbus kādam laikam uz priekšu, raksta atvadu vēstules, steidzīgi kārto parādus, dala mantu, runā par iespējamu nejaušu nāvi un savām bērēm, mērķtiecīgi meklē telpu un piemērotu pašnāvības brīdi – sīki apskata tualetes telpas, ilgi kavējas pagrabā, šķūnītī, pagalmā, ārpus mājas, sevišķi tad, kad pārējo ģimenes locekļu nav klāt.

Atipisku depresiju sindromi. Tipisko depresiju gadījumos diagnostiku atvieglo tas, ka nomākto garastāvokli slimnieks sajūt subjektīvi un par to ārstam stāsta. Mūsu dienās depresijas tomēr visbiežāk norisinās atipiski, kad depresijas komponentu proporcijas ir izmainītas un galvenokārt slimniekiem ir sūdzības ne par nomākto garastāvokli, bet gan par pārējiem depresijas gadījumos novērojamiem traucējumiem. Slimnieks savās sūdzībās garastāvokli nepiemin, subjektīvi to kā izmainītu nejūt un, pat speciāli iztaujāts, depresiju nereti noliedz. Tā rezultātā rodas diferenciāldiagnostikas grūtības un slimnieki ar atipiskām depresijām visbiežāk vispirms nokļūst pie citu specialitāšu ārstiem, tiek izmeklēti terapijas, endokrinoloģijas, ķirurģijas, onkoloģijas vai neiroķirurģijas nodaļās un tikai tad nokļūst pie psihiatra.

<u>Veģetatīvā depresija</u>. Vairāk vai mazāk izteikti veģetatīvi traucējumi raksturīgi jebkuras depresijas gadījumā. Raksturīgākie no tiem ir sirdsklauves, asinsspiediena izmaiņas (biežāk hipertonija), sāpes sirds rajonā, galvas sāpes, kā arī citi somatiska rakstura traucējumi, piemēram, vēdera aizcietējumi (retāk caurejas), slikta dūša, vemšana, zobu sāpes, neskaidras etioloģijas subfebrila temperatūra.

Veģetatīvās depresijas gadījumā minētie traucējumi ir spilgtāk izteikti un par tiem slimniekiem ir galvenās sūdzības, tādēļ «tipiskās» sūdzības slimnieki neizsaka vai to arī viņiem nav. Atceroties, ka iespējama veģetatīva depresija, un aktīvi un mērķtiecīgi izjautājot slimnieku, var noskaidrot, ka radušies ne tikai iepriekš minētie traucējumi, bet ka slimnieks kļuvis arī pasīvāks, ka viņam zudušas iepriekšējās intereses. Pie tam tajos starplaikos, kad slimnieks jūtas somatiski vesels, iepriekšējā enerģija, labais garastāvoklis un dzīvesprieks viņam tomēr neatgriežas, kā tas būtu bijis slimniekiem ar somatiskām slimībām.

Veģetatīvie traucējumi, tāpat kā pārējie tipiskas endogēnās depresijas komponenti, visizteiktāki ir no rītiem, bet pēcpusdienā un it īpaši vakaros samazinās. Slimnieku iztaujājot, var atrast arī miega un ēstgribas traucējumus. Anamnēzē, ja vien nav pirmais slimības uzliesmojums, ir līdzīgi stāvokļi, kad bijuši mēnešiem un pat gadiem ilgi atipisko depresiju periodi, kuri pārgājuši bez īpašas ārstēšanas. Katamnestiski tos var uzskatīt par vieglāk izteiktām depresijas fāzēm.

<u>Blāvās jeb matētās depresijas</u>. Slimniekiem trūkst sūdzību par sliktu garastāvokli, bet vienlaikus ir pārējie depresijas sindroma elementi. Slimniekiem trūkst enerģijas, uzņēmības, interešu un aktivitātes. Pacients nevar koncentrēties, viņam nav patikas un intereses par darbu, ir vēlēšanās pasēdēt vienatnē, nepatīk pat sarunāties ar piederīgajiem un draugiem. Ārēji stāvoklis atgādina pārpūlēšanos, tomēr var noskaidrot, ka tādam pieņēmumam nav pamata, bet slinkums un nevēlēšanās darīt ikdienas darbu slimniekam nepavisam nav raksturīgi.

Tāpat vērojamas slimnieka psihiskā stāvokļa diennakts svārstības. Slimnieki stāsta, ka visgrūtāk viņiem ir tūlīt pēc pamošanās saģērbties, doties uz darbu un to iesākt, labāk viņi jūtas pēcpusdienās un vakaros, kad nogurums nevis palielinājies, kā varētu būt astēnijas gadījumā, bet, gluži otrādi, sāk atgriezties enerģija un dzīvesprieks. Diagnostikai jānoskaidro arī ēstgribas un miega traucējumi.

<u>Neirotiskā depresija</u>. Slimniekiem reizē ar depresiju parādās neirozei līdzīgi traucējumi, galvenokārt uzmācības. Depresija šajos gadījumos nav dziļa, nenorisinās ar izteiktu psihomotorisku aizkavē-

jumu un, ja depresijas simptomātiku mērķtiecīgi nemeklē, tā var palikt nepamanīta. Klīniskajā ainā raksturīgas uzmācīgas domas ar depresīvu saturu, fobijas (bailes nomirt), uzmācīgas šaubas, piemēram, vai slimnieks rīkojies pareizi noteiktās situācijās, vai nav ar savu uzvedību kādu apvainojis, vai nav bijis netaktisks, utt. Slimniekiem nereti rodas arī uzmācīgas depresīvas sensitīvas attiecību idejas. Slimnieki vēl ilgi atceras, pārdomā gadījumus, kuros viņi it kā uzvedušies nepareizi un tādēļ apkārtējie cilvēki viņus izsmējuši, pret viņiem ironiski izturējušies, pamanījuši slimnieka neveiklumu, neapķērīgumu, «nepilnvērtību».

Hipohondriskā (senestopātiskā) depresija. Šai gadījumā raksturīgs nomākts garastāvoklis, nepatīkamas senestopātiska rakstura sajūtas un hipohondriskas domas. Parasti pacienti uzskata, ka ir smagi slimi ar kādu grūti ārstējamu vai pat neārstējamu slimību, un tādēļ atkārtoti griežas pie ārsta pēc palīdzības – noteikt diagnozi un ārstēt. Viņi pieprasa izmeklēšanu, kā arī profilaktisku ārstēšanas kursu. Pacientu ilgstoši novērojot, parasti var atklāt, ka niecīgu somatisku traucējumu gadījumos (vai arī somatiski pilnīgi veseliem cilvēkiem) liela nozīme klīniskajā ainā ir nomāktajam garastāvoklim, kas, psihiskajai slimībai progresējot, turpina pasliktināties.

Maniakālā sindroma gadījumā raksturīgs pacilāts garastāvoklis, paātrināta domāšana, motorisks uzbudinājums (pretēja triāde depresijai).

Pacilāto garastāvokli slimnieki izjūt kā labu noskaņojumu, omulību, jautrību, optimismu, reizēm kā dusmīgu uzbudinājumu. Slimnieki ir kustīgi, pie tam kustības slimības sākumā ir mērķtiecīgas, viņi ir darbīgi, ar daudzām idejām, lieliem un plašiem plāniem.

Ja patoloģiskais stāvoklis nav smags un nav vēl radušies izteikti uzmanības traucējumi, tad darba biedri un ģimenes locekļi slimnieku raksturo kā cilvēku ar neatslābstošu enerģiju, mērķtiecību, jautrību un dzīvesprieku. Slimnieks arvien ir jaunu pasākumu ierosinātājs, organizētājs, iedvesmotājs un vadītājs, viņš visu iesāk pirmais. Sākumā slimniekiem ar maniakālu sindromu tiešām rodas jaunas, produktīvas un derīgas idejas, kuras, ja vien nav paviršas, var būt nozīmīgas un vērtīgas.

Stāvoklim pasliktinoties, slimnieka domāšana kļūst stipri paātrināta, plāni paviršī, nenopietni un pacients vairs nav spējīgs neko izdarīt līdz galam. Šai laikā slimniekiem raksturīgi nepārdomāti solījumi, bezatbildīgi lēmumi, naudas šķiešana, tāli braucieni taksometros, dārgas dāvanas, bieža viesos iešana un viesību rīkošana, paviršas pazīšanās un intīmi sakari, steidzīgas precības un šķiršanās.

Slimnieki liekas nenogurdināmi. Parasti viņi maz guļ, daudz ēd un līdz tam laikam, kamēr iestājas pilnīgs spēku izsīkums, subjektīvi noguruma sajūtu nepazīst. Libido un potence viņiem ir paaugstinātas.

Savas spējas slimnieki pārvērtē (pārvērtēšanas idejas) un sevi uzskata par skaistiem, gudriem, enerģiskiem, talantīgiem, neatvairāmiem. Vēl vairāk paaugstināta garastāvokļa periodā pacients jau sāk sevi dēvēt par rakstnieku, mākslinieku, kinorežisoru, olimpisko čempionu, tad arī par ministru un valsts galvu (lielmanības idejas).

Jauktie stāvokļi. Nereti novēro t.s. jauktos stāvokļus, kad vienam un tam pašam slimniekam vienlaicīgi atrodami gan depresijas, gan maniakālā stāvokļa elementi dažādās attiecībās.

Raksturīgākās jaukto stāvokļu izpausmes ir 1) ažitētā depresija (nomākts garastāvoklis ar motorisku kustīgumu, uzbudinājumu), ko sauc arī par depresiju ar uzbudinājumu; 2) depresija ar domu skraidīšanu (nomākts garastāvoklis, motorisks aizkavējums, bet ideators uzbudinājums); 3) aizkavētā mānija (pacilāts garastāvoklis, intelektuāls uzbudinājums, bet motorisks aizkavējums).

Murgu sindromi

Paranojālais sindroms. Sindroma gadījumā ir interpretatīvi, sistematizēti murgi ar ikdienišķu saturu. Halucināciju nav.

Tā kā murgu tematika tuva īstenībai, reāli iespējamām konflikta situācijām, tad diferenciācija reizēm ir grūta un diagnostikā rodas pārpratumi. Slimnieki paši slimības sākumā griežas milicijā, redakcijās, sabiedriskajās organizācijās, kur tiek izskatītas gan slimnieku, gan pret slimniekiem ierosinātās lietas. Tikai pēc ilgāka laika (pat vairākiem gadiem) pacients uzkrītošās un reizēm neadekvātās uzvedības dēļ tiek nosūtīts pie psihiatra uz ekspertīzi un ārstēšanos. Visbiežāk sastopamas paranojalo murgu tēmas ir hipohondriskie, greizsirdības, izgudrošanas, kaitēšanas, sevišķas izcelšanās un reformēšanas murgi.

Hipohondriskie murgi. Slimnieks ir pārliecināts, ka cieš no kādas smagas vai pat neārstējamas slimības – vēža, leikozes, staru slimības, sifilisa, tuberkulozes. Viņš atkārtoti griežas ārstniecības iestādēs, prasa atkārtoti izdarīt analīzes un rentgenoskopisku izmeklēšanu. Negatīvu izmeklēšanas rezultātu gadījumos tomēr lūdz izdarīt profilaktiskus ārstēšanas kursus, pieprasa mēģinājuma laparotomiju, arvien jaunas konsultācijas, konsīlijus un, neievērojot nekādus pamatotus pierādījumus un autoritatīvus slēdzienus, par savu maldīšanos nav pārliecināms.

Murgi ir sistematizēti, piemēram, slimnieks visu pamato tādējādi, ka katrs nākošais ārsts gribot slēpt iepriekšējā ārsta kļūdu, tos ārstus, kuri pašā sākumā nav pratuši slimību diagnosticēt un kuru vainas dēļ slimnieks kļuvis neārstējams. Par slimību liecinot tas, ka ārsti rentgenoloģiskās izmeklēšanas laikā savā starpā esot pārmijuši kaut kādas (būtībā nenozīmīgas) frāzes, piemēram, «paskatieties šeit... viss skaidrs...», un pēc apskates medicīnas māsa uz viņu «saprotoši» paskatījusies. Viņa «zinājusi», ka slimniekam palīdzēt vairs nevarot, tikai neuzdrošinājusies to skaļi pateikt.

Dažos gadījumos, kuri sākumā šķiet pieskaitāmi pie jatrogēnijām, vainīgi nav medicīnas darbinieki, bet slimnieks murgaini ir izskaidrojis indiferentas situācijas.

Izgudrošanas murgi. Slimnieks uzskata, ka veicis svarīgus izgudrojumus, piemēram, atklājis metodi, kā ārstēt vēzi, radījis jaunas konstrukcijas aparātu siltumnīcas logu atvēršanai, izgudrojis ierīci penicilīna flakoniņu atkorķēšanai, izstrādājis teorijas par Zemes griešanos un planētu izcelšanos. Lielākā daļa izgudrojumu ir pilnīgi nederīgi, daži tiešām satur kādas nozīmīgas detaļas, bet dažādu iemeslu dēļ gandrīz nekad nav vērtīgi un izmantojami kopumā.

Slimnieki izsūta savus projektus uz iestādēm, kuras nodarbojas ar attiecīgajiem jautājumiem, kā arī personiski tās apmeklē vai lūdz savus ierosinājumus izskatīt, bet visur, protams, saņem pamatotus atteikumus. Ar to slimnieki nesamierinās, jo viņi uzskata, ka darbinieki, kuri izgudrojumus vērtējuši, kaut kādu iemeslu dēļ nevēlas vērtīgos atklājumus atzīt un ieviest praksē. Šie darbinieki esot vai nu birokrāti, vai slepeni valsts ienaidnieki, kas tīšām negribot ieviest praksē valsts labā izdarītos atklājumus.

Murgos tiek iesaistītas arvien jaunas un jaunas personas (murgi paplašinās). Augstākstāvošās organizācijas, kurās slimnieki griežas, jau reizē ar projektiem saņem sūdzības par iepriekšējo iestāžu darbiniekiem. Saņemot noraidījumus, slimnieki ierodas arvien jaunās iestādēs, redakcijās, tautas kontroles komisijās, sabiedriskās organizācijās, raksta valdībai, pie tam ne tikai par saviem projektiem, bet arī par «nederīgiem darbiniekiem, kaitniekiem», ar kuriem viņiem bijusi sastapšanās un kuri kļuvuši par slimnieku ienaidniekiem. Rodas situācija, kad slimnieks, uzskatot sevi par cietēju un vajātu, vajā citus – tos, kuriem nejauši vai dienesta stāvokļa dēļ gadījies ar slimnieku tikties. Slimnieks kļūst t.s. vajātais vajātājs.[45]

Slimnieks ar paranojāliem murgiem var kļūt pat sociāli bīstams – var izdarīt noziegumus, piemēram, kāds slimnieks ieradās pie prokurora un vaicāja, kādu pārkāpumu viņš varētu izdarīt, lai nokļūtu cietumā uz neilgu laiku. Viņš gribēja izmantot tiesas procesu, lai atklātā tiesas sēdē stāstītu par savu «zinātnisko atklājumu» un lai plašas ļaužu masas, kuru vidū gadītos arī speciālisti, par to uzzinātu un viņam palīdzētu.

Greizsirdības murgi. Visbiežāk rodas hroniskiem alkoholiķiem un šizofrēnijas slimniekiem, galvenokārt vīriešiem. Slimnieks uzskata, ka dzīvesbiedre viņam kļuvusi neuzticīga, jo pret viņu vēsāk izturoties, esot neuzmanīgāka un vienaldzīgāka. Sievai esot mīļākie, ko apstiprinot viņas uzvedība – no darba esot pārnākusi ar četru minūšu nokavēšanos, ejot pa ielu, uzsmaidījusi pretī nākošam vīrietim un pēdējā gada laikā pašuvusi divas jaunas kleitas. Slimnieks sāk sievu katru rītu pavadīt uz darbu, atplēst sievai adresētās vēstules, pārbaudīt viņas veļu, vairākas reizes dienā zvanīt uz sievas darba vietu, lai pārbaudītu, vai viņa tiešām strādā. Indiferentos faktus slimnieks vienmēr izskaidro murgu plānā, bet tos faktus, kas aizdomas neapstiprina, viņš slimīgi ignorē.

> Kāds slimnieks rāpās kokā, lai skatītos pa logu nodaļā, kur viņa sieva strādāja par medicīnas māsu, bet naktis, kad sieva dežurēja, viņš pavadīja slimnīcas pagrabā un lika, lai sieva ik pēc pusstundas nonāk lejā parādīties.

Kaitēšanas murgi. Raksturīgi gados vecākiem cilvēkiem, biežāk sievietēm. Sākumā murgi parasti vēršas pret komunālā dzīvokļa kaimiņiem – tie zogot, bojājot produktus un tādējādi radot konkrētus, kaut arī niecīgus materiālus zaudējumus. Kaimiņi esot izņēmuši no zupas gaļu, apmainījuši

---

[45] **V.E.:** Lūk, šos «izgudrošanas murgus» man droši vien piedēvē visa tā «zinātniskā» kamariļja, ar kuru man ir bijušas tik bezgala daudzas darīšanas pēdējo 30 gadu laikā. Taču, kad runa patiešām ir par profesora Eglīša aprakstītajiem gadījumiem, tad taču var paņemt papīra lapiņu un uz tās īsi un konkrēti uzrakstīt, kāpēc dotā pacienta «izgudrojums» uzskatāms par nepareizu, nelietojamu utt. Labi, pats pacients šim izskaidrojumam nenoticēs, viņš vienalga turpinās savu darbību, bet var taču uzrakstīt tā, lai to saprastu un pieņemtu neitrāli novērotāji? Lūk, to es arī cenšos panākt no Latvijas «zinātniskās kamariļjas» jau 30 gadus, lai viņi tādu papīru uzrakstītu. Un visa nelaime ir tikai tā, ka viņi **NAV SPĒJĪGI** tādu izskaidrojumu sacerēt. Nu, bet ja «zinātnieki» nav spējīgi izskaidrot, kāpēc tieši lieta uzskatāma par murgiem, tad kuri gan ir tie murgotāji – es vai viņi?

salasītos labos liepu ziedus pret sliktākiem, derīgu sēņu vietā nolikuši tārpainas, sabojājuši veļu, dvieļus, mēteli, izvilkuši no kleitas diedziņus, uzpilinājuši zeķēm skābi.

Vēlāk slimnieki sāk stāstīt, ka kaimiņi pieberot produktiem kaitīgas vielas. Viņi pārstāj turēt produktus pieliekamajā un pārnes uz istabu. Ar laiku slimniekiem sāk likties, ka kaimiņi nāk arī viņu istabās, – prombūtnes laikā esot pārstumtas mēbeles, drēbju skapis novietots mazliet savādāk, radioaparātam pārbīdīts regulētājs. Slimnieki sākumā maina atslēgas, tad piekar vienām durvīm vairākas priekškaramās atslēgas, bet tas tomēr nelīdzot. Sākas sūdzības namu pārvaldē, biedru tiesā, milicijā, raksti redakcijām, un, tā kā šādi konflikti tiešām var būt, tad slimnieki pie psihiatra nokļūst diezgan vēlu.

Savu rīcību slimnieki parasti motivē ar kaimiņu vēlēšanos padarīt slimnieku dzīvi komunālajā dzīvoklī neciešamu vai pat viņus noindēt, lai iegūtu slimniekam piederošo apdzīvojamo platību. Reizēm vienīgais motīvs esot par slimnieku pasmieties un paņirgāties (<u>ņirgāšanās murgi</u>).

Svešas izcelšanās murgi mūsu dienās sastopami diezgan reti. Šo murgu saturs ir nereālāks, tādēļ slimnieki pie psihiatra nokļūst agrāk. Pēc savas izcelšanās slimnieki esot bagātu cilvēku, ievērojamu sabiedrības darbinieku vai mākslinieku bērni, kuri kaut kādu iemeslu dēļ nonākuši svešā ģimenē. Par savu augsto izcelšanos slimnieks zinot pēc tā, ka viņa tēvs – aktieris tagad izvēloties īpašas lomas vai arī pa televīziju sniedzot intervijas, esot slimniekam teicis vairākus teikumus ar apslēptu nozīmi, pie tam šos teikumus citi – nezinātāji – nesaprotot.

Reformēšanas murgi ir mūsu dienās reti sastopami reliģiska satura pasaules pārveidošanas murgi, kuri ar laiku kļūst par slimnieka dzīves pārliecību. Slimnieka murgainā uzvedība un aktivitāte ļauj atšķirt murgus no kolektīvas maldīšanās, māņticības, reliģijas, jo tām, kā zināms, var ticēt arī gluži veseli cilvēki.

Paranojālā sindroma gadījumos murgi bieži ir līdzīgi īstenībai, tādēļ nepieciešami papildu kritēriji, lai atšķirtu reālus konfliktus no sākušās slimības. Visos gadījumos diagnostikas nolūkā jāievāc objektīvā anamnēze no slimnieka piederīgajiem, dzīvokļa kaimiņiem, darba biedriem, taču ārsts nekad nedrīkst to vērtēt kā izmeklētājs – objektīvajām ziņām diagnostikā nav izšķirošās nozīmes, bet ir tikai palīgnozīme. Greizsirdības murgi var būt arī cilvēkam, kuram sieva tiešām ir neuzticīga, hipohondriskie murgi – tiešām slimam cilvēkam.

Slimniekam, kam radušies murgi, iestājas izmaiņas arī citās psihiskās darbības sfērās, vispirms emocionālā dzīvē un domāšanā, piemēram, zūd interese par bērniem, ģimeni, darbu, ar laiku pacients interesējas tikai par to vienīgo tēmu, kas saistās ar murgiem. Par saviem pārdzīvojumiem un aizdomām slimnieks stāsta ļoti sīki (patoloģiski pamatīga domāšana), atceras katru vārdu, ko noklausījies, sauc datumus, citē dokumentus, ar kuriem, pēc viņa domām, pierāda savu taisnību. Daži slimnieki iekārto savu «ienaidnieku» kartotēku, kurā atzīmē paziņas, kuri pārstājuši viņus apsveikt jubilejās, raksta dienasgrāmatas, atzīmējot tur «ļaundaru» izteicienus, kuriem it kā bijusi īpaša, apslēpta nozīme. Sarunās slimnieki bieži lieto vārdu «speciāli», tā uzsverot pieminēto cilvēku it kā apzināto kaitnieciskumu.

<u>Paranoīdais sindroms</u>. Slimībai progresējot, paranojāla sindroma vietā var rasties paranoīdais sindroms, kura gadījumā ir murgi, halucinācijas (biežāk pseidohalucinācijas) un psihiskā automātisma simptomi. Atšķirībā no paranojālā sindroma psihotisko pārdzīvojumu tematika kļūst plašāka un pārsniedz ticamības robežas. Pacienti šādā stāvoklī parasti agri saista apkārtējo cilvēku uzmanību un nokļūst slimnīcā.

Slimniekiem, kurus līdz šim nodarbināja domas par nedziedināmu slimību, sievas neuzticību, dažādiem izgudrojumiem vai komunālā dzīvokļa kaimiņu ļaunprātībām, murgu tematika sāk paplašināties – tajā tiek iesaistīti arvien jauni cilvēki, murgu tēmās jau ietvertas iestādes, rajons, visa pilsēta. Slimnieks stāsta, ka pilsētā viņam visur sekojot – veikalā, ēdnīcā, tramvajā viņu novērojot un uzmanot aizdomīgas personas, viņa vajāšanā bez dzīvokļa kaimiņa piedaloties vesela organizācija ar lieliem štatiem (vajāšanas murgi).

Slimnieks sāk dzirdēt, ka par viņu runā: sākumā viņš apkārtējo cilvēku indiferentās sarunās saklausa atsevišķus, it kā viņam domātus vārdus (verbālās ilūzijas), bet vēlāk sāk dzirdēt balsis arī klusumā un no attāluma (halucinācijas). Balsis viņu izsmejot, apsūdzot, komentējot viņa rīcību, pavēlot, draudot, savā starpā apspriežot noziedzīgus plānus.

Paranoīdā sindroma attīstības sākumā parasti slimniekam uzreiz rodas verbālās pseidohalucinācijas, lai gan pseidohalucinācijas var rasties arī pēc neliela perioda, kurā slimniekam ir īstās dzirdes halucinācijas. Slimnieki ar paranoīdo sindromu ir aizdomīgi, sasprindzināti, reizēm pat agresīvi.

<u>Psihiskā automātisma jeb Kandinska–Klerambo sindroms.</u> Ja slimniekam ir pseidohalucinācijas (visbiežāk verbālās) un iedarbības murgi, tad ir radies psihiskā automātisma jeb Kandinska–Klerambo sindroms, centrālais paranoīdā sindroma komponents. Slimnieks «jūt» ārēja spēka «uzspies-

tus», pret paša gribu izraisītus uztveres traucējumus, kurus viņš arī uzskata par svešas iedarbības rezultātu.

Izdala ideatoro, senestopātisko un motorisko Kandinska–Klerambo sindroma variantu. Traucējumu sākumā parasti raksturīgs pirmais variants, bet, slimībai progresējot, pievienojas arī pārējo variantu simptomi un rodas t.s. totālais Kandinska–Klerambo sindroms.

Ideatorā varianta gadījumā slimnieks jūt iedarbību uztveres sfērā, iedarbību uz domām un garastāvokli. Slimnieks stāsta, ka viņam jūkot domas, rodoties domu uzplūdi, ka ar savām domām viņš nevarot tikt galā, jo domas plūstot pret paša gribu (mentisms jeb mantisms). Šādos stāvokļos slimniekam dažreiz ir bailes «sajukt prātā». Slimnieki arī sūdzas, ka viņu domas kļūstot zināmas visiem apkārtējiem, ka neko no savām domām viņi vairs nevarot noslēpt (atklātības simptoms). Pret savu gribu jāatceroties dažādi pagātnes notikumi, kurus nevēloties atcerēties. Visas šīs parādības notiekot it kā ārēja spēka iedarbības rezultātā, pie tam pret šo ārējo varu slimnieks esot bezspēcīgs.

Iedarbības rezultātā ne tikai mainoties slimnieka paša domas, bet viņam galvā tiekot ieliktas svešas domas (domu ielikšanas simptoms), paša domas tiekot pārtrauktas un pret savu gribu esot jādomā par nepatīkamām lietām. Dažreiz visu to, ko slimnieks domājot, viņš it kā pasakot skaļi (domu atbalss) – dzirdot savas domas gan kā skaļas balsis, gan kā iekšējus čukstus (pseidohalucinācijas). Slimnieki jūtot uzspiestus sapņus, pret pašu gribu rodoties depresija, prieks, sajūsma, bailes, mīlestība, naids. Jūtot arī «taisītas» nepatīkamas garšas un ožas sajūtas, piemēram, līķa, puvušu produktu, fekāliju utt.

Senestopātiskā varianta gadījumos slimnieks jūt iedarbību fizisko sajūtu sfērā – tiekot izraisītas sāpes («it kā caur ķermeni plūstu strāva»), pret paša gribu seksuālas sajūtas. Tomēr slimnieks var atšķirt sāpes, kuras «radījuši» ienaidnieki, no īstām stenokardijas sāpēm un galvas sāpēm.

Motoriskā varianta gadījumā slimnieks jūt iedarbību uz kustībām.

> Sniedzam kāda slimnieka vēstuli (slimniekam ir psihiskā automātisma sindroms), kurā viņš apraksta pret sevi vērsto «iedarbību»:
>
> «Jau 4 gadus cauri atmosfērai nepārtraukti dzirdu cilvēku balsis un viņu sarunas savā starpā, kā arī personiski ar mani. Šie cilvēki redz visu to, ko es redzu, un dzird to, ko es dzirdu. To viņi man ir pasacījuši. No sākuma šie cilvēki man teica, ka viņi esot zinātnieki un izdarot pētījumus. Kādu laiku viņu izturēšanās bija solīda un varēja domāt, ka viņi tiešām ir zinātnieki. Šī iemesla dēļ es pakļāvos viņiem un neprotestēju par neērtībām, kuras viņi man sagādāja. Tā kā tagad, pēc 4 gadiem garīgi esmu nonācis pilnīgi viņu varā un fiziski viņi man arī sagādā dažādas neērtības un pat sāpes, viņu izturēšanās ir kļuvusi nesolīda un reizēm pat neciešama, tad esmu spiests meklēt kaut kur palīdzību.
>
> Pēc šo noslēpumaino cilvēku izteicieniem, es vairs nedzīvojot pilnvērtīga cilvēka dzīvi, un viņiem šajā gadījumā ir taisnība. Tā kā viņi nepārtraukti runā, tad es pats nemaz neesmu spējīgs domāt. Domāt un runāt varu tikai tad, kad viņi man atļauj, un domāt varu tikai tajā virzienā, kādā viņi vēlas. Cik dīvaini tas arī nebūtu, šis mans paskaidrojums ir tikpat kā viņu nodiktēts. Ja viņi to nedarītu, tad šādu paskaidrojumu es vispār nebūtu spējīgs uzrakstīt. Ja viņi nevēlēsies, ka es rakstu, tad viņi manu galvu momentāni var novest tādā stāvoklī, ka es nekā vairs nesaprotu un neesmu spējīgs ne domāt, ne runāt. Tādos brīžos man galvā ir nepatīkama sajūta, pie tam šīs sajūtas gandrīz vai katru dienu ir citāda rakstura.
>
> Arī fiziski viņi var mani nepatīkami iespaidot. Ļoti bieži viņi apgrūtina elpošanu un rada pat traucējumus sirdsdarbībā. Bez tam viņi pilnīgi negaidot var izraisīt man klepu, iesnas, smieklus, kā arī ļoti bieži liek man kasīties. Viņi var man iespaidot arī redzi: padarīt to neparasti asu vai arī pavisam sliktu. Šķiet, ka viņiem ir pat nepieciešami padarīt mani stipri nervozu un dusmīgu. Dažreiz viņi liek man lamāties, pie tam tādos vārdos, kādos viņi vēlas. Ja es nesu rokā kādu smagumu, tad viņi var to padarīt gan ļoti smagu, gan apbrīnojami vieglu. Manu gaitu, ejot pa ielu, viņi var pārmaiņus padarīt gan smagu un grūtu, gan neparasti vieglu.
>
> Pēdējā laikā viņu runāšanas saturs visbiežāk ir rupjš un nekaunīgs, naktīs viņi neļauj man labi izgulēties: miegā jūtu, ka viņi kaut kā apstrādā manu galvu. Bieži vien dienā viņi man sagādā nepatīkamas, pat neciešamas sāpes dažādās ķermeņa daļās».

Psihiskā automātisma sindroma gadījumos nereti novēro pseidohalucinatoras pseidoreminiscences. Slimnieki it kā skaidri atceras notikumus, kuriem, kā vēlāk esot izrādījies, bijusi liela pareģojoša nozīme, lai gan šādi notikumi īstenībā nemaz nav bijuši, piemēram, kāda zīlniece, priekšnieks darbā, kaimiņš ar ļaunu vai labu nolūku jau sen esot teikuši, ka slimniekam kādreiz ilgstoši būšot jāārstējas psihiatriskajā slimnīcā, un tagad tas esot piepildījies.

Pseidoreminiscences pēc satura ir tuvu iespējamībai un var radīt pārpratumus, nezinātājam dodot iemeslu runām par zīlēšanu un gaišredzību.

Parafrēnais sindroms. Slimībai progresējot, paranoīdā sindroma vietā var rasties parafrēnais sindroms, kura gadījumā ir visi iepriekšminētie paranoīdā sindroma komponenti, taču tematika kļuvusi

fantastiska. Slimnieks jūt iedarbību ne tikai no apkārtējiem cilvēkiem, bet arī no kosmiskajiem kuģiem, valstu vadītājiem, Saules un planētām.

Murgu tematika ir saistīta ar slimnieka garastāvokli, kurš parasti ir paaugstināts – slimnieks uzskata sevi par valsts vadītāju, viņš izlemjot kara un miera jautājumus, sastādot valdības.

Atšķirībā no paranoīdā sindroma šai gadījumā murgi kļūst sistematizētāki, kaut arī paliek tēlaini, slimniekam vienlaikus ir vajāšanas un lieluma murgi. Slimnieki uzskata sevi par ievērojamiem, neparastiem cilvēkiem (ar savām spējām, talantu, zināšanām, anatomiskajām īpatnībām viņi vienīgie esot tādi pasaulē), viņi vienīgie spējot sarunāties ar citām planētām. Bieži slimnieki savā apkārtnē saskata antagonistiskus spēkus, kuru cīņā viņi ir aktīvi iesaistīti.

Parafrēnajam sindromam izdala četrus variantus – halucinatoro, konfabulatoro, ekspansīvo un sistematizēto parafrēniju. Halucinatoras parafrēnijas gadījumos dominē fantastiska satura verbālās halucinācijas. Konfabulatorai parafrēnijai raksturīgs tas, ka slimnieks ļoti sīki un detalizēti stāsta kā paša piedzīvotus īstenībā nebijušus fantastiskus notikumus (konfabulācijas). Ekspansīvās parafrēnijas gadījumā vērojams pacilāts garastāvoklis un slimnieks it kā «uz vietas», sarunas laikā izdomā pasakainus notikumus, kuros arī pats arvien ir piedalījies. Pārejas starp šiem variantiem ir zināmā mērā nosacītas un, lai gan parasti viens no šiem variantiem prevalē, vienlaikus var atrast visu variantu elementus.

Sistematizētā parafrēnija ir īpatnējs parafrēnijas veids. Atšķirībā no parastās slimības dinamikas, kad parafrēnais sindroms veidojas pēc paranoīdā sindroma, tam lēnām progresējot, sistematizētā parafrēnija attīstās tieši pēc paranojālā sindroma, sistematizētiem vajāšanas murgiem arvien vairāk paplašinoties. Slimnieks stāsta, ka viņa novērošanā un vajāšanā iesaistās arvien vairāk organizāciju, valsts iestāžu, valstu vadītāju, paša slimnieka vērtība un nozīme kļūstot milzīga. Sākumā sistematizētās parafrēnijas gadījumā ir tikai vajāšanas murgi, bet lieluma murgi pievienojas vēlāk.

Verbālās halucinozes sindroma gadījumā slimniekam vienlaikus novēro kā verbālās halucinācijas, tā murgus, pie tam murgu un halucināciju saturs ir vienāds.

> Slimnieks ir satraukts, nomāktā garastāvoklī. Viņš uzskata, ka viņu gatavojas nonāvēt, tādēļ baidās iziet no palātas un kategoriski atsakās iet kopā ar citiem slimniekiem pagalmā pastaigāties. Visu laiku viņš dzird vīriešu balsis, kas slimniekam draudot: «Gan mēs tevi atradīsim... nekur tu no mums neaiziesi... mēs tevi tā neatstāsim, atradām, kur tu esi». Slimnieks ir pilnīgi pārliecināts, ka viņam tiešām seko kāda neatklāta ļaundaru organizācija, kura viņam par savu pastāvēšanu visu laiku atgādina.

Katatonais sindroms

Ar terminu «katatonija» apzīmē psihomotoriskos traucējumus, kuru gadījumā motoriskā sfērā raksturīgs paaugstināts muskulatūras tonuss, kustību aizture, stereotipija, bet psihiskā sfērā – negatīvisms. Atšķirībā no afektīvajiem un domāšanas traucējumiem katatonija ir smagāks stāvoklis, jo patoloģiskais process ir izplatījies arī uz zemgarozu.

Katatonijas slimniekiem ir raksturīgs ārējais izskats, kas atgādina parkinsonisma slimnieku izskatu. Slimnieki ir mazkustīgi vai pilnīgi sastinguši, ejot viņiem nav roku sadraudzības kustību. Slimnieki nereti caurām dienām sēž, ceļus pievilkuši pie krūtīm un galvu noliekuši. Miegā paaugstinātais muskulatūras tonuss samazinās un izzūd.

Ilgstošas katatonijas gadījumos raksturīgi somatiski un neiroloģiski traucējumi: slimnieki parasti ir pavājināta barojuma, viņiem sejas ir hipomīmiskas vai amīmiskas, pastiprinātās svīšanas dēļ nedaudz spīdīgas, pietūkušas. Āda sausa, pulss sīks, elpošana virspusēja. Slimniekiem ir roku trīce, bet ilgstošas stāvēšanas rezultātā piepampst kājas. Viņiem ir pazeminātа jušana. Katatonijas gadījumos slimnieki var būt netīrīgi, jo viņi nespēj paši sevi apkopt.

Katatonā sindroma gadījumā kustību sfērā ir vairāki raksturīgi simptomi. Paramīmija – nepietiekami koordinētas mīmikas muskulatūras kustības, jo slimniekam vienlaikus kontrahējas antagonistiskas muskuļu grupas, kuras veselam cilvēkam parasti reizē nedarbojas, radot, piemēram, vienlaicīgi smieklu un raudu izteiksmi. Epizodiski redzama nesimetriska, nejauša muskulatūras raustīšanās.

Vaskveida lokanība jeb katalepsija (nevis katapleksija!) – tieksme saglabāt iepriekšējo pozu. To visvieglāk pārbaudīt, paceļot slimnieka roku, – tā paliek jaunajā pozīcijā. Atsevišķos gadījumos slimnieks var atrasties arī ļoti sarežģītās pozās. Vaskveida lokanība iestājas pakāpeniski, sākumā slimniekam kļūstot mazkustīgākam. Pirmajā laikā, kamēr vaskveida lokanība vēl nav pilnīgi izveidojusies, slimnieks pacelto roku gan nolaiž, bet tomēr lēnāk nekā parasti, savu rīcību it kā psiholoģiski izskaidrojot, – «neesot zinājis, ka roka nav jāpatur pacelta», utt.

Kustību plasticitātes traucējumi, bieži stereotipas kustības – slimnieks šūpojas uz priekšu un atpakaļ, veļas gultā no vieniem sāniem uz otriem. Smagākos gadījumos var rasties horejai un atetozei līdzīgas kustības.

Intrauterīnā poza – slimnieks sēž, pievilcis ceļus pie krūtīm. Tādā poza slimnieks gandrīz nepārtraukti var pavadīt dienas, nedēļas un pat gadus (novēro dziļā šizofrēnijas defekta stāvoklī).

Mutisms – slimnieks nerunā, pie tam patoloģiskais stāvoklis nav izskaidrojams ne ar neiroloģisku perēkļveida bojājuma simptomātiku, ne ar histēriska rakstura traucējumiem.

Katatonā stāvoklī var būt pārsvarā gan raksturīgi motorikas (psihomotoriskie!), gan psihikas traucējumi.

Negatīvisms ir raksturīgākais psihikas traucējums. Pasīvā negatīvisma gadījumos slimnieks uz pavēli reaģē, sasprindzinot muskulatūru un pasīvi neizpildot rīkojumus. Aktīvais negatīvisms izpaužas tādējādi, ka slimnieks aktīvi rīkojas pretēji ārsta norādījumiem – slimnieks neizpilda teikto vai rīkojas tieši pretēji – apģērbjas, ja liek noģērbties, bet noģērbjas, ja liek saģērbties; atsakās no pasniegtā ēdiena, bet (tomēr ļoti reti) paēd, ja viņam atkārtoti «liek neēst». Atrodams arī Pavlova simptoms – slimnieks atbild uz klusu balsi, bet uz tāda paša satura skaļu jautājumu klusē. Ivanova–Smoļenska simptomu novēro retāk – slimnieks atbild uz rakstisku instrukciju, bet neizpilda mutiskus norādījumus.

6. att. Katatonais stupors (A. Laksberga novērojums).

Katatonijas gadījumos iestājas gribas traucējumi. E. Krepelīns par tiem tēlaini saka, ja griba kā vilcējs var izkustināt vezumu, tad katatonijas gadījumos tā ir it kā iejūgta ratos otrādi un darbojas pretējā virzienā. Rezultātā nereti vienlaikus novēro kā negatīvismu, tā pasīvo pakļaujamību. Sākumā atrod t.s. eho parādības: slimnieki atkārto ārsta vai apkārtējo slimnieku runu (eholalija), kustības (ehopraksija), pārraksta visu, ko atrod rakstītu (ehogrāfija), lasot tekstu skaļi, izlasa ne tikai vārdus, bet arī pieturas zīmes (eholeksija), bet, ienākot telpā, pēc kārtas paskatās uz visiem apkārt esošiem priekšmetiem vai arī tos reizē nosauc.

Vēlāk slimnieks pasīvi pakļaujas pat viņam nepatīkamām pavēlēm, piemēram, kā raksta O. Bumke, slimnieks eksperimentā vairākkārt pēc ārsta pavēles izbāž mēli, kaut arī viņam katru reizi mēlē iedur ar adatu un viņš reflektori sāpju dēļ to vienmēr ievelk atpakaļ.

Katatonijas ilgums var būt dažāds. Ilgstoša katatonija parasti atrodama smagos šizofrēnijas defekta stāvokļos, īslaicīga – akūtos šizofrēnijas stāvokļos, arī slimniekam ar somatogēnām psihozēm. Pēdējos gadu desmitos smagi stāvokļi klīniskajā ainā sastopami arvien retāk. Par vienu no iespējamiem izskaidrojumiem izvirzīts uzskats, ka mūsu dienās šizofrēnijas slimniekus agrāk sāk ārstēt, pie tam modernā terapija ir relatīvi efektīvāka.

Izdala katatono stuporu (6. att.) un katatono uzbudinājumu, pie tam vienam un tam pašam slimniekam reizēm var savdabīgi kombinēties pretējo sindromu elementi. Akūtā stāvoklī stupors diezgan viegli var pāriet uzbudinājumā – un otrādi.

Katatonais stupors. Sākoties katatonijai, muskulatūras sastingums sākas ķermeņa augšdaļā un pakāpeniski izplatās uz leju. Sākumā katatonija parādās mīmikas muskulatūrā, seja kļūst neizteiksmīga, sastingusi. Košanas muskulatūras tonusam pieaugot, slimniekam grūti atvērt muti. Tālāk muskulatūras sastingums izplatās uz plecu joslu, rokām, ķermeni. Tad slimniekiem ejot nav roku sadraudzības kustību. Vēlāk katatonais stupors skar arī kājas, bet pēdējo – plaukstu.

Slimnieks mazkustīgs. Seja amīmiska, taukaina, spīdīga. Uz jautājumiem neatbild, tikai pēc atkārtotas prasības atver acis, parāda mēli, sniedz roku. Roku dod lēnām, grūdienveida kustībām. Pēc kāda laika sāk atdarināt ārsta kustības – pieceļas, uzliek rokas uz galda, tad tāpat, atkārtojot ārsta darbības, apsēžas, noliek rokas klēpī. Neizpilda norādījumus rakstīt, neļaujas izmeklēties.

Izdala vairākus katatonā stupora veidus atkarībā no bojājuma dziļuma un katatonijas smaguma pakāpes.

Stupors ar vaskveida lokanību. Klīniskajā ainā dominē vaskveida lokanība, tomēr atrodami arī pārējie katatonijas elementi (negatīvisms, stereotipas kustības, vienveida frāžu atkārtošana runā utt.).

Negatīvistīskais stupors. Smagāks stāvoklis, kas ir dziļāka bojājuma pakāpe. Muskulatūras tonusa izmaiņas vairs nav dominējošās, klīniskajā ainā raksturīgākais ir negatīvisms. Slimnieks neizpilda ārsta norādījumus un tiem pasīvi vai aktīvi pretojas. Tāpat kā iepriekš novērojami arī citi katatonijas simptomi.

Stingais stupors. Smagāka katatonijas stupora pakāpe. Mūsu dienās šādus stāvokļus atrod ievērojami retāk nekā agrāk. Ilgstošs šāds stāvoklis parasti liecina par smagu šizofrēnijas defektu.

Slimniekiem iestājas pilnīga nekustība ar mutismu, kuri ilgst dienām un naktīm. Smagos gadījumos slimnieks ieņem intrauterīnu pozu un visu dienu nekustīgi sēž nodaļas kaktā, pie sienas vai uz gultas. Acis viņam aizvērtas, zobi sakosti, lūpas izstieptas uz priekšu. Slimnieks uz jautājumiem neatbild, uz apkārtnē notiekošo nereaģē. Daži slimnieki paēd un sevi elementāri apkopj, tomēr biežāk ir netīrīgi un jābaro (reizēm pat caur zondi).

Ja nekustīgums un mutisms nav pilnīgi, bet tikai daļēji, tad to apzīmē par substuporu.

Katatonais uzbudinājums. Visbiežāk sastopams šizofrēnijas gadījumos un jādiferencē no maniakālā uzbudinājuma. Ļoti uzkrīt slimnieka haotiskās, nemotivētās kustības, kā arī nesakarīgā runa, kas ir pretstatā cilvēka rīcībai maniakālā uzbudinājuma laikā, kad kustības kopumā ir mērķtiecīgas (ja uzbudinājums nav pārāk intensīvs un slimnieks var sakarīgi rīkoties). Katatonā uzbudinājuma laikā slimnieka rīcība ir haotiska, viņa darbībā trūkst mērķtiecības. Uzvedībā raksturīgas nejaušas, nemērķtiecīgas, nemotivētas, impulsīvas kustības, kas bieži ir spontānas un stereotipas. Var būt eholalija un ehopraksija. Arī slimnieka runa nav mērķtiecīga, tā sastāv no nesakarīgiem vārdiem, simboliem, nesaprotamiem teikumiem, kas izteikti vai nu ar sarunai neatbilstošu, neadekvātu intonāciju, vai arī vienmuļā ritmā. Tāpat izmainīts ir runas temps, epizodiski var būt pilnīga domāšanas apstāšanās. Slimnieka mīmikā ir neadekvātas grimases, manierīgums, nekad nav īsta prieka, bēdu vai jautrības izteiksmes.

> Slimnieks ļoti nemierīgs, visu laiku kustas, tomēr noteiktas darbības neizpilda: skatās apkārt, grimasē, smejas, slēpj seju rokās, sēžot gultā, šūpojas no vienas puses uz otru. Uz jautājumiem atbild nesakarīgi, izrunā nesaprotamus vārdus vai frāzes. Tikai no atsevišķiem atbilžu fragmentiem var konstatēt, ka slimnieks atrodas fantastisku pārdzīvojumu varā, jautājumus saprot, bet apkārtni vērtē nepareizi.
>
> Uz jautājumiem bieži nereaģē, bet, ja ārsts grib izmeklēt neiroloģiski, izklausīt vai pabarot, tad ļoti pretojas.
>
> Reizēm izkliedz nesaprotamas, nesakarīgas skaņas: «All-tull- ar zināt... lidot... kas tas... kas...» Slimnieks nesaprotami un bez redzama ārēja iemesla sāk šņukstēt, bet pēc tam atkal smaida.

Katatonā uzbudinājuma laikā slimniekam bieži ir neskaidras apziņas stāvoklis (oneiroīds), tādēļ psihotiskajā periodā ar viņu nodibināt kontaktu, lai iegūtu izsmeļošas ziņas par psihotiskajiem pārdzīvojumiem, nav iespējams. Šī iemesla dēļ slimnieki nodaļā īpaši rūpīgi jānovēro un viņu rīcība un runa (bieži nesakarīga un fragmentāra) iespējami sīki jāapraksta slimības vēsturē, lai vēlāk, stāvoklim uzlabojoties, slimnieku varētu par to izjautāt un tādējādi liktu viņam atcerēties bijušos pārdzīvojumus.

Izdala vairākus katatonā uzbudinājuma veidus.

Mulsi patētiskais uzbudinājums. Slimnieks ir apjucis, viņa kustības nedabiskas un patētiskas – slimnieks atliecas, izstiepjas, ar rokām izdara ritmiskas airējošas kustības, šūpojas, staigā, griežas uz vietas, pietupjas. Pēc tām noteikt slimnieka psihotiskos pārdzīvojumus nevar. Slimnieka runa fragmentāra, runas ritms mainīgs. Viņš atkārto vārdus un teikumus, veidojot ritmiskas frāzes, sākto teikumu bieži nepabeidz. Stāstījumā saprotami tikai atsevišķi vārdi vai izteicieni.

> No kāda slimnieka vēlāk uzzinājām, ka viņa kustībām un runai psihotiskā stāvokļa laikā bija šāda simboliska nozīme: roku vicināšana nozīmēja lidošanu, pietupšanās – atomkara draudu likvidēšanu; trīsreiz atkārtotais vārds «laime» – ka slimnieks netiks vests uz rentgenu.

Hebefrēni katatonais uzbudinājums ir dziļāks patoloģisks stāvoklis. Slimnieka uzvedība kļūst mazāk patētiska, viņš it kā muļķojas, ākstās, jokojas, neadekvāti smejas, vaigstās, kliedz, kūleņo.

Impulsīvais uzbudinājums izpaužas ar pēkšņām impulsīvām kustībām un darbībām. Slimnieks, kas visu laiku bijis mierīgs, negaidot iesit blakus sēdētājam, izsit logu, sasit termometru un norij dzīvsudrabu.

Ilgstoši mierīgs slimnieks, kam bija katatonā simptomātika un aizkavējums, pēc atlaišanas uz mājām pie tramvaja pieturas pēkšņi metās skriet.

Mēmā katatonā uzbudinājuma laikā parasti slimnieka kustīgums neprasa plašu telpu un norisinās gultas robežās. Izpaužas kā ritmiska muskulatūras raustīšanās, kas atgādina atetozes vai horejas kustības. Slimnieks šai laikā uz jautājumiem neatbild, kontaktu ar viņu nevar iegūt.

Kaut arī vairumā gadījumu katatonie traucējumi ir samērā ilgstoši, tomēr tie reizēm var būt arī epizodiski un parādās īslaicīgi monosimptoma veidā. Dažreiz tikai vēlāk šiem slimniekiem, kuriem pirmā patoloģiskā izpausme bijusi tranzitori katatonie stāvokļi, rodas tipiski šizofrēnijas uzliesmojumi.

Epizodisku katatono traucējumu gadījumā parasti raksturīgs katatonais stupors, piemēram, anamnēzē slimniekam ir epizode, kad viņš, ejot pa tiltu, uz dažām sekundēm pēkšņi ir sastindzis.

Kādam slimniekam katatons stupors atkārtojās mēnesi pēc kārtas: slimnieks katru rītu, ejot uz skolu, ceļā vienā un tajā pašā vietā uz 10 minūtēm apstājās un sastinga («nevarēja paiet»). Vēlāk slimnieks apzināti sāka celties un iziet no mājām 10 minūtes agrāk.

Aptumšotas apziņas sindromi

Apziņa ir augsti organizētas matērijas īpašība, tā ir augstākā, tikai cilvēkam piemītošā spēja atspoguļot īstenību. Īstenības atspoguļojums apziņā jebkuras psihiskās slimības gadījumā izmainās – kļūst neprecīzs vai nepareizs, tomēr apziņa psihiatriskajā nozīmē tajā pašā laikā var palikt skaidra. Psihiatrijā izdala īpašus aptumšotas apziņas sindromus, un visos to iespējamos variantos vienmēr primāri ir izmainīta apkārtējās, reālās, priekšmetiskās pasaules atspoguļošana cilvēka apziņā. Protams, vienlaikus izmainās arī spēja pareizi vērtēt sakarības starp priekšmetiem un parādībām, taču tā var mainīties arī sekundāri citu patoloģisku stāvokļu rezultātā slimniekiem ar skaidru apziņu, piemēram, depresijā, rodoties murgiem, plānprātībai utt.

Aptumšotas apziņas sindromi liecina par akūtu stāvokli un slimniekam sniedzama tūlītēja palīdzība. Šādi traucējumi raksturīgi organiskām CNS slimībām, sastopami epilepsijas slimniekiem, kā arī somatisko, ķirurģisko, neiroloģisko un citu slimību laikā. Periodiskās norises šizofrēnijas gadījumos novēro aptumšotu apziņu oneiroīda sindroma veidā.

Diemžēl psihiatrijā vēl mūsu dienās trūkst vispārpieņemtu vienotu terminu. Dažādu autoru darbos vieni un tie paši simptomu un sindromu apzīmējumi nereti ietver sevī ne tikai šaurāku un plašāku nozīmi, bet reizēm pat diezgan atšķirīgu saturu. Tikai dažu stāvokļu raksturošanai, piemēram, aptumšotas apziņas raksturošanai, psihiatrijas praksē parasti izmanto vienus un tos pašus klasiskos K. Jaspersa ieteiktos četrus kritērijus.

Atrautība no ārpasaules. Slimniekam zūd iepriekšējais sakars ar reālo pasauli, apkārtējiem reālajiem priekšmetiem, cilvēkiem, notikumiem. Slimnieks it kā arvien noslēdzas no ārējiem impulsiem un «ieiet» sevī, savā iekšējā pasaulē, pie tam pārējo iespaidu uztvere vienlaicīgi kļūst apgrūtināta vai pilnīgi izzūd. Apkārtējie redzes iespaidi, piemēram, galdi, krēsli, telpas, cilvēki, tiek atspoguļoti blāvāk, paviršāk, fragmentārāk, izkropļoti. Iekšēju psihopatoloģisku pārdzīvojumu (murgi, halucinācijas) slimniekam var arī nebūt, tomēr lielākai daļai slimnieku ar aptumšotu apziņu minētie traucējumi ir raksturīgi.

Dezorientācija. Vieglākos slimības gadījumos novēro dezorientāciju laikā – slimnieks nezina dienu, datumu, mēnesi, pat gadu, bet smagākos gadījumos pievienojas arī dezorientācija telpā – pacients nezina, kur viņš atrodas. Slimniekam izmainās sava «es» apziņa; slimnieks vairs nevar nosaukt savu vārdu, uzvārdu, dzimšanas gadu, neatzīst sevi par krāvēju vai grāmatvedi, kas viņš ir, bet uzskata sevi par aktieri, kosmonautu, īpašu personu, kuru gatavo filmēšanai vai speciālai misijai uz Mēness.

Fragmentāra domāšana. Domāšanas formālie traucējumi sākas tad, kad slimnieks vairs nevar aptvert apkārtējo situāciju kopumā. Viņa spriedumi kļūst nepietiekami pamatoti, pavirši, fragmentāri, teikumi nesakarīgi. Reizēm domāšanas produktivitāte samazinās tik izteikti, ka slimnieks vairs nespēj veidot sakarīgus teikumus – nevar par sevi pastāstīt, nevar atbildēt pat uz vienkārši formulētiem ārsta jautājumiem.

Amnēzija par neskaidrās apziņas periodu. To konstatē tikai vēlāk, pēc psihiskā stāvokļa uzlabošanās. Aptumšotās apziņas laikā slimniekam ir bijuši apgrūtināta vai izslēgta apkārtējo notikumu uztvere, tādēļ pēc patoloģiskā stāvokļa izbeigšanās slimnieks šo periodu vai nu vispār neatceras, vai atceras fragmentāri. Reizēm slimnieks atceras tikai savus psihotiskos pārdzīvojumus, bet nevar neko pastāstīt par to, kas tajā pašā laikā noticis īstenībā. Dažreiz amnēzija var iestāties nevis tūlīt pēc aptumšotās apziņas stāvokļa izbeigšanās, bet vēlāk.

Par aptumšotu apziņu drīkst runāt tikai tajos gadījumos, kad vienlaikus atrodamas visas četras apskatītās pazīmes. Viena atsevišķa pazīme vai pat vairākas vienlaikus var parādīties sekundāri, citu psihisko traucējumu rezultātā. Piemēram, atrautība no ārpasaules var būt arī dziļas apātijas, katatonā stupora un citos gadījumos; dezorientācija var būt slimniekiem, kuriem ir murgi, atmiņas traucējumi, izteikta astēnija, bet plānprātīgiem slimniekiem vai tādiem, kam ir afāzijas, vienmēr atrodami asociatīvā procesa traucējumi.

Izdala vairākus aptumšotas apziņas sindromus.

Delīrijs raksturīgs intoksikācijas psihozēm (alkoholismam, medikamentu intoksikācijai), organiskiem CNS bojājumiem, kā arī somatiskām slimībām, piemēram pēc galvas traumām, operācijām, slimniekiem ar aterosklerozi un hipertonisko slimību.

Delīrija laikā slimnieks ir dezorientēts laikā un telpā, bet orientācija sevī visu laiku saglabājas. Slimniekam ir izteiktas redzes ilūzijas un halucinācijas. Delīrijs parasti sākas vakarā, krēslā un pastiprinās naktī. Sākumā rodas redzes ilūzijas un pareidolijas (fantastiskas ilūzijas): slimnieks vērīgi raugās sienas zīmējumos, paklājā, segu rakstos. Viņam liekas, ka tie izplūst un to vietā veidojas fantastiskas ainas. Vēlāk pievienojas arī dažāda satura redzes halucinācijas. Slimnieks redz, ka viņam apkārt pulcējas dažādi dzīvnieki un cilvēki, ka istabā ir ļoti daudz kukaiņu. Redz arī briesmoņus, kādi nemaz neeksistē. Delīrija sākumā slimnieks vēl saprot, ka tas viss ir slimības rezultātā, bet vēlāk slimības apziņa zūd un slimnieks visus psihotiskos pārdzīvojumus uzskata par īstenību.

Slimnieka garastāvoklis atbilst redzētā saturam, viņš ir aktīvs un rīkojas atbilstoši uztveres maldiem. Atsevišķos gadījumos slimnieks ir pārbijies, pat grib izdarīt pašnāvību, lai tikai no vajātājiem atbrīvotos, vai arī cīnās ar viņiem, aizstāvas. Reizēm ir agresīvs, vajā savus šķietamos uzbrucējus ar nazi, cirvi, malkas pagali. Ja slimniekam redzētā saturs ir patīkams, tad viņš ar interesi vēro, «ka istabā slejas stāvus un dejo čūskas, ka sienas paklāju rūtīs ik pēc brīža paspīd zvēra purniņš, bet pa ielu četrās rindās iet kaķi». Kāds slimnieks redzēja, ka suņi spēlē hokeju, pie tam viņš «stāvēja vārtos».

Delīrija intensitāte ir mainīga. Raksturīgi ir īslaicīgi pārtraukumi, t.s. gaišie jeb lucīdie logi, kad slimniekam apziņa noskaidrojas. Šai laikā ar slimnieku iespējams kontakts un viņš dod saprātīgas un adekvātas atbildes uz dažādiem jautājumiem. Tomēr pēc īsa pārtraukuma slimnieks jau atkal ir redzes ilūziju un halucināciju iespaidā. Gaišo periodu iespējamība jāatceras, lai varētu pareizi novērtēt slimnieka stāvokli.

Vienlaikus ar redzes halucinācijām slimniekam var rasties rudimentāras un nepastāvīgas murgu idejas – domas, ka viņu vajā, grib nogalināt vai apvaino slepkavībā, bet pēc akūtā stāvokļa izbeigšanās kādu laiku var būt reziduālie murgi.

Iespējamas ilgstošas delirioza rakstura psihozes, kas turpinās vairākas dienas, pat nedēļas. Stāvoklim uzlabojoties, delīrija intensitāte pirms pilnīgas izbeigšanās samazinās dienā, bet pastiprinās naktīs.

Bez izteiktiem delirioziem stāvokļiem iespējamas arī atsevišķas rudimentāras, īslaicīgas deliriozas epizodes (piemēram, slimnieks naktī pēkšņi pamostas un ierauga, ka gultai tuvojas cilvēks, kas pazūd; mazgājoties slimnieks redz, ka pa bļodas malu rāpo kukaiņi), pie tam tās izzūd jau pēc dažām minūtēm.

Slimnieks smagu delīriju pilnīgi amnezē, bet vieglākos gadījumos patoloģiskos pārdzīvojumus fragmentāri vai pat pilnīgi atceras. Ja slimība progresē, iestājas dziļākas delīrija stadijas.

Profesionālā delīrija gadījumos halucināciju tematika ir atbilstoša slimnieka arodam, pacients aptumšotās apziņas stāvoklī it kā turpina savu ikdienas darbu: bankas darbiniece «skaita naudu», pārdevējs «sver gaļu», konstruktors turpina «zīmēt līnijas, līdz ap galvu viņam sāk tīties rasējuma ruļļi», metinātājam «nāk virsū dažādas garas un tievas stieples, un viņš ar autogēnu velti pūlas tās sagriezt gabalos». Profesionālā delīrija laikā lucīdie logi ir retāki un īsāki.

Musitējošais delīrijs iestājas, stāvoklim pasliktinoties. Slimnieks ir ārēji līdzīgs smagi somatiski slimam pacientam; viņam ir neskaidrs skatiens, paātrināta elpošana un pulss, vaigi bieži iekritušies. Šāda slimības attīstība liecina par patoloģiskā procesa saasināšanos vai par komplikācijām, kuras pievienojušās. Slimnieka stāvoklis smags, lucīdo logu nav. Slimnieks mazrunīgs, viņa runa ir klusa, neskaidra, nesakarīga murmināšana, rīcība nav sakarīga darbība, motoriskais uzbudinājums izpaužas kā kustīgums gultas robežās – slimnieks «aplasa» sev apkārt diegus, atgrūž segu, tausta palagu, kaut ko velk sev klāt. Musitējošam delīrijam padziļinoties, seko sopors, koma un letāls iznākums.

Amencei raksturīgs vienlaikus apjukums un nesakarīga domāšana – sajukums. Slimnieki ārēji izskatās apjukuši un bezpalīdzīgi – viņi ir dezorientēti, viņu skatiens klīstošs, savu uzmanību pacienti aktīvi pie apkārtnes notikumiem nesaista. Vērojams neliels motorisks nemiers gultas robežās, pie tam kustības ir mazmērķīgas un vienotas darbības neveidojas, piemēram, slimnieks grozās gultā, pārveļas no vienas puses uz otru, svaidās, mētā rokas. Sajukums (inkoherence) domāšanā raksturīgs ar to, ka

slimnieki izsaka nesakarīgus, savā starpā nesaistītus vārdus vai teikumus, kuri ir automatizēti visvienkāršākie izteicieni un nesatur nekādus paskaidrojumus, vēlēšanās, jautājumus. Vārdus slimnieki izsaka neizteiksmīgi, vienmuļi, skaļi, klusu vai čukstus.

Slimnieka runas intonācija atkarīga no garastāvokļa, kas ir visu laiku mainīgs, piemēram, raudulība mijas ar smiekliem un sajūsmu (tas palīdz diferencēt no delīrija). Naktī, stāvoklim pasliktinoties, amence var pāriet delīrijā. Slimībai beidzoties, vēl ilgi saglabājas dziļa astēnija un pilnīgs spēku izsīkums. Atšķirībā no delīrija amences gadījumā par pārciesto periodu pilnīgi nekādas atmiņas nesaglabājas, amentīvos stāvokļos nav arī lucīdo logu. Amenci novēro smagu organisku CNS slimību gadījumos, piemēram, pēc insulta, kā arī smagu somatisko slimību, avitaminožu, septisku stāvokļu laikā.

Krēslas stāvoklis sākas pēkšņi, paroksismāli un tikpat pēkšņi izbeidzas. Krēslas stāvokļa laikā slimniekam pilnīgi zūd kontakts ar reālo pasauli. Ja arī pacients atbild uz jautājumiem, tad tomēr nekādas sarunas, pārliecināšana, kā arī nekādu medikamentu iedarbība slimnieku no aptumšotās apziņas stāvokļa izvest nespēj un slimnieks paliek savu iekšējo pārdzīvojumu varā. Tajā pašā laikā pacients reizēm var pareizi veikt automatizētas darbības, piemēram, iet, pārvietoties ar transporta līdzekļiem, pie tam ar savu uzvedību nepievēršot sev apkārtējo cilvēku uzmanību.

Atrautību no reālās pasaules, nespēju uztvert un vērtēt notikumus reizēm gleznaini salīdzina ar tumsu – krēslu, kurā slimnieks atrodas. Slimnieks it kā virzās pa šauru koridoru un līdz viņa apziņai nonāk tikai daļa no reālās apkārtējās situācijas. Viss, kas paliek it kā aiz koridora sienām, viņam ir nesasniedzams. Pie tam līdz apziņai nonāk nevis spilgtākie notikumi, bet dažādi nejauši atgadījumi. Slimniekam parasti ir halucinācijas un murgi, kas kombinējas ar sasprindzinājumu, nemieru, trauksmi, brutālu afektu. Pēc krēslas stāvokļa izbeigšanās iestājas dziļa amnēzija un slimnieks par iepriekš pārdzīvoto neko nevar pastāstīt. Atsevišķos gadījumos tūlīt pēc krēslas stāvokļa izbeigšanās saglabājas fragmentāras atmiņas, bet arī tās drīz pilnīgi izzūd (retardētā amnēzija). Izdala vairākus krēslas stāvokļa variantus.

Halucinatori paranoīdā varianta gadījumā kontakts ar slimnieku nav iespējams. Apziņu aizpilda halucinācijas un murgi, kas pēc satura parasti ir nepatīkami, briesmīgi un atbaidoši. Vienlaikus slimniekam ir izteiktas afektīvas izmaiņas – sasprindzinājums, ļaunums, nemiers, bailes.

Epileptiformā uzbudinājuma gadījumā slimnieks ir stiprāk uzbudināts, murgi un halucinācijas spilgtāk izteikti, daudz plašāka mēroga. Epileptiformais uzbudinājums ir viens no visbīstamākajiem stāvokļiem psihiatrijā, jo slimnieks šajā laikā ir pilnīgi dezorientēts un var būt agresīvs – var visu apkārt lauzt un demolēt, var izdarīt slepkavības, savu upuri saplosot, sašķaidot, sakapājot gabalos. Par slimnieka upuriem var kļūt jebkurš cilvēks, kas pagadās slimniekam ceļā, arī ģimenes locekļi. Aprakstīts gadījums, kad epilepsijas slimniece krēslas stāvokļa laikā noslepkavojusi savu bērnu un viņa zarnas izkārusi uz virves.

Epileptiformais uzbudinājums sākas pēkšņi un tāpat pēkšņi, nereti pēc dziļa miega, no kura slimnieku nevar atmodināt, arī izbeidzas. Vēlāk slimnieks par šo periodu pilnīgi neko neatceras (ne reālos notikumus, ne savus psihotiskos pārdzīvojumus, ne savu rīcību) un ir neizpratnē par sekām. Krēslas stāvokli parasti novēro epilepsijas slimniekiem.

Ambulatorā automātisma variants norisinās bez murgiem, halucinācijām un sasprindzinātā afekta stāvokļa. Slimniekam aptumšotas apziņas stāvoklī, kā liecina pats termins, ir saglabāta pareiza motoriskā aktivitāte. Slimnieks, ejot uz kādu noteiktu vietu, pēkšņi it kā «izslēdzas» un, pašam nezinot, nokļūst kaut kur citur, piemēram, aiziet pa svešu ceļu, aizbrauc ar tramvaju garām vajadzīgajai pieturas vietai, iebrauc ar velosipēdu purvā vai mežā, pie tam maldīšanās nav izskaidrojama ar izklaidību vai aizdomāšanos. Apziņai pēkšņi atkal noskaidrojoties, slimnieki paši nesaprot, kā svešajā vietā nokļuvuši. Lielākai daļai epilepsijas slimnieku anamnēzē ir līdzīgi gadījumi.

Ambulatorā automātisma laikā slimnieka uzvedība parasti ārēji ir pareiza un viņš nepievērš sev apkārtējo cilvēku uzmanību. Ja pacients nejauši satiek pazīstamus, tad viņš var atbildēt uz elementāriem jautājumiem, atstājot tikai nedaudz izklaidīga, sevī koncentrēta cilvēka iespaidu. Neatbilst tomēr patiesībai apgalvojums, ka slimnieki vienmēr rīkojas pareizi. Kā uzsver G. Rotšteins, kara laika apstākļos slimnieki, kuri pārcietuši galvas traumas, krēslas stāvokļa periodos reizēm orientācijas traucējumu dēļ pakļuvuši zem mašīnām vai gājuši bojā purvos.

Absanss (no franču vārda *absance* – prombūtne) ilgst sekundes daļas vai sekundes, tā laikā slimnieks pēkšņi sastingst («atslēdzas»): ēdot viņam no rokām izkrīt karote, darba laikā – instruments, smēķējot – cigarete; slimnieks uz mirkli pārtrauc stāstījumu, pat pusvārdā, bet klausītāji nepagūst pavaicāt, kas noticis, kad slimnieks jau atkal sarunu turpina. Subjektīvi slimniekam absansa laikā ir it kā melna lenta acu priekšā, bet pēc tam viņš uz mirkli vēl ir apjucis.

Oneiroīds ir sapņiem līdzīgs stāvoklis. Oneiroīda laikā slimnieks pārdzīvo bijušus un nebijušus notikumus, to fantastiskas kombinācijas (līdzīgi tas var būt sapņos).

Pārdzīvojumi parasti saistās ar kosmosu, lidojumiem uz citām planētām, pasaules bojā eju, atrašanos atomkara apstākļos, cita gadsimta situācijā, paradīzē vai ellē. Tomēr sapņiem līdzīgie pārdzīvojumi var būt arī ikdienišķāki un mazāk fantastiski, piemēram, kāda slimniece kanāla malā jutās tā, it kā viņa atrastos ballē, deju zālē, bet, tikko viņa «dejojot» ielika kāju ūdenī, tā aptumšotās apziņas stāvoklis izbeidzās un slimniece atguva pareizo orientāciju.

Oneiroīdais stāvoklis šizofrēnijas slimniekiem parasti kombinējas ar katatoniju. Šai laikā slimnieki bieži uzturas gultā, atrodoties katatonā uzbudinājuma vai stupora stāvoklī. Atšķirībā no delīrija oneiroīdā stāvoklī pacientu motoriskā aktivitāte nav atbilstoša viņu fantastiskajiem pārdzīvojumiem. Salīdzinoši saka, ka slimnieks delīrijā it kā darbojas uz skatuves, bet slimnieks oneiroīdā stāvoklī atrodas skatītāju zālē un no malas vēro notiekošo.

Oneiroīdā stāvoklī slimnieka sejas izteiksme liecina par atrautību no slimnīcas situācijas, par iedziļināšanos iekšējos pārdzīvojumos (viņš ir «it kā apburts»), reizēm tā pauž sajūsmu, patētiku, nozīmīgumu, simboliku. (Delīrija slimnieki «labāk, reālāk uztur kontaktu» ar halucinācijām, un viņiem nav simboliskās domāšanas.) Atšķirībā no delīrija oneiroīda laikā vairumam slimnieku nav īsto redzes halucināciju, bet ir fantastiska satura murgi vai pseidohalucinācijas. Murgu domas, pēc rakstura tēlainas, kļūst tik spilgtas, ka slimnieks, kurš sākumā fantāzijas no realitātes atšķīra, vēlāk – akūtā stāvoklī to vairs nevar izdarīt. Spilgtās fantāzijas kulminācijā kļūst it kā redzamas (vizualizējas). Pēc oneiroīda izbeigšanās daudzi slimnieki (atšķirībā no delīrija slimniekiem) uzsver, ka pārdzīvoto nav ar acīm skatījuši, bet ir atradušies spilgtu fantāziju un tēlainu domu varā.

Oneiroīda slimniekiem priekšstati rodas subjektīvā uztverē kā sapņi vai bieži kā pseidohalucinācijas (delīrija gadījumos – īstās halucinācijas, kas projicējas reālajā vidē), zūd arī sava «es» apziņa – slimnieki sevi uzskata par aktieriem, kosmonautiem utt. (Tipiska delīrija gadījumos sava «es» apziņa nekad neizmainās.) Oneiroīda gadījumos asociācijas ir tēlainas, viens pārdzīvojums izriet no otra, veidojot fantastisku, simbolisku fabulu (delīrija gadījumos konkrētie pārdzīvojumi mainās ar citiem konkrētiem pārdzīvojumiem). Pēc oneiroīda, izņemot ļoti smagus slimības gadījumus, atmiņas par pārdzīvoto saglabājas.

> Slimniece nodaļā visu apkārtējo situāciju uztvēra izmainīti. Viņa pati bija kosmonaute, kura lidoja speciālā misijā uz Mēnesi. Apkārtējie slimnieki bija pārģērbušies veseli cilvēki, un pacientei likās, ka arī tie atrodas kopā ar viņu liela kosmiskā kuģa kabīnē. Dažos slimniekos paciente «saskatīja» ievērojamas personas – kosmonautus, aktrises, mākslinieces, citas slimnieces, kuras strauji acu priekšā visu laiku it kā mainīja savu izskatu, bija gan dzejnieces, gan aktrises, gan zinātnieces, gan valsts prēmiju laureātes, «tepat acu priekšā kādas slimnieces seja mainījās un kļuva par olimpiskās čempiones seju». Ārstus un medicīnas māsas slimniece nepazina: viņai likās, ka tie ir kosmosa iemītnieki, bet ne zemes cilvēki. Ārstējošā ārste bija komēta ar garu asti, bet nodaļas vadītājs – kara dievs Marss, kas grib slimniecei kaitēt. No Marsa slimniece vairījās – viņam pienākot, novērsās, jo baidījās, ka saskare varētu izraisīt kosmisku katastrofu, kuras rezultātā kosmiskā kabīne ietu bojā. Lai izsargātos no sadursmes, slimniece izdarīja īpašas, nozīmīgas kustības – Marsam tuvojoties, viņa ņēma no gultas gala dvieli un to ritmiski šūpoja, jo tādām kustībām piemita «maģisks spēks».
>
> Skatoties apkārtējo situāciju, slimniecei likās, ka naktī viņa nevis redz ugunis pretējās mājas logos, bet gan skatās uz citām planētām. Dūmi no dzelzceļa nozīmēja, ka viena planēta gājusi bojā, sadegusi Mēness staros.
>
> Visiem notikumiem it kā piemita īpaša nozīme – tas, ka slimniecei atnesa padzerties, nozīmēja, ka līdz planētai vēl tālu; tas, ka viņai izdara injekcijas, nozīmē, ka viņu pārbauda; mašīnu troksnis no ielas bija signāli no Zemes.
>
> Garastāvoklis slimniecei visu laiku bija labs, viņa jutās laimīga.
>
> Līdz ar uzbudinājuma izbeigšanos un fantāziju izzušanu slimniece pareizi saprata apkārtējo situāciju un notikušo vērtēja kā psihisku slimību. Stāsta, ka izjutusi spilgtas fantāzijas, it kā sapni. Par notikušo, izņemot dažas epizodes, gandrīz visu atceras.

Apdullums, sopors, koma. Novēro organisku CNS slimību gadījumos, pēc intoksikācijām, galvas smadzeņu traumām, ja paaugstinās intrakraniālais spiediens tilpuma procesu rezultātā.

Apdullumam raksturīgs paaugstināts uzbudināmības slieksnis. Tie kairinātāji, kas veselam cilvēkam izraisa atbildes reakciju, apdulluma gadījumos vairs nav pietiekami stipri. Lai slimnieks reaģētu, vajadzīga spilgtāka gaisma nekā parasti, jārunā skaļāk, pie slimnieka jāpieskaras vai viņš jāsapurina, bet arī tad slimnieks atbild ar grūtībām, runā lēni, klusi, vienkāršiem vārdiem, īsiem teikumiem. Ārējos kairinātājus apdulluma laikā slimnieks uztver mazāk nekā parasti, uzmanību nekam

patvaļīgi nepievērš, orientācija viņam ir apgrūtināta vai zūd. Slimnieks saprot tikai visvienkāršākos jautājumus, kas īsi un elementāri formulēti, viņa paša stāstījums – neproduktīvs. Apziņa atšķirībā no delīrija ir tukša, psihopatoloģiskās produkcijas nav. Sejas izteiksme trula un vienaldzīga, kustības gausas, dziļu emociju trūkst. Apdulluma laikā nerodas smaga depresija vai izteikts uzbudinājums, dominē eiforija vai vienaldzība. Slimniekam guļot, sapņu nav, viņš ir gauss, kavēts fiziski un psihiski.

Sopors ir subkomatozs stāvoklis. Kontakts ar slimnieku nav iespējams, apkārtējās pasaules uztvere aprobežojas ar reflektorām atbildes reakcijām. Saglabāti normālie un parādās patoloģiskie refleksi.

Koma (bezsamaņa) ir dziļākais aptumšotās apziņas stāvoklis. Tās laikā pilnīgi izzūd visas atbildes reakcijas uz apkārtni, to skaitā arī aizsargrefleksi. Par komu vēlāk nesaglabājas pilnīgi nekādas atmiņas. Psihiatrijas praksē komatozos stāvokļus novēro pēc epileptiskām lēkmēm, kā arī pēc ārstnieciskā elektrošoka vai kardiozola krampjiem. Terapeitiskās insulīna komas parasti nenoved līdz tik dziļai stadijai, acu zīlīšu reakcija uz gaismu saglabājas.

Lēkmes

Lēkmes ir laika ziņā norobežoti, parasti neskaidras apziņas stāvokļi (ieskaitot pilnīgu bezsamaņu), kas pēkšņi rodas un tāpat pēkšņi izbeidzas. Lēkmju laikā rodas krampji un citas nepatvaļīgas kustības. Plašākā nozīmē par lēkmi apzīmē jebkuru akūtu un īslaicīgu psihiskās darbības vai iekšējo orgānu darbības traucējumu epizodi, šaurākā – motoriskos paroksismus.

Lielā epileptiskā lēkme (sk. nodaļā «Epilepsija»).

Mazā epileptiskā lēkme (sk. nodaļā «Epilepsija»).

Histēriskā lēkme (sk. nodaļā par histēriju).

Džeksona tipa lēkme izpaužas ar toniskiem vai kloniskiem krampjiem, kuri parasti lokalizējas ķermeņa vienā pusē. Krampji sākas rokas vai kājas pirkstos, tad uz vienu pusi krampjaini pagriežas acu āboli, galva, ķermenis. Tāpat vienā ķermeņa pusē rodas parestezijas. Lēkme norisinās, saglabājoties skaidrai apziņai. Apziņa izzūd tikai lēkmes kulminācijā, ja krampji ģeneralizējas, respektīvi, sākas arī otrā ķermeņa pusē.

Narkoleptiskā lēkme izpaužas ar nepārvaramu miegainību. Slimnieki aizmieg visnepiemērotākajās situācijās un visneizdevīgākajās pozās – ēdot, strādājot, dežūras laikā, postenī. Vienmuļi kairinātāji paaugstina gatavību narkoleptiskai lēkmei.

Kataplektiskā lēkmē (ne katalepsija!) afekta vai kāda cita negaidīta kairinātāja rezultātā strauji atslābst muskulatūras tonuss un slimnieks krīt. Lēkmi var izraisīt bailes, joks, smiekli, spalga skaņa, spilgta gaisma. Lēkmes laikā apziņa saglabājas. Kataplektiskā lēkme var būt arī pamošanās brīdī no miega, kad pacients visu dzird, saprot, bet nespēj pakustēties.

Kloosa lēkme ir līdzīga kataplektiskajai lēkmei – pēkšņi pārtrūkst domas, rodas «tukšuma» sajūta galvā, it kā zūd pamats zem kājām, iestājas bezsvara sajūta visā ķermenī vai tikai kājās, bet apziņa visu laiku paliek skaidra. Kloosa lēkmes novēro akūtu psihožu, visbiežāk šizofrēnijas sākumā.

Plānprātības sindromi

Iepriekšējā materiālā bija aprakstīti t.s. produktīvie (pozitīvie, reizēm tos sauc arī par «plus») psihopatoloģiskie simptomi – psihiskās darbības traucējumi, kuri pirmo reizi parādās slimības laikā, piemēram, halucinācijas, murgi u.c. Atšķirībā no tiem plānprātības gadījumā novēro t.s. negatīvos (defekta, «mīnus») simptomus – cilvēka psihes defektu, kas rodas slimības gaitā. Iestājoties plānprātībai, slimnieka dzīve izmainās, kļūst nabadzīgāka. Mainās viņa raksturs, personība, pie tam vispirms zūd smalkākās, katram cilvēkam visraksturīgākās īpašības (piemēram, humora izjūta, atsaucība), respektīvi, tās personības nianses, kuras vienu cilvēku atšķir no otra, tādēļ ar laiku visi vienas nozoloģijas plānprātīgi slimnieki psihiskā ziņā kļūst viens otram līdzīgi.

Jēdzienu prāts jeb intelekts grūti precīzi definēt, tādēļ apskatīsim to aprakstoši. Gudrs, intelektuāli attīstīts cilvēks spēj radoši domāt, respektīvi, spēj radīt kaut ko jaunu, izmantojot atmiņu, uzkrātās zināšanas, pieredzi, darba spējas.

Intelektuāli attīstīta, gudra cilvēka stāstījums ir lietišķs, precīzs, ar loģisku analīzi un sintēzi, viņš lieto pareizus apzīmējumus, terminus. Viņa spriedumi ir secīgi, domu izklāstā nav pretrunīgu, nepamatotu vai aplamu vietu, viņš spēj kritiski un pareizi vērtēt savus spēkus un spējas, kā arī apkārtējo situāciju, tās izmaiņas. Intelektu visvieglāk novērtēt spējā saredzēt būtisko, atšķirt nozīmīgo no mazsvarīgā, pareizi rīkoties neparastā situācijā.

Domāšanā, līdz nonākam pie secinājumiem, ir vairāki etapi. Vispirms rodas jēdzieni priekšmetu un parādību apzīmēšanai, ar kuriem tālāk operējot, veidojas spriedumi un slēdzieni. Slēdzienu pareizība

tiek pārbaudīta praktiskajā darbībā. Domāšana var būt induktīva (no atsevišķā uz vispārējo) un deduktīva (no kopējā, vispārējā uz konkrēto).

Domāšana cieši saistīta ar citām psihiskās darbības sfērām, to ietekmē raksturs, griba, atmiņa, uzmanība, garastāvoklis, darba spējas. Cilvēka domāšanu, izdarītos secinājumus ietekmē arī vide un laikmets, kurā viņš dzīvo.

Pilnvērtīga domāšana ir iespējama tad, ja ir saglabāta psihiskā darbība kopumā, tāpēc atsevišķu psihisko procesu izmaiņu gadījumos ne vienmēr var runāt par plānprātību. Vēsturē zināmi daudzi gudri cilvēki, kuriem bija vāja atmiņa un kuri tomēr izdarīja izcilus atklājumus. Prātu nevar identificēt ar atmiņu. Kā rakstīja O. Kerbikovs, to pierāda jau sadzīves pieredze: daudzi atzīst, ka viņiem ir vāja atmiņa, bet par prāta trūkumu neviens nesūdzas.

Plānprātība nav simptoms, ko var izsmeļoši raksturot ar izmaiņām kādā vienā psihiskās dzīves jomā, tas ir simptomu komplekss (sindroms), kad ir raksturīgas pārmaiņas vienlaikus visā personībā: cieš kā atmiņa, uzmanība, emocijas, uztvere, griba, dziņas un tieksmes (pēc K. Jaspersa apzīmējuma, intelekta instrumentālās funkcijas), tā arī domāšana, spriedumu veidošana. Plānprātība ir stabils stāvoklis.

Plānprātības gadījumos pavājinās atmiņa, pie tam grūtāk kļūst gan materiālu iegaumēt, gan arī vajadzīgajā brīdī nepieciešamos datus atminēties. Vispirms rodas grūtības atcerēties mehāniski iegaumētos faktus, piemēram, telefona numurus, adreses, uzvārdus, bet pēc tam arī loģiski apgūto materiālu. Slimniekam grūtāk koncentrēt uzmanību vajadzīgajā virzienā, ātrāk sākas izklaidība. Izmainoties gribai, slimnieku rīcība kļūst nenoteiktāka, nepietiekami mērķtiecīga, viņi kļūst svārstīgāki, vieglāk iespaidojami un ātrāk pakļaujas citu uzskatiem. Zūd augstākās – ētiskās un estētiskās – jūtas, zinātkāre, sašaurinās intereses, slimniekam raksturīga maz motivēta patika vai nepatika, apmierinātība vai neapmierinātība, tieksme uz lētiem jokiem, seksuāla satura sarunām, banālām anekdotēm.

Plānprātības gadījumā galvenokārt izmainās domāšana – abstrakcijas spēja, sintēzes funkcija, spēja veidot secinājumus, izmantot novērojumus un pieredzi, mainās spēja patstāvīgi vērtēt lasīto, dzirdēto, redzēto materiālu. Ar laiku zūd spēja objektīvi un reāli novērtēt savu stāvokli, saskatīt un pareizi spriest par tām izmaiņām, kas radušās slimības gaitā un tās rezultātā, t.i., zūd kritika.

Plānprātība ir tikai tajos gadījumos, kad domāšanas traucējumi, aplamie spriedumi rodas primāri un nav citas, produktīvās simptomātikas (murgu, halucināciju, neskaidras apziņas) rezultāts.

Plānprātība var būt iedzimta (oligofrēnija – no grieķu valodas «maz prāta») un dzīves laikā iegūta (demence). Ž. Eskirols, raksturojot abas grupas, pirmās grupas slimniekus salīdzināja ar nabagiem no dzimšanas, bet otrās – ar izputējušiem bagātniekiem, kas savu mantu pazaudējuši. Rodoties demencei, bieži vēl ilgi, pat smagā defekta stāvoklī saglabājas pirms saslimšanas apgūtās pieklājības normas, uzvedības manieres, atsevišķi svešvārdi, ko oligofrēnijas slimniekiem nekad nenovēro.

Oligofrēnijai raksturīgs ne tikai zināšanu, iemācītā materiāla trūkums, bet primāri tieši nespēja domāt un apgūt materiālu, tādēļ iedzimtajai plānprātībai nevar pieskaitīt tos gadījumus, kad skolēna atpalicību sekmju ziņā noteikuši sociālie apstākļi, bet ne paša bērna domāšanas spējas. Noteiktam vecumam vajadzīgā vārdu krājuma un zināšanu minimuma var trūkt bērniem, kuru audzināšanai nav veltīta pietiekama uzmanība un kuri nav saņēmuši informācijas minimumu.

Pēc smaguma oligofrēniju iedala idiotijā (vissmagākā pakāpe), imbecilitātē (vidējā pakāpe) un debilitātē (visvieglākā pakāpe).

Slimniekiem ar idiotiju nav valodas, tie nav piemēroti darbam, ir kopjami un uzraugāmi. Imbeciliem pacientiem ir primitīva runa, viņi var izpildīt vienkāršu fizisku darbu. Debilitātes gadījumos intelekta defekts reizēm ir tik niecīgs, ka slimnieka domāšanu grūti diferencēt no psihiski pilnvērtīga cilvēka domāšanas.

Demences gadījumā vairumam slimnieku ir organiskā plānprātība, kas, savukārt, iedalās totālajā un lakunārajā plānprātībā. Tā kā noteiktu slimību tipiskos gadījumos gala rezultātā rodas raksturīgi, vienveidīgi defekta stāvokļi, tad pēc nozoloģiskā principa demencē vēl izdala šizofrēnisko, epileptisko un vecuma (senilo) plānprātību.

Šeit apskatīsim tikai organisko plānprātību, bet pārējās būs iztirzātas attiecīgajās nodaļās.

Totālo (globāro, paralītisko) plānprātību novēro slimniekiem ar atrofiskiem procesiem smadzenēs – Alcheimera slimības, Pika slimības, Hentingtona horejas un progresīvās paralīzes gadījumā.

Totālai plānprātībai raksturīgs tas, ka visas psihiskās darbības puses cieš vienlaikus – slimniekam sākas atmiņas vājums, uzmanības izmaiņas, emocionālās dzīves nobālēšana un rodas domāšanas defekts. Tā rezultātā slimniekam zūd spēja pareizi novērtēt situāciju, nav vairs kritiskas attieksmes pret savu stāvokli. Slimnieki dziļā defekta stāvoklī apgalvo, ka ir pilnīgi veseli, ka viņiem atmiņa ir laba un ka viņi

varētu strādāt iepriekšējā darbā. Ja arī slimnieks sarunas laikā automātiski piekrīt, ka kļuvis savādāks, ka veselība vairs nav iepriekšējā, tad tomēr kritikas trūkums redzams viņa uzvedībā, attieksmē pret ārstēšanu un nākotnes perspektīvām.

Lakunārā (dismnestiskā, parciālā, aterosklerotiskā) plānprātība, kā liecina nosaukums, rodas asinsvadu slimību rezultātā, kā arī slimniekiem ar smadzeņu sifilisu. Psihiskās darbības izmaiņas iestājas nevienmērīgi. Sākumā cieš t.s. intelekta instrumentālās funkcijas, bet spriešanas spējas saglabājas, tādēļ slimnieki pret savu stāvokli izturas kritiski, paši pamana atmiņas pavājināšanos. Viņiem ir grūtības aptvert materiālu kopumā, bet ir saglabāta spēja sekot tā atsevišķiem fragmentiem. Slimnieki sūdzas par garīgā darba spēju pavājināšanos, grūtībām pārslēgties no viena temata uz otru.

Totālā un lakunārā plānprātība nav kvantitatīvi, bet gan kvalitatīvi atšķirīgi stāvokļi. Nereti ir gadījumi, kad slimniekam ir mazāk izteikta, bet pēc rakstura totāla plānprātība, citreiz turpretī sastopama dziļa, bet reizē lakunāra demence.

Gadījumi, kad psihiskā slimība izpaužas tikai ar defekta simptomātiku, ir diezgan reti, tos apzīmē par dažādu nozoloģiju vienkāršām formām (šizofrēnijai, vecuma plānprātībai, progresējošai paralīzei). Biežāk paralēli atrod arī produktīvo simptomātiku, pie tam starp produktīvajiem un negatīvajiem slimības simptomiem pastāv zināma sakarība. Dziļas plānprātības gadījumos slimniekam nav «smalkas» produktīvās simptomātikas, nav iespējami interpretatīvi, sistematizēti murgi, uzmācības, dziļas endogēnās depresijas. Viņiem ir tikai atsevišķas nesistematizētas, fragmentāras murgu idejas, visbiežāk atsevišķi hipohondriska satura izteikumi, nepamatotas aizdomas par saindētu ēdienu vai piederīgo slikto izturēšanos.

Retāk šizofrēnijas vai epilepsijas slimniekiem rodas stāvokļi, kas atgādina plānprātību, tomēr ir pārejoši un atgriezeniski – tos sauc par <u>stupiditāti</u> jeb <u>kurablo plānprātību</u>.

Organiskais psihosindroms (psihoorganiskais sindroms)

Kā somatiskajā medicīnā izdala nespecifisku iekaisuma sindromu, tā psihiatrijā izdala organisko psihosindromu (sauc arī par psihoorganisko jeb encefalopātisko sindromu), kas var rasties jebkura smaga eksogena organiska procesa rezultātā, piemēram, pēc galvas smadzeņu traumas, encefalīta, intoksikācijām, infekcijām, smagām somatiskām slimībām, organiska CNS bojājuma.

Šai gadījumā raksturīga ir astēnija ar paaugstinātu uzbudināmību un nogurdināmību un pastiprinātu emocionālo un veģetatīvo labilitāti, kura kombinējas ar atmiņas pavājināšanos un domāšanas traucējumiem. Tas izpaužas kā pavājinātas spriešanas spējas, psihiskā neproduktivitāte. Slimniekam ir grūtības vērtēt situāciju, kas bieži kombinējas ar nepietiekami kritisku attieksmi pret savu stāvokli. Minētie traucējumi var būt vieglāk vai smagāk izteikti.

Vieglākos gadījumos visi šie traucējumi ir rudimentāri un slimnieks spēj piemēroties apkārtējai situācijai. Tad raksturīgas ir personības izmaiņas, kas var izpausties 4 veidos – astēniskajā, eksplozīvajā, eiforiskajā un apātiskajā veidā (tas sīkāk iztirzāts nodaļā par galvas smadzeņu traumām). Īpaši izdala Korsakova sindromu, kas apskatīts tālāk.

Vieglākos intelekta defekta gadījumos, kad neiestājas kvalitatīvas personības izmaiņas, radušos stāvokli nesauc par plānprātību, bet apzīmē ar terminu <u>personības līmeņa pazeminināšanās</u>. To nereti novēro slimniekiem pēc pārciestas galvas traumas vai encefalīta. Šādi slimnieki kļūst gausāki, mazāk enerģiski, viņu aktivitāte samazinās, interešu loks sašaurinās, mainās attiecības ar cilvēkiem.

Pēc pārciesta šizofrēnijas uzliesmojuma tāpat rodas personības izmaiņas, bet tās atšķiras no organiskās demences. Izteiktos patoloģijas gadījumos iestājas šizofrēniskā plānprātība, kad slimnieki gan kļuvuši savādāki, bet reizēm tomēr turpina sekmīgi mācīties, paaugstina savu kvalifikāciju un var darbā ieņemt vēl atbildīgākus amatus nekā pirms slimības. Tad to apzīmē par <u>personības defektu</u>.

Korsakova sindroms (amnēziskais simptomu komplekss)

Sindromu pirmais aprakstījis krievu psihiatrs S. Korsakovs 1877. gadā. Viņš to novēroja slimniekiem ar hronisku alkoholismu. Kā vēlāk noskaidrojās, sindroms ir nespecifisks un rodas arī citu intoksikāciju un organisku CNS slimību rezultātā.

Centrālā vieta sindromā ir atmiņas traucējumiem. Pacients kopš saslimšanas pilnīgi neko jaunu vairs nevar iegaumēt – nevar pat atcerēties, kā sākās slimība, vai ir ārstējies slimnīcā, vai ir ēdis brokastis, runājis ar ārstu, ticies ar piederīgajiem, lasījis avīzi, klausījies radio. Iegaumēšanas traucējumi ir tik izteikti, ka slimnieks par notikušo aizmirst jau pēc pāris minūtēm, pat sekundēm. Piemēram, slimniekam pasaka datumu, bet, ja to tūlīt atkal pārjautā, tad slimnieks to jau ir aizmirsis. Pacienti daudzas reizes dienā sveicina ārstu, kaut arī to jau pirms nedaudziem mirkļiem ir izdarījuši, vairākkārt stāsta vienu un to pašu notikumu vai joku, jo neatceras, ka tikko jau vairākas reizes to atkārtojuši.

Slimnieks nevar atcerēties pēdējo dzīves laiku. Viņš neatminas laiku pēc slimības sākuma (anterogrādā amnēzija), kā arī no atmiņas izzuduši notikumi, kas norisuši pēdējās nedēļās pirms saslimšanas (retrogrādā amnēzija). Parasti pārsteidz tas, ka slimnieks ļoti labi atceras notikumus, kas risinājušies viņa dzīvē līdz slimībai. Par to viņš var pastāstīt tikpat precīzi kā vesels cilvēks, ko gan grūti pārbaudīt.

Lai gan ir izteikti atmiņas traucējumi, tomēr slimnieks dzīvei nodaļā spēj piemēroties. Viņš var risināt sarunu, ja spriedumi veidojami no senāk apgūtā un iegaumētā materiāla, var pareizi izteikties un pat asprātīgi vērtēt acu priekšā notiekošo, var spēlēt šahu un dambreti, loģiski risinot spēles plānu.

Lai gan slimnieki spēj domāt, viņi parasti ir aspontāni, apātiski, reizēm eiforiski, vēlēšanos darboties viņi paši aktīvi neizrāda.

Daļai slimnieku no atmiņas izkritušo laiku aizpilda konfabulācijas un pseidoreminiscences.

Slimnieks stāsta, ka atrodas kūrortā, kur iestājies pirms nedaudzām dienām. Apkārtējie cilvēki esot atbraukuši atpūsties. Vakar slimnieks vēl esot bijis darbā un devis padomus darba kolēģiem.

Reizēm masīvo konfabulāciju rezultātā rodas konfabulatorais sajukums, kas ir līdzīgs neskaidras apziņas stāvoklim. Tomēr atšķirībā no tā traucējumi ir slimnieka atmiņā, turpretī formālā apkārtējās pasaules uztvere nav izmainīta. Fantastiskie notikumi attiecas nevis uz pašreizējo brīdi, bet uz pagātni, slimniekam nav ilūziju un halucināciju, bet ir atmiņas maldi.

Slimnieku izmeklēšana

Psihisko slimību diagnostikā svarīgākos datus iegūst, ar pacientu sarunājoties, kā arī viņu ilgstoši novērojot. Anamnestiskie dati, ko iegūst no slimnieka, sastāda subjektīvo anamnēzi. Tā kā pats slimnieks apkārtējo situāciju un notikumus ne vienmēr spēj pareizi novērtēt, it īpaši akūtas psihozes periodā, tad par slimnieka uzvedību un pārdzīvojumiem bieži papildus nepieciešamas sīkākas un precīzākas ziņas – objektīvā anamnēze. To iegūst no slimnieka piederīgajiem, darba biedriem, iestāžu raksturojumiem, ātrās palīdzības ziņām, medicīnas personāla, kurš slimnieku pavadījis uz stacionāru.

Objektīvo anamnēzi ne vienmēr viegli iegūt. Reizēm slimnieks kaut kādu iemeslu dēļ nevēlas, ka par viņa ievietošanu psihiatriskajā slimnīcā uzzinātu darba biedri vai pat piederīgie. Tāda slimnieka vēlēšanās, ja vien nav īpašu apstākļu, ir jāievēro, un šai gadījumā jāaprobežojas ar paša slimnieka sniegtajām ziņām. Līdzīgi gadījumi tomēr nav bieži un drīzāk pieskaitāmi pie izņēmumiem. Parasti slimnieki ārstēšanās laikā ar piederīgajiem un darba biedriem tiekas labprāt.

Sarunu metode katram psihiatram ir atšķirīga. Sarunas laikā jāiegūst iespējami pilnīgāki dati par slimnieku, pie tam nevis indiferentas ziņas, nenozīmīgas slimnieka biografijas epizodes, bet medicīniski svarīgs materiāls, kuru var izmantot diagnostikā un diferenciāldiagnostikā. Labs psihiatrs sarunājas ar slimnieku brīvi, nepiespiesti, it kā par ikdienišķām lietām, un tikai vēlāk, analizējot sarunas laikā iegūtos rezultātus, atklājas, ka gandrīz katram jautājumam bijusi nozīme noteiktu simptomu atklāšanā, ka saruna visu laiku virzīta tā, lai atklātu galīgo diagnozi.

P. Gannuškins rakstīja: «Galvenā metode joprojām paliek saruna ar psihisko slimnieku ... to varēs iemācīties un apgūt, ja jaunais psihiatrs pietiekami apdomīgi un uzmanīgi izturēsies pret psihisko slimnieku, ja viņš būs patiess un izturēsies pēc iespējas vienkāršāk; izlikšanos, salkanību, vēl jo vairāk tiešu nepatiesību, psihiskais slimnieks neaizmirsīs un nepiedos, – pēdējā gadījumā ārsts uz ilgu laiku, ja ne pavisam, pazaudēs cieņu slimnieka acīs. Mūsu labākie psihiatri Krepelīns – vācietis, Manjāns – francūzis, Korsakovs – krievs, bija lieli meistari ... pat mākslinieki sarunā ar slimnieku, prasmē iegūt no slimnieka to, ko vajadzēja; katrs no viņiem izturējās pret slimnieku savādāk, katram bija savas priekšrocības un trūkumi, katrs sarunā atspoguļoja pats sevi ar visām savām psihes īpatnībām. Korsakovs sarunā ar slimnieku ienesa savu neparasto liegumu un labsirdību, savu zinātkāri; viņa atdarinātajiem šīs īpašības pārvērtās par liekulību. Krepelīns bija skarbs, reizēm pat parupjš, Manjāns – ironisks un paīgns. Tomēr tas netraucēja viņiem visiem trim visvairāk mīlēt psihiski slimo cilvēku, slimnieki to saprata un labprāt ar viņiem sarunājās».

Jau sen angļu psihiatrs Baknilla ieteica: «Pēc tam kad izmeklētas galvenās spējas, prāts, atmiņa, uzmanība ar parastu sarunu par kaut ko, var turpināt izmeklēšanu, runājot ar slimnieku par pienākumiem un attieksmi pret dzīvi, par viņa spēkiem, kā fiziskiem, tā morāliem, par nodarbībām, dzīves veidu utt. Slimniekiem ir tūkstošiem aplamu domu par šiem priekšmetiem. Pēc tam var turpināt sarunu par viņa iztikas līdzekļiem, nākotnes nodomiem, par viņa dzimtu un izcelšanos, par viņa draugiem. Tāda izmeklēšana var atklāt aplamas lieluma idejas un izmainītās jūtas pret piederīgajiem».

Rakstnieks V. Veresajevs, noklausījies Tērbatā ievērojamā psihiatrijas profesora E. Krepelīna lekcijas, raksta: «Ieved psihisku slimnieku. Krepelīns, uzmanīgi skatoties, sāk uzdot jautājumus, un mūsu acu priekšā kā augsti mākslinieciskā sacerējumā sāk spilgti iezīmēties visai slimībai raksturīgā aina. Un slimības galīgais raksturojums, ko deva profesors klausītājiem, bija dabisks un secīgi izrietēja no slimnieka iztaujas».

Lai iegūtu priekšstatu par slimnieka stāvokli, pirms sarunas ar viņu jāiepazīstas ar datiem, kas sniegti ātrās palīdzības vai psihoneiroloģiskā dispansera nosūtījumā. Ja jāizmeklē ambulators slimnieks, kas ieradies kopā ar ģimenes locekļiem, tad vēlams vispirms runāt ar slimnieka piederīgajiem, jo pēc iepriekšēju datu iegūšanas būs vieglāk sākt sarunu ar pašu slimnieku.

Stacionārā ārstējošā ārsta pirmā iepazīšanās ar slimnieku parasti notiek vairāku ārstu un nodaļas vadītāja klātbūtnē, tomēr tālākai detalizētai sarunai jānotiek divatā, bez citu personu, to skaitā medicīnas māsu un slimnieka piederīgo, piedalīšanās.

Ar slimnieku jāpanāk labs kontakts, lai pacients, neko neslēpjot, pastāstītu par visu savu dzīvi un neaprobežotos tikai ar stāstījumu par slimības izteikto (saasināšanās) periodu. Vislabāk sākt sarunu par psihiatriski indiferentiem jautājumiem, piemēram, par slimnieka veselību, noskaidrojot, vai pacients nejūt sāpes, nogurumu, kāda viņam ir ēstgriba un miegs. Var arī jautāt, kādas slimniekam ir sūdzības, pie tam ne tikai psihiskajā, bet arī vispārējā stāvoklī, vai nav radušās grūtības parastā darba izpildē, konflikti ģimenē, nesaprašanās darba vietā utt. Tādā veidā sarunas sākumā var uzzināt, par ko slimnieku sīkāk izjautāt turpmāk, kāda simptomātika jāmeklē (jāatrod vai jāizslēdz), kādi jautājumi noteikti jāuzdod.

Vienlaikus jau sarunas sākumā noskaidrojas, kāds izveidojas ar slimnieku kontakts, un tas jau dod zināmu norādījumu par iespējamo slimību. Vairumā gadījumu risinās lietišķa saruna (labs kontakts), kuras laikā slimnieks aktīvi un labprāt par sevi stāsta. Atsevišķos gadījumos slimnieks atbild tikai uz jautājumiem (formāls kontakts), pie tam slimnieks, kuram ir murgi, nereti savas nepareizās domas noliedz (disimulē), kā arī noliedz un slēpj īstenībā esošās halucinācijas (slikts kontakts). Jāpiebilst, ka slimnieka runīgums var radīt arī maldīgu iespaidu, jo šķietami vaļsirdīgs un atklāts slimnieks tāpat var palikt mazpieejams un disimulēt savu psihopatoloģisko produktīvo simptomātiku.

Ar laiku ārstam izstrādājas pieredze. Psihiatrs, kurš ticies ar daudziem šizofrēnijas, epilepsijas, aterosklerozes slimniekiem, hroniskiem alkoholiķiem, psihopātiem, sāk «just» slimnieku, jo, lai gan pret vienu un to pašu ārstu dažādi vienas nozoloģijas slimnieki izturas katrs savādāk, tad tomēr kaut kādā ziņā arī līdzīgi. Šī vienādā izturēšanās – kopīgais komponents, kas liecina par slimnieku personības īpatnībām, – nereti palīdz slimības diagnostikā. Hroniski alkoholiķi uzņemšanas nodaļā bieži labprāt ātri un aktīvi sāk familiāru sarunu ar sanitāriem, ar alkoholiķiem īpatnējo humoru stāsta par savu stāvokli. Slimnieki ar gausi risošo šizofrēniju, kam ir izteikta pašanalīze, sākumā ir mazāk pieejami, bet pēc ilgākas sarunas ar ārstu divatā labprāt sīki jo sīki stāsta par sevi un meklē palīdzību, «pieķeras» ārstējošam ārstam, paļaujas uz viņu. Šie slimnieki pēc izrakstīšanās, ja stāvoklis pasliktinās, arī ambulatori griežas tieši pie «sava» ārsta pēc palīdzības. Slimnieki, kas pārcietuši galvas traumu, bieži ir īgni, eksplozīvi, ātri apvainojas un satraucas par izjautāšanu, sevišķi par pārjautāšanu, atbilžu precizēšanu, stāstījuma pārtraukšanu ar papildu jautājumiem.

Kad saruna iesākusies un ārstam radušies pirmie iespaidi, kad ir iegūti vispārēji raksturojoši fakti, tad slimnieks sīki jāizjautā sindroma un iespējamās nozoloģijas aspektā. Piemēram, depresijas gadījumā nepieciešams izjautāt ne tikai par nomākto garastāvokli, bet arī jānoskaidro, vai slimniekam nav citas iespējamās depresīvā sindroma izpausmes – jājautā par slimnieka miegu, ēstgribu, interesēm, vai nav kustību apgrūtinājuma, garastāvokļa diennakts svārstību, utt. Tādā veidā var ne tikai atklāt tipiskākos gadījumus, bet var arī uzzināt iespējamās slimības izpausmes īpatnības un atipijas, izdodas atrast pazīmes, kas ļauj atšķirt depresiju maniakāli depresīvas psihozes gadījumā no depresijas šizofrēnijas slimniekiem, reaktīvo depresiju no depresijas aterosklerozes slimniekiem.

Izjautājot slimnieku, jāatceras, ka iegūtajiem datiem, kaut arī tie ir paša slimnieka vērtējums un stāstījums, jābūt maksimāli objektīviem. Nedrīkst slimniekam teikt priekšā viņa varbūtējos traucējumus, jo slimnieki reizēm pasīvi tam piekritīs, kaut arī minēto patoloģiju viņi īstenībā nemaz neizjustu. Sarunas laikā jāizvairās no kategoriskiem, gataviem veselības traucējuma apraksta formulējumiem un jādod iespēja pašam slimniekam atrast pareizāko atbildi. Labāk jautāt nevis par to, vai slimnieks jūt skumjas, bet gan lūgt slimnieku aprakstīt savu garastāvokli. Ja slimnieks nevar precīzi atbildēt, tad ar uzvedinošiem jautājumiem jāpalīdz viņam izvēlēties pareizo formulējumu, bet nedrīkst to ieteikt.

Ja atsevišķos gadījumos grūti noskaidrot, vai slimniekam kādi traucējumi (piemēram, rudimentāras uzmācības, hipnogogās halucinācijas, absansi) īstenībā ir bijuši vai arī slimnieks tikai piekrīt uzdotajiem jautājumiem, tad jālūdz, lai viņš sīki apraksta, kā patoloģiskie stāvokļi izpaudušies,

kad un kādos apstākļos tie gadījušies. Ja slimnieks uz kādu jautājumu atbild apstiprinoši, bet ārstam nepaliek pārliecība, ka viņa apstiprinājums ir objektīvs, tad pēc kāda laika jautājums jāatkārto izmainītā, pat pretējā formulējumā.

Slimnieki, kam ir murgi, kā zināms, nereti ir mazpieejami vai arī savus psihotiskos pārdzīvojumus pilnīgi disimulē. Tādos gadījumos slimniekam ilgākā sarunā vairākkārt jāuzdod netieši jautājumi par nepieciešamo tēmu, mainot to formulējumu, lai tomēr iespēju robežās iegūtu maksimāli pilnīgas ziņas par slimnieka pārdzīvojumiem.

Diagnozes pamatošanai vispirms jāizmanto vissmagākie, izteiktākie un raksturīgākie simptomi, pie tam parasti tā ir produktīvā psihopatoloģiskā simptomātika. Grūtāk arvien ir novērtēt t.s. defekta simptomātiku (personības izmaiņas, pārmaiņas jūtu dzīvē, darbības aktivitātē), kas radusies slimības gaitā. Pēc dominējošās produktīvās simptomātikas atklāšanas izmeklēšanu nedrīkst pārtraukt. Jāmeklē arī mazāk izteiktie psihiskie traucējumi (rudimentāras bailes, domu apstāšanās epizodes u.c.), kuru vērtēšana var arī sagādāt grūtības, jo tādi reizēm sastopami gan veselam cilvēkam, gan slimībā. Šāda mikrosimptomātika vien nedrīkst būt par pamatojumu diagnozei, jo tā nav nozoloģiski specifiska, tomēr mikrosimptomātikas meklēšana ne tikai sekmē diagnostiku, bet arī bagātina ārsta pieredzi.

Pirmajā sarunā ar slimnieku gandrīz nekad visus vajadzīgos datus neiegūst. Tad jānovērtē, cik trūkstošie fakti ir svarīgi. Ja par slimnieku (pēc objektīvām ziņām, pēc slimnieka uzvedības) ir pietiekami daudz ziņu, lai sāktu ārstēšanu, tad sīkāku anamnēzes un tās detaļu noskaidrošanu var atlikt uz vēlāku laiku, kad terapijas rezultātā ar slimnieku būs labāks kontakts. Ja turpretī dati ir nepietiekami un slimnieks nav pieejams, var izdarīt t.s. atkavēšanas mēģinājumu.[46]

Slimnieka izmeklēšana nedrīkst līdzināties nopratināšanai, kā tas reizēm notiek. Izmeklēšanas laikā slimniekam jājūt ārsta autoritāte, turpretim ārstam sarunas laikā jāievēro distance ar slimnieku un slimnieks jāciena. Ārsts var pasmieties par slimnieka izteiktu joku, bet nedrīkst ironiski izturēties, ja slimnieks lieto dīvainus apzīmējumus, stāstot savus pārdzīvojumus, savādi uzvedas.

Sarunai ar slimnieku jābūt psihoterapeitiskai. Ārsts, piemēram, konsultējot terapijas nodaļā, nedrīkst mānīt slimnieku, nedrīkst uzdoties slimniekam par viņa piederīgo, paziņu (kā to reizēm iesaka slimnieka piederīgie) vai citas specialitātes ārstu, viņam vienmēr jāstādās priekšā kā ārstam psihiatram, kā «nervu ārstam». Atbildot uz jautājumu par slimību, var teikt, ka pacientam ir radusies nervu slimība, bet izglītotiem slimniekiem var arī paskaidrot, ka radušies psihiski traucējumi, kuri ir pārejoši, bet kuru dēļ pašreiz nepieciešama ārstēšanās.

Atšķirīgi jārunā ar depresīvu slimnieku un ar slimnieku, kam ir murgi. Depresijas gadījumā ārsts nedrīkst runāt jautrā tonī, kā arī viņam nav jācenšas slimnieku pārliecināt par izveseļošanos tuvākajās dienās, kas nepiepildīsies un radīs vilšanos. Slimniekam var pastāstīt, ka nomāktais garastāvoklis arvien pāriet (tas arī atbilst patiesībai), tomēr depresijas ilgumu precīzi grūti paredzēt. Slimniekam, kurš ir pilnīgi pārliecināts par to, ka viņam seko, ka viņu vajā, grib noindēt, kuram murgi ir sistematizēti un vērsti pret konkrētiem cilvēkiem, pirmajās tikšanās reizēs aplamās domas nedrīkst ne apstiprināt, ne arī noliegt (nemēģināt pārliecināt, bet arī nepiekrist!). Aktīva pārliecināšana var dot pat pretējus rezultātus – slimnieks ārstu iesaistīs savu ienaidnieku sistēmā, disimulēs un murgaini pret viņu izturēsies, kā rezultātā diagnoze un ārstēšana kļūs apgrūtināti. Ja murgu psihoze sākusies akūti, tad nereti pats slimnieks lūdz izskaidrot, kas ar viņu notiek. Šais gadījumos noteikti slimniekam jāpaskaidro, ka sākusies slimība un nepieciešama ārstēšana, bet sarunu par murgainiem traucējumiem var atlikt uz vēlāku laiku, kad ar slimnieku būs radies labs kontakts un viņš ārstam uzticēsies.

Liela diagnostiska nozīme ir arī slimnieka novērošanai, pie tam ne tikai tad, ja kontakts ar slimnieku nav iespējams vai ir nepietiekams (neskaidras apziņas stāvokļi, katatonija), bet arī daudzos citos gadījumos, kad slimnieku novērošana dod svarīgus papildu datus. Piemēram, platas acu zīlītes var liecināt par depresiju, par bailēm, pat par iespējamu medikamentozu intoksikāciju pašnāvības nolūkā, ko pats slimnieks noliedz. Tāpat jāvēro slimnieku izturēšanās sarunas laikā: ārstam jāpazīst šizofrēnijas slimnieka neadekvāts, emocionāli auksts stāstījums par psihotraumējošiem momentiem pagātnē, hroniska alkoholiķa familiaritāte, vaļīgums, īpatnējā rupjā humora izjūta, astēnijas slimnieka viegla satraucamība, pēkšņa apklušana, slimnieka ieklausīšanās balsīs dzirdes halucināciju gadījumā, jāpamana teatralitāte, manierīgums, kaprīzes, aizdomīgums, ironija, eiforija utt.

---

[46] Slimniekam subkutāni ievada 2 ml 10% kofeīna šķīduma un apmēram pēc 10 minūtēm intravenozi sāk ievadīt 5% sterilu barbamila šķīdumu. Barbamilu ievada ļoti lēni, 1 ml minūtē, un šai laikā ar slimnieku sarunājas. Vēlams, lai slimnieks atrastos guļus. Slimnieks subjektīvi jūt apreibumu, kļūst runīgāks un «pieejamāks». Barbamilu var ievadīt līdz apmēram 10 ml. Pēc sarunas slimnieks parasti kļūst miegains un vairākas stundas guļ.

Psihiatriskajās slimnīcās, salīdzinot ar citiem stacionāriem, slimnieku novērošanā lielāka nozīme ir vidējam un jaunākam medicīnas personālam. Nereti slimnieks ārsta prombūtnes laikā uzvedas daudz savādāk nekā vizītes laikā, māsām vakaros stāsta ziņas, kuras slēpj no ārstējošā ārsta. Slimnieki ārstam neatzīstas, ka viņi nelabprāt dzer zāles, turpretī vidējais medicīnas personāls var novērot, ka slimnieki zāles pat mēģina nenorīt un paturēt mutē, lai pēc tam izspļautu. Slimnieks, kurš dienā pret ārstu izturas korekti, pat pārspīlēti laipni, vakaros var mācīt citus slimniekus nedzert zāles, disimulēt, ierosina rakstīt sūdzības un solās palīdzēt sacerēt tekstu. Slimnieks, kam ir murgi, par savām domām personālam nestāsta, bet var mēģināt ar saviem vai citu slimnieku piederīgajiem izsūtīt no slimnīcas valsts iestādēm adresētas vēstules ar izgudrojumiem, pretenzijām, sūdzībām. Savus novērojumus vidējais medicīnas personāls atzīmē īpašā dežūras žurnālā un par visu ziņo ārstējošam ārstam.

Tāpat slimnieka novērošanā jāiesaista viņa piederīgie, jo atsevišķos gadījumos slimnieks nestāsta ārstam, bet stāsta piederīgajiem, ka neatrodoties slimnīcā, bet gan cietumā, ka ārsts ir pārģērbts izmeklētājs, ka viņam seko un ēdienā dod saindētu barību. Slimnieks depresijas laikā var rakstīt un lūgt nodot mājiniekiem atvadu vēstules, jo ir pārliecināts par stāvokļa bezcerīgumu.

Pēc īpatnējā mājas vai darba vietas iekārtojuma, savdabīgām kolekcijām, apģērba var spriest par slimnieka interesēm, gaumi, kam arī ir diagnostiska nozīme. Pacientu netieši raksturo arī slimniekam tuvie cilvēki, paziņas un draugi, kas viņu apciemo nodaļā.

Jāiegūst pilnīgas ziņas ne tikai par slimnieka pašreizējo stāvokli, bet arī par visu iepriekšējo dzīvi (dzīves anamnēze). Īpaša uzmanība jāpievērš pārmantojamībai, premorbīdam, slimības sākumam. Tāpat jānoskaidro slimnieka raksturs un tā īpatnības laikā līdz procesa sākumam. Ja slimība sākusies agrā bērnībā un ja iestājušās jau personības izmaiņas, tad ne vienmēr to viegli izdarīt, jo reizēm grūti atšķirt normālu premorbīdu no lēna slimības sākuma, pirmajām slimības pazīmēm. Ievācot ziņas par ģimenes locekļiem, svarīgi ir dati ne tikai par manifestu psihožu gadījumiem, bet arī dati par daudz biežāk sastopamiem rudimentāriem psihiskiem traucējumiem, kad nav bijusi nepieciešamība ārstēties stacionārā, piemēram, rakstura īpatnībām, dīvainībām (pārlieku izteiktu aizdomīgumu, greizsirdību, nepamatotām garastāvokļa svārstībām, nemotivētu rīcību utt.). Par piederīgajiem var iegūt priekšstatu arī laikā, kad viņi apmeklē slimnieku, tos pat īpaši neizjautājot.

Atrodot slimības sākuma simptomus, jāizseko to dinamikai – jānoskaidro, kad traucējumi kļuva intensīvāki, kad pievienojās citi simptomi. Tāpat jānoskaidro simptomu un sindromu īpatnības (atipijas) – atšķirības no tipiskas, klasiskas izpausmes. Tālākajā slimības gaitā jāseko, kā mainās simptomātika un slimības gaita terapijas rezultātā. Ja ir remisijas, tad svarīgi noteikt, vai tās ir pilnīgas vai ar atlieku traucējumiem, kā arī jāmēģina noteikt varbūtēja recidīva iespējas.

Slimnieka psihiskais stāvoklis («slimība šķērsgriezumā») noteiktā slimības etapā satur informāciju ne tikai par pašreizējo momentu. Katrs simptoms un sindroms zināmā mērā atšķiras no klasiskās izpausmes – īpatnības ir atkarīgas no nozoloģijas, slimības ilguma, premorbīda, personības īpatnībām un citiem faktoriem. Šīm sindromu un simptomu īpatnībām ir liela nozīme diferenciāldiagnostikā, piemēram, depresija šizofrēnijas gadījumā un reaktīvā depresija izpaužas savādāk, nomākts garastāvoklis akūtos stāvokļos ir atšķirīgs no tāda hroniskiem slimniekiem. Atšķirīga ir klīnika somatiski veseliem šizofrēnijas slimniekiem un tādiem, kuriem bez pamatslimības vēl ir ateroskleroze vai smadzeņu atrofiskas izmaiņas. Pareizi izvērtējot slimnieka psihisko stāvokli, tā vissīkākās nianses un īpatnības, var iegūt informāciju par to, vai stāvoklis radies pēkšņi (akūti) vai arī pakāpeniski, kādi psihiskie traucējumi slimniekam bijuši iepriekš. Pašreizējais slimnieka stāvoklis ļauj novērtēt arī slimības iespējamo turpmāko dinamiku – prognozi.

Pēc anamnēzes savākšanas un slimnieka psihiskā statusa noteikšanas obligāti jāizdara pilnīga somatiskā un neiroloģiskā izmeklēšana. Vēl jo vairāk izmeklēšana nepieciešama tādēļ, ka psihiatrijā psihisko slimību atklāšanā nekādas papildu izmeklēšanas metodes (salīdzinoši minot rentgenoloģiskās izmeklēšanas nozīmi ftiziatrijā), nekādas analīzes nav specifiskas. Daudzi psihiskie simptomi (it īpaši neirotiskā līmeņa traucējumi) var būt ne tikai psihisko, bet arī somatisko un neiroloģisko slimību rezultātā.

Tāpat pastāv varbūtība, ka psihiskā slimība radusies atsevišķi un laika ziņā tikai kombinējas ar somatisku slimību (vēzi, smadzeņu audzēju). Atsevišķos gadījumos somatiskiem slimniekiem psihiskās parādības var būt pirmā slimības izpausme, pie tam rūpīga, vispusīga izmeklēšana nekādus somatiskus traucējumus var neparādīt, piemēram, encefalīta, reimatisma, smadzeņu audzēja agrīnās stadijās. Jo psihisko slimību simptomi ir niecīgāk izteikti (neirotiska rakstura sūdzības, psihopatoīdas personības izmaiņas), jo tie ir nespecifiskāki un diagnostika grūtāka, – un otrādi – jo psihiskie traucējumi ir smagāki (dziļa šizofrēniskā vai epileptiskā plānprātība), jo diagnostika un diferenciāldiagnostika ir vieglāka.

Kaut arī sarunu metode ietver sevī daudzus psiholoģijas elementus, tomēr nereti diagnozes precizēšanai nepieciešama speciāla psiholoģiska izmeklēšana, ko kvalificēti var veikt konsultants – psihologs. Šais gadījumos nereti agrīni izdodas objektīvi atklāt domāšanas traucējumus un citas psihiskas izmaiņas. Tomēr psiholoģiskai izmeklēšanai kā jebkurai palīgmetodei ir tikai papildu nozīme, visus iegūtos datus apskatot kopā ar citiem datiem. Tas pats attiecas arī uz laboratorisko izmeklēšanu, kad sākumā dati var būt nepārliecinoši, pat negatīvi un tikai vēlāk izmaiņas kļūst pietiekami skaidras (progresējot, piemēram, reimatiskam vaskulītam).

Bez vispārpieņemtās asins un urīna klīniskās un bioķīmiskās izmeklēšanas psihiatriskajā klīnikā nereti izmanto likvora diagnostiku. Palielināts likvora spiediens liecina par intrakraniālā spiediena celšanos, kas var būt, ja ir tilpuma process smadzenēs, kā arī meningīta, meningoencefalīta, galvas smadzeņu traumas gadījumos. Samazināts likvora spiediens var būt slimniekam ar hidrocefāliju. Vienlaikus izdara arī likvora analīzes, pie tam svarīgi ir zināt šūnu skaitu un olbaltuma daudzumu likvorā. Olbaltuma daudzuma palielināšanās, ja ir neliels šūnu skaits (olbaltuma–šūnu disociācija) var iestāties smadzeņu audzēja gadījumos. Izdarot koloidālās reakcijas (Langes līkne), var konstatēt tipiskus datus par progresējošo paralīzi (t.s. paralītiskā līkne) un smadzeņu sifilisu (t.s. sifilitiskais zobs). Psihiatriskajā slimnīcā parasti neiestājas slimnieki ar akūtu encefalītu (ir sastopami gan slimnieki ar meningokoku meningītu), tādēļ šo slimību diagnostika mūsu kursā sīkāk netiek apskatīta. Asinīs un likvorā nosaka arī Vasermaņa reakciju, kas ir pozitīva neārstētas progresējošās paralīzes un sifilisa gadījumos.

Reoencefalogrāfiju lieto kā palīgmetodi asinsvadu tonusa noteikšanai. Izdarot mēģinājumus ar hiperventilāciju un nitroglicerīnu, var diferencēt organiskas asinsvadu izmaiņas no funkcionālām asinsvadu izmaiņām. Sevišķi svarīga minētā metode ir aterosklerozes un vaskulītu agrīnu stadiju diferenciāldiagnostikā.

Plaši pielieto elektroencefalogrāfiju. Jāievēro, ka izmeklējumus lietderīgi izdarīt slimniekiem, kas nesaņem neiroleptiskos līdzekļus, jo tie var izraisīt elektroencefalogrammas izmaiņas. Elektroencefalogrāfiju pielieto galvenokārt organisku CNS slimību diagnostikā, it īpaši genuīnās un simptomātiskās epilepsijas diferenciāldiagnostikā. Metode derīga arī smadzeņu audzēju, atlieku parādību pēc galvas smadzeņu traumām un encefalītu diferenciāldiagnostikā. Jāpiebilst, ka raksturīgas izmaiņas elektroencefalogrammā ir Alcheimera slimības gadījumā.

Retāk psihiatrijā pielieto citas papildu izmeklēšanas metodes (tās vairāk pielieto neiroķirurģijā), piemēram, pneimoencefalogrāfiju, angiogrāfiju (smadzeņu atrofisko procesu diferenciācijai no smadzeņu audzēja, simptomātiskās epilepsijas gadījumos, tilpuma procesa izslēgšanai).

Šizofrēnija

Šizofrēnija ir hroniska psihiska slimība, kuras rezultātā parasti rodas raksturīgs vairāk vai mazāk izteikts defekta stāvoklis (šizofrēniskā plānprātība).

Šizofrēnija ir visizplatītākā slimība psihiatrijā, ar to slimo apmēram 0,8% iedzīvotāju. Slimības izpausmes ir ļoti polimorfas, tāpēc, runājot par slimības terapiju vai prognozi, nav iespējams runāt par vienotu šizofrēniju, «šizofrēniju vispār», neprecizējot slimības formu, stadiju, ilgumu.

7. att. Šizofrēnijas slimniece, kas izgatavojusi kleitu no kapu vainagu lentām (autora novērojums).

Šizofrēnijas etioloģija nav noskaidrota, un pēc pašreizējo pētījumu datiem uzskata, ka nozīme varētu būt šādiem faktoriem.

1. Pārmantojamība. Jo tuvāka kādai personai radniecība ar šizofrēnijas slimnieku, jo lielāks risks tai saslimt. Tomēr, ja arī ir visnelabvēlīgākie pārmantojamības

dati, tad tikai ģenētiski slimības izcelšanos nevar izskaidrot – ja slimo viens no vienas olšūnas dvīņiem, tad otrs saslims ne visos gadījumos.

2. Autointoksikācija. Slimnieka organismā attīstās vielas, kas izraisa slimību. Tomēr noteikt šādas vielas sastāvu nav izdevies. Tā tiek uzskatīta par ticamāko no hipotēzēm par iespējamo etioloģiju.

3. Infekcija. Teorija, kuru nav izdevies apstiprināt, – slimību izraisa vīruss, kurš, iespējams, vēl pirms slimības sākšanās organismā vairs nav atrodams. Arī šī teorija nav apstiprināta.

Dažas ārvalstīs izplatītas teorijas šizofrēnijas rašanos izskaidro tikai ar nelabvēlīgiem mikrosociāliem apstākļiem, kā arī izmantojot t.s. psihoanalītisko teoriju. Šādi pieņēmumi nav materiālistiski pamatoti un zinātniski nav pieņemami.

Patoloģiski anatomiskajā izmeklēšanā šizofrēnijas slimnieku smadzenēs specifiskas izmaiņas nav atrodamas.

Šizofrēniskā plānprātība. Ar laiku šizofrēnijas slimniekam rodas personības izmaiņas. Lai gan tās ir raksturīgas, tomēr var būt vieglāk vai smagāk izteiktas un tik daudzveidīgas, ka nereti, it īpaši slimības sākumā, ir lielas diagnostiskas grūtības. Smagākajos gadījumos slimnieki pastāvīgi atrodas hronisko slimnieku nodaļās, bet vieglākos gadījumos radušās personības izmaiņas var būt tik niecīgas, ka netraucē pacientam dzīvot, strādāt un piemēroties apkārtējiem apstākļiem. Atsevišķos gadījumos tās apkārtējie cilvēki un pats slimnieks var nepamanīt.

Radušos defekta stāvokli apzīmē par šizofrēnisko plānprātību, taču jāuzsver, ka termins «plānprātība» ir nosacīts, un stāvoklis jādiferencē no t.s. organiskās plānprātības. Šizofrēnijas gadījumā slimniekam atšķirībā no organiskās, piemēram, aterosklerotiskās demences nekad nerodas primārs atmiņas defekts vai spriedumu vājums. Šizofrēniskai plānprātībai raksturīgas īpatnējas personības izmaiņas, kas izpaužas slimnieka uzvedībā (7.att.), viņa iekšējos pārdzīvojumos, respektīvi, emocionālajā dzīvē (apātija, emocionāls trulums vai reizēm paradoksālas emocijas), kustību–gribas sfērā (manierīgums un abulija), īpatnēju domāšanas traucējumu veidā (slimnieks dzīvo it kā savu iekšējo pārdzīvojumu pasaulē, atrauti no reālās apkārtējās dzīves – autisms).

Gandrīz vienmēr reizē ar defekta simptomātiku rodas arī t.s. produktīvā simptomātika – visbiežāk neirozei līdzīgi un psihopatoīdi traucējumi, garastāvokļa izmaiņas, murgi, halucinācijas un pseidohalucinācijas, bet smagākos gadījumos – arī katatonija.

Šizofrēnijas gadījumā nav viena centrālā slimības simptoma, kas būtu «visspecifiskākais». Diagnozi var noteikt, vērtējot visas personības izmaiņas kopumā. Simptomātikas polimorfisms raksturīgs tādēļ, ka katrā atsevišķā gadījumā ir atšķirīga slimības gaita, slimnieka vecums, procesam sākoties vai saasinoties, premorbīda īpatnības, pārmantojamība un citi iekšējie (endogēnie) un ārējie (eksogēnie) faktori.

Psihes šķelšanās (no tā atvasināts Šveices psihiatra E. Bleilera termins «*schizophrenia*») ir viens no visraksturīgākajiem slimības simptomiem, kas izpaužas dažāda veida nesaskaņotībā, neatbilstībā starp atsevišķām psihiskās dzīves pusēm. Par visraksturīgāko uzskata neatbilstību starp formāli it kā saglabātām slimnieka spriešanas spējām, labo atmiņu un gribas vājumu tās izmantot.

> Kāds slimnieks ar augstāko izglītību varēja pareizi pastāstīt par savu profesionālo darbību, viņam bija saglabātas zināšanas, tomēr viņš gadiem ilgi, uzturoties hronisko slimnieku nodaļā, augu dienu gulšņā, līmē kastītes darba terapijas istabā vai spēlē dambreti un nejautā par izrakstīšanos, pat nevēlas iet mājās, jo jūtas nodaļā labi un viņam nav vēlēšanās savas profesionālās zināšanas pielietot praksē.

Emocionālais trulums ir viens no defekta stāvokļa pamatsimptomiem. Šizofrēnijas slimnieku emocionālā reakcija uz tādiem notikumiem, pret kuriem psihiski vesels cilvēks nevar palikt vienaldzīgs, ir neadekvāta.

Jau iepriekš aprakstītais slimnieks ir vienaldzīgs pret to, vai viņu piederīgie apciemo vai ne, vienaldzīgi uzklausa ziņu par to, ka mājās kāds no tuviniekiem saslimis vai pat miris.

Emocionālais trulums brīžiem pēkšņi kombinējas ar pārlieku jūtīgumu. Slimniekam, kurš ir vienaldzīgs pret svarīgākiem notikumiem, pēkšņi pēc maznozīmīgiem notikumiem parādās izteikta sensitivitāte, piemēram, viņš ilgu laiku nevar nomierināties pēc tam, kad no naktsgaldiņa pazudusi veca avīze.

Kāds slimnieks bija ilgstoši izsists no garīgā līdzsvara pēc tam, kad kāda no futbola komandām bija zaudējusi. Cits slimnieks izdarīja pašnāvības mēģinājumu pēc tam, kad medicīnas māsa viņam bija aizrādījusi par kādu sīkumu.

Aktivitātes un interešu samazināšanās gadījumā slimnieks zaudē kontaktus ar savu apkārtējo vidi, pārtrauc iepriekšējās nodarbības, piemēram, viņš neinteresējas par tuviniekiem, draugiem, darba

biedriem, viņam neinteresē literatūra, kino, teātris, māksla, sports, kaut gan agrāk par to viņš ļoti interesējās.

Domāšanas izmaiņām raksturīga saraustīta, nesakarīga, paraloģiska domāšana. Slimnieka domu gaitai nav iespējams izsekot, kaut arī stāstījumā saglabāta gramatiski pareiza struktūra – teikumā ir teikuma priekšmets, izteicējs, apzīmētāji, – tomēr skaidras domas trūkst. Nereti slimnieks lieto «jaunvārdus».

Slimnieka kustības šizofrēniskās plānprātības gadījumā kļūst dīvainas, īpatnējas, nesaprotamas (manierīgums), pie tam to nevar izskaidrot ar neiroloģiskiem (organiskiem) traucējumiem. Kustības nav teatrālas, neko neizsaka, bet ir neadekvātas pozas, mīmika, žesti, kas apkārtējiem paliek nesaprotami (8.att.). Manierīgumam nevar pieskaitīt dažu cilvēku paradumu izdarīt kādas īpatnējas kustības, kuras nav kļuvušas ģeneralizētas un kurām nav patoloģiskas nozīmes. Visas minētās izmaiņas kopumā veido vienotu, īpatnēju šizofrēniskās plānprātības klīnisko ainu.

8. att. Grimasējošs šizofrēnijas slimnieks (A. Laksberga novērojums).

Slimnieks 22 gadus vecs, atrodas hronisko slimnieku nodaļā jau 4 gadus. Nodaļā kustīgs, bet bezdarbīgs. Visu dienu saigā pa koridoru, iet citās palātās, brīžiem smaida. Pieejot pie personāla, kaut ko nesakarīgu runā. Uzbāzīgi iet klāt citiem slimniekiem, prasa cigaretes, aiztiek citu slimnieku mantas, plēš nodaļas avīzes. Reizēm vairākas stundas no vietas sēž gultā un ritmiski šūpojas uz priekšu un atpakaļ vai arī pārveļas gultā no vieniem sāniem uz otriem un kaut ko pie sevis runā.

Kontakts ar slimnieku viņa psihiskā stāvokļa dēļ neiespējams Pacients grimasē, reizēm uz jautājumiem atbild žestikulējot reizēm mēģina kaut ko atbildēt, bet citreiz pasaka kaut ko nesakarīgu un pieceļas kājās, lai aizietu. Runa saraustīta: «Nopērc čības ... tu esi Miša? ... labi ... es pārdošu ... tagad viena maksā ...» Laikā un vietā neorientējas. Saģērbjas pats, taču apģērba tīrībai neseko. Pats paēd, atrod savu vietu palātā, zina, kur ir māsu istaba, kā arī iet kopā ar citiem slimniekiem pastaigāties. Interesi pats ne par ko neizrāda, nekad nejautā par izrakstīšanos. Zāles dzer, bet nekad neinteresējas, kādēļ tās dod un kas tās par zālēm.

Autisms jeb norobežošanas no ārpasaules, dzīve savu iekšējo pārdzīvojumu pasaulē nav psiholoģiski pamatojama (nav augstprātība vai kautrība). Šādi slimnieki aizvien vairāk atraujas no reālās pasaules, un viņu rīcību nosaka nevis parastā ikdienas situācija, bet gan iekšējie pārdzīvojumi. Slimnieki reizēm dzīvo savā ģimenē kā svešinieki, un piederīgie, stāstot anamnēzi, nekā nevar pateikt par slimnieka pārdzīvojumiem, kaut arī kopā nodzīvoti gadu desmiti. Autisms izpaužas arī slimnieka rīcībā – atsevišķi slimnieki ilgi pirms atnākšanas pie psihiatra jutuši sevī izmaiņas, par kurām nevienam nav stāstījuši. Daži slimnieki raksta «zinātniskus darbus», kurus nevienam nesūta, un ne ar vienu savos spriedumos un domās nedalās. Slimnieka iekšējie pārdzīvojumi reizēm paliek nepieejami pat ārstam, lai gan slimnieks pats aktīvi ir griezies pēc palīdzības.[47]

Vieglākos slimības gadījumos izmaiņas var būt grūti pamanāmas, tāpēc pareiza diagnostika ir iespējama tikai tad, ja iepazīstas ar slimības dinamiku un ievāc sīku objektīvo anamnēzi.

Plašākā nozīmē psihes šķelšanās izpaužas kā visdažādākās neatbilstības slimnieka psihiskajā darbībā (tautā tās nereti dēvē par dīvainībām).

Kāds šizofrēnijas slimnieks, zinātņu doktors, jaunu teoriju autors uz zinātniskās padomes sēdēm ieradās noplīsis, cauros apavos, matiem un bārdu apaudzis. Kāda slimniece pagatavoja no kapos paņemtajām vainagu lentēm sev kleitu un tajā staigāja. Cits slimnieks nesaprotami iekārtoja savu istabu – sienas aplīmēja ar negaumīgiem gadījuma rakstura plakātiem, galdu pārdeva, bet tā vietā izmantoja no virām izceltas durvis, kuras iekāra govju piesienamās ķēdēs.

---

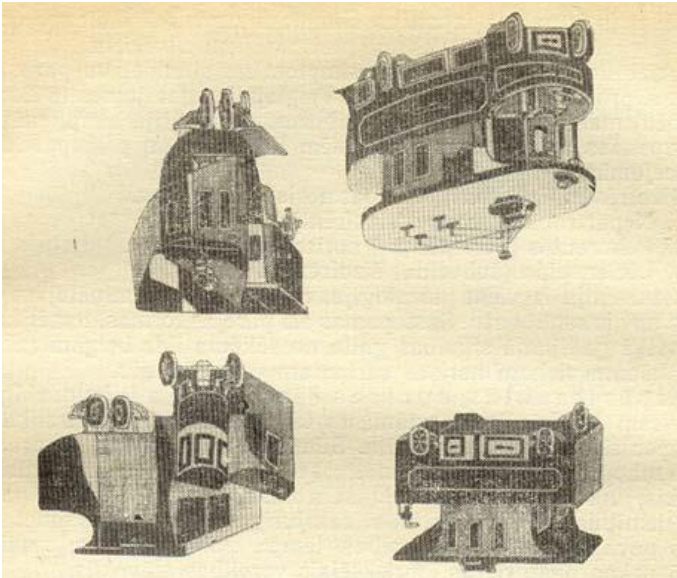
[47] **V.E. 2016-09-11:** Tagad (acīmredzot amerikāņu analfabētisko psihiatru ietekmē) par «autismu» sauc pavisam kaut ko citu, kam nav nekāda sakara ar Eglīša aprakstīto, un proti: vienu no oligofrēnijas formām. Es esmu pa televizoru redzējis bērnus un jauniešus ar šo tagadējo diagnozi «autisms», un viņi jau nu gan nebija «sevī nogrimuši» utt. Tā ka šis termins tagad ir saķēzīts.

Interešu un aktivitātes samazināšanās vieglākos gadījumos var izpausties ar pastiprinātām, vienpusīgām interesēm, kā rezultātā var būt arī pozitīvi sasniegumi.

> Kāds augstākās matemātikas pasniedzējs interesējās tikai par matemātiku un trijos mēnešos sarakstīja grāmatu, ko, kā vērtēja katedras vadītājs, «vesels cilvēks varētu izdarīt ne ātrāk kā trijos gados». Visu dienu slimnieks nodarbojās tikai ar matemātiku, grāmatas rakstīšanu, un šai laikā viņš nejuta vajadzību ne pēc ēdiena, ne atpūtas.

Biežāk tomēr šādas vienpusīgas intereses ir neproduktīvas.

> Kāds slimnieks gadiem ilgi rakstīja nepareizu «disertāciju» it kā par jaunu atklājumu – par debesu ķermeņu kustībām, par planētu un Zemes izcelšanos. Citi slimnieki pētī īstenībā jau zināmas parādības vai arī bez pietiekamas teorētiskas sagatavotības mēģina «atrisināt» viņiem nesaprotamus filozofiskus, astronomiskus, politiskus, medicīniskus jautājumus.



9. att. Sizofrēnijas slimnieka zīmējums «Tramvajs» (raksturo domāšanas traucējumus).

Domāšanas traucējumi vieglākos gadījumos var izpausties nevis saraustītā domāšanā, bet tieksmē rezonēt: slimnieki bieži spriedelē par banāliem, īstenībā nenozīmīgiem jautājumiem. Pie tam slimnieki savā stāstījumā un disputos nereti izsaka pretrunīgas domas, ko paši nepamana. Ja par to slimniekam aizrāda, viņš labojumus nepieņem. Reizēm slimnieki cenšas pierādīt aplamu domu, lai gan stāstījumā ir acīm redzamas pretrunas. Viņi neizjūt vienpusīgo un subjektīvo spriedumu nepamatotību.

Slimniekiem domāšanā raksturīga atraušanās no reālās situācijas, no reālām iespējām, aizraušanās ar neproduktīvām, neracionālām fantāzijām, nepierādītām un nepierādāmām abstraktām hipotēzēm. Domāšanas patoloģija sastopama ne tikai slimnieka runā, bet arī tikai slimniekam saprotamajos dzejoļos, zīmējumos (9. att.), stāstos, sacerējumos ar it kā nozīmīgu, bet patiesībā veselam cilvēkam nesaprotamu «zemtekstu». Tāpat savdabīgās asociācijas, domāšanas izmaiņas izpaužas slimnieka uzvedībā ikdienas dzīvē, darbā, viņa interesēs, attieksmē pret pārējiem cilvēkiem.

Reizē ar t.s. negatīvajiem simptomiem slimniekam parasti ir arī t.s. produktīvā simptomātika. Vieglākajos gadījumos tā līdzīga neirožu, maniakāli depresīvās psihozes, psihopātiju simptomātikai un izpaužas ar afektīviem, neirozēm līdzīgiem un psihopatoīdiem traucējumiem.

Šizofrēnijai izšķir trīs slimības norises variantus.

1. Nepārtrauktās norises šizofrēnija.
2. Rekurentās (periodiskās) norises šizofrēnija.
3. Lēcienveida (šubveida) šizofrēnija.

Šizofrēnija ir viena nozoloģija, un tādēļ starp minētajām formām nav krasu robežu. Sastopamas arī pārejas formas, tomēr katrā atsevišķā gadījumā slimības gaita no sākuma līdz beigām raksturīga kādam vienam norises variantam un nemainās.

Nepārtrauktās norises šizofrēnija ir ļaundabīgākā no visām šizofrēnijas formām, un tai raksturīga nepārtraukti un pakāpeniski progresējoša gaita. Slimības laikā pieaug kā produktīvā psihopatoloģiskā simptomātika, tā arī padziļinās šizofrēniskais defekts, un slimnieks ar laiku kļūst hronisko slimnieku nodaļu pastāvīgs iemītnieks. Remisiju laikā raksturīga tikai esošās simptomātikas pavājināšanās un slimības tempa palēninināšanās, remisiju laikā nekad neatgriežas iepriekšējais veselības stāvoklis.

Rekurentās norises šizofrēnijas gaita ir labvēlīgāka, tai raksturīgi akūti uzliesmojumi, kuriem seko dziļas remisijas. Tomēr nekad neiestājas intermisija (izveseļošanās), un vienmēr remisijas laikā atrodami šizofrēnijas defekta elementi. Parasti, slimībai progresējot, uzliesmojumi rodas arvien biežāk, tie ir

smagāki un ilgāki, turpretī remisijas kļūst arvien īsākas un to laikā aizvien skaidrāk izpaužas tipiskais šizofrēnijas defekts.

Lēcienveida (šubveida) šizofrēnijas gadījumā vienlaicīgi slimniekam ir abu iepriekšējo formu raksturīgākās īpatnības. Slimība norisinās nepārtraukti, tās gaita ir lēna, relatīvi vieglāka un labvēlīgāka nekā nepārtraukti norisošās formas gadījumā, un nerodas izteikts defekta stāvoklis. Uz šī slimības norises fona rodas nepārtraukti norisošai šizofrēnijai neraksturīgi uzliesmojumi, tādi, kādi raksturīgi rekurentās norises šizofrēnijas gadījumā. Arī lēcienveida šizofrēnijai ir tendence ar laiku progresēt, un remisijas kļūst seklākas, tajās no uzliesmojumiem arvien vairāk saglabājas produktīvā simptomātika.

Sastopami arī gadījumi, kad ir lielas diagnostiskas grūtības – nereti slimnieks bērnībā vai jaunībā pārcieš tikai vienu šizofrēnijas uzliesmojumu (šubu), pēc kura tālākā slimības progredience apstājas. Par tādu pārciestu uzliesmojumu ļauj domāt šizofrēnijai raksturīgas personības izmaiņas, kā arī anamnestiskie dati par bijušo akūto psihotisko stāvokli (kaut arī uzliesmojuma laikā slimnieks nav stacionēts psihiatriskajā slimnīcā). Slimnieki tālākajā dzīvē ir praktiski veseli un viņiem raksturīga tikai īpatnēja personība.

Nepārtrauktās norises šizofrēnija parasti sākas pubertātes vecumā, un dažu gadu laikā slimniekam iestājas smaga šizofrēniska plānprātība (no tā arī vēsturiski pirmais šizofrēnijas apzīmējums, ko ieteica E. Krepelīns, – *dementia praecox* jeb agrīnā plānprātība).

Premorbīdā šādiem bērniem parasti nav raksturīgas kaut kādas rakstura īpatnības, tomēr reizēm novēro paātrinātu attīstību (pedagogiem un vecākiem rodas lielas cerības, tomēr ir novērojumi, ka pāragra attīstība var gan raksturot nākošo brīnumbērnu, gan brīdināt par sliktu prognozi).

Slimība sākas pubertātes vecumā ar personības izmaiņām, kuras sākumā jādiferencē no normālas pubertātes krīzes. Raksturīgākie slimības sākuma simptomi ir šādi.

Pasliktinātas sekmes mācībās. Pubertātes krīzes laikā sekmju līmeņa krišanās izskaidrojama ar to, ka pusaudži aizraujas ar blakus interesēm un mazāk mācās, tomēr spēja apgūt materiālu ir pilnīgi saglabāta un nokavēto viņi ātri atkal atgūst. Slimības gadījumā turpretī pusaudži jau pēc savas iniciatīvas mācās vairāk nekā parasti, pavada laiku pie grāmatām līdz naktij, tomēr sekmes izpaliek, jo viņiem ir zudusi spēja koncentrēties un materiālu izprast (t.s. enerģētiskā potenciāla krišanās).

Atsvešināšanās no ģimenes. Atšķirībā no tieksmes pēc patstāvības, kas vispār ir raksturīga pusaudžiem pubertātes vecumā, slimīgā atsvešināšanās saistīta ar dziļām personības izmaiņām, it īpaši emocionālām izmaiņām. Slimie jaunieši, tiecoties pēc neatkarības, sarauj kontaktus ne tikai ar vecākiem, bet arī ar visiem citiem apkārtējiem cilvēkiem – kļūst nepieejami un sveši radiniekiem, skolotājiem, sporta skolu treneriem, bijušiem draugiem. Attīstās autisms, kas vēlāk padziļinās.

Savdabīgas, nesaprotamas intereses. Pubertātes vecuma jauniešu intereses ir dzīvas, reālas, mainīgas, saistītas ar apkārtējiem cilvēkiem un notikumiem, – tā ir romantika, aizraušanās ar sportu, ceļojumiem, «noslēpumi», mūzika, kolekcionēšana, kā arī interese par pretējo dzimumu.

Šizofrēnijas sākumā jaunieša intereses kļūst abstraktas, apkārtējiem cilvēkiem nesaprotamas, reizēm dīvainas, neatbilstošas vecumam un spējām. Raksturīgākās ir interese par filozofiju (metafilozofiskā intoksikācija), biežāk ideālistiskiem novirzieniem, astronomiju, jogu mācību, abstrakto mākslu, reliģiju, rodas tieksme abstrakti spriedelēt par dzīves jēgu, cilvēka būtību. Reizēm tā ir arī aizraušanās ar psiholoģisko vai psihiatrisko literatūru. Tomēr, neskatoties uz ārēji it kā dziļo interesi par vienpusīgām tēmām, slimnieki domāšanas defekta un emocionālo izmaiņu dēļ paliek neproduktīvi diletanti. Sarunā ar jaunieti atklājas, ka ne par vienu no minētajiem tematiem viņam nav radies skaidrs priekšstats, ka šķietamā materiāla izpēte un pārzināšana patiesībā aprobežojas ar populāru izdevumu lasīšanu, garu un neizprastu citātu pārrakstīšanu, tukšu spriedelēšanu, bet ne materiāla loģisku apgūšanu.

Parasti slimnieki ir noslēgti, viņi nejūt vajadzību aktīvi dalīties savās domās un pat izjautāti savas domas slēpj un sarunu aktīvi neuztur.

Izšķir vairākas nepārtrauktās norises šizofrēnijas formas (literatūrā tās reizēm apraksta arī kā patstāvīgas šizofrēnijas formas): 1) vienkāršā forma, 2) paranoīdā forma, 3) lucīdā katatonija, 4) hebefrēnā forma.

Pēc slimības norises smaguma un tempa īpaši vēl izdala gausi risošo šizofrēniju.

Vienkāršai formai raksturīgs pieaugošs šizofrēnijas defekts. Slimības gaita lēna. Slimība sākas pubertātes vecumā ar aprakstītajām personības izmaiņām, kas progresē daudzus gadus. Vienkāršās formas gadījumos nerodas masīva progredienta psihopatoloģiskā simptomātika. Slimniekiem nav halucināciju, murgu, tādēļ tie nereti psihiatriskajā slimnīcā nonāk vēlu vai nenonāk nemaz. Dzīvē viņi ir dīvaiņi, savādnieki. Reizēm viņi nevar dzīvot patstāvīgi, tad viņiem nepieciešama uzraudzība. Slimnieki var arī strādāt.

Biežāk tomēr vienkāršā forma ir nepārtrauktās norises šizofrēnijas citu formu sākuma etaps. Tālākajā slimības gaitā pievienojas murgi (paranoīdā forma), katatonija (lucīdā katatonija, hebefrēnā forma).

Paranoīdās formas gadījumā pēc sākotnējām personības izmaiņām rodas paranojāli (raksturo slimības paranojālo posmu), paranoīdi (paranoīdais posms) un vēlāk parafrēni murgi (parafrēnais posms).

Atšķirībā no iepriekšējās formas paranoīdā forma biežāk sākas pēc 30 gadu vecuma. Tad slimības paranojālā posmā raksturīgi sistematizēti paranojāli murgi – slimnieks ir pārliecināts, ka izdarījis kādu jaunu, zinātnisku atklājumu (izgudrošanas murgi), viņam ir nepamatota greizsirdība pret dzīvesbiedri, viņš saskata apkārtējo cilvēku (komunālā dzīvokļa kaimiņu, darba biedru u.c.) it kā nelabvēlīgo attieksmi pret sevi, uzskata sevi par neārstējami slimu ar sifilisu, leikozi, vēzi. Paranojālā posmā murgi ir tuvi ticamībai, tādēļ to diferenciācija var būt apgrūtināta un slimnieki gadiem ilgi, pat gadu desmitus nenokļūst pie psihiatra. Slimībai progresējot, paranojālo posmu nomaina paranoīdais posms. Pāreja notiek slimības paasinājuma laikā, pēc tās klīniskajā ainā dominē psihiskā automātisma sindroms, slimnieks izjūt vajāšanu jau lielākā mērogā – «veselas organizācijas» viņu ne tikai novēro, izseko, bet arī sāk uz viņu iedarboties ar stariem, aparātiem, hipnozi. Slimnieki ar laiku «pilnīgi nonāk šo ļaundaru varā, kuri pilnīgi pārvalda un ietekmē slimnieka domas, sajūtas, pat kustības».

Parafrēnā posmā, kas rodas pēc paranoīdā posma, slimnieka murgi kļūst fantastiski – slimnieks pats sāk sevi uzskatīt par neparastu cilvēku, kaut kādā ziņā par vienīgo pasaulē – viņš spēj pārvaldīt pasauli ar domām, ietekmēt planētu kustību, un vienlaikus fantastiska kļūst arī slimnieka ienaidnieku sistēma – viņš jūt iedarbību no citām planētām, mākslīgajiem Zemes pavadoņiem, ārvalstu iedzīvotājiem, sarunājas ar Sauli.

Pieaugušiem cilvēkiem paranoīdā forma turpinās daudzus gadus, un reizēm slimnieki samērā ilgi nenokļūst pie psihiatra un, pastāvot murgiem, turpina pildīt savus profesionālos pienākumus.

Ja paranoīdā forma sākas jauniešu vecumā, tad tā noris nelabvēlīgāk un ātri iestājas defekta stāvoklis.

Slimnieks 54 gadus vecs, bijušais matemātikas skolotājs. Ģimenē ar psihiskām slimībām neviens nav slimojis, slimnieks visu dzīvi nodzīvojis viens. Bērnībā audzis un attīstījies normāli. Pēc rakstura bijis noslēgts, savos pārdzīvojumos ne ar vienu nav dalījies, draugu bijis maz. Interesējies par matemātiku, tehniku, svešvalodām. Pēc augstskolas beigšanas sācis strādāt par skolotāju un vienā darba vietā nostrādājis 30 gadus.

Slimība sākusies 45 gadu vecumā. Slimniekam sācis likties, ka dzīvokļa kaimiņi pret viņu nelabvēlīgi izturas. Kad slimnieks pēc darba nācis mājās, redzējis, ka kaimiņi savā starpā par kaut ko sačukstas, – domājis, ka kaimiņi runājot par viņu. Pamanījis arī ļaunprātīgu rīcību – pie viņa durvīm bijis izliets kaut kāds šķidrums, lai slimniekam būtu tas jāsatīra. Pieliekamajā telpā no plaukta slimniekam pazudis maizes gabals un bijis mazāk sviesta nekā atstāts no rīta – tātad kaimiņi «lietojuši» slimnieka produktus.

Ar laiku slimnieks pamanījis, ka uz viņu sākuši arī fiziski iedarboties. Sākumā iedarbojušies ar aparātiem (pēc skaņas tie atgādinājuši putekļu sūcēju), kā rezultātā dzīvoklī izplatījusies nepatīkama smaka vai arī mainījusies gaisa temperatūra – bijusi vai nu augsta vai zema. Gāze, kas iepūsta dzīvoklī, atstājusi uz priekšmetiem kaut kādas dzeltenīgas nogulsnes, kurām pieskaroties radusies dedzinoša sajūta. No dedzinošās vielas slimniekam sākusi niezēt āda, parādījušies izsitumi, bet no gāzes radušās galvas sāpes un sāpes vēderā, nosirmojuši un sākuši izkrist mati, iestājusies impotence. Lai atbrīvotos no kaitīgās iedarbības, slimnieks vēdinājis istabu un pat 25 grādu salā stundām ilgi turējis atvērtu logu. Slimnieks domā, ka kaimiņi pret viņu uzsākuši tādu ļaunprātīgu darbību ar nolūku, lai slimnieks aizietu no dzīvokļa un kaimiņu meita, kas gatavojusies precēties, iegūtu lielāku dzīvojamo platību.

Slimnieks ilgu laiku par notiekošo nevienam neko nav stāstījis. Pēc tam kad mēģinājis meklēt palīdzību, «neviens nav ticējis» vai arī «speciāli nav slimniekam palīdzējis».

Slimnieks ar laiku pamanījis, ka kaimiņi nav vienīgie, ka viņa vajāšanā iesaistījusies vesela organizācija – neviena iestāde nav pieņēmusi slimnieka sūdzības, gribējuši viņu nosūtīt uz psihiatrisko slimnīcu. Uz ielas sācis dzirdēt, ka aizmugurē ejošie cilvēki par viņu sarunājas un saka: «Šonakt mēs viņam parādīsim ... lai tikai sūdzas, dzīvs viņš mums neaizies ...» Nespējis skolā vairs vadīt nodarbības, jo, tikko aizgriezies ar muguru pret klasi, tā licies, ka skolnieki viņam ar aparātu laiž virsū starus. Uz ielas sācis just iedarbību no automašīnu logiem un no televizoru antenām uz māju jumtiem. Tādā veidā slimnieka ienaidnieki «uzzinājuši» viņa domas, kā arī visādi viņu ietekmējuši: izraisījuši seksuālas izjūtas, traucējuši domāt (domas pilnīgi apstājušās), reizēm padarījuši domas tik skaļas, ka tās kļuvušas dzirdamas visiem apkārtējiem. Šādos brīžos slimnieks pamanījis, ka visi uz viņu nosodoši skatās, bet pats slimnieks ielas vidū it kā sastindzis un nevarējis turpināt iesākto ceļu.

Neskatoties uz sākto terapiju, slimnieka stāvoklis turpina pasliktināties. Slimnieks sāk runāt, ka atrodas nodaļā speciāli, jo esot izcils cilvēks, vienīgais tāds uz pasaules, un tādēļ citi (organizācija un arī ārsti) no viņa baidoties un nevēloties viņu atlaist mājās.

Slimnieks nodaļā visu laiku ieklausās balsīs un tām čukstus atbild. Viņš dzirdot, ka pašreiz nākot pārraide no Saules, kura slimniekam sakot, lai viņš paejot sānis, nostājoties aiz gultas gala, citādi viņš «sabojāšot galvu». Slimnieks domā, ka viņam pēc 5 gadiem būs jāpiedalās Vispasaules kongresā par papīra ražošanu. «5 gadi» tādēļ esot viņa dzīvē nozīmīgi: «viņš 5 gadu vecumā pirmo reizi sācis lasīt, 15 gadu vecumā beidzis skolu, dzīvojot 55. numura mājā un 25. dzīvoklī». Par to norādījumus viņš atrodot arī avīzēs un žurnālos. Slimnieks reizēm uzskata, ka televīzijas pārraidēs vai radio raidījumos diktors dod norādījumus tikai viņam, pie tam tie esot teikti pārnestā nozīmē un tādēļ citiem nav saprotami – tā esot teikušas balsis. Balsis skan galvā un pieder citu valstu ministriem, kuri viņam solot savu palīdzību konferences sasaukšanā.

Slimnieks pakļaujas režīmam, pēc uzaicinājuma nodarbojas darba terapijā, iet kopā ar citiem slimniekiem uz virtuvi pēc ēdiena, palīdz uzkopt telpas. Ne par ko nekādu interesi neizrāda – nekad neprasa par izrakstīšanu mājās, par savām domām un psihotiskajiem pārdzīvojumiem stāsta tikai tad, ja viņu aktīvi izjautā. Slimnieks visu dienu, galvu nodūris, staigā no viena nodaļas gala uz otru un ne ar vienu neuzsāk sarunas.

Reizēm jūtas sliktāk un tad lūdz dot kādas tabletes, kas samazinātu balsis, kuras nāk no citam valstīm un neļauj «ne dienā domāt, ne naktī gulēt». Pats sevi par slimu neuzskata, tomēr zāles pieņem. Kādēļ atrodas slimnīcā, pateikt nezina. Uz jautājumu atbild, ka tāpēc, ka mājās slikti gulējis un sāpējusi kāja.

Lucīdās katatonijas forma ir smagāka nekā nepārtrauktas norises šizofrēnijas paranoīdā forma, jo te pievienojas katatonie traucējumi. Slimnieku apziņa tomēr visu laiku paliek skaidra. Katatonie traucējumi ir dziļi – katatonais stupors ar negatīvismu, muskulatūras sastingumu, mutismu vai arī katatonais uzbudinājums ar impulsīvo uzbudinājumu. Salīdzinoši pēdējos gadu desmitos smagā katatonā simptomātika ir sastopama retāk nekā agrāk. Prognostiski lucīdās katatonijas forma ir nelabvēlīga.

Hebefrēnā forma ir ļaundabīgākā nepārtrauktās norises šizofrēnijas forma. Šai gadījumā pēc īsa sākuma perioda, kad klīniskā aina līdzīga klīniskai ainai vienkāršās slimības formas gadījumā, slimība strauji progresē un ātri iestājas smags šizofrēnisks defekts. Sindromi mainās tik strauji, ka neizdodas atsevišķi izsekot to periodus. Slimniekam vienlaikus ir gan vajāšanas, gan iedarbības murgi, gan uztveres traucējumi (verbālo pseidohalucināciju veidā), gan katatonā simptomātika. Hebefrēnais sindroms slimības gaitā ir viens no vadošajiem – tas izpaužas, slimniekam ākstoties, muļķojoties, grimasējot, ķēmojoties, kūleņojot. Tai pašā laikā raksturīgi ir arī visi šizofrēnijas defekta simptomi.

Nepārtrauktas norises šizofrēnijas gadījumā starp atsevišķām slimības formām nav principiālas atšķirības un vienam un tam pašam slimniekam atsevišķos posmos var noteikt dažādas slimības norises formas, tādēļ svarīgi ir vērtēt visu slimības dinamiku kopumā, nevis vienu vadošo sindromu. Piemēram, paranoīdais sindroms var būt ne tikai dominējošais sindroms paranoīdās formas gadījumā, bet tas var būt arī lucīdās katatonijas vai hebefrēnās formas sākuma stadijā. Tomēr tad to slimības dinamikā nomainīs citi, tieši hebefrēnai formai raksturīgākie traucējumi.

Gausi risošā šizofrēnija ir nepārtrauktas norises šizofrēnijas paveids, ko izdala īpaši, uzsverot slimības norises īpatnību – samērā lēno un relatīvi labvēlīgo slimības gaitu. Slimība gan norisinās ilgstoši, tomēr patoloģiskie simptomi nav pārāk smagi. Daudzus gadus slimības klīniskajā ainā dominē neirozei līdzīgie un psihopatoīdie traucējumi vai paranojāli murgi – visbiežāk uzmācības, depersonālizācija, histēriska rakstura traucējumi, hipohondriskas pārvērtēšanas vai murgu idejas. Raksturīgas arī afektīvas svārstības, biežāk depresija. Personības izmaiņas (degradācija) ir samērā nelielas, un slimnieki bieži ārstējas ambulatori. Slimnieki iestājas stacionārā tikai slimības saasināšanās periodos, kad pastiprinās jau esošā slimības simptomātika, bet atšķirībā no lēcienveida šizofrēnijas kvalitatīvi jauni traucējumi neparādās.

Rekurentās norises šizofrēnijai raksturīgi uzliesmojumi, kam seko remisijas. Šai gadījumā tāpat pēc klīniskās izpausmes izdalāmas atšķirīgas formas, starp kurām, tāpat kā nepārtrauktas norises šizofrēnijas gadījumā, nav principiālas atšķirības. Izšķir vairākas rekurentās norises šizofrēnijas formas: 1) cirkulārā forma, 2) depresīvi paranoīdā forma, 3) oneiroidās katatonijas forma.

Vienam un tam pašam slimniekam atsevišķos slimības posmos var noteikt dažādas rekurentās norises šizofrēnijas formas.

Cirkulārās formas gadījumā uzliesmojumiem raksturīgi afektīvi traucējumi, biežāk depresija, retāk maniakāls stāvoklis. Kā depresijas, tā maniakāli stāvokļi noris atipiski, atšķirīgi no klasiskās afektīvās triādes.

Pirmās remisijas var būt pietiekami dziļas, tās var likties par intermisiju (izveseļošanos). Tomēr, sīkāk analizējot, var noskaidrot, ka arī vislabvēlīgākajos gadījumos slimības rezultātā rodas kaut vai

nelielas personības izmaiņas. Vieglākos gadījumos tās izpaužas kā viegls defekts emocionālajā sfērā: slimnieki subjektīvi reizēm kļūst it kā mierīgāki un, pēc apkārtējo cilvēku novērojumiem, viņu raksturs pat «uzlabojoties». Īstenībā notrulinātu emociju dēļ slimnieki vairs nereaģē uz tādiem notikumiem, uz kuriem reaģēja pirms slimības.

Depresīvi paranoīdās formas gadījumā bez afektīviem traucējumiem (depresijas) novēro arī murgus. Nomāktais garastāvoklis kombinējas ne tikai ar depresīva rakstura pārvērtēšanas idejām, bet arī ar tādiem murgiem, kuru temats nav saistīts ar afektu, – vajāšanas, apsūdzības, iedarbības murgiem. Slimnieku stāvoklis ir akūts, un tādēļ viņi ātri nokļūst psihiatra uzraudzībā.

Slimniekiem ir nomākts garastāvoklis, murgi, kā arī akūta psihotiska stāvokļa simptomi – verbālās ilūzijas, intermetamorfozes jeb inscenēšanas murgi.

Slimniekam liekas, ka viņš neatrodas psihiatriskajā slimnīcā, ka visa apkārtējā situācija ir īpaši, speciāli radīta, viņam «taisīta» – te vai nu gatavo kosmiskā kuģa palaišanu, kinofilmas uzņemšanu, vai arī gatavojas slimnieku tiesāt, izdarīt ar viņu eksperimentus, pārbaudīt viņa garīgās spējas.

Apkārtējos cilvēkos slimnieki pazīst ievērojamas personas vai arī savus radiniekus. Slimniekam liekas, ka viņam apkārt nav psihiski slimi cilvēki, bet atkarībā no murgu fabulas kosmonauti, aktieri, mākslinieki, radinieki, spiegi, nodevēji. Dažreiz slimnieks nepazīst savus piederīgos un uzskata tos par svešiem cilvēkiem, kuri ir pārģērbti un nogrimēti, lai izskatītos pazīstami (negatīvais dubultnieka simptoms), citreiz slimniekam liekas, ka sveši cilvēki ir pazīstami, viņa radinieki, kuri it kā esot pārģērbušies un nogrimējušies, lai slimnieks viņus nepazītu (pozitīvais dubultnieka simptoms). Slimniekam garastāvoklis mainīgs, reizēm mainās arī murgu tematika. Slimnieki izjūt bailes, ir uzbudināti, apjukuši, var aktīvi meklēt palīdzību.

Oneiroīdās katatonijas formas gadījumā vispirms var būt depresīvi paranoīdās formas simptomātika, un tikai tad iestājas oneiroīdā katatonija. Atšķirībā no lucīdās katatonijas, kas rodas nepārtrauktas norises šizofrēnijas gadījumos, šeit katatonie traucējumi ir vienlaikus ar neskaidru apziņu. Oneiroīdo katatoniju novēro slimniekiem ar rekurentās norises šizofrēniju. Vispirms klīniskajā ainā pieaug apjukums, un tad seko neskaidras apziņas periods ar fantastiska satura pārdzīvojumiem – slimnieki pārdzīvo lidojumu uz citām planētām, atrašanos citos laikmetos, pasaules bojā eju, atomkaru. Katatonie traucējumi, salīdzinot ar lucīdo katatoniju, ir mazāk dziļi un izpaužas kā mulsi patētiskais uzbudinājums vai katatoniskais stupors ar vaskveida lokanību.

Slimnieks 23 gadus vecs, jūrnieks. Ģimenes anamnēzē noskaidrojas, ka slimnieka mātes māsa slimo ar šizofrēniju. Bērnībā slimnieks attīstījies normāli, bijis dzīvs, kustīgs zēns, labprāt ticies ar pārējiem viņa vecuma bērniem, bijis atklāts un pieejams, dalījies savos pārdzīvojumos ar vecākiem un skolotājiem. Pēc skolas beigšanas mācījies jūrskolā un strādājis uz kuģa par matrozi.

Saslimis pēkšņi, atrodoties jūrā reisā. Dažas dienas bijis nomākts garastāvoklis, kļuvis noslēgts, par saviem pārdzīvojumiem nevienam neko nav stāstījis. Darba biedri tomēr pamanījuši, ka slimnieks kļuvis viegli satraucams. Viņš esot arī teicis, ka negribot dzīvot. Slimnieks ievietots izolatorā, bet pēc tam stacionēts krasta slimnīcā.

Iestājoties psihiatriskajā slimnīcā, nezina datumu, kā arī to, kur pašreiz atrodas, bet zina gadu un vietu, kad un kur sācis reisu. Pieļauj domu, ka atrodas uz citas planētas. Ārstējošais ārsts esot kinoaktrises Bridžitas Bardo vīrs.

Slimnieks nodaļā te smaida, te raud. Lielāko daļu dienas pavada gultā, brīžiem sastingstot nedabiskā pozā, tad it kā izliecas, paceļas no gultas un atkal atkrīt atpakaļ. Ejot pa palātu, slimnieks pēkšņi nokrīt. Kā slimnieks pats paskaidro pēc akūtā stāvokļa izbeigšanās, licies, ka atrodas gan uz citas planētas, gan okeāna vidū, gan akvārijā, ka uz viņu no apkārtējām planētam laiž elektrisko strāvu, no kuras ar savdabīgām kustībām mēģinājis izvairīties. Kad licies, ka atrodas akvārijā, viņš meties peldus un mēģinājis izglābties. No spilvena nākusi elektriskā strāva, no blakus gultām slimnieki, kurus nepazinis, bet kuri likušies «citu jūru» iemītnieki, viņu hipnotizējuši. Brīžiem dzirdējis dieva balsi, kas pavēlējusi nekustēties, nomest segu, izraut ārstam no rokām fonendoskopu, jo tāda rīcība palīdzēšot viņam aizsargāties no citu kuģu uzbrukumiem.

Dažas nedēļas pēc slimības uzliesmojuma slimnieks pareizi vērtē notikušo, grib atgriezties vecajā darbā, bet baidās, ka atkal «no grūtā darba» varētu saslimt. Slimniekam nepatīkot atcerēties bijušos notikumus, tie liekoties kā redzēts sapnis. Neko no tā visa neesot redzējis skaidri un spilgti, esot tikai bijusi sajūta, it kā visu to pārdzīvotu fantāzijā, tomēr pašam slimniekam fantāzijas ir bijušas subjektīvi nepatīkamas.

Gadu pēc izrakstīšanās jūtas samērā labi. Pirmajā pusgadā lietojis uzturošās devās triftazīnu, bet tagad nekādus medikamentus nelieto. Mainījis darbu. Pēc tuvinieku vārdiem, slimnieks raksturā nedaudz mainījies: esot kļuvis nedaudz noslēgtāks, reizēm netaktiskāks. Brīžiem neprotot novērtēt situāciju – skaļi un netaktiski iejaucoties lietās, kas uz viņu neattiecoties. Reizēm esot uzbāzīgs. Nekādu izmaiņu spriešanas spējās un aktivitātē neesot.

Lēcienveida (šubveida) šizofrēnijas gadījumā raksturīga nepārtraukta slimības gaita, kas līdzīga gausi risošai šizofrēnijas gaitai, uz kuras fona rodas akūti uzliesmojumi, kuri atšķiras no iepriekšminētām lēnās slimības gaitas izpausmēm. Gausi risošā slimības gaitā dominē uzmācības, neirozēm un psihopātijām līdzīgas parādības, bet akūtiem uzliesmojumiem, kas līdzīgi rekurentās norises šizofrēnijas izpausmēm, raksturīgi afektīvi, afektīvi murgaini (depresīvi paranoīdi) un oneiroīdi katatoni traucējumi.

Tāpat kā rekurentās norises šizofrēnijas gadījumā, arī šeit uzliesmojumi ar laiku kļūst ilgāki un smagāki. Nepārtrauktai slimības gaitai raksturīgie pishopatoloģiskie sindromi tāpat pakāpeniski progresē un kļūst smagāki, tomēr defekta simptomātika lēcienveida šizofrēnijas gadījumos ir vieglāka nekā nepārtrauktas norises šizofrēnijas gadījumos, bet smagāka nekā rekurentās norises šizofrēnijas gadījumos.

Katatoni hipertoksiskais stāvoklis (to sauc arī par hipertoksisko šizofrēniju, febrilo katatoniju, febrilo šizofrēniju, ļaundabīgo katatoniju) ir vienīgais šizofrēnijas variants, kurš beidzas letāli, ja to savlaicīgi un pareizi neārstē. Katatoni hipertoksiskos stāvokļus novēro slimniekiem ar periodiskās norises šizofrēniju vai, biežāk, lēcienveida šizofrēniju. Šai gadījumā slimība norisinās akūti ar neskaidru apziņu (oneiroīdu, katatoniju), pie tam vienlaikus ir ļoti smags, toksisks slimnieka vispārējais stāvoklis, ko ar objektīvo somatisko atradi tomēr nevar izskaidrot. Slimniekiem novēro augstu temperatūru (līdz 39–40–41 °C), izteiktu tahikardiju, apliktu mēli, leikocitozi, zemādas asinsizplūdumus, samazinātu asinsspiedienu. Ja slimību savlaicīgi un pareizi neārstē, tad intoksikācijas parādības pieaug, rodas kolapss un letāls iznākums.

Smagi hipertoksiskās šizofrēnijas gadījumi tomēr ir reti, taču īslaicīgi febrilitātes periodi bieži atrodami slimniekiem ar periodiskas norises vai lēcienveida šizofrēniju uzliesmojuma sākumā. Aktīvas terapijas rezultātā tie likvidējas dažu dienu laikā.

SOMATISKIE UN NEIROLOĢISKIE TRAUCĒJUMI. Ja šizofrēnija sākas pubertātes vecumā, tad nereti rodas endokrīnas izmaiņas. Šizofrēnija, kas risinās lēni un sākas brieduma gados, parasti izteiktas somatiskas izmaiņas neizraisa. Slimniekiem, kuriem klīniskajā ainā dominē hipohondrija un senestopātijas, objektīvi nereti atrod nelielas somatiskas izmaiņas, kas tomēr nav pietiekamas, lai izskaidrotu visas slimnieka sūdzības, piemēram, nedaudz izmainītas dažas klīniskas un bioķīmiskās analīzes, ļoti bieži dažādus veģetatīvus traucējumus.

Slimības akūts uzliesmojums (rekurentās norises, lēcienveida šizofrēnijas, it īpaši hipertoksiskās šizofrēnijas gadījumā) var norisināties ar paaugstinātu temperatūru, tahikardiju, samazinātu asinsspiedienu, leikocitozi, funkcionālu hiperbilirubinēmiju, paātrinātu EGR. Ja ir izteikti akūts uzliesmojums, tad var rasties diferenciāldiagnostiskas grūtības, jo klīniskā aina atgādina akūtu infekcijas slimību vai citu somatisku slimību. Tomēr iekšējo orgānu objektīvā izmeklēšanā neatrod datus smagā somatiskā stāvokļa izskaidrošanai.

Katatonijas gadījumos var būt traucējumi, kas atgādina parkinsonismu. Tie rodas, ja ir pārdozēti neiroleptiskie līdzekļi. To pierāda, samazinot medikamentu devu, kā rezultātā medikamentu izraisītās blakus parādības samazinās.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Šizofrēnijas diagnozi nevar pamatot tikai ar kādu vienu vadošo, specifisko simptomu. Diagnostikā jāvērtē kopumā kā slimnieka pašreizējais stāvoklis, tā slimības dinamika. Šizofrēnijas gadījumos iespējami neirozei līdzīgi un psihopatoīdi traucējumi, afektīvie sindromi, katatonija, oneiroīds, ļoti reti var būt epileptiskas lēkmes. Šizofrēnijas diagnozi izslēdz pārējie neskaidras apziņas stāvokļi, šizofrēnijas slimniekiem nevar rasties organiska plānprātība.

Galvenais kritērijs šizofrēnijas diagnostikā ir šizofrēniska plānprātība, bet, tā kā to parasti atrod vēlu un savlaicīgai terapijai nepieciešama agrīna diagnostika, tad jāizmanto citi kritēriji.

Rekurentās norises šizofrēnija jādiferencē no maniakāli depresīvās psihozes. Šizofrēnijas gadījumos kā maniakālie, tā depresīvie sindromi ir atipiski, ar murgu vai halucināciju ieslēgumiem, pie tam šizofrēnija sākas gados jaunākiem cilvēkiem (jaunākiem par 30 gadiem).

Gausi risošā šizofrēnija jādiferencē no neirozes un psihopātijas. Šizofrēnija parasti sākas bez ārējiem iemesliem, kaut arī slimniekiem un it īpaši piederīgajiem ir tieksme meklēt slimības cēloņus, lielu nozīmi piešķirot dažādiem nejaušiem momentiem vai faktoriem, kas tomēr nav pietiekami spēcīgi, lai izraisītu slimību, piemēram, pārpūlei, nelaimīgai mīlestībai, nepatikšanām darbā. Šizofrēnijas gadījumos mainās cilvēka personība, slimnieki kļūst noslēgtāki, aizdomīgāki, parādās garastāvokļa svārstības. Epizodiski saasinās arī produktīvā simptomātika (rudimentārās halucinācijas, attiecību murgu idejas). Radušās uzmācības pēc satura ir dīvainas, nesaprotamas, tām ir tendence progresēt, radot murgus un psihiskā automātisma parādības.

Akūti šizofrēnijas stāvokļi jādiferencē no simptomātiskajām psihozēm reimatisma un encefalīta slimniekiem. Šajos gadījumos vispirms jāatrod, kādas ir slimības klīniskās izpausmes psihiskajā sfērā, un tikai tad jāizmanto somatiskā un neiroloģiskā atrade, kā arī klīniski laboratoriskie izmeklējumi, lai izvirzīto diagnozi apstiprinātu vai noraidītu. Svarīgi ir noskaidrot, kādas slimības izpausmes ir bijušas vēl pirms akūtā uzliesmojuma. Šizofrēnija parasti ir sākusies jau agrāk ar t.s. defekta simptomiem. Akūtais stāvoklis var būt arī līdzīgs akūtam stāvoklim kādas somatiskas slimības gadījumā, bet, sīkāk izjautājot, noskaidrojas, ka traucējumi tomēr pārsvarā ir psihiskajā sfērā (bailes sajukt prātā biežāk ir šizofrēnijas sākumā, turpretī bailes nomirt – biežāk stenokardijas slimniekiem).

Diferencējot no organiskām CNS slimībām, svarīgs kritērijs ir astēnija, kura slimniekiem ar organiskiem CNS bojājumiem pakāpeniski pieaug, bet šizofrēnijas gadījumos parasti nav vadošais traucējums.

Diagnostikā palīdz arī slimnieka attieksme pret savu slimību. Gausi risošās šizofrēnijas slimnieki, kam ir neirotiska rakstura sūdzības, atšķirībā no somatiskiem slimniekiem nereti paši sevi uzskata par psihiski slimiem jau tad, kad apkārtējie vēl par to nedomā.

Slimības sākums pēc kādas somatiski nelabvēlīgas iedarbības var būt arī maldinošs. Tikai sīki izvērtējot klīnisko ainu, var atšķirt šizofrēniju, kas sākas pēc traumas, no traumatiskas psihozes, šizofrēniju, kas sākas pēc infekcijas slimības, dzemdībām, – no simptomātiskām psihozēm, šizofrēniju, kas sākas pēc psihiskiem pārdzīvojumiem, – no reaktīviem stāvokļiem.

ĀRSTĒŠANA ir atkarīga no slimības formas un konkrētās klīniskās izpausmes.

Nepārtrauktās norises šizofrēniju ārstē ar lielām neiroleptisko līdzekļu devām (aminazīnu, triftazīnu, haloperidolu, mažeptilu).

Rekurentās norises šizofrēnijas gadījumos maniakālā stāvokļa laikā lieto neiroleptiskos līdzekļus (aminazīnu, haloperidolu), bet depresiju ārstēšanā neiroleptiskos līdzekļus kombinē ar antidepresantiem.

Lēcienveida šizofrēnijas ārstēšanā lieto neiroleptiskos līdzekļus kopā ar nelielām antidepresantu devām. Antidepresanti lielās devās stāvokli var paasināt, pastiprināt trauksmi, bailes, murgus. Lieto arī insulīna un krampju terapiju (sk. nodaļā «Psihisko slimnieku ārstēšana»).

Gausi risošās šizofrēnijas terapijā nelielās devās lieto neiroleptiskos līdzekļus, kurus vajadzības gadījumā kombinē ar nelielu devu antidepresantu, kā arī ar mazajiem trankvilizatoriem.

Slimniekiem ar veģetatīvām depresijām ieteicams seduksēns kombinācijā ar antidepresantiem un vispārspēcinošo terapiju. Šādi slimnieki parasti ir ļoti jutīgi pret jebkuru medikamentu, tādēļ sākumā preparātu devām jābūt nelielām un tās jākāpina pakāpeniski. Šādi slimnieki neparedzēti jutīgi var reaģēt pat uz vitamīniem, dabisko kafiju, antiparkinsoniskiem līdzekļiem.

Gausi risošās šizofrēnijas slimniekiem, kam ir senestopātijas, ieteicami nelielās devās seduksēns (0,0075–0,015 dienā), haloperidols (0,5 mg 3 reizes dienā), reizēm tos kombinējot ar mazām antidepresantu (triptizola, melipramīna) devām.

Slimniekiem ar hipertoksisko šizofrēniju visefektīvākā ir krampju terapija. Prognostiski nelabvēlīga ir asinsspiediena krišanās, kas prasa tūlītēju iejaukšanos.

Pēc izrakstīšanas no stacionāra slimniekiem jānozīmē uzturošā terapija. Parasti sākumā dod tos pašus preparātus, ko stacionāra apstākļos, tikai mazākās devās. Devas samazina pakāpeniski, bet, ja stāvoklis pasliktinās, tad reizēm pat jāatgriežas pie sākuma devām. Svarīga nozīme ir darba terapijai, piemērotai nodarbībai gan stacionārā, gan pēc izrakstīšanās (ja slimnieks nevar strādāt iepriekšējo darbu, viņš atbilstoši jāiekārto ar ĀKK vai DEĀK lēmumu).

PROFILAKSE. Visi ambulatorie šizofrēnijas slimnieki atrodas dispansera uzraudzībā, un katram slimniekam regulāri jāierodas uz veselības pārbaudēm. Jānovērš kaitīgie faktori (nozīme tiem pašiem, kas apdraud psihiski veselu cilvēku, piemēram, reizēm slimniekiem ir tieksme uz alkoholu un narkotiskām vielām). Slimniekiem nav ieteicamas pēkšņas dzīves apstākļu maiņas (braucieni uz atpūtas namiem, kūrortiem), kur neierastos apstākļos slimība var saasināties. Tāpat slimība var saasināties, ja apkārtējie cilvēki nepareizi izturas pret pacientu – ja neatļauj slimniekam strādāt iepriekšējo darbu, kuru viņš var izpildīt, ja piederīgie vai darba biedri izrāda neuzticību, izturas noraidoši, ja rīko tiesas procesus, lai pierādītu it kā slimnieka nepieskaitāmību, lai mēģinātu viņam atņemt vecāku tiesības, utt.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA atkarīga no konkrētām slimības izpausmēm. Jāatceras, ka šizofrēnijas slimnieki nereti savus pārdzīvojumus disimulē un ne vienmēr ir pieejami, ka viņiem var būt pašnāvības domas un halucinācijas (visbīstamākās no tām ir imperatīvās halucinācijas, kuru iespaidā slimnieks var rīkoties antisociāli).

Maniakāli depresīvā psihoze

Maniakāli depresīvo psihozi kā atsevišķu slimību pirmais izdalīja E. Krepelīns 1899. gadā. Slimībai raksturīgi periodiski uzliesmojumi ar sekojošu izveseļošanos. Atšķirībā no šizofrēnijas novēro nevis simptomātikas pavājināšanos – remisijas, bet gan pilnīgu izveseļošanos – intermisijas, ko apzīmē arī par gaišajiem periodiem. Neatkarīgi no slimības ilguma gaišo periodu laikā personības degradācija pēc šizofrēniskā tipa nav atrodama.

Ar maniakāli depresīvo psihozi pārsvarā slimo pieauguši cilvēki pēc 30 gadu vecuma, biežāk sievietes. Slimības gaita nereti pasliktinās involūcijas periodā.

Slimības etioloģija nav noskaidrota, patoloģiski anatomiskajā izmeklēšanā nekādas specifiskas izmaiņas nekonstatē.

Ilgāku laiku pirms izteikta akūta slimības uzliesmojuma sākuma parasti ir nelielas garastāvokļa svārstības, kuras reizēm nepamana un pareizi nenovērtē ne slimnieks, ne arī apkārtējie cilvēki.

Slimībai raksturīgas periodiskas garastāvokļa izmaiņas: patoloģiski nomākts garastāvoklis (depresija), ko novēro biežāk, kā arī patoloģiski pacilāts garastāvoklis (maniakāls stāvoklis).

Slimības gaitā abi šie stāvokļi var viens otram sekot vai arī kombinēties, pie tam to savstarpējās attiecības var būt visdažādākās. Reizēm slimība norisinās tikai ar depresīvām slimības fāzēm un pat vieglus maniakālus periodus nekonstatē, citreiz slimība sākas ar depresiju, kurai seko maniakāls stāvoklis, tad atkal depresija utt.

Raksturīga pazīme ir tāda, ka pirmās parasti parādās depresijas, starp kurām ir pilnīgas un garas intermisijas. Ar laiku intermisiju ilgums pakāpeniski samazinās, un pēc depresīvajām fāzēm sāk rasties arī maniakālās slimības fāzes. Depresīvās un maniakālās fāzes pamazām kļūst arvien garākas, bet intermisijas saīsinās. Tad parādās arī jaukti stāvokļi, piemēram, depresijas beigu stāvoklis ieilgst un pēc depresijas fāzes neiestājas intermisija, bet gan piejaucas pretējās (maniakālās) fāzes elementi. Tas pats novērojams, arī izbeidzoties maniakālajiem stāvokļiem. Tālākā slimības gaitā rodas tendence nepārtrauktai pārejai no depresijas mānijā un otrādi, līdz minimumam samazinoties gaišajiem periodiem (smagos gadījumos tie ilgst tikai nedēļas, dienas, pat stundas), rodas t.s. *continuo* jeb kontinuālas gaitas slimības tips.

Depresīvā fāze. Maniakāli depresīvā psihoze parasti sākas ar depresiju. Skaita un ilguma ziņā depresijas fāžu kopumā ir vairāk nekā maniakālo fāžu.

Depresija sākas pakāpeniski, pasliktinoties garastāvoklim. Sākumā slimnieks un apkārtējie to neuzskata par slimības izpausmi. Slimnieks savu garastāvokli raksturo kā «apātiju», retāk – kā nomāktību. Slimnieki kļūst mazāk aktīvi, labprātāk paliek miera stāvoklī, vairāk grib «mierīgi atpūsties», vienkārši pasēdēt vai atgulties, pie tam paši to izskaidro ar pārpūlēšanos, pārslodzi darbā, nogurumu pēc lieliem sasprindzinājumiem. Studenti šādus stāvokļus reizēm saista ar lielu slodzi mācībās vai arī paši novērtē kā slinkumu, bet apkārtējie cilvēki ievēro, ka ārēji nesaprotami pavājinās sekmes. Vairumā gadījumu pirmos vieglos depresiju uzliesmojumus parasti gandrīz nepamana, jo nav nepieciešama medikamentoza palīdzība. Šos stāvokļus kā depresijas novērtē tikai vēlāk, retrospektīvi, kad slimnieki, fāzēm atkārtojoties, jau nokļūst pie psihiatra. Smagākos gadījumos depresija pamazām padziļinās un rodas t.s. depresijas triāde ar nomāktu garastāvokli, motorisko un ideatoro aizturi.

Slimniecei acis plaši atvērtas, sejā sastingusi dziļu skumju izteiksme. Slimniece runā lēni, klusi, ar pauzēm. Sarunas laikā viņa vairākkārt atvainojas, ka atņem ārstam laiku, ka ar viņu neesot vērts nodarboties, tikpat neviens nekad vairs nevarēšot palīdzēt. Viņa pati esot savā slimībā vainīga, jo agrāk esot nekārtīgi dzīvojusi, neesot rūpējusies par savu veselību, pie tam viņas nevērības dēļ esot cietusi ne tikai viņa pati, bet nepietiekamu uzmanību un gādību saņēmuši arī viņas vīrs un bērni.

Slimniece sūdzas par grūtsirdību, skumju sajūtu, kas jūtama krūtīs un uz pleciem («It kā akmens guļ uz sirds!»). No šīs sajūtas viņa visu dienu nevarot atbrīvoties, pret pašu vakaru kļūstot nedaudz vieglāk. Slimniece visu dienu vai nu pavada gultā, vai arī sēž viena pati palātas malā, ne ar vienu nesarunājoties. Viņa saka, ka ar slimniekiem negriboties runāt («viņi jau visi veseli»), ar ārstu runā labprāt, bet ar grūtībām. Pēc sarunas jūtas labāk.

Slimniece stāsta, ka izmainījušās viņas jūtas pret piederīgajiem – kad atnākot bērni apciemot, viņa pret tiem esot vienaldzīga, pat gaidot, kad viņi aizies. Bērnu priekšā jūtoties vainīga, ka neesot viņus pietiekami gādīgi audzinājusi. Slimniece par pienesumiem neinteresējas.

Apkārtne slimniecei liekoties savādāka – visu redzot un dzirdot pareizi, bet skaņas nākot it kā no attāluma, it kā klusi un neskaidri. Arī priekšmetu krāsas esot kļuvušas it kā nespodrākas, blāvākas. Sevi sajūtot neskaidrāk nekā agrāk – ne sāpju, ne pieskaršanās sajūtas neesot tik asas kā agrāk. Nedaudz labāk jūtoties, ja paliekot viena, it īpaši, ja ir slikts laiks, turpretī labā laikā, kad «visi apkārt priecājas», slimniece jūtoties vēl sliktāk. Slimniece guļ tikai medikamentu iespaidā, ēd ar piespiešanos («tādēļ, ka jāēd»), garšas

sajūtas neesot, viss liekoties bezgaršīgs («kā salmi»). Slimniece netic, ka izveseļosies, laikiem viņu nomācot bezcerīgas domas, tad negriboties dzīvot.

Neirozei līdzīgās (neirotiskās) depresijas gadījumā raksturīgs nomākts garastāvoklis ar neirozei līdzīgiem traucējumiem – galvenokārt uzmācībām, depresīva rakstura sensitīvām attiecību idejām, kuras cieši saistītas ar garastāvokli. Klīniskajā ainā noteikt depresiju masīvo neirotisko traucējumu dēļ reizēm nav viegli.

Veģetatīvās depresijas gadījumā klīniskajā ainā raksturīgi veģetatīvie traucējumi, kurus var atrast arī objektīvās izmeklēšanas laikā. Biežāk veģetatīvie traucējumi izpaužas ar sāpēm vai nepatīkamām sajūtām (spiediena, duršanas sajūtu) sirds apvidū, galvas sāpēm, galvas reiboņiem. Tā kā veģetatīvos traucējumus var konstatēt, slimnieku objektīvi izmeklējot, tad atsevišķos gadījumos, it īpaši slimības pirmajos uzliesmojumos, depresijas simptomātiku, kas parasti nav spilgti izteikta, var viegli neievērot un pacientu par psihiski slimu var neuzskatīt.

Tādēļ diferenciāldiagnozē svarīgi noskaidrot, ka slimība norisinās pēc visām depresijas fāzes likumsakarībām un šai gadījumā terapeitiskā ārstēšana vien izveseļošanos nedos. Somatiskie, veģetatīvie traucējumi gan ir reāli, tomēr to somatisku cēloni nekonstatē. Pie tam novirzes slimnieka somatiskajā stāvoklī ir niecīgas, un ar tām vien, vērtējot dinamikā, ilgstoši pastāvošo un objektīvai atradei neatbilstoši smago slimnieka stāvokli nevar izskaidrot. Nereti šādi slimnieki ilgāku laiku nesaņem vajadzīgo medicīnisko palīdzību, netiek nosūtīti pie psihiatra, viņiem neizdod darba nespējas lapu, bet iesaka «saņemt sevi rokās», retākos gadījumos viņus uzskata pat par sliņķiem vai simulantiem.

Slimnieks pēdējos divus mēnešus jūtoties slikti. Gandrīz katru dienu viņš jūtot sāpes sirds rajonā, darbā ātri nogurstot. Divas reizes darbā ir bijušas tik stipras sāpes, ka izsaukta ātrā palīdzība, un slimnieks abas reizes stacionēts terapeitiskajā nodaļā. Tur pēc izmeklēšanas sākuma doma par miokarda infarktu neesot apstiprinājusies, EKG nekādas izmaiņas nav atrastas. Objektīvi stacionārā nekādu patoloģiju nav atraduši, bijusi tikai gandrīz pastāvīgi subfebrila temperatūra, kurai iemesls nav noteikts.

Slimnieku sīkāk izjautājot, izdodas noskaidrot, ka līdzīgi stāvokļi bijuši agrāk (šī ir trešā reize), taču pirmajās divās reizēs slimnieks pie ārsta nav pat griezies, bijis tikai grūti strādāt. Šoreiz stāvoklis esot smagāks, bez sūdzībām par sāpēm izjautājot atrod arī visu dienu nedaudz nomāktu garastāvokli (pats slimnieks to uzskata par dabisku parādību, jo «kāds var būt garastāvoklis, ja ir slikti?»). Slimniekam slikts miegs, kā arī slikta ēstgriba. No rītiem viņš jūtas sevišķi slikti, nemaz negriboties celties un ar bailēm domājot par priekšā stāvošo dienu. Terapeitu ieteiktie līdzekļi nekādu uzlabojumu nav devuši, un slimniekam brīžiem liekas, ka sākusies kāda ļaundabīga slimība, kuru vairs nevar izārstēt.

Ažitētā depresija (no franču vārda *agitation* – uzbudinājums) ir depresija, kuru pavada nevis aizkavējums, bet – tieši pretēji – nemiers un motorisks uzbudinājums. Slimnieks nekur nevar atrast mieru, nevar izvēlēties sev vietu, pozu, stāvokli, lai justos labi, visu laiku ir satraukts. Smagākos gadījumos var rasties izteikts motorisks uzbudinājums, kura laikā slimnieki sit galvu pret sienu, plēš sev seju un, ja nav pietiekamas uzraudzības, var sevi sakropļot. Šādi raptusa stāvokļi uznāk negaidīti, tādēļ jāatceras, ka pacientiem ar smagu depresiju tādi var būt.

Maniakālā fāze ir pretēja izpausme depresijai. Mānija sākas pakāpeniski, un vieglākos gadījumos (ja slimniekiem ir ciklotīmija) hipomaniakāls stāvoklis bieži paliek nepamanīts un nenovērtēts. Slimnieki paši šādus periodus uzskata par normāliem, par pozitīvu parādību, jo to laikā slimniekiem ir lielāka aktivitāte, lielāka enerģija un palielinās darba spējas.

Kad garastāvoklis kļūst intensīvi pacilāts un vienlaikus parādās arī pacilātā garastāvokļa izraisīti domāšanas traucējumi: nespēja koncentrēties, paviršība (galvenokārt uzmanības nenoturības dēļ), tad arī darba produktivitāte samazinās. Klīniskajā ainā skaidri iezīmējas maniakālā triāde ar pacilātu garastāvokli, intelektuālo un motorisko uzbudinājumu, un slimnieks nokļūst psihiatra uzraudzībā. Šajā gadījumā slimnieks ir rosīgs, kustīgs, skaļš, ar lieliem plāniem, nodomiem, vēlēšanos darboties. Viņam rodas t.s. pārvērtēšanas idejas – afektīvi murgi, kuri, kaut arī ir pārspīlēti un nereāli, tomēr arvien ir saistīti ar konkrētu situāciju (tas liecina par pacilātu garastāvokli un nespēju pareizi novērtēt savu stāvokli).

Slimnieks (inženieris) apmēram divus pēdējos mēnešus ir pacilātā garastāvoklī. Sākumā ne slimnieka piederīgie, ne darba biedri tam nav pievērsuši uzmanību, jo slimniekam bijušas lielas darba spējas, strādājis ar lielu enerģiju, nav noguris. Pats pēc savas iniciatīvas palicis darbā strādāt virsstundas un organizējis entuziastus, kas viņam palīdzēs. Sestdienās un svētdienās nodarbojies ar kinoamatierismu, gatavojies uzņemt liela mēroga filmu, kurā noteikti jādarbojas nēģeriem. Rīgā jau saticis kādu Āfrikas iedzīvotāju, kas piekritis filmēties, tikai iepriekš gribējis to saskaņot ar savu vēstniecību.

Pēdējā nedēļā pirms stacionēšanas darba biedri ievērojuši pacienta nepareizo uzvedību – slimnieks vairs nav varējis darboties produktīvi, aizsācis gan vienu, gan otru darbu, tomēr nav varējis tos izdarīt līdz galam, jo tūlīt pametis un ar steigu mainījis nodomus. Plānu un projektu mērogi viņam arvien pieauguši. Sācis strīdēties ar darba biedriem, kas it kā nevarot viņu saprast un negribot viņam palīdzēt, neatbalstot viņa nodomus. Prasījis no darba vietas noformēt viņam ilgākus komandējumus uz citām pilsētām, lai varētu braukt pieredzes apmaiņā un arī pats ātrāk izstāstītu par saviem sasniegumiem, negaidot publikācijas. Iedomājies, ka par viņa darbu esot jādod valsts prēmija, atliekot tikai to noformēt. Slimnieks ir augstās domās par savu amatieru filmas ieceri – gājis uz kinostudiju, lai piedāvātu scenāriju, pats solījis dažu nedēļu laikā visu nofilmēt.

Nodaļā slimnieks sevi par slimu neuzskata, domā, ka viņu veltīgi un pat noziedzīgi tagad tur nodaļā, «kad tik daudz nepadarītu darbu visapkārt». Slimnieks nepārtraukti runā, dzīvi žestikulē, ir kustīgs, iebildumos neklausās un nelabprāt pakļaujas režīmam. Visu dienu laužas pie nodaļas telefona, gribot zvanīt gan uz darbu direktoram, gan uz kinostudiju, gan uz laikrakstu redakcijām, gan arī gribot pieteikt tālsarunas ar citām pilsētām. Guļ tikai ar miega līdzekļiem, tomēr arī tad pamostas pirmais un traucē citus slimniekus. Nodaļā slimnieks ne mirkli nav bez darba: viņš organizē sienasavīzes izdošanu, pats ir ar mieru vākt faktus, rakstīt uz mašīnas un zīmēt karikatūras. Iesaka daudzus neizpildāmus ierosinājumus nodaļas pārkārtošanā, izsaka kritiskas piezīmes par slimniekiem un personālu, kas viņa jaunos ieteikumus ignorējot.

Dusmīgās mānijas gadījumā pacilāts garastāvoklis ir vienlaikus ar vieglu uzbudināmību, satraucamību, dusmām. Slimnieki viegli dusmojas, ātri konfliktē, ir aizskaroši, strīdīgi, klaigā, visur iejaucas un visur izraisa konfliktus, īstas jautrības sajūtas viņiem trūkst.

Ciklotīmija ir maniakāli depresīvās psihozes vieglākā forma. Kā hipomaniakālie, tā subdepresīvie stāvokļi norisinās ar garastāvokļa izmaiņām, tomēr tās nav tik dziļas, lai rastos afektīvi murgi.

SOMATISKAIS UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS. Depresijas laikā slimnieki izskatās vecāki par saviem gadiem. Objektīvi slimniekiem ir samazināta ēstgriba, krišanās svarā, veģetatīvie traucējumi. Slimniekiem ir arī slikts miegs ar nepatīkamiem sapņiem vai bezmiegs. Samazinās dziedzeru sekrēcijas aktivitāte, tādēļ slimniekiem rodas sausums mutē, raudot nav asaru, rodas aizcietējumi. Sievietēm novēro arī amenoreju.

Maniakālajā stāvoklī slimnieki ēd daudz, tomēr novājē. Lai gan slimnieki ir aktīvi un kustīgi, nogurumu viņi nejūt. Pulss viņiem paātrināts, asinsspiediens nedaudz paaugstināts. Tāpat rodas arī menstruāciju traucējumi. V. Protopopovs par tipisku maniakāli depresīvās psihozes pazīmi uzskata triādi – tahikardiju, paplašinātas acu zīlītes, aizcietējumus.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Lielākās diferenciāldiagnostiskās grūtības ir atšķirt maniakāli depresīvo psihozi no rekurentās norises šizofrēnijas. Nozīmīgākais kritērijs ir tas, ka šizofrēnijas gadījumā arī pēc pašiem pirmajiem slimības uzliesmojumiem rodas personības izmaiņas – specifiska defekta simptomātika, – turpretī maniakāli depresīvās psihozes gadījumā neatkarīgi no slimības norises ilguma personības izmaiņas nerodas. Tomēr šis vērtējums ir pielietojams tikai slimniekiem intermisijas respektīvi remisijas laikā, jo pat nelielas depresijas gadījumā var rasties maldinošs iespaids par emocionālu notrulināšanos vai gribas defektu, bet vieglas hipomānijas gadījumā – par personības izmaiņām.

Maniakāli depresīvās psihozes slimnieki maniakālā stāvoklī ir aktīvi, kustīgi, darbīgi. Viņu uzvedību nosaka pacilātais garastāvoklis. Ja arī slimnieku sāktie pasākumi neizdodas, tad tas notiek uzmanības traucējumu dēļ, slimniekam nespējot koncentrēties. Šizofrēnijas slimnieki uzbudinājuma laikā ir kustīgi un runīgi, tomēr uzbudinājums ir mazproduktīvs, bez īstas aktivitātes un darbīguma.

Depresija maniakāli depresīvās psihozes slimniekiem norisinās ar aizkavējumu (ar tipisko depresijas triādi), turpretī šizofrēnijas slimniekiem depresijas klīniskajā ainā nav tikai nomāktais garastāvoklis un no tā izrietošā pārējā simptomātika, bet atrodamas arī atipijas. Šizofrēnijas slimniekiem depresijā, nereti jauniešu vecumā, vispirms samazinās enerģētiskais potenciāls, bet pēc tam klīniskajā ainā novēro šizofrēnijai raksturīgo dinamiku ar progresējošu produktīvo un negatīvo simptomātiku.

Maniakāli depresīvās psihozes slimniekiem depresijas fāzē, sevišķi jauniešiem pubertātes vecumā, nereti novēro dismorfofobijas, pie tam šai gadījumā slimnieki stāsta, ka viņā viss ir slikts, neglīts, kroplīgs – acis, ausis, deguns, mati, gaita. Šizofrēnijas slimniekiem ir murgainas dismorfofobijas un tās ir ierobežotas – slimnieki norāda tikai uz kādu norobežotu defektu (deguns, ausis), pie tam apkārtējie cilvēki to «pamanot», uz slimnieku īpaši skatoties, viņu nosodot vai izsmejot.

Reaktīvā depresija atšķirībā no maniakāli depresīvās psihozes rodas pēc kādas ārējas psihotraumējošas iedarbības. Tomēr vienmēr jānovērtē, vai iemesls ir pietiekams, lai radītu depresiju, kā arī konkrētā slimnieka nosliece, gatavība uz depresīvām reakcijām premorbīdā (psihotraumas izraisītā depresija pakāpeniski, ar laiku pati samazinās – «laiks dziedē»). Reaktīvās depresijas gadījumā slimnieki

jūtas labāk no rīta nekā vakarā, nepārtraukti domā par bijušo psihotraumējošo situāciju, mazāk ir nomākti un aizkavēti, bet vairāk satraukti, uzbudināti un raudulīgi. Reaktīvā depresija, salīdzinot ar endogēno depresiju, ir mazāk dziļa.

Maniakāli depresīvās psihozes gadījumā slimnieki maniakālā stāvoklī var sākt uzdzīvot, pastiprināti lietot alkoholu – t.s. simptomātiskais alkoholisms, kas jādiferencē no primārā alkoholisma. Tas pats attiecas arī uz depresijas periodiem, kad slimnieki, it īpaši depresijas sākumā, slikto garastāvokli mēģina kupēt ar dzeršanu. Diferencēt palīdz slimnieka sīka izjautāšana, kad var noskaidrot, ka tieksme pēc alkohola vai narkotiskām vielām ir tikai viena no depresijas izpausmēm, bet ne primāra parādība (narkomānija).

Uzvedības patoloģija (pārmērīga aktivitāte vai noslēgtība) var būt ne tikai psihopātijas izpausme (rakstura īpatnība), bet vienlaikus ar citiem mānijai vai depresijai raksturīgiem simptomiem var dot norādījumus par maniakāli depresīvo psihozi (ciklotīmiju).

ĀRSTĒŠANA. Maniakāli depresīvās psihozes ārstēšana ir atkarīga no slimības fāzes. Maniakālu stāvokļu ārstēšanā lieto neiroleptiskos līdzekļus, bet depresiju ārstēšanā – antidepresantus.

Maniakālo stāvokļu ārstēšanā nozīmē aminazīnu (200–600 mg dienā), haloperidolu (2,5–10 mg dienā) vai arī abu preparātu kombināciju mazākās devās. Sākumā ieteicams preparātu ievadīt intramuskulāri, bet pēc tam var dot arī *per os*. Priekšlaicīgi ārstēšanas kursa ilgumu nevar noteikt, tas atkarīgs no slimnieka stāvokļa. Ja stāvoklis uzlabojas, medikamentu devu var pakāpeniski samazināt, līdz atrod minimālo pietiekamo devu. Nedrīkst pilnīgi pārtraukt ārstēšanu, kamēr nav beigusies afektīvā fāze. Ja, dodot nelielas neiroleptisko līdzekļu devas, uzbudinājums atkal pieaug, tad preparāta deva no jauna jāpalielina.

Tipiskas depresijas gadījumos ar izteiktu depresijas triādi piemērotākais antidepresants ir melipramīns devās 100–250 mg dienā. Preparāta dienas devu ievada 2 reizēs ar tādu aprēķinu, lai pēdējo reizi slimnieks zāles saņemtu ne vēlāk kā četros pēcpusdienā, tādēļ ka vēlāka zāļu lietošana slimniekam var pastiprināt bezmiegu. Smagu un ieilgušu depresiju ārstēšanā lieto arī kardiazola krampju vai elektrošoku terapiju.

Ažitētās depresijas un depresijas ar trauksmi ārstēšanā pielieto antidepresantus ar sedatīvu iedarbību – triptizolu 100–150 mg dienā, ko var nozīmēt arī vakaros. Var kombinēt nelielas melipramīna devas ar aminazīnu vai arī pielietot sapilentu.

Labs miega līdzeklis ir tizercīns (nozināns). Terapija jāsāk ar ¼ līdz ½ tableti, jo vesela tablete (25 mg), it īpaši gados vecākiem cilvēkiem, var būt pārāk liela reizes deva un slimnieki otrā rītā var just vājumu, nespēku, galvas reiboņus (pazeminās asinsspiediens!), nogurumu.

Ciklotīmijas gadījumos terapijā lieto mazos trankvilizatorus (seduksēnu, elēniju) kombinācijā ar nelielām antidepresantu vai neiroleptisko līdzekļu devām.

Ārstējot veģetatīvo depresiju maniakāli depresīvās psihozes slimniekiem, jāatceras, ka šādi slimnieki reizēm ļoti jutīgi reaģē uz jebkuru medikamentu, pat uz vitamīniem un kofeīnu (arī kafiju), antiparkinsonisma preparātiem. Terapija jāsāk ar maziem trankvilizatoriem nelielās devās, kuriem vajadzības gadījumā pakāpeniski jāpievieno nelielās devās antidepresanti (labākos rezultātus dod triptizols, retāk melipramīns, kurš reizēm var veģetatīvos traucējumus paasināt) vai neiroleptiskie līdzekļi (haloperidols). Līdzīga terapija iesakāma arī slimniekiem ar depresiju un senestopātijām.

Grūti padodas terapijai tie gadījumi, kad ir nepārtraukta pāreja no vienas fāzes otrā pēc t.s. *continuo* tipa. Slimības gaitas stabilizāciju iegūst ar litija sāļiem (litija karbonātu). Litija sāļu terapijas laikā nepieciešams regulāri noteikt litija līmeni asinīs, lai, litijam uzkrājoties organismā, nerastos intoksikācija. Pēc izrakstīšanās slimniekam turpināma uzturošā terapija, kura galvenokārt domāta uzliesmojumu profilaksei.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Depresijas periodos slimnieki stingri uzraugāmi, jo viņi var izdarīt pašnāvību. Visbīstamākie periodi, šajā ziņā ir depresijas sākums un depresijas beigas, kad slimniekiem ir nomākts garastāvoklis un depresīvas domas, bet nav motoriskā un ideatorā aizkavējuma. Slimnieki ar depresiju ir savlaicīgi jāstacionē un jāizraksta tikai pēc tam, kad depresija ir pilnīgi pārgājusi.

Liela nozīme ir psihoterapijai, it īpaši slimības sākuma stadijā. Ar slimniekiem, kam ir depresija, jārunā mierīgi, lietišķi, akcentējot izārstēšanās iespējas un izskaidrojot, ka depresijas vienmēr pāriet pat bez īpašas ārstēšanas. Slimniekam nedrīkst minēt noteiktus izveseļošanās termiņus, jo praktiski depresijas ilgumu ir ļoti grūti paredzēt. Slimniekam depresijas stāvoklī nedrīkst ieteikt «saņemt sevi rokās, nedomāt par slimību». Šādi padomi var radīt pat pretēju efektu, jo slimnieks tos mēģinās izpildīt, bet pārliecinājies, ka izpildīt ir neiespējami, tikai vēl vairāk iegrims depresijā. Slimniekam pastiprināsies

pašapsūdzības domas, savas nepilnvērtības sajūta, ko var pavadīt pašnāvības domas. Slimniekiem depresijas laikā jānodrošina miers un atpūta, viņam nedrīkst pastiprināt slodzi ar izklaidēšanos un darbu.

Gan nelielas, gan smagas garastāvokļa svārstības visbiežāk var būt pavasaros un rudeņos, tās var arī sākties pēc smagām eksogēnijām (psihogēnijām, somatogēnijām). Maniakāli depresīvā psihoze biežāk saasinās involūcijas periodos.

Tā kā slimība parasti norisinās ar fāzēm, tad slimniekam un viņa piederīgajiem jāzina, ar kādām klīniskām izpausmēm slimības maniakālā fāze vai depresijas fāze sākas, lai, parādoties pirmajiem slimības simptomiem, savlaicīgi grieztos pie psihiatra. Tā kā slimniekam un apkārtējiem cilvēkiem grūti pamanīt nelielas garastāvokļa izmaiņas, tad viņu uzmanība jāvērš uz citām, vieglāk saskatāmām slimības pazīmēm – miega un ēstgribas izmaiņām, veģetatīviem traucējumiem, – kas tāpat parasti rodas slimības sākumā. Jāuzsver, ka pats slimnieks tikai slimības sākuma stadijā spēj objektīvi vērtēt savu stāvokli, vēlāk viņš to vairs nespēj.

Epilepsija

Slimības nosaukums radies no grieķu vārda *epilambano* – satveru. Slimība bija pazīstama jau tālā senatnē. Epilepsijas slimnieki aprakstīti jau senajā literatūrā, pie tam ne tikai medicīniskos sacerējumos, bet arī daiļprozas darbos. Tautā epilepsiju sauc par krītamo kaiti. Epilepsija visbiežāk sākas bērnībā vai agrā jaunībā. Ja epilepsijas cēlonis nav zināms, tad to apzīmē par genuīno epilepsiju, bet gadījumos, kad epilepsija ir kādas citas, pārsvarā progredientas slimības simptoms, tad to apzīmē par simptomātisko epilepsiju. Simptomātiskā epilepsija atšķirībā no genuīnās epilepsijas biežāk sākas gados vecākiem slimniekiem – pēc 20 gadu vecuma.

Nav tiešu pierādījumu par epilepsijas pārmantojamību, tomēr epilepsijas slimnieka tuvākie radinieki ar epilepsiju slimo biežāk nekā populācijā vispār.

Epilepsijas klīniskās izpausmes iedalāmas vairākās grupās.

1. Paroksismāli traucējumi:
   a) lielās un mazās epileptiskās lēkmes;
   b) tā saucamie psihiskie ekvivalenti.
2. Epileptiskās psihozes.
3. Epileptiskais defekta stāvoklis.

Epileptiskais defekta stāvoklis. Epilepsijas slimnieki ar laiku iegūst raksturīgu, tipisku defekta stāvokli. Vieglākos gadījumos tās ir samērā niecīgas un grūti pamanāmas (bet raksturīgas) personības izmaiņas, bet smagākos gadījumos iestājas epileptiskā plānprātība, kas satur organiskai plānprātībai raksturīgus komponentus kombinācijā ar tieši epilepsijai raksturīgām iezīmēm.

Centrālais traucējums, kas lielā mērā nosaka pārējās defekta simptomātikas īpatnības, ir grūtības pārslēgties. Slimības gaitā mainās slimnieku raksturs, viņi kļūst egoistiski, sīkumaini, domāšanā viegli iestrēgst nevajadzīgās detaļās, un viņiem ir grūti pārslēgties uz citu sarunas tēmu. Ikdienā tas izpaužas ar grūtībām emociju maiņā. Nereti kā raksturīgu slimības simptomu min ļaunatminīgumu. Slimnieki gadiem ilgi atceras kādu niecīgu apvainojumu vai viņam nepatīkamu atgadījumu, pie tam nereti slimnieks nepareizi interpretē īstenībā nenozīmīgu un sīku atgadījumu, piemēram, kāds pacients gadiem ilgi atcerējās, ka paziņa vienu reizi ar viņu nesasveicinājās. Šāds ļaunatminīgums reizēm saistās ar tieksmi vēl pēc ilgāka laika, pat daudziem gadiem «atspēlēties», piemēram, kāds pieaudzis epilepsijas slimnieks izmantoja iespēju un iesita pazīstamam cilvēkam, jo vēl no skolas laikiem esot palicis «atmaksu parādā». Kāds slimnieks, kuru draugs bija nejauši viegli apvainojis, tik ļoti noskaitās, ka aizgājis mājās paņēma tēva bisi un pēc vairāk nekā stundas šāva uz draugu.

Slimnieki, kuri saglabā ļaunatminīgumu un atriebības domas, pacietīgi gaida brīdi, lai atriebtos, pie tam daudzkārt smagāk nekā viņiem pašiem nodarīts.

Slimnieku rīcību bieži nosaka bērnības pozitīvie iespaidi par savu ģimeni, piemēram, pieauguši slimnieki, neskatoties uz pretrunīgiem objektīviem faktiem, nereti ārkārtīgi augstu vērtē savus vecākus un citus ģimenes locekļus, uzskatot viņus par «pašiem labākajiem, gādīgākajiem un rūpīgākajiem cilvēkiem pasaulē». Slimnieka domas var arī mainīties, piemēram, ja vecāki pacientu pēc viņa paša uzskatiem bez vajadzības atkārtoti ievieto slimnīcā.

Grūtības pārslēgties ļoti spilgti izpaužas slimnieka intelektuālajā dzīvē – domāšanā. Pieaugot plānprātībai, slimnieki vairs nevar atšķirt svarīgo no nesvarīgā, viņi stāstījumā pastāvīgi iestrēgst nevajadzīgās, sīkās detaļās. Tas vērojams arī slimnieka atbildēs uz jautājumiem, vēstulēs, aprakstos, zīmējumos. Slimniekam netrūkst pacietības ilgi un pamatīgi iedziļināties sīkumos, viņi mīl strādāt un

labi veic sīkus un pedantiskus darbus – dažādus sīkus rokdarbus, zīmējumus un izgriezumus, labprāt sastāda punktuālas darba atskaites, grafikus utt. Pacienti reizēm nēsā sev līdzi piezīmju grāmatiņu, kurā atzīmē visu vajadzīgo un nevajadzīgo, piemēram, kāds slimnieks katru dienu piezīmju grāmatiņā atzīmēja slimnieku skaitu nodaļā, saņemto medikamentu izskatu un daudzumu (agrāk viņš rakstīja, cik katru dienu nopircis un izdzēris alkohola, cik apēdis konfekšu, cik un par ko izdevis naudu). Epilepsijas slimnieku zīmējumi nereti pārsteidz ar pārlieku rūpīgu apdari un precizitāti. Ārstu vizītes laikā stacionārā, kā arī ambulatorās pieņemšanas laikā dispanserā tieši epilepsijas slimniekiem jāveltī visvairāk laika, kaut arī atkārtotā pieņemšanā viņi stāsta ārstam jau zināmas sūdzības, apraksta nevajadzīgas detaļas, neļauj sevi pārtraukt un apvainojas, ja ārsts viņus «nepietiekami uzmanīgi» uzklausa. Ar savām prasībām un pārspīlēto taisnības mīlestību (kļūstot t.s. hipersociāli) slimnieki īstenībā aizstāv tikai savas personiskās intereses, pie tam pirmajā vietā slimniekam ir interese par veselību (hipohondriskas iezīmes) un savu šauro labklājību.

Kāds slimnieks, ārstējoties stacionārā, nepārtraukti rakstīja un iesniedza nodaļas vadītājam sūdzības gan par personālu, gan par pārējiem slimniekiem, kuri viņam neļaujot ārstēties un izpildīt medicīniskos priekšrakstus, lai atgūtu spēkus: slimnieks 22 stundas dienā vēlējās gulēt gultā un, ja apkārtne – troksnis, slimnieku kustība, radio – viņu traucēja, tad viņš uzskatīja to par kaitniecību.

Cits slimnieks visas brīvās sestdienas gāja pie sava dēla uz skolu un sēdēja viņam blakus solā, jo bija pārliecināts, ka zēns netiekot pietiekami uzraudzīts un tādēļ slikti mācoties.

Slimnieki kļūst pārmērīgi taupīgi, vēlāk skopi un nelabprāt šķiras no visa viņiem piederošā, kaut arī tas ir vecs, nolietots, viņam nevajadzīgs, piemēram, kāds slimnieks, mājas un siltumnīcas īpašnieks, kuru izrakstīšanas dienā kaut kādu iemeslu dēļ nevarēja konsultēt profesors, piekrita ierasties uz konsultāciju pēc nedēļas, bet ar noteikumu, ka ārstējošais ārsts viņam samaksās ceļa izdevumus – 30 kapeikas braucienam ar piepilsētas autobusu.

Slimnieki gandrīz pastāvīgi gan pacilātā, gan nomāktā garastāvoklī ir emocionāli sasprindzināti. Pacilātā garastāvoklī slimnieki var būt jūsmīgi (ekstāzes parādības), turpretī nomāktība parasti kombinējas ar izteiktu ļaunumu, dusmām, vieglu aizvainojamību, trauksmi, bailēm. Slimnieks personiskā kontaktā nereti ir glaimīgs, laipns, lišķīgs, sarunā lieto daudz pamazināmo vārdu – deminutīvu, piemēram, dakterīts, pirkstiņi, laiciņš, sirsniņa, veselībiņa, bet aiz muguras ir ļauns, cietsirdīgs un atriebīgs. Piemēram, kāds slimnieks, bijušais skolas direktors, kas ārsta vizītes laikā interesējās tikai par izrakstīšanos un zālēm, bija pret ārstu neparasti laipns, cienāja viņu ar konfektēm, turpretī vakaros kūdīja slimniekus, kuri atradās psihotiskā stāvoklī, rakstīt sūdzības, pie tam pats solījās palīdzēt sacerēt tekstu. Vakaros šis pats slimnieks berzēja termometru, lai sniegtu maldinošus datus par augstu temperatūru, bet rītos sūdzējās par sliktu pašsajūtu un brīnījās, «kā ārstēšana tik slikti palīdz».

Slimnieks 20 g.v. Ar epileptiskām lēkmēm slimo no 8 gadu vecuma. Tās parādījušās pēc tam, kad mājās izcēlies ugunsgrēks un slimnieks esot stipri sabijies.

Lēkmes ir 3 vai 4 reizes mēnesī, neregulāri. Sākumā slimnieks par lēkmēm pats neko nav zinājis, par tām stāstījusi māte, kura naktīs dzirdējusi kliedzienu un pēc tam redzējusi slimnieka krampjus. Pēc lēkmēm otrā rītā slimniekam bijušas galvas sāpes. Vēlāk lēkmes bijušas arī dienā un radušās vislabvēlīgākajos apstākļos bez jebkāda nelabvēlīga iespaida. Reiz slimnieks lēkmes laikā nokritis uz karstas plīts un stipri apdedzinājies, no tā laika uz ķermeņa palikušas rētas.

Skolā mācījies, bet beidzis tikai 3 klases, jo nevarējis iemācīties, neatcerējies uzdoto, kaut arī pie grāmatām sēdējis ļoti ilgi. Vēlāk gan mācījies palīgskolā, bet arī tur mācības nepadevušās.

Vēlāk kļuvis naidīgs pret māti, nepaklausīgs, sācis lietot reizēm alkoholu, pēc tam lēkmes kļuvušas biežākas, kā arī bijušas vairākas pēc kārtas. Saticies ar citiem sliktas uzvedības jauniešiem, kuri nestrādājuši, un vairākas reizes nokļuvis milicijā. Uz mātes aizrādījumiem solījies māti sagriezt gabalos. Bijuši gadījumi, kad mātei metis ar āmuru. Citreiz, kad nomierinājies, bijis lēns un paklausīgs, bet pēc tam atkal radušies uzbudinājuma periodi, kad slimnieks aizklīdis no mājām un dzēris. Pakāpeniski slimnieka stāvoklis pasliktinājies, un viņš ievietots slimnīcā. Psihiatriskajā slimnīcā slimnieks atrodas bez pārtraukuma vairākus gadus. Slimnieks piedalās darba terapijā, ir paklausīgs, bet pats nekādu interesi par apkārtni neizrāda. Runā ļoti gausi un daudz. Ja redz ārstu, iet viņam klāt un cenšas stāstīt par savu slimību. Jautā, vai varēs izārstēties, solās dzert visas zāles, kas tikšot nozīmētas. Slimnieks ir ļoti neapmierināts un sūdzas, ja kādreiz nav saņēmis nozīmētos medikamentus, bet gan to aizstājējus. Runājot lieto daudz pamazināmo vārdu, ir uzsvērti laipns, pat lišķīgs pret ārstu, bet brīžiem naidīgs pret medicīnas māsām un citiem slimniekiem. Kad slimniekam vienreiz aizliedza «pajokot un joka pēc piezvanīt ugunsdzēsējiem», viņš nolauza karotei galu un to norija (bija jāizdara operācija). Slimnieks ir naidīgi noskaņots pret māti, kas viņu ievietojusi slimnīcā un neņemot uz māju.

Epilepsijas klīniskajā ainā bez personības izmaiņām, kas pakāpeniski rodas slimības gaitā, raksturīgi arī dažāda veida paroksismāli traucējumi, kā arī epizodiskas, periodiskas un hroniskas psihozes.

Paroksismālie traucējumi. No tiem raksturīgākie ir lēkmjveida traucējumi – lielās un mazās epileptiskās lēkmes.

Lielā epileptiskā lēkme. Medicīniskajā literatūrā tās apzīmēšanai bieži lieto franču valodas terminu *grand mal* [grã mal].

Pirms lēkmes novēro t.s. priekšvēstnešus, kas var būt gan dažas dienas, gan tikai dažas stundas pirms lēkmes, un izpaužas kā slikta pašsajūta, nomākts garastāvoklis, viegla satraucamība, galvas sāpes utt.

Lēkme sākas ar auru, kuras izpausmes ir atšķirīgas un atkarīgas no bojājuma perēkļa smadzenēs. Auras laikā slimnieks apkārtni neuztver, bet subjektīvi pārdzīvoto vēlāk atceras.

Aura (grieķiski vēsma, viegls vējiņš) izpaužas dažādiem slimniekiem atšķirīgi. Sensorās auras gadījumā slimniekiem ir dažāda veida uztveres traucējumi: redzes halucinācijas (viņi redz krāsas, parasti sarkanu vai zilu, noteiktus priekšmetus, spilgtus scēniskus notikumus, nereti ar reliģisku saturu), dzirdes halucinācijas (viņi dzird trokšņus, vārdus, sarunas), viņi jūt it kā vēja plūsmu (no tā arī radies termins aura), saož dūmu, deguma smaku. Auras laikā slimnieki var just parestēzijas, aukstumu un karstumu, viņiem var būt sensorās sintēzes traucējumi, īslaicīgi derealizācijas un depersonālizācijas momenti. Veģetatīvā aura izpaužas kā dažādas viscerālas sajūtas un veģetatīvi paroksismāli traucējumi (slikta dūša, slāpju un bada sajūta, sirdsklauves utt.). Motoriskā aurā slimnieki izdara kādas kustības. Nereti sastopama psihiskā aura – tās laikā slimnieki pārdzīvo baiļu vai ekstāzes sajūtu, domu uzplūdus utt. Aura vienam un tam pašam slimniekam parasti ir vienveidīga, nemainīga, parasti tā ilgst dažas sekundes.

Aurai seko bezsamaņa, slimnieks krīt, un visu viņa ķermeni pārņem toniski krampji. Šai laikā slimnieks atrodas dziļā komatozā stāvoklī, viņam ir izzudušas visas atbildes reakcijas uz apkārtējiem kairinātājiem, to skaitā aizsargrefleksi un acu zīlīšu reakcija uz gaismu. Tā kā lēkme pacientam var sākties jebkurā situācijā, tad slimnieks var iegūt ne tikai mehāniskus traumatiskus bojājumus, bet īpašās situācijās var arī apdegt, nosmakt vai noslīkt. Muskulatūras toniskās saraušanās dēļ slimnieks lēkmes sākumā, jau esot bezsamaņā, izdod kliedzienu. Tonisko krampju laikā rokas un kājas ir nedaudz paceltas un izstieptas, žokļi atplesti, retāk sakosti. Elpošana apstājas, seja hipoksijas dēļ pirmajā brīdī kļūst bāla, bet pēc tam cianotiska. Pulss paātrinās, asinsspiediens paaugstinās, nereti notiek spontāna urinācija un defekācija. Pēc tonisko krampju fāzes, kas turpinās apmēram 5–10–15–30 sekundes, seko nākošā – klonisko krampju fāze. Tās laikā rodas ātra šķērssvītrotās muskulatūras saraušanās un atslābšana. Klonisko krampju fāzes laikā slimnieks izdod krācošas skaņas, no mutes izdalās putainas siekalas, kas sakostās mēles dēļ ir ar asiņu piejaukumu. Klonisko krampju fāze ilgst apmēram 1 – 1¼ minūtes. Laika attiecības starp lēkmes tonisko un klonisko fāzi ir 1 : 3 vai 1 : 4 (G. Rotšteins).

Dažos gadījumos epileptiskas lēkmes nav izvērstas un izbeidzas jau pēc tonisko krampju fāzes vai niecīgiem kloniskiem krampjiem (abortīvā epileptiskā lēkme).

Pēc krampjiem slimnieks vēl kādu laiku paliek komatozā stāvoklī, kurš pamazām likvidējas, pārejot soporā un apdullumā, bet pēc tam apziņa pakāpeniski noskaidrojas. Pēc tam slimniekiem vēl ir dezorientācija apkārtnē, oligofāzija (runa ar mazu vārdu krājumu), amnēziskā afāzija. Vēlāk visas funkcijas atjaunojas. Pēc lēkmes var arī iestāties dziļš miegs, kas var ilgt no 40 minūtēm līdz dažām stundām. Par krampju periodu slimnieks vēlāk neko neatceras.

Ja atsevišķas lielās epileptiskas lēkmes parasti dzīvību neapdraud (ja vien slimnieks lēkmes laikā negūst smagus ievainojumus), tad smags, dzīvībai bīstams stāvoklis ir epileptiskais statuss. Epileptiskā statusa laikā slimniekam parasti ir biežas lēkmes, pat vairāki desmiti lēkmju diennakts laikā, pie tam jauna lēkme sākas jau tad, kad slimnieks pēc iepriekšējās lēkmes vēl nav atguvis samaņu un atrodas aptumšotas apziņas stāvoklī (slimniekam visu laiku ir sopors vai koma). Epileptiskā statusa gadījumā slimniekam nekavējoši jāsniedz palīdzība stacionāra apstākļos.

Mazā epileptiskā lēkme. Medicīnas literatūrā bieži lieto franču valodas terminu *petit mal* [pti mal]. Reizēm pirms mazās epileptiskās lēkmes ir aura ar sekojošu pēkšņu samaņas zudumu, bet šai gadījumā atšķirībā no lielās epileptiskas lēkmes slimnieki nekrīt un viņiem neiestājas ne kloniskie, ne toniskie krampji. Arī mazo lēkmi slimnieks vēlāk neatceras, subjektīvi viņš tikai izjūt it kā īsu brīdi «būtu atslēdzies», it kā acu priekšā parādījusies «melna lente».

Psihiskie ekvivalenti parādās tālākā slimības gaitā. Termins «psihiskie ekvivalenti» it kā apzīmē, ka cita veida paroksismālie traucējumi rodas lēkmju vietā, tās nomaina, tomēr šajā ziņā termins nav īsti

precīzs, bet nosacīts, jo slimniekam vienā un tajā pašā slimības periodā var būt gan lēkmes, gan arī psihiskie ekvivalenti.

Paroksismālie traucējumi (psihiskie ekvivalenti) galvenokārt iedalāmi 2 grupās – stāvokļi ar garastāvokļa patoloģiju un stāvokļi ar neskaidru apziņu.

Garastāvoklis minētos paroksismu gadījumos visbiežāk ir nomākts, retāk pacilāts, taču vienmēr slimniekam ir intensīvs afektīvs sasprindzinājums, pie tam radušies traucējumi medikamentozi ir grūti kupējami (parasti nepieciešams pielietot lielākas medikamentu devas, nekā likvidējot analoģiskus stāvokļus citas nozoloģijas slimniekiem). Nomāktais garastāvoklis pieņem disforisku nokrāsu ar ļaunumu, sasprindzinājumu, trauksmi. Šādi slimnieki savā apkārtnē labprāt vēlētos redzēt ciešanas, labprāt gribētu kādam iesist, demolēt, apvainot, aizskart, «izlādēties».

> Kāda slimniece stāstīja, ka iepriekšējā vakarā bez kāda iemesla būtu situsi ar krēslu dežurējošai medmāsai, kura viņai gatavoja zāles, ja vien tuvumā nebūtu bijuši sanitāri un citi slimnieki.
>
> Cita slimniece izaicinoši stāstīja ārstējošam ārstam, cik ļoti viņa to neieredzot un cik labprāt, ja vien tas būtu iespējams, viņa to noindētu.
>
> Vēl kāda cita slimniece pati labprātīgi iestājās nodaļā ārstēties, bet tur nepakļāvās režīmam, draudzējās ar defektīvām šizofrēnijas slimniecēm un visādi centās kaitēt personālam.

Pacilātā garastāvokļa gadījumos slimnieki pārdzīvo sajūsmu, ekstāzi.

> Kāds slimnieks raksturoja savu stāvokli šādi: «Cilvēks nekad nav apmierināts. Ja viņam ir labs darbs, viņš grib vēl labāku, ja viņam ir daudz naudas – grib vēl vairāk, bet man bez kāda iemesla rodas stāvokļi, kuru laikā es neko vispār vairāk nevarētu vēlēties. Gribētos tikai, lai šādi stāvokļi turpinātos pēc iespējas ilgāk».

Šādas nemotivētas garastāvokļa maiņas pašas no sevis vai arī pēc kāda ārēja iemesla var rasties bieži un ilgt dažas minūtes, stundas un dienas. Daži slimnieki nomāktā garastāvokļa periodus mēģina likvidēt vai nu ar pastiprinātām kustībām (ejot prom no mājām), intensīvu fizisku slodzi, vai arī lietojot alkoholu (te pieskaitāmi daži dromomānijas un dipsomānijas gadījumi).

Neskaidras apziņas stāvokļi, neskaitot epileptiskās lēkmes, visbiežāk izpaužas kā dažādi krēslas stāvokļa varianti. Tie rodas pēkšņi, to laikā slimnieks pārdzīvo izteiktu uzbudinājumu, un patoloģiskajā stāvoklī viņš var būt bīstams kā sev (ja rodas tieksme uz pašsakropļošanos), tā apkārtējiem cilvēkiem (slimnieki var izdarīt pat slepkavību).

Bez tam epilepsijas slimniekiem raksturīgi veģetatīvi paroksismi (sāpes sirds apvidū, sirdsklauves, galvas sāpes), kā arī cita veida paroksismi – pēkšņa krišanas sajūta, muskulatūras vājums (slimnieks paroksisma laikā it kā paklūp, tomēr nenokrīt un samaņu nezaudē), miega traucējumi (pēkšņa pamošanās naktī ar skaidru galvu, it kā būtu pamodināti), depersonālizācijas un derealizācijas epizodes (*déjà vu* un *jamais vu*).

Epileptiskās psihozes var norisēt epizodiski, periodiski vai hroniski. Pēc klīniskās izpausmes psihozes var atgādināt šizofrēniju vai maniakāli depresīvo psihozi. Epileptiskām psihozēm raksturīga polimorfa izpausme ar intensīviem psihotiskiem pārdzīvojumiem (var būt murgi, kā arī spilgtas dzirdes un redzes halucināciju epizodes). Nereti novēro intensīvus afektīvus traucējumus, biežāk depresijas ar disforiju, retāk maniakālus stāvokļus, kuru laikā bieži ir ekstāzes periodi.

Murgu tematika nereti ir reliģioza (novēro gan reliģiska satura paranojālus, gan arī paranoīdus un parafrēnus stāvokļus), pie tam, lai gan psihoze norisinās ilgstoši, slimniekiem nenovēro autismu, murgi pēc ilgāka slimības laika paliek tikpat aktuāli kā slimības sākumā.

Īpaši izdala t.s. temporālo epilepsiju, kad bojājuma perēklis lokalizējas deniņu daivā. Šajos gadījumos raksturīgi bagātīgi psihiskie traucējumi, kurus novēro gan auras laikā, gan arī epileptiskās lēkmes un epileptiskās psihozes laikā. Šiem slimniekiem raksturīgas ir dzirdes auras (elementārās dzirdes halucinācijas – trokšņi, šaušana, šņākšana), redzes auras (slimniekam acu priekšā parādās sarkana vai debeszila krāsa), veģetatīvās auras (slimniekam ir nepatīkamas sajūtas dažādās ķermeņa daļās, sāpju sajūta krūtīs, vēderā, caureja, atraugas, aukstuma sajūta, parestēzijas ekstremitātēs), ožas aura (slimnieks sajūt deguma smaku).

Temporālai epilepsijai pieskaita arī t.s. īpašos stāvokļus (M. Gurevičs), kad raksturīgi paroksismāli depersonālizācijas, derealizācijas simptomi, kuru laikā slimniekiem apkārtne pēkšņi liekas nereāla, izmainīta, sveša, priekšmeti sagriezušies, sametušies, attālinājušies, izlocījušies. Izmainās arī telpas un laika izjūta. Ļoti bieži novēro *déjà vu* un *jamais vu* simptomus.

Izdala vēl t.s. bezkrampju epilepsiju (slēpto epilepsiju, larvēto epilepsiju – *epilepsia larvata*), kad slimība norisinās tāpat kā citos epilepsijas gadījumos – rodas personības izmaiņas, kas var būt vēl izteiktākas, bet nav lielo krampju lēkmju vai visā dzīves laikā tās ir tikai nedaudzas. Šai gadījumā diagnozi apstiprina citi paroksismāli traucējumi, kā arī epileptiskās psihozes.

Slimnieks 40 gadus vecs. Slimnieka tēva brālis un māsa slimo ar epilepsiju. Tēvs pēc rakstura despotisks, bieži sitis sievu un dēlu tā, ka viņi bijuši spiesti meklēt patvērumu pie kaimiņiem. Tēvs par huligānisku uzvedību ticis tiesāts, darbā no viņa citi strādnieki baidās, jo nesavaldībā «varot visu ko sagaidīt».

Slimnieks bērnībā reizēm pa naktīm staigājis. Atceras, ka māte stāstījusi, ka viņš vienreiz naktī piecēlies un uzkāpis uz galda, citreiz piecēlies un ar vaļējām acīm kaut ko skatījies zem gultas. Pēc tam pats apgūlies un otrā rītā par notikušo neko nav atcerējies. Skolā mācījies viduvēji. Nereti bijušas galvas sāpes un galvas reiboņi, kuriem iemesls nav atrasts.

Dienesta laikā armijā slimnieks bijis disciplinēts, viņam ļoti patikusi armijas disciplīna. Kļuvis par seržantu un prasījis no padotajiem ļoti precīzi izpildīt visus kārtības noteikumus. Vienreiz kādam kareivim ar nazi sagriezis džemperi (viņš bija bez atļaujas to uzvilcis un slimnieka pavēli novilkt neizpildīja). Slimnieks turpinājis miegā staigāt, viņam bijuši arī ļoti spilgti sapņi, kurus vēl otrā rītā nevarējis atšķirt no īstenības. Vienu reizi sapņojis, it kā kareivju gultas atrastos uz sliedēm un tām tuvojas vilciens – slimnieks atrasts uz tuvējā dzelzceļa uzbēruma, kur atskrējis, lai apturētu vilcienu (vēl pie dzelzceļa slimnieks bijis sapņa varā). Reizēm sapņojis, ka uz krūtīm sēž liels putns un ar nagiem plēš krūtis. Kādreiz redzējis, it kā atrodas būrī, – apziņai noskaidrojoties, izrādījies, ka slimnieks piecēlies, sarāvis elektriskos vadus un salauzis mēbeles. Sapņi bijuši spilgti, krāsaini.

Slimnieks no dienesta armijā slimības dēļ atbrīvots, strādā par meistaru. Ar darbu galā tiekot, bet viegli rodoties konflikti ar apkārtējiem, tādēļ vairākas reizes mainījis darbu. Konflikti rodoties par dažu minūšu nokavēšanos, par to, ka kāds neesot precīzi izpildījis priekšnieka norādījumus un runājis pretī. Dusmu lēkmju laikā slimnieks divas reizes sācis kautiņus un smagi piekāvis kādu cilvēku.

Slimnieks nodaļā sākumā uzkrītoši laipns un glaimīgs. Runā avīžu frāzēm. Vēlas ārstēties, bet sevi par nopietni slimu neuzskata, tikai sūdzas par nogurumu un vieglu uzbudināmību. Slimnieks bieži izturas netaktiski, ārstu uzrunā vārdā, bet medicīniskās māsas uz «tu». Ieraksta visus nozīmējumus savā piezīmju grāmatiņā, bet ierakstot kļūdās un rada konfliktus, «ka nesaņemot pareizo ārstēšanu». Raksta dienasgrāmatu un izsaka sūdzības par «nekārtībām nodaļā» – «ziņo» savus novērojumus par slimnieku disciplīnas pārkāpumiem, pie tam neatšķir plānprātīgus slimniekus no veselākiem. Runā ļoti daudz, gausi, glaimīgi. Lieto daudz pamazināmo vārdu, bet vienlaikus saka, ka dažus cilvēkus no nodaļas personāla viņš labprāt nošautu, jo tie neesot īsti piemēroti darbinieki un nedrīkstot strādāt medicīnā.

Slimnieks sūdzas par galvas reiboņiem, kas pēkšņi rodas un tāpat pēkšņi pāriet. Reizēm viņam acu priekšā kļūstot tumšs. Divas reizes bijuši ģīboņi – vienu reizi karstā tramvajā, bet otru reizi paša istabā, bez redzama ārēja iemesla. Slimniekam bijuši gadījumi, kad viņš izgājis no mājas un atradies citā pilsētas pusē, pie tam pats neatcerējies, kā tur nokļuvis. Psiholoģiskajā izmeklēšanā atklājas, ka slimniekam ir tieksme iestrēgt detaļās, izcelt sevi, «pielipīgums», nespēja pārslēgties.

Pārējie darba biedri slimnieku raksturo kā egoistisku, skaudīgu un ļaunu cilvēku. Slimnieks reizēm bez iemesla izturoties pret kādu cilvēku tendenciozi un pēc tam savu rīcību vairs nemainot – tā viņam bez iemesla daži cilvēki «nepatīkot», pret tiem viņš esot ļauns, rupjš un katru reizi izmantojot iespēju viņiem «iekost». Slimnieks reizēm esot bez pamata aizdomīgs – pēc kārtas visus savus darba biedrus turējis aizdomās, it kā viņi interesējušies par viņa sievu. Slimnieks lepojoties ar savu stingrību un prasīgumu, kas objektīvi bieži esot nevietā un pārspīlēti. Vienreiz visu dienu slimnieks esot skaitījis no noliktavas saņemtās skrūves un atradis, ka dažu desmitu trūkstot. Slimnieks nevarot «paciest», ja kādam klājoties labi, aizmugurē par visiem runājot tikai sliktu, bet priekšā nereti esot glaimīgs un laipns. Darba biedri no viņa baidās, ar viņu nevar sastrādāt un ir pat gatavi viņa dēļ mainīt darbu.

SOMATISKAIS UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS. Genuīnās epilepsijas gadījumos fokālu neiroloģisku atradi nekonstatē. Ja lēkmes sākušās agri bērnībā, slimniekam nereti konstatē endokrīnas izmaiņas. Ja slimnieki atkārtoti lēkmju laikā krītot iegūst traumas, tad var būt arī organiskas izmaiņas, piemēram, rētas, apdegumi.

Epilepsijas diagnostikā nozīme ir arī elektroencefalogrāfiskai izmeklēšanai. Epilepsijas slimniekiem atrod augstas amplitūdas ātras un lēnas svārstības, asus viļņus. Elektroencefalogrāfijai sevišķi liela nozīme ir, izmeklējot slimnieku periodā starp lēkmēm, kad pielieto speciālas metodes – t.s. provokācijas ar nitroglicerīnu, hiperventilāciju, – kas izraisa elektroencefalogrammā epilepsijai raksturīgas izmaiņas. Elektroencefalogrāfisku izmeklēšanu vēlams izdarīt laikā, kad slimnieks nesaņem ārstēšanu (ja vien tas nerada epileptiska statusa draudus).

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Krampju lēkmju gadījumos vispirms jādiferencē t.s. genuīnā un simptomātiskā epilepsija. Pirmajā gadījumā epilepsijas cēlonis nav zināms, bet otrajā gadījumā krampju

lēkmes ir organiskas CNS slimības izpausmes, tās simptoms. Genuīnā epilepsija, salīdzinot ar simptomātisko epilepsiju, sākas gados jaunākiem cilvēkiem (bērnībā vai agrā jaunībā), pirmās lēkmes nereti ir naktīs, klīniskajā ainā ātri pievienojas mazās lēkmes. Genuīnās epilepsijas gadījumos ar laiku rodas tipiska epileptiska plānprātība. Simptomātiskās epilepsijas gadījumos nereti var noteikt krampju lēkmju cēloni, piemēram, galvas smadzeņu trauma, hronisks alkoholisms, smadzeņu audzējs. Slimības dinamika pamazām izveidojas visām organiskām CNS slimībām kopīgais raksturīgais psihoorganiskais sindroms, kas atšķiras no tipiskās epileptiskās plānprātības.

Reizēm epilepsija jādiferencē no histērijas. Epilepsijas gadījumos lēkmes laikā iestājas pilnīgs samaņas zudums, koma, bet histērijas slimniekiem iestājas tikai «apziņas sašaurināšanās». Ja ir atkārtotas epilepsijas lēkmes, slimniekiem var iestāties epileptiskais statuss, turpretī pēc biežām histērijas lēkmēm, kas ārēji var būt līdzīgas, slimnieka pašsajūta viegli uzlabojas. Diferenciāldiagnozei lēkmes laikā un tūlīt pēc tās ar kabatas lukturīti jāpārbauda acu zīlīšu reakcija uz gaismu: epilepsijas slimniekiem dziļā komas stāvoklī zīlīšu reakcijas uz gaismu pilnīgi trūkst, bet histērijas lēkmes laikā tā ir saglabāta. Ir novērota arī atšķirīga paša slimnieka attieksme pret slimību: epilepsijas slimnieki labprāt piekrīt, ja slimības diagnoze tiek apšaubīta, turpretī histērijas slimnieks nebūs pretī smagākas slimības (epilepsijas) diagnozes varbūtībai un būs nemierā, ja kāds to apšaubīs.

ĀRSTĒŠANA. Visiem epilepsijas slimniekiem jāievēro vispārēji noteikumi, jo lēkmes var rasties jebkurā vietā un laikā. Cilvēki ar epilepsiju nedrīkst strādāt apstākļos, kuros lēkmes laikā varētu iegūt ievainojumus vai iet bojā, – nedrīkst strādāt augstumā, pie rotējošiem mehānismiem, ūdens un pie uguns, viņi nedrīkst vadīt satiksmes līdzekļus, nedrīkst peldēties. Viņiem nedrīkst uzticēt ieroci.

Terapijai jābūt regulārai, tā jāturpina ilgstoši, gadiem ilgi, un slimnieks visu laiku jānodrošina ar medikamentiem, lai ārstēšanā nebūtu nekādu pārtraukumu. Strauja terapijas pārtraukšana vai strauja viena medikamenta atcelšana un aizstāšana ar citu var radīt lēkmes, pat būt par iemeslu epileptiskajam statusam. Ja slimniekam maina terapiju, tad pārejai no viena medikamenta uz citu jānotiek lēnām, vienu preparātu pakāpeniski samazinot un tajā pašā laikā pievienojot otru. Ja šai laikā slimnieka stāvoklis pasliktinās, tad viņam atkal jāsaņem iepriekšējās terapeitiskās devas. Ja slimnieka stāvoklis pasliktinās laikā, kad viņš saņem noteiktas medikamentu devas, tad tās jāpalielina.

Epilepsijas slimniekiem pilnīgi jāatsakās no alkoholisku dzērienu lietošanas, viņiem uzturā jāierobežo asi, kairinoši ēdieni, īpaši vārāmā sāls daudzums. Kopējais diennaktī patērētais šķidruma daudzums nedrīkst pārsniegt 1 – 1,5 litrus. Slimnieki nedrīkst sauļoties, ilgstoši uzturēties karstumā, viņiem jāievēro normāls darba un atpūtas režīms.

No jau agrāk lietotajiem pretepileptiskajiem līdzekļiem minami broma savienojumi un fenobarbitāls (lumināls). Luminālu ieteicams lietot slimniekiem ar lielām krampju lēkmēm, pie tam labākie rezultāti ir tad, ja agri sāk terapiju. Lumināla devas ir līdz 0,3–0,4 g diennaktī.

Ieteicams fenobarbitālu kombinēt ar broma preparātiem, no kuriem visbiežāk lieto nātrija bromīdu (sākumadeva 1–2 g dienā, to pakāpeniski var palielināt līdz 5 g dienā). Jāatceras, ka broma preparāti kumulējas un pārdozēšanas gadījumā izraisa bromisma parādības.

Lielo lēkmju terapijā iesaka 0,75–1,0–1,5 g heksamidīna dienā, kuru var kombinēt ar elēniju (30–40 mg dienā) vai seduksēnu (15–20 mg dienā), individuāli atrodot piemērotāko terapeitisko devu.

Ir ieteikti arī vairāki speciāli medikamentu maisījumi, kuros ietilpst fenobarbitāls kombinācijā ar citiem preparātiem – t.s. J. Karmanovas un M. Sereiska maisījumi, kurus lieto pēc īpašām shēmām.

Lielo lēkmju terapijā pielieto arī difenīnu (0,1 g 3 vai 4 reizes dienā), hlorakonu (1–2 g 3 reizes dienā).

Tā kā nereti pretepilepsijas medikamenti ir jāmaina, tad ir izstrādāta speciāla shēma, kas parāda dažādu medikamentu devu ekvivalentus (J. Remezova).

Dažādi pretepilepsijas preparāti un to ekvivalentās devas

Preparāta nosaukums	Ekvivalentās devas gramos							
Fenobarbitāls (lumināls)	0,015	0,025	0,037	0,05	0,075	0,1	0,125	0,15
Benzonāls	0,03	0,05	0,075	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3
Difenīns	0,25	0,037	0,05	0,075	0,1	0,15	0,175	0,2
Heksamidīns	0,05	0,094	0,125	0,187	0,25	0,812	0,375	0,5
Hlorakons	0,25	0,375	0,625	0,875	1,35	1,75	2,125	1,5
Fenakons	0,3	0,5	0,75	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0

Mazo epileptisko lēkmju terapija iesaka pielietot trimetīnu (0,2– 0,3 g 2 vai 3 reizes dienā), kā arī finlepsīnu. Finlepsīns ne tikai samazina vai pilnīgi noņem epileptiskos paroksismus, bet arī labvēlīgi iedarbojas uz epileptiskām personības izmaiņām.

Labus rezultātus epileptisko disforiju ārstēšanā dod leprils devās līdz 300 mg dienā. To lieto gan stacionāra apstākļos, gan ambulatori.

Ja nepieciešams (galvenokārt simptomātiskās epilepsijas gadījumos), pielieto dehidratējošu terapiju ar diuretīnu, fonurītu un citiem preparātiem.

Epileptiskā statusa kupēšana. Par efektīvākiem līdzekļiem epileptiskā statusa kupēšanā uzskata šādus medikamentus, kurus ievada pēc I. Kamjanova izstrādātas shēmas.

1. Seduksēnu, ko ievada 10–20 mg (2–4 ml) kopā ar izotonisko NaCl šķīdumu intravenozi. Pēc 30 minūtēm ievada tādu pašu seduksēna devu intramuskulāri.

2. Tāpat var pielietot 10,0 ml 5% metindiona šķīdumu intravenozi. To ievada lēni, bet pēc 30 minūtēm ievada atkārtoti 5 ml preparāta intramuskulāri (sākumā var arī ievadīt 5 ml intravenozi, bet pēc 30 minūtēm 10 ml intramuskulāri).

Vienlaikus ar minētajiem preparātiem slimniekam jāievada arī intravenozi 10,0 ml 40% glikozes šķīduma kopā ar 2,0 ml 5% B_6 vitamīna šķīduma. Gados vecākiem slimniekiem indicēti arī 10,0 ml 2,4% eifilīna šķīduma intravenozi.

Ja, neskatoties uz pielietoto terapiju, lēkmes nepāriet, tad pielieto heksenāla narkozi. 1 g heksenāla izšķīdina 10 ml izotoniskā NaCl šķīduma un no pagatavotā šķīduma 1 ml kopā ar 9 ml izotoniskā NaCl šķīduma ievada intravenozi. Ja krampji turpinās, ievadīšanu var 3 vai 4 reizes atkārtot, līdz iestājas narkoze. Kontrindikācijas heksenāla narkozei ir aknu bojājumi.

Kā īslaicīgas narkozes preparātu izmanto arī nātrija oksibutirātu – 10–20 ml 20% šķīduma ievada intravenozi.

Kad stāvoklis uzlabojas, slimniekam, ja iespējams, ievada *per os* 0,1 g fenobarbitāla, 15–20 mg seduksēna un tos preparātus, kurus pacients lietoja agrāk līdz epileptiskā statusa attīstībai.

Epileptiskā statusa kupēšanai var dot arī klizmas veidā 0,2 g lumināla, 40–50 mg elēnija vai 20–30 g 10% hlorālhidrāta šķīduma (ne mazāk kā 2 g tīrā preparāta).

Visos gadījumos intravenozi jāievada 10 ml 10% nātrija hlorīda šķīduma, 10,0 ml 10% kalcija hlorīda šķīduma, kā arī 5–10 ml 25% magnija sulfāta šķīduma intramuskulāri. Tāpat slimniekiem ievada arī nātrija bromīdu un vitamīnus.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Slimnieki ar epilepsiju nereti sava «pielīpīguma» un sīkumainības dēļ aizņem daudz laika kā ārstam, tā vidējam un jaunākajam medicīnas personālam. Jāatceras, ka slimnieki, kuri netiek pietiekami «uzmanīgi uzklausīti», kaut arī objektīvi pēc ilgām ikdienas sarunām nav nepieciešamības, var kļūt disforiski un pat naidīgi noskaņoti pret ārstu.

Epilepsijas slimnieki, ja viņiem izveidojas epileptiskā plānprātība, savu stāvokli nenovērtē un pret citiem slimniekiem un arī personālu izturas naidīgi, tādēļ epilepsijas slimnieki jāuzrauga, lai viņi disforijas laikā nekļūtu agresīvi.

Epilepsijas slimnieki bieži savstarpēji konfliktē, kā arī var apvienoties kopīgai, pat agresīvai rīcībai, tādēļ viņus vēlams ievietot nodaļā dažādās palātās.

Slimniekus, kuriem bieži ir lēkmes un kuriem var iestāties epileptiskais statuss, nepieciešams ievietot uzraugāmo palātā, lai vajadzības gadījumā varētu nekavējoties sniegt palīdzību.

Psihiskie traucējumi dažu somatisku slimību gadījumos

(SIMPTOMĀTISKĀS PSIHOZES)

Par simptomātiskām psihozēm apzīmē psihozes, kas rodas dažādu somatisku slimību, arī infekcijas slimību un intoksikāciju gadījumos un ir viens no slimības pamata simptomiem. Simptomātiskās psihozes reizēm iedala šādi:

1) simptomātiskās psihozes intrakraniālas infekcijas gadījumā (tās rodas galvas smadzeņu infekcioza bojājuma rezultātā, piemēram, encefalīta slimniekiem. Šai grupai jāpieskaita arī smadzeņu sifiliss un progresējošā paralīze, taču šīs slimības specifikas dēļ izdala atsevišķi);

2) simptomātiskās psihozes vispārējo infekcijas slimību slimniekiem;

3) intoksikācijas psihozes (sīkāk apskatītas nodaļā par hronisku alkoholismu, ka arī nodaļā par akūtām un hroniskām intoksikācijām);

4) psihiskie traucējumi somatisku (neinfekcijas) slimību un endokrīnu slimību gadījumos.

Šāds iedalījums lielā mērā ir nosacīts, jo vairumā gadījumu, lai gan ir atsevišķas īpatnības, psihiskie traucējumi dažādu eksogēnu nelabvēlīgu faktoru iedarbības rezultātā ir nespecifiski. Iedalījums ir nosacīts arī tādēļ, ka, piemēram, masalas, kas ir vispārēja infekcijas slimība, var komplicēties ar masalu encefalītu un klīniski manifestēties par intrakraniālas infekcijas psihozi.

Atkarībā no kaitīgo ārējo faktoru iedarbības (galvenokārt no iedarbības ilguma un intensitātes), kā arī no organisma reaktivitātes īpatnībām simptomātiskās psihozes var izpausties kā eksogēnām psihozēm raksturīgi traucējumi (t.s. eksogēnais reakcijas tips) vai arī kā psihiskie traucējumi, kas līdzīgi endogēnām psihiskām slimībām (šizofrēnijai, maniakāli depresīvai psihozei).

Simptomātisko psihožu gadījumos izdala

1) akūtas simptomātiskās psihozes, kas parasti ilgst dažas stundas vai dienas. Tomēr novēro arī īslaicīgas dažu minūšu ilgas psihotisku traucējumu epizodes. Klīniskajā ainā galvenokārt dominē aptumšotas apziņas sindromi (delīrijs, amence, krēslas stāvoklis);

2) protrahētas simptomātiskās psihozes, kas izpaužas kā endogēnām psihozēm līdzīgi traucējumi (galvenokārt afektīvi traucējumi un murgu sindromi). Depresiju gadījumos bieži raksturīgs satraukums, bailes, nemiers, trauksmes sajūta (piemēram, slimnieks izjūt, ka kaut kas tūlīt notiks, tomēr nevar pateikt, kas tieši notiks). Maniakālos stāvokļos raksturīgi, ka slimnieks ir bezdarbīgs, neaktīvs, bet viņam ir lielāka astēnija, reizēm eiforija. Var būt arī murgi, galvenokārt, hipohondriskie murgi. Jo ārējā kaitīgā iedarbība uz organismu ir straujāka un intensīvāka, jo vairāk klīniskajā ainā raksturīgi aptumšotas apziņas traucējumi, – un pretēji – jo nelabvēlīgo ārējo faktoru iedarbība ir lēnāka un mazāk intensīva, jo vairāk klīniskajā ainā dominē endogēnām slimībām raksturīgās izpausmes – astēnija, neirotiski un psihopatoīdī traucējumi, murgi, afektīvi traucējumi, halucinācijas.

Seku parādības pēc simptomātiskām psihozēm visbiežāk izpaužas kā astēnija vai dažādas intensitātes psihoorganiskais sindroms.

Diferenciācija starp endogēnām slimībām (šizofrēniju) un t.s. eksogēniem slimības procesiem nereti rada grūtības. Diferenciāldiagnozē svarīgi vairāki kritēriji, tomēr nevienam no tiem nevar būt izšķiroša nozīme. Slimības diagnozi var pamatot, tikai novērtējot visu slimības izpausmi kopumā.

Vairumā somatisko psihožu gadījumu somatiskā slimība un psihiskie traucējumi laika ziņā ir vienlaikus. Tomēr jāatceras, ka šāda vienlaikus simptomātika var būt nejauša, respektīvi, somatiskā slimība var būt šizofrēniju provocējošs iemesls. Sevišķi grūti noteikt diagnozi ir tad, ja psihiskie traucējumi ir pirmie somatiskās slimības simptomi un somatiskā (neiroloģiskā) izmeklēšanā patoloģiju vēl nekonstatē. Visbiežāk to novēro slimniekiem ar smadzeņu audzēju, reimatismu, encefalītu. Jāuzsver, ka nereti somatiski veseliem cilvēkiem psihiskie traucējumi netiek ne pietiekami meklēti, ne pietiekami novērtēti.

Somatiskās slimības nelabvēlīgas, ilgstošas norises rezultātā rodas organiskas izmaiņas galvas smadzenēs, kas klīniski izpaužas t.s. psihoorganiskā sindromā (encefalopātijā), turpretī endogēnu slimību, piemēram, šizofrēnijas gadījumos šādas izmaiņas nerodas – tad iestājas t.s. šizofrēniskās personības izmaiņas (šizofrēniskā plānprātība).

Somatisko slimību gadījumos psihiskie traucējumi visbiežāk rodas akūti, paroksismāli, retāk – fāžu veidā, turpretī endogēnās slimības paroksismāli norisinās reti, tām biežāk raksturīga hroniska slimības gaita vai ilgstošas (mēnešiem ilgas) fāzes.

Infekciju psihozes

Encefalīts. Kaut arī mūsu dienās epidēmisko encefalītu (t.s. Ekonomo encefalītu) novēro sporādiski un daudz biežāk ir reimatiskas izcelsmes encefalīts, encefalīts pēc gripas, nespecifiska otīta vai citām infekcijas slimībām, psihiskie traucējumi epidēmiskā encefalīta gadījumā ir ļoti raksturīgi un palīdz izprast vispārējās encefalīta klīniskās izpausmes.

Epidēmiskā encefalīta prodromā novēro nespecifiskus simptomus – astēniju, galvas sāpes, galvas reiboņus, reizēm sliktu dūšu.

Akūtā stadijā raksturīgi vairāki simptomi, no kuriem pirmajā vietā jāmin miega traucējumi. Slimniekiem var būt izteikta miegainība – slimnieki epizodiski aizmieg visnepiemērotākās situācijās (dežūras laikā, postenī), smagos gadījumos slimnieku no miega grūti pamodināt (vēlāk iestājas sopors, pat koma). Citos gadījumos novēro izteiktu bezmiegu, kad arī miega līdzekļu lietošana nepalīdz. Var kombinēties miegainība dienā ar bezmiegu naktī. Slimniekiem vēl ir stipras galvas sāpes, nemiers. No neiroloģiskajiem traucējumiem raksturīgi acu simptomi – acu plakstiņu noslīdējums, zīlīšu reakciju traucējumi. Novērojama siekalošanās, veģetatīvi paroksismi, kā arī var būt senestopātijas.

Šajā stadijā var rasties akūtas psihozes, kuru laikā galvenokārt novēro neskaidras apziņas sindromus (delīriju), bet, ja stāvoklis pasliktinās, – amenci, soporu, komu.

Pēc akūtās stadijas daļai slimnieku pilnīga izveseļošanās neiestājas un paliek sekas – seku stadija. Šai gadījumā slimība galvenokārt norisinās a) bradifrēniskā variantā, b) drangfrēniskā varianta veidā.

Bradifrēnisko variantu pārsvarā novēro pieaugušiem cilvēkiem, tam raksturīgs parkinsonisms kā neiroloģiskas simptomātikas izpausme un bradifrēnija kā psihisko traucējumu izpausme. Slimniekam visi psihiskie procesi aizkavēti – pacienti gausi domā, lēni veido un izsaka spriedumus. Pēc rakstura slimnieki ir truli, egocentriski, bieži uzbāzīgi, «pielipīgi», netaktiski.

Drangfrēnisko variantu pārsvarā novēro bērnu vecumā, tam raksturīga tieksmju un dziņu atkavēšanās, eksplozivitāte. Pacienti ir motoriski nemierīgi, viņiem ir tieksme klaiņot, kā arī raksturīga uzbāzība, familiaritāte, pļāpīgums vienlaicīgi ar nekārtīgumu, neorganizētību, haotiskumu.

Slimība var arī norisināties bez spilgtas akūtās stadijas. Tad, ievācot anamnēzi, atrodamas tikai prodromam raksturīgas izpausmes. Tomēr, lai gan ir šāda subklīniska slimības norise, var rasties tikpat smagas seku parādības kā spilgta encefalīta gadījumos.

Reizēm slimība norisinās hroniski. Tad raksturīga smaga astēnija un pavājināta atmiņa, kas nelabvēlīgas slimības norises gadījumos pamazām progresē. Slimniekiem tāpat ir galvas sāpes, miega traucējumi (grūti iemigt, «caurs» miegs, murgaini sapņi, bezmiegs naktīs un miegainība dienās, kā arī trūkst svaiguma sajūtas pēc pamošanās), polimorfas neirotiska rakstura sūdzības, veģetatīvi traucējumi, paroksismāli psihiski traucējumi (depersonalizācija, derealizācija, aptumšotas apziņas epizodes, rudimentāras verbālās un redzes halucinācijas, afektīvi traucējumi). Slimnieka stāvoklis parasti pasliktinās pēc jebkuras nelabvēlīgas eksogēnas iedarbības (ķermeņa atdzišanas, gripas utt.).

Meningokoku meningīts. Akūtais stāvoklis norisinās ar meningītam raksturīgo somatisko un neiroloģisko simptomātiku. Kā atlieku parādības nereti novēro izteiktu astēniju, nogurdināmību, atmiņas pavājināšanos, galvas sāpes un galvas reiboņus, parestēzijas, bet epizodiski arī nomāktu garastāvokli.

Gripa. Psihiskie traucējumi var rasties 6.–7. slimības dienā, kad slimniekam parādās vai nu encefalītam raksturīgas izmaiņas, vai arī izteiktas toksiska rakstura cerebrālās hemodinamikas izmaiņas (A. Reveņjuks).

Prodromā slimniekiem ir bezmiegs, stipras galvas sāpes, nemiers, trauksme, nomākts garastāvoklis, nogurums, kā arī emocionāla labilitāte, hiperestēzijas.

Akūtos stāvokļos slimības kulminācijā slimniekiem ir aptumšota apziņa. Pēc akūto traucējumu izbeigšanās slimniekam ilgstoši saglabājas astēnija.

Subjektīvi slimnieki nereti sūdzas par spiediena sajūtu galvā vai galvas sāpēm, galvas reiboņiem, troksni ausīs, miega traucējumiem.

Botkina slimība. Psihiskie traucējumi izpaužas galvenokārt kā depresija un astēnija, tos novēro 1% slimnieku. Nomāktais garastāvoklis rodas pēc akūtā slimības perioda un turpinās tikmēr, kamēr slimniekam saglabājas ikteruss. Pacienti runā lēni, ir mazkustīgi, bet reizēm viņi sarunas laikā sastingst ar vienā punktā vērstu skatienu. Slimnieki sūdzas par smagu galvu un vāju atmiņu, viņi nevar ātri un sakarīgi pastāstīt par sevi, ar grūtībām un kļūdām lasa un raksta. Slimnieki nereti atsakās no ēdiena (tas daļēji saistīts arī ar dispeptiskām sūdzībām), viņi ir raudulīgi, ar pastiprinātu uzbudināmību un pārlieku jūtīgumu. Ātrā satraucamība izraisa dusmu lēkmes, kuras vēl vairāk pastiprina vai arī provocē ādas nieze. Retāk akūtos stāvokļos ir aptumšota apziņa (A. Molohovs).

Bruceloze. Brucelozei ir tendence norisināties hroniski, un tad bez somatiskiem un neiroloģiskiem traucējumiem rodas arī psihiskie traucējumi. Novēro astēniju – pastiprinātu spēku izsīkšanu, nespēju veikt intelektuālu darbu, emocionālu labilitāti, spontānas garastāvokļa svārstības, pastiprinātu jūtīgumu, retāk psihozes – depresiju, maniakālu stāvokli, halucinācijas, psihosensorus traucējumus, murgus. Tie ir epizodiski un pārejoši, bet ar tieksmi recidivēt. Ilgstoši norisošās slimības rezultātā rodas psihoorganisks sindroms (B. Riciks).

Toksoplazmoze. Anamnēzē nereti atrod datus par to, ka slimajām sievietēm vai slimnieka mātei bijušas grūtniecības toksikozes, spontāni aborti, nedzīvi dzimuši un neiznesti bērni. Brāļi un māsas slimniekam ar iedzimtu toksoplazmozi vai nu agri miruši no nenoskaidrotas slimības, vai arī vēlāk tiem bijuši psihiski traucējumi.

Toksoplazmozes klīniskās izpausmes galvenokārt iedalāmas trīs grupās:

1) toksoplazmozes epilepsija;
2) šizofrēnijai līdzīga slimības norise;
3) oligofrēnija.

Epileptiskās lēkmes iedzimtas toksoplazmozes gadījumos sākas apmēram 5–6 gadu vecumā, bet iegūtas toksoplazmozes – apmēram 30 gadu vecumā. Vispārējam stāvoklim pasliktinoties, parasti lēkmes kļūst biežākas. Lēkmes var būt prolongētas, tad krampji var norisināties ilgāk nekā slimniekiem

ar genuīno epilepsiju. Novēro ne tikai lielās, bet arī mazās epileptiskās lēkmes un diencefālus paroksismus.

Arī tiem pacientiem, kuriem slimības klīniskā aina ir līdzīga šizofrēnijai, anamnēzē var būt krampju lēkmes. Raksturīga ir astēnija, kas īpatnējās ārējās izpausmes dēļ var atgādināt patoloģisku noslēgtību – autismu. Halucinācijas nereti rodas paroksismāli un ir stereotipas, bet murgu tematika parasti ļoti cieši ir saistīta ar reālo situāciju, tādēļ tie jādiferencē no pārvērtēšanas idejām. Biežāk novēro vajāšanas, indēšanas un hipohondriska rakstura murgus, kuri tematiski cieši saistīti ar senestopātijām un sensorās sintēzes traucējumiem.

Intelekta defekts iedzimtas toksoplazmozes gadījumos (oligofrēnija) var būt no vieglas debilitātes līdz idiotijai. Slimības dinamikā intelekta defekts palielinās, jo slimniekiem pieaug destruktīvās izmaiņas smadzenēs (D. Merla).

Pneimonija. Psihiskie traucējumi pneimonijas slimniekiem parasti ir vakaros vai naktīs, kad novēro akūtas eksogēnas psihozes ar redzes halucinācijām. Ja pneimonija ir hroniskiem alkoholiķiem, tad delīrija tematika parasti saistīta ar dzeršanas ainām.

Psihiskie traucējumi somatisku neinfekcijas slimību un endokrīnu slimību gadījumos

Ļaundabīgie audzēji. Parasti slimniekiem ar ļaundabīgu audzēju novēro izteiktu astēniju, kas, slimībai progresējot, pieaug. No psihiskajiem traucējumiem raksturīgas ir depresijas ar nemieru un trauksmi, retāk – psihozes ar aptumšotu apziņu (V. Romasenko un K. Skvorcovs).

Bronhiālā astma. Psihiskie traucējumi rodas tiem pacientiem, kuri ar bronhiālo astmu slimo ilgstoši (vismaz 5–10 gadus). Psihiskie traucējumi parasti rodas uz somatiskās slimības paasinājuma fona un ir polimorfi. Murgi un halucinācijas ir nepastāvīgas, rudimentāras un pārejošas. Raksturīga ir viegla uzbudināmība, emocionāla labilitāte, ātras dusmas, reizēm eiforija un viegli pacilāts garastāvoklis (V. Aršins).

Sirdskaites un to ķirurģiskā ārstēšana. Psihiskie traucējumi slimniekiem ar sirdskaitēm ir bieži. 60% gadījumu atrod neirozei līdzīgus traucējumus, bet 9% gadījumu – psihoorganisko sindromu. Tikai 30% slimnieku psihisku traucējumu nav (V. Kovaļevs).

Neirotiskie traucējumi izpaužas kā mērena nogurdināmība, pārsvarā fiziskas vai garīgas slodzes laikā, emocionāla labilitāte, vispārēja hiperestēzija, slikts miegs, nedaudz nomākts garastāvoklis. Bieži ir veģetatīvi traucējumi, kuri rodas vai nu paroksismāli, vai arī ir stabili. Slimnieki sūdzas arī par dažādām nepatīkamām sajūtām krūtīs, sirds rajonā. Reti tās izpaužas kā senestopātijas un parestēzijas.

Ja sirds un asinsvadu nepietiekamība progresē, tad iestājas apātija, kura pakāpeniski padziļinās.

Uz pastāvīgā astēnijas fona var rasties akūtas psihozes ar īslaicīgu apziņas aptumšošanos (iemesls var būt hipoksija, kā arī reimatiskā procesa paasinājums).

Pirms operācijas slimniekiem parasti novēro bailes un nemieru (tādēļ ir indicēta psihoterapija kombinācijā ar medikamentozo terapiju). Ja operācija izdodas labi, tad pēc 1–2 gadiem neirotiskie simptomi izzūd, bet psihoorganiskais sindroms ir maz atgriezenisks vai neatgriezenisks (V. Kovaļevs).

Smadzeņu audzēji. Slimība nereti sākas ar psihiskiem traucējumiem. Slimniekam ir sūdzības par stiprām galvas sāpēm, kas pastiprinās no rītiem. No rītiem var būt arī slikta dūša un vemšana vai arī tikai vemšana bez iepriekšēja sliktas dūšas perioda.

No psihiskajiem traucējumiem vissvarīgākie ir simptomi, kas raksturīgi kādam smadzeņu rajona lokālam bojājumam. Te jāmin epileptiskās lēkmes, un lēkmes sākums – aura – ir atkarīgs no bojājuma lokalizācijas: redzes aura ir slimniekiem ar bojājumu pakauša rajonā; dzirdes aura – slimniekiem ar bojājumu deniņu rajonā. Ja bojājums lokalizējas pieres daivā, tad raksturīgas ir personības izmaiņas, pie tam psihiskie traucējumi šajos gadījumos nereti ir pirmie un vienīgie slimības simptomi. Pacienti ir vai nu aspontāni, vai arī viņiem rodas pseidoparalītiskais sindroms. Pirmajā gadījumā slimnieki kļūst izteikti aspontāni, viņiem zūd enerģija, aktivitāte, intereses, darba spējas. Otrajā gadījumā rodas agrāk neraksturīga vieglprātība, tieksme uz lētiem jokiem, muļķošanos, ākstīšanos. Slimniekiem iestājas tieksmju un dziņu atkavējums un ir pilnīgs kritikas trūkums pret izmaiņām savā stāvoklī.

Ja palielinās intrakraniālais spiediens, tad atrod aptumšotas apziņas simptomus – abnubilāciju, apdullumu, vēlāk komu, bet neiroloģiskā izmeklēšanā konstatē raksturīgus simptomus.

Endokrinopātijas. Vairumā gadījumu endokrīno slimību psihiskie traucējumi ir ļoti līdzīgi un samērā maz specifiski (tikai pēc psihiskajām izmaiņām vien nevar pateikt, ar kādu no endokrīnajām slimībām pacients slimo).

M. Bleilers par raksturīgākajiem endokrīno slimību psihiskajiem traucējumiem uzskata psihiskās aktivitātes (enerģijas) samazināšanos, tieksmju un dziņu izmaiņas, garastāvokļa izmaiņas.

Slimnieki sūdzas par stipru nogurdināmību, samazinātām darba spējām, vājuma sajūtu («nav tonusa»). Tieksmju un dziņu izmaiņas galvenokārt ir kvantitatīvas – pazeminātas vai paaugstinātas. Reti novēro izkropļotas tieksmes – perversijas. Afektīviem traucējumiem raksturīga ļoti liela labilitāte, viegla pāreja no nomākta garastāvokļa uz pacilātu – un otrādi. Bieži novēro jauktus stāvokļus. Tīra, klasiska depresija vai maniakāls stāvoklis ir neraksturīgi, šie stāvokļi biežāk ir vienlaikus ar disforiju, vājuma sajūtu utt. Raksturīga arī visu iepriekš minēto traucējumu disociācija, piemēram, dziņu pastiprināšanās nomākta garastāvokļa laikā – un otrādi.

Smagu endokrīno slimību gadījumos slimniekiem rodas organiskas izmaiņas galvas smadzenēs, kā rezultātā pavājinās atmiņa un spriešanas spējas, kā arī rodas izteikta nepārejoša astēnija – slimības gaitā endokrīno psihosindromu nomaina psihoorganiskais sindroms.

Vieni no raksturīgākajiem traucējumiem novērojami, ja ir izmainīta vairogdziedzera funkcija, tādēļ šie gadījumi apskatāmi atsevišķi.

Hipertireozes slimniekiem atrod ļoti raksturīgus traucējumus: slimnieki ir uzbudināti, ļoti viegli satraucami («nervozi»), nemierīgi, rosīgi, kustīgi, taču vienlaicīgi viņu spēki ātri izsīkst un rodas astēnija ar veģetatīviem traucējumiem, vieglu raudulību.

Hipotireozes smagos gadījumos, ja slimība sākusies bērnībā, novēro psihiskās attīstības atpalicību – oligofrēniju. Ja miksedēma radusies dzīves laikā, tad slimnieki kļūst aspontāni, apātiski, miegaini, bet, slimībai progresējot, – dementi.

SIMPTOMĀTISKO PSIHOŽU TERAPIJA. Pirmām kārtām jāārstē pamatslimība. Vispārējam stāvoklim uzlabojoties, izbeidzas arī psihiskie traucējumi. Psihomotoriska uzbudinājuma gadījumā lieto neiroleptiskos līdzekļus, izvēloties preparātus, kas salīdzinoši ir maz toksiski, – haloperidolu, lielās devās sedatīvus līdzekļus, piemēram, seduksēnu. Hroniskas psihozes ārstē tāpat kā citas psihiskās slimības – ar neiroleptiskajiem līdzekļiem un antidepresantiem.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA tāda, kāda nepieciešama somatiski vājiem slimniekiem. Akūtu uzbudinājumu gadījumos svarīgi savlaicīgi un pareizi sniegt pirmo palīdzību.

Psihiskie traucējumi, kas radušies sifilisa infekcijas rezultātā

Šai nodaļā apskatīsim divu neirosifilisa (sifiliss ar nervu sistēmas bojājumiem) izpausmes veidu, divu slimību – smadzeņu sifilisa (*lues cerebri*) un progresējošās paralīzes (*paralysis progressiva*) klīnisko norisi. Par iedzimto sifilisu skat. nodaļā «Oligofrēnija».

Inficēšanās ar sifilisu notiek gandrīz tikai dzimumceļā, izņēmuma gadījumos arī sadzīves veidā ar sifilitisko čūlu eksudātu, kas satur treponēmas.

Sifilisu izraisa bālā treponēma (*Treponema pallidum*). Inkubācijas periods smadzeņu sifilisa gadījumos vidēji ir 34 dienas, progresējošās paralīzes gadījumos – vidēji 10 gadi. Smadzeņu sifiliss ir neirosifilisa agrīnā forma, bet progresējošā paralīze – vēlīnā un nelabvēlīgākā forma, kuras rezultātā rodas izteiktas anatomiskas izmaiņas galvas smadzenēs, kā arī ir smagāka klīniskā aina.

Smadzeņu sifilisa gadījumā patoloģiski anatomiskās izmaiņas galvenokārt izpaužas trijos veidos – vispirms rodas difūzs hronisks iekaisuma process – meningīts, tad tiek bojāti asinsvadi un ap tiem izveidojas sifilitiskās gummas. Progresējošās paralīzes gadījumā patoloģiski anatomiskajā ainā atrod mīksto smadzeņu apvalku sabiezējumu, bet histoloģiskajā izmeklēšanā – difūzu mīksto smadzeņu apvalku iekaisumu ar asinsvadu bojājumu, kā arī atrofiskas izmaiņas smadzeņu vielā, galvenokārt smadzeņu garozā, un glijas proliferāciju.

Daži autori smadzeņu sifilisu un progresējošo paralīzi uzskata par vienas slimības divām dažādām (agrīnā un vēlīnā) stadijām.

Smadzeņu sifiliss

Klīnisko ainu galvenokārt nosaka sifilisa infekcijas rezultātā radušies smadzeņu asinsvadu un smadzeņu apvalku bojājumi, tādēļ tā ir līdzīga citas etioloģijas asinsvadu slimību, kā arī meningītu un meningoencefalītu klīniskajai ainai. Ja ir sifilitiska gumma, tad klīniskā aina var būt līdzīga smadzeņu audzēja klīniskai ainai.

Sifilisa rezultātā rodas ne tikai smadzeņu bojājums, bet arī patoloģiskas izmaiņas visā organismā, tādēļ diagnostikai vienlaikus jānovērtē gan psihiskie, gan somatiskie un galvenokārt neiroloģiskie traucējumi.

Nav pieņemta vienota sifilitisko psihožu klasifikācija, tādēļ ērtāk izsekot vienlaikus kā somatiskajām un neiroloģiskajām, tā psihiskajām izmaiņām atsevišķās slimības stadijās. Izdala trīs slimības stadijas jeb attīstības periodus.

Pirmais periods. Raksturīgs slimības pirmajām nedēļām pēc inficēšanās. Šajā laikā notiek organisma intoksikācija. Izmaiņas psihiskajā sfērā izpaužas t.s. sifilitiskās neirastēnijas (pseido-neirastenijas) veidā, kad slimniekam ir slikta pašsajūta, vājuma sajūta, nervozitāte, plēsoša rakstura galvas sāpes, kas visbiežāk pastiprinās no rītiem, galvas reiboņi, atsevišķos gadījumos arī grūtības koncentrēties, izklaidība, pavājināta atmiņa. Var parādīties arī nomākts garastāvoklis, kas izpaužas ar satraucamību, nemieru, īgnumu, neapmierinātību, dusmu uzliesmojumiem, vieglu uzbudināmību, arī raudulību. Reizēm konstatē reaktīvas depresijas elementus – slimnieks uzzinājis par saslimšanu ar sifilisu un to pārdzīvo. Tomēr depresija var būt arī slimniekam, kas par sākušos sifilisu vēl nezina, tādēļ depresijas iemesls ir arī organisma intoksikācija, bet ne tikai psihogēnie faktori.

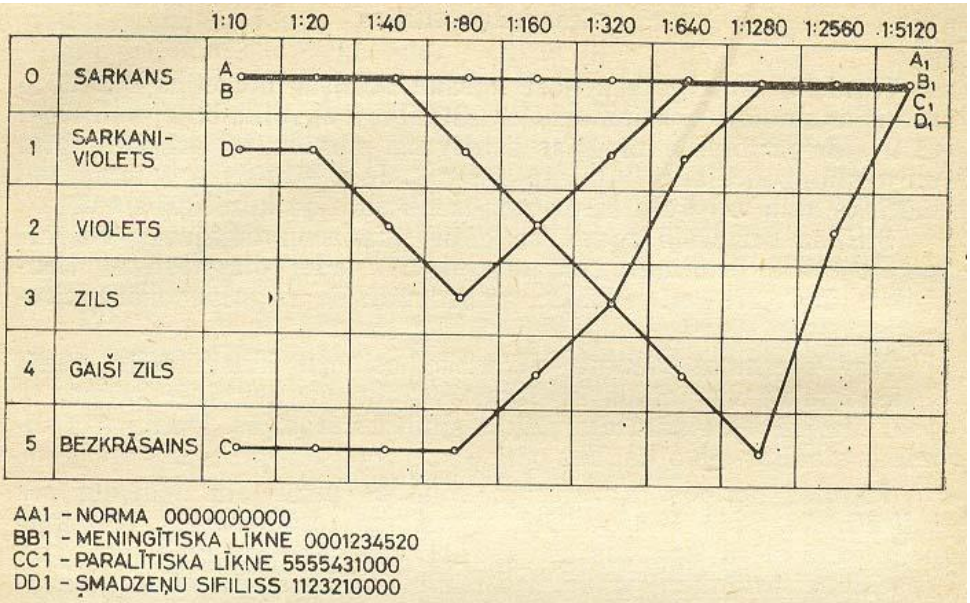
Par sifilisa iespējamību šajā periodā liecina neiroloģiskā un laboratoriskā atrade. Slimniekam periodiski ir pavājināta zīlīšu reakcija uz gaismu, likvora hipertenzijas dēļ ir viegli izteikti smadzeņu apvalka kairinājuma simptomi. Vasermaņa reakcija asinīs un likvorā kļūst pozitīva pēc 6 nedēļām pēc inficēšanās un vēlāk. Likvorā konstatē arī nedaudz palielinātu olbaltuma daudzumu.

Otrais periods sākas 2,5–4 mēnešus pēc inficēšanās un ilgst 2–3 gadus. Slimība norisinās recidivējoši. Slimības ģeneralizācijas periodiem, kad raksturīgi izsitumi, seko spontānas remisijas. Sifilitisko eroziju un čūlu eksudāts satur daudz treponēmu, kuras otrajā periodā ir sevišķi virulentas, tādēļ slimnieki var izplatīt infekciju kontakta veidā.

Izsitumi rodas kā uz ādas, tā uz gļotādām un smadzeņu apvalkiem, tādēļ klīniskajā ainā novēro meningītam (sifilitiskais meningīts) vai arī, procesam progresējot, meningoencefalītam (sifilitiskais meningoencefalīts) raksturīgu simptomātiku.

Psihiskie traucējumi II un III slimības stadijā tiks apskatīti kopā (sk. tālāk).

SOMATISKĀ IZMEKLĒŠANĀ konstatē sekundārā perioda sifilīdus, bet vēlāk arī meningītiem un meningoencefalītiem raksturīgo neiroloģisko atradi – palielinātu likvora spiedienu un šūnu skaitu, pozitīvu Vasermaņa[48] reakciju (asinīs tā var būt negatīva). Langes[49] reakcijā šai gadījumā raksturīgs t.s. sifilitiskais zobs, bet meningīta gadījumā – meningitiska līkne (10. att.). No lokāliem simptomiem raksturīga ptoze, diplopija, anizokorija (zīlīšu asimetrija), Ardžila Robertsona[50] sindroms, kā arī var būt Džeksona tipa lēkmes, afāzijas, hemiparēzes, jušanas traucējumi. No vispārējiem simptomiem raksturīga vemšana, slikta dūša, paaugstināta ķermeņa temperatūra.



10. att. Langes koloidālās reakcijas līknes dažādu slimību gadījumos.

[48] **V.E.:** August Paul von Wassermann (1866–1925) – vācu bakteriologs, Koha līdzstrādnieks, sifilisa diagnosticēšanas testu izstrādāja 1906.gadā.

[49] **V.E.:** Carl Friedrich August Lange (1883–1953) – vācu psihiatrs, savu testu izstrādāja 1912.gadā.

[50] **V.E.:** Douglas Moray Cooper Lamb Argyll Robertson (1837–1909) – skotu oftalmologs, savu sindromu aprakstīja 1869.gadā.

Trešais periods parasti sākas 3–6 gadus pēc slimības sākuma, bet var sākties arī vēlāk. Tam raksturīgi neatgriezeniski anatomiski orgānu bojājumi, hroniskas iekaisuma parādības ar gummām vai tuberkulām, kuras sabrūkot vēl vairāk bojā iekšējos orgānus.

Galvas smadzeņu asinsvadu specifiski bojājumi var būt par iemeslu insultam. Neiroloģiskie traucējumi ir polimorfi un atkarīgi no bojājuma perēkļa lokalizācijas. Slimības otrajā un trešajā stadijā var izdalīt vairākas smadzeņu sifilisa formas, tomēr nereti dalījums atsevišķās formās ir nosacīts, jo vienam un tam pašam slimniekam vienlaicīgi var atrast polimorfus, it kā no dažādām slimības formām kombinētus traucējumus.

Smadzeņu sifilisam visumā ir tendence pakāpeniski progresēt, un pēc t.s. pseidoneirastēniskā posma simptomi kļūst arvien smagāki un kā organiska CNS bojājuma rezultāts arvien spilgtāk iezīmējas lakunārā plānprātība. Atkarībā no bojājuma lokalizācijas klīniskajā ainā dominē psihiskie vai neiroloģiskie traucējumi.[51]

Sifilitiskais meningīts. Akūtos gadījumos slimība norisinās ar meningītam raksturīgiem neiroloģiskiem simptomiem – slimnieki sūdzas par galvas sāpēm, sliktu dūšu, vemšanu, ir atrodami meningeālie simptomi un lokālu galvas smadzeņu nervu bojājumu simptomi. Var būt arī epileptiformas lēkmes.

Biežākie psihiskie traucējumi sifilitiskā meningīta gadījumā ir akūtas psihozes ar aptumšotu apziņu – delīrijs, amence, krēslas stāvoklis.

Hroniskas norises sifilitiskā meningīta un meningoencefalīta gadījumos atrodama atbilstoša neiroloģiskā simptomātika, kas nereti kombinēta ar polimorfiem psihiskiem traucējumiem: parasti uz astēnijas fona atrodama depresija, reizēm murgi, eksogēna tipa psihotiskas reakcijas ar aptumšotu apziņu. Tāpat iespējamas epileptiformas lēkmes.

Asinsvadu sifiliss. Lielo asinsvadu bojājuma rezultātā slimniekiem nereti rodas insulti (apoplektiskā forma), kas var atkārtoties. Kaut gan slimības gaita pēc katra no insultiem ir relatīvi labvēlīgāka un radušies traucējumi atgriezeniskāki nekā aterosklerozes slimniekiem ar insultiem, tomēr atkārtoti insulti var izraisīt letālu iznākumu.

Slimības gaita visumā hroniska, taču uz šī fona pēc katra nākošā insulta rodas straujš vispārējā stāvokļa pasliktinājums, kad novēro arvien jaunus neiroloģiskus bojājumus un pieaugošu neatgriezenisku lakunāru (bet ne totālu) plānprātību. Slimniekiem rodas arī perēkļveida kortikāla bojājuma simptomi – afāzijas, apraksijas un līdzīgi traucējumi.

Sīko asinsvadu bojājuma gadījumā slimības klīniskā izpausme ir atšķirīga. Tā kā tiek bojātas sīkās artērijas, tad process nav lokalizēts, bet ir vairāk vai mazāk difūzs. Neiroloģiski nekonstatē perēkļveida bojājumus, turpretī psihiskie traucējumi ir smagāki. Pacienti ir aizmāršīgi, pasīvi, viņi zaudē darba spējas, nevar apgūt jaunas iemaņas, pieļauj kļūdas spriedumos. Ir pamanāmi arī atmiņas traucējumi, taču visumā kritiskā attieksme pret savu stāvokli saglabājas (lakunārā demence).

Slimniekiem pieaug plānprātība, uz kuras fona var rasties astēnija, redzes un dzirdes halucinācijas, afektīvi traucējumi, bet epizodiski – aptumšotas apziņas stāvokļi.

Neiroloģiskā izmeklēšanā objektīvā atrade uzrāda sifilisam raksturīgus bojājumus.

Ja klīniskajā ainā dominē epileptiskās lēkmes, tad to apzīmē par epileptiformo sifilisu.

Pseidoparalītiskās formas gadījumos pacienti top līdzīgi progresējošās paralīzes slimniekiem – viņiem ir pavājināta atmiņa, eiforija, samazinātas spriešanas spējas, kā arī var būt lieluma murgi, bet atšķirībā no progresējošās paralīzes viņiem ir lakunārā plānprātība un nav tik rupjas personības un spriešanas spēju izmaiņas kā totālas demences gadījumos.

Gummozās formas gadījumā simptomātiku nosaka gummas smadzeņu vielā, kuras rodas ap asinsvadiem. Klīniskā aina var atgādināt intrakraniālu tilpuma procesu ar lokāliem bojājuma simptomiem, kuri ir atkarīgi no patoloģiskā procesa lokalizācijas smadzenēs.

Ja iepriekš apskatītās slimības formas izdalītas galvenokārt pēc sifilisa izraisīto bojājumu anatomiskās lokalizācijas, tad, klīniski vērtējot psihiskos traucējumus, izdala sifilitisko halucinozi un sifilitisko paranoīdu.

Sifilitiskās halucinozes gadījumā klīniskā ainā raksturīgas verbālās halucinācijas, kurām parasti ir rupjš, cinisks, bieži seksuāls raksturs. Ilgu laiku dominē īstās dzirdes halucinācijas (ne pseidohalucinācijas): balsis it kā nāk no ārienes, slimnieks dzird, ka viens vai vairāki cilvēki runā par viņu.

Sifilitiskā paranoīda gadījumos pacientiem parasti rodas vajāšanas murgi, kas bieži kombinējas ar halucinācijām.

---

[51] **V.E.:** Smadzeņu sifiliss bija Ļeņinam.

Tieši šo slimības formu gadījumā sākumā ir mazāk raksturīga un mazāk izteikta neiroloģiskā simptomātika, tomēr, slimībai progresējot, tā kļūst arvien skaidrāka un slimniekiem ar laiku pieaug astēnija un parādās lakunārā demence. Murgus un halucinācijas palīdz likvidēt kombinēta specifiska ārstēšana un pielietotie neiroleptiskie līdzekļi.

Slimniece 39 gadus veca. Pirms 7 gadiem slimojusi ar sifilisu un atkārtoti ārstējusies ar penicilīnu. Jutusies labi 2 gadus. Pēdējos trijos gados slimnieces vispārējais stāvoklis pasliktinājies. Slimniece darbā ātri nogurusi, kļuvusi nervoza, viegli satraucama, bieži konfliktējusi (pārdevēja) ar darba biedriem, bijusi nesavaldīga pret pircējiem. Bieži bijušas galvas sāpes, galvas reiboņi, «sirds vājums». Stacionēta pēc tam, kad pirmo reizi mūžā bijusi bezsamaņā ar krampjiem.

Slimniece pareizi orientēta, par sevi var pastāstīt, sūdzības izsaka adekvāti. Bez jau iepriekš minētā slimniece sūdzas par pavājinātu atmiņu, kas sevišķi izteikti pasliktinājusies pēdējos gados. Bijuši brīži, kad viena ķermeņa puse uz brīdi kļuvusi vājāka, taču tāda rakstura traucējumi ātri pārgājuši. Pēdējos 4 gados pie ārsta nav griezusies.

Objektīvi izmeklējot, konstatē samazinātu barojumu, pavājinātu jušanu labajā rokā. Mēle izbāžot novirzās pa labi. Kreisās acs zīlīte platāka nekā labās, abām nepareiza forma. Kreisajā acī zīlītes reakcijas uz gaismu nav, bet labajā acī reakcija ir pavājināta.

Vasermaņa reakcija asinīs negatīva, likvorā – pozitīva. Langes reakcija – 2234311000.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Smadzeņu sifilisam raksturīgi polimorfi psihiski, somatiski respektīvi neiroloģiski traucējumi, un tādēļ nereti tas jādiferencē no visām citām psihiskajām slimībām.

Anamnēzes dati bieži ir nepilnīgi vai arī slimnieki tos slēpj, tādēļ ne vienmēr tos var iegūt un izmantot. Svarīga nozīme diferenciāldiagnozē ir sifilisam raksturīgai somatiskai, neiroloģiskai atradei, pozitīvai Vasermaņa reakcijai asinīs un likvorā, kā arī citiem likvora analīzes datiem.

Neirozei līdzīgā (pseidoneirastēnijas) slimības stadijā diagnostiski nozīmīgas ir mocošās galvas sāpes, izteiktā satraucamība, agrīnā neiroloģiskā simptomātika. Ir novērots, ka smadzeņu sifilisa slimnieki salīdzinājumā ar aterosklerozes slimniekiem ir ļaunāki, dusmīgāki, konfliktējošāki.

Smadzeņu insultu gadījumos diferenciācijā var palīdzēt relatīvi labvēlīgāka insulta dinamika un patoloģisko izmaiņu atgriezeniskums.

Epileptiskās lēkmes smadzeņu sifilisa gadījumā salīdzinājumā ar genuīno epilepsiju pirmo reizi rodas gados vecākiem slimniekiem, bet pēc lēkmēm un arī lēkmju starplaikos neiroloģiski konstatējama perēkļveida bojājuma simptomātika.

Halucinozai formai salīdzinājumā ar šizofrēniju parasti ilgāk raksturīgas īstās halucinācijas, nevis pseidohalucinācijas ar psihiskā automātisma elementiem. Svarīgs fakts ir arī halucināciju nereti seksuālais un ciniskais saturs.

Slimības dinamikā ar laiku izveidojas lakunārā demence (atšķirībā no totālās demences progresējošās paralīzes gadījumos) un nerodas šizofrēnijai raksturīgās personības izmaiņas.

ĀRSTĒŠANA. Terapijas sākumā nozīmē slimniekam 3–5 dienas (pat līdz 15 dienām) *per os* 3% kālija jodīda šķīdumu (pa 15,0 3 reizes dienā), tā sagatavojot slimnieku turpmākajiem ārstniecības kursiem, lai pasargātu no iespējama slimības saasinājuma, sākot specifisko terapiju.

Tālāk pielieto smago metālu savienojumus – biohinolu (bismoverolu, pentabismolu). Biohinolu dod katru otro dienu pa 2,0 ml intramuskulāri. Kursa deva – 40 ml. Ja lieto bismoverolu, to dod pa 1,5 ml 2 reizes nedēļā, kursā 16–20 ml. Pentabismolu ievada pa 2,0 ml katru otro dienu, kursā 30–40 ml.

Var arī biohinola ievadīšanu sadalīt divos paņēmienos – 20 ml pirms antibakteriālās terapijas un pēc tās vēlreiz, līdz kopējai devai 40–50 ml.

Tam seko antibakteriālā terapija – penicilīns (bicilīns). Penicilīnu 1–3 dienas dod pa 50 000 vienībām ik pēc 4 stundām, bet turpmākajās dienās – pa 100 000 vienībām ik pēc 4 stundām. Kursa deva 10–12 miljoni vienību un vairāk.

Vienlaikus ar to slimnieks saņem stimulējošu terapiju: γ globulīnu pa 3,0 intramuskulāri katru trešo dienu (kopā 3 vai 4 reizes), apstarošanu ar kvarcu eritēmas devās pa zonām (femorālā, krustu un skausta rajonā), pārdienās, kopā 10 reizes; B_6 vitamīnu (1,0 ml 5% šķīduma) un PP vitamīnu 1,0 ml 1% šķīduma intramuskulāri, līdz 20 reizēm no katra. Pielieto arī biogēnos stimulatorus (ATF, *Extr. Aloes* u.c.).

Stimulējošās terapijas ar γ globulīnu vietā var pielietot piena terapiju: sterilu pienu ievada intramuskulāri, sākot ar 2 ml un devas katru dienu palielinot par 2 ml līdz 8 ml (2–4–6–8), un tad atpakaļ līdz 2 ml.

Šādus ārstēšanas kursus atkārto ik pēc 2 mēnešiem 6 reizes.

Progresējošā paralīze

Progresējošā paralīze ir neirosifilisa vēlīnā forma, kā rezultātā rodas smagas anatomiskas izmaiņas ne tikai smadzeņu apvalkos, bet arī smadzeņu vielā – klīniski tas izpaužas kā totālā (paralītiskā) plānprātība.

Neārstēta progresējošā paralīze apmēram 5 gados beidzas ar marasmu un letālu iznākumu.

Klīniskajā ainā progresējošai paralīzei izdala 3 stadijas:

1) sākuma jeb pseidoneirastēnijas stadiju,
2) izvērstas slimības stadiju,
3) beigu jeb marasma stadiju.

Katrā nākošā stadijā esošie bojājumi pakāpeniski padziļinās. Neārstētas slimības gadījumos vienlaikus pieaug gan raksturīgi somatiskie, gan neiroloģiskie un psihiskie traucējumi.

Sākuma jeb pseidoneirastēnijas stadijā slimība attīstās pakāpeniski. Sākumā simptomātika ir nespecifiska, tā izpaužas ar neirozei līdzīgiem traucējumiem, un šajā periodā diagnosticēt progresējošo paralīzi ir grūti.

Slimniekiem ir slikta pašsajūta, vispārēja «nervozitāte», galvas sāpes, pastiprināta nogurdināmība, izklaidība, viņi ir viegli satraucami, reizēm viņiem grūti koncentrēties. Radušos traucējumus paši slimnieki, piederīgie un darba biedri novērtē kā parastas pārpūlēšanās sekas.

Kaut arī diagnostika pseidoneirastēnijas stadijā ir grūta, jo vēl nav slimībai specifisku simptomu, tomēr pareiza diagnoze ir ļoti svarīga, lai sāktu savlaicīgu terapiju. Jāpievērš uzmanība tam, ka nav pietiekama pamata, nav pietiekama ārējā iemesla, lai rastos t.s. neirastēnija, un ka neiroloģiskā izmeklēšanā atrod raksturīgus lokālus bojājumus – acu zīlīšu izmaiņas u.c. Tālākā slimības gaitā izveidojas un arvien vairāk progresē intelekta defekts un personības izmaiņas, kas gala rezultātā izraisa totālu plānprātību, atšķirībā no aterosklerozes slimniekiem vai iepriekš apskatītajiem smadzeņu sifilisa slimniekiem, kuriem iestājas lakunārā demence. Progresējošās paralīzes gadījumos jau agrā fāzē nav tikai atmiņas, uzmanības un koncentrēšanas spējas traucējumi, bet ir jau dziļākas personības izmaiņas. Slimnieks pamazām kļūst savādāks, izzūd individuālās, tieši viņam raksturīgās īpatnības – personība nivelējas (to vieglāk ievērot garīgā darba darītājiem). Šīs izmaiņas pirmie pamana un novērtē tie cilvēki, kuri pacientu agrāk labi pazinuši.

Slimniekam vienas no pirmajām izzūd agrāk piemitušās ētiskās un estētiskās jūtas, viņa intereses sašaurinās un mērķtiecīgā psihiskā aktivitāte samazinās, kā arī zūd skaistuma sajūta, gaume, takta un pienākuma sajūta, neērtības un kautrības sajūta. Slimnieki neseko savai ārienei, reizēm nemazgājas, nekautrējas atrasties cilvēkos ar nedzītu bārdu, nekārtīgā, netīrā apģērbā. Runājot viņi ir rupji, ciniski un vulgāri, kā arī nenovērtē, kādos apstākļos, kam un ko drīkst teikt, – viņiem zūd distances sajūta attiecībā pret darba biedriem un augstāk stāvošām personām.

Personībai tālāk degradējoties, slimnieks var izdarīt likuma pārkāpumu – tas galvenokārt saistīts ar nespēju saprātīgi novērtēt savas rīcības aplamību un paredzēt iespējamās sekas – slimnieks sāk zagt, viņam raksturīga amorāla uzvedība (bieži pastiprinātās seksuālās tieksmes dēļ) un izlaidība.

Slimniekiem nereti ir tieksme iegādāties greznas dāvanas vai dārgus pirkumus, pie tam viņi neņem vērā savas iespējas un pērk nekam nevajadzīgas mantas. Nereti slimnieki lētticības dēļ kļūst par krāpšanas upuriem.

Padziļinoties spriešanas spēju defektam (bet ne slimības sākumā!), mainās arī t.s. intelekta instrumentālās funkcijas – pavājinās uzmanība, atmiņa, koncentrēšanās spējas u.c.

Pats slimnieks slimības pirmās stadijas sākumā radušos traucējumus vēl daļēji novērtē, bet, slimībai progresējot, kritiskā attieksme pret tiem zūd.

Izvērstai slimības stadijai raksturīga totālā plānprātība, kura sākas tad, kad slimnieks demences dēļ ir zaudējis kritisku attieksmi pret savu stāvokli un, lai gan viņam ir atmiņas un spriešanas spēju defekts, tomēr viņš jūtas vesels un darba spējīgs. Šai stadijā slimnieki nespēj vērtēt ne pagātni, ne tagadni, ne arī reāli domāt par nākotni. Ja slimības klīniskajā ainā dominē tikai progresējoša plānprātība bez produktīvās psihopatoloģiskās simptomātikas, tad tā ir progresējošās paralīzes vienkāršā forma.

Ekspansīvai formai raksturīgs pacilāts garastāvoklis vienlaikus ar totālu plānprātību. Slimnieki ir aktīvi, runīgi, «darbīgi». Viņiem raksturīgi ir lieluma murgi, kas ir grandiozi, absurdi. Slimnieks savā stāstījumā parasti lieto «vis» un vārdu «viss».

> Kāds pacients stāstīja, ka viņš ir visu zemju un planētu valdnieks, ka viņš radījis Zemi un visas citas planētas, bijis pats pirmais cilvēks uz Zemes. Visi klātesošie esot slimnieka meitas un dēli, pie tam katru sekundi veidojoties klāt jauni bērni. Slimnieks esot sarakstījis visas grāmatas, viņam pieder visas pasaules bagātības, kuras viņš laipni apsola atdāvināt klātesošajiem.

Reizēm lieluma idejas var arī būt «sīkākā» mērogā, piemēram, slimnieks stāsta, ka medībās nošāvis 1000 meža cūku, esot apbalvots ar daudziem ordeņiem, iecelts augstos amatos utt.

Lai gan slimniekam ir it kā milzīgas spējas un bagātības, viņš tomēr parasti neiebilst pret atrašanos psihiatriskajā slimnīcā, jūtas labi kopā ar hroniskajiem slimniekiem un pēc sarunas lūdz iedot cigareti un sērkociņus.

Depresīvai formai raksturīgs nomākts garastāvoklis, uz kura fona rodas gan pašapsūdzība, gan vajāšanas murgi, gan hipohondriskas pārvērtēšanas un murgu idejas. Depresija var būt monotona – tad pacienti ir gausi, gļēvi, ar mazu iniciatīvu, «apātiski», – bet tā var norisināties arī ar stipru nemieru, psihomotorisku uzbudinājumu, trauksmi un bailēm. Šai laikā var būt pašnāvības mēģinājumi. Uz depresijas fona epizodiski rodas dzirdes halucinācijas.

Ažitēto formu novēro reti, tā var sākties diezgan akūti. Slimniekam ir pacilāts garastāvoklis, lieluma murgi un intensīvs psihomotorisks uzbudinājums. Epizodiski var iestāties aptumšotas apziņas stāvokļi. Slimības nelabvēlīgas norises gadījumos tā dažās nedēļās var beigties letāli (galopējošā paralīze), taču biežāk prognoze ir labvēlīgāka.

Cirkulārās formas gadījumā periodiski mainās depresijas un maniakāli stāvokļi.

Taboparalīze ir reti sastopama forma. Neiroloģiskā *tabes dorsalis* simptomātika (Ahila cīpslas refleksa un patellārā refleksa pavājināšanās vai izzušana, ataksija, redzes nerva atrofija) kombinējas ar progresējošai paralīzei raksturīgām psihiskām izmaiņām – pakāpeniski lēnām un neatgriezeniski pieaugošu totālu plānprātību.

Lissauera paralīze arī ir reti sastopama forma, kad novēro progresējošai paralīzei raksturīgo totālo demenci vienlaikus ar samērā agri neiroloģiski konstatējamiem kortikāla perēkļveida bojājuma simptomiem, kas klīniski izpaužas kā afāzijas, apraksijas utt.

Beigu jeb marasma stadijai raksturīga produktīvās psihopatoloģiskās simptomātikas nivelēšanās un fiziski marasms. Slimniekiem pēc insultiem attīstās paralīzes un parēzes, afāzijas, apraksijas, izgulējumi, kā arī pievienojas interkurentas slimības, kā rezultātā iestājas letāls iznākums. Šajā slimības stadijā var būt epileptiskas lēkmes, kas sākumā ir reti, bet vēlāk slimības dinamikā nereti iestājas epileptiskie statusi ar letālu iznākumu.

Mūsu dienās pēdējo slimības stadiju novēro ļoti reti, jo slimnieki tiek savlaicīgi ārstēti.

SOMATISKAIS UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS. Viens no pirmajiem neiroloģiskajiem simptomiem ir Ardžila Robertsona simptoms (acu zīlīšu reakcijas uz gaismu nav, bet uz konverģenci un akomodāciju ir), kā arī anizokorija, acu zīlīšu deformācija un sašaurināšanās.

Slimniekam ir paralīzes un parēzes. Agrīni simptomi ir acu plakstiņu noslīdēšana, sejas asimetrija, amīmija, maskveida seja, dizartrija (sākumā uz grūti izrunājamiem vārdiem, vēlāk arī uz citiem vārdiem, it īpaši, ātri runājot). Novēro arī vārdu un zilbju atkārtošanu, kā arī izlaišanu.

Konstatē cīpslu refleksu diferenci, Ahila cīpslas refleksa un patellārā refleksa izzušanu, kā arī samazinātu dziļo jušanu.

Progresējošās paralīzes gadījumā mēdz būt arī iekšējo orgānu bojājumi – trofiski traucējumi, kā arī specifisks mezaortīts, specifisks aknu un plaušu bojājums.

Diagnostiski ļoti svarīgas ir seroloģiskās reakcijas – neārstētiem slimniekiem Vasermaņa reakcija asinīs un likvorā ir pozitīva. Langes reakcijā ir paralītiskā līkne (sk. 10. att.). Likvorā atrod nedaudz palielinātu olbaltuma daudzumu (0,4% un vairāk).

Slimnieks 46 gadus vecs. Neilgi pirms iestāšanās slimnīcā slimnieks kļuvis uzbudināts, esot teicis, ka viņam pienākoties tūkstoš ordeņu, pēc kuriem jābrauc pakaļ, jo viņš esot izdarījis pasaulei svarīgu darbu – nošāvis miljonu meža cūku.

No anamnēzes zināms, ka slimnieks pirms 12 gadiem slimojis ar sifilisu. Ārstēts ar penicilīnu, bet nav ārstējies regulāri. Strādājis par krāvēju, ar darbu visumā līdz pēdējam gadam ticis galā labi. Pēdējā gadā kļuvis pret saviem pienākumiem vienaldzīgāks, tādēļ bijis spiests mainīt vairākas darba vietas. Par ģimeni rūpējies maz, nekādu interešu neesot bijis.

Slimnieks slimnīcā uzbudināts, daudz runā, stāsta par saviem šķietami lielajiem nopelniem. Slimnieks saka, ka esot neparasts cilvēks, pat valsts vadītājs, laužas pie durvīm, jo tūlīt esot jābrauc pakaļ ordeņiem. Atmiņa pavājināta, tomēr lielos vilcienos viņš savus anamnestiskos datus var pastāstīt. Slimnieks rupji kļūdās aritmētiskos aprēķinos simta apjomā. Garastāvoklis slimniekam ir eiforisks, tas nemainās, pat runājot par visnepatīkamāko tēmu. Slimnieks visu laiku smaida.

Objektīvajā izmeklēšanā atrod izstieptu roku un acu plakstiņu tremoru. Slimnieks Romberga[52] mēģinājumā nestabils. Kreisās acs zīlīte platāka nekā labās acs zīlīte, uz gaismu nereaģē un nepietiekami konverģē. Mēle izbāžot novirzās pa labi. Patellāro refleksu nav. Ahila cīpslu refleksi izteikti samazināti. Gaita nestabila, pirkstu–degungala mēģinājumu slimnieks izpilda kļūdaini.

Vasermaņa reakcija asinīs un likvorā pozitīva. Likvorā Langes reakcija 6665432110.

Bērnu un jauniešu progresējošā paralīze rodas gadījumos, kad sifiliss ir iedzimts vai iegūts agrā bērnībā. Bērnam, kurš līdz tam attīstījies normāli, atrod attīstības atpalicību, pie tam plānprātība ar laiku padziļinās.

Somatiski respektīvi neiroloģiski izmeklējot, var būt perēkļveida bojājuma simptomātika, kā arī novēro insultus, epileptiskas lēkmes, endokrīnus traucējumus.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Svarīgi ir anamnēzes dati par pārciestu sifilisu, tomēr slimnieki šādus faktus ne vienmēr atklāj.

Svarīgi ir arī progresējošai paralīzei raksturīgie neiroloģiskie simptomi, kā arī likvora un asins laboratoriskās izmeklēšanas rezultāti (pozitīva Vasermaņa reakcija un t.s. paralītiskā līkne Langes reakcijā).

Atšķirībā no smadzeņu sifilisa progresējošās paralīzes gadījumā rodas totālā, nevis lakunārā demence.

Murgi progresējošā paralīzē atšķirībā no šizofrēnijas murgiem ir absurdāki, grandiozāki, tie rodas uz plānprātības fona, kā arī slimības gaitā nerodas šizofrēnijai raksturīgās personības izmaiņas.

ĀRSTĒŠANA. Pielieto smago metālu savienojumus kopā ar piroterapiju. Piroterapiju (mākslīgi izraisītu ķermeņa temperatūras paaugstināšanu ārstnieciskos nolūkos) līdz gadsimta vidum realizēja, inficējot ar malāriju, bet mūsu dienās pielieto pirogenālu.

Ārstēšanā vienlaikus pielieto abus terapijas veidus – smago metālu savienojumus un piroterapiju.

Pirogenālu sākumā ievada pa 50–100 vienībām un pakāpeniski devas palielina līdz 1000–1500 vienībām. Kursā 10–15 injekcijas, kuras izdara katru otro dienu 20–30 dienu laikā. Paaugstināto temperatūru ar antipirētiskiem līdzekļiem nekupē. Optimālā temperatūra ir 37,5–38,5 °C. Ja temperatūra ir augsta (virs 39 °C), it īpaši gados vecākiem cilvēkiem, tad nākamajā reizē pirogenālu dod iepriekšējā devā un vienlaikus ievada vazotoniskos līdzekļus.

Ja pirogenālu kaut kādu iemeslu dēļ nav iespējams ievadīt, tad var pielietot senāku ārstēšanas metodi – piena terapiju. Lieto sterilu pienu, sākot ar 2 ml un devu katru dienu pa 2 ml palielinot, līdz sasniedz reizes devā 16–20 ml. Tad devas atkal pakāpeniski samazina līdz 2 ml. Pienu ievada intramuskulāri. Terapeitiskais efekts ir arī tad, ja temperatūra palielinās tikai līdz subfebrilai.

Vienlaikus dod biohinolu (vai bismoverolu) pārdienās pa 2 ml, kursā 40–50 ml.

Terapijas kursu atkārto 6 reizes ar 2 mēnešu intervāliem.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA ir atkarīga no sifilisa un progresējošās paralīzes stadijas, slimības klīniskās izpausmes. Jāatceras, ka sifilisa slimnieki otrajā stadijā var izplatīt infekciju, jo čūlu eksudāts satur treponēmas.

Psihiskie traucējumi slimniekiem, kas pārcietuši galvas smadzeņu traumas

Kara laika apstākļos un arī miera laikā galvas smadzeņu traumām psihisko traucējumu attīstībā ir liela nozīme. Pēc literatūras datiem, Lielā Tēvijas kara laikā līdz 8% visu ievainojumu bija galvas traumas, miera laikā visbiežāk galvas traumas rodas satiksmes negadījumos.

Psihiatrijas praksē galvenokārt jāsastopas ar slimniekiem, kam ir atlieku parādības pēc galvas smadzeņu traumām, jo akūtajos periodos slimnieki parasti tiek stacionēti ķirurģijas un neiroķirurģijas nodaļās.

Traumatiskās slimības diagnostika pēc traumas attālajos periodos nereti rada grūtības. Nepietiekami novērtējot klīniskās gaitas īpatnības, pie traumu sekām reizēm nepamatoti pieskaita arī endogēnās psihozes (šizofrēniju, maniakāli depresīvo psihozi), kuras sākušās slimniekiem, kas agrāk pārcietuši galvas smadzeņu traumu. Šais gadījumos slimības klīniskajā ainā atrodama endogēnām slimībām raksturīgā simptomātika, kas nereti ir vienlaikus ar astēniju un citiem eksogēnām slimībām raksturīgiem simptomiem. Galvas smadzeņu traumas var būt

1) komocija jeb smadzeņu satricinājums,

[52] **V.E.:** Moritz Heinrich Romberg (1795–1873) – Berlīnes ebreju ārsts, savu testu aprakstīja 1840–1846.gados pa daļām publicētajā grāmatā par nervu slimībām.

2) kontūzija jeb smadzeņu sasitums,
3) kompresija jeb smadzeņu saspiedums ar intrakraniālā spiediena palielināšanos,
4) īpaši izdalāmas gaisa spiediena traumas, ko novēro gandrīz tikai kara laikā.

Galvas smadzeņu traumas gadījumā izdala vairākus periodus.

1. Akūtā stadija. Sākumā raksturīga bezsamaņa, pēc tam simptomu polimorfisms un labilitāte. Šajā periodā var novērot arī akūtas traumatiskas psihozes.

2. Vēlīnais traumas periods. Slimība pārsvarā noris regredienti. Vēlīnam traumas periodam raksturīga pakāpeniska stāvokļa uzlabošanās un pacienta izveseļošanās, tomēr ne visos gadījumos izārstēšanās ir pilnīga un nereti var atrast arī atlieku parādības.

3. Seku periods.

Turpmākajā materiāla izklāstā apskatīsim slimības klīniskās īpatnības, kas vērojamas dažādos traumu periodos.

Akūtajā stadijā pēc traumas parasti iestājas bezsamaņa (koma), kas ir ilgāka, ja ir smags organisks galvas smadzeņu bojājums (parasti pēc kontūzijas un kompresijas ar smadzeņu vielas bojājumu). Bezsamaņas periods var turpināties vairākas diennaktis. Īsāks bezsamaņas periods vērojams komociju gadījumos, bet vieglākos gadījumos var būt tikai sopors, somnolence, apdullums.

Gaisa spiediena izraisīto traumu gadījumos bez trieciena viļņa radītajām izmaiņām eksplozijas zonā rodas arī izteiktas atmosfēras spiediena svārstības, tādēļ slimniekiem pēc traumas novērojama asiņošana no mutes, deguna, ausīm.

Bezsamaņa (koma) likvidējas pēc parastās likumības – sākumā rodas sopors, tad obnubilācija, miegainība un beidzot iestājas skaidra apziņa.

Pēc apziņas noskaidrošanās slimniekam saglabājas atmiņas zudums (amnēzija) par laika periodu, kas saistīts ar traumu: vai nu slimnieks neatceras laiku pirms traumas – apstākļus, kādos nelaimes gadījums noticis (retrogrādā amnēzija), vai arī neatceras kādu laika posmu pēc galvas traumas (anterogrādā amnēzija). Parasti vienam un tam pašam slimniekam vienlaikus ir abi šo amnēzjju veidi (retroanterogrādā amnēzija).

Slimniekiem pēc galvas smadzeņu traumas raksturīga astēnija, kas var izpausties galvenokārt kā ļoti stiprs nogurums, adinamija vai arī kā pastiprināta satraucamība un eksplozivitāte. Pirmajā gadījumā slimnieki guļ, aizgriezušies no pārējiem, viņi vēlas mieru un klusumu, nevēlas sarunāties, nevēlas tikties ar apmeklētājiem, nevēlas atbildēt uz jautājumiem un kustēties, nevēlas neko ne redzēt, ne dzirdēt. Otrajā gadījumā bez pastiprinātās nogurdināmības raksturīga arī ārkārtīgi stipra uzbudināmība ar eksplozivitāti. Slimnieki satraucas par sīkumiem, kļūst ļauni, konfliktē (to paši nereti vēlāk nožēlo), sūdzas par istabas biedriem, ārstējošo ārstu, nodaļas personālu. Sarunās slimnieki ātri apvainojas, uzbudinās, it īpaši tad, ja viņus uzreiz nesaprot vai pārprot, ja viņus ilgāk izjautā vai precizē slimnieka atbildes.

Psihozes akūtajā traumas periodā. Biežāk psihozes novēro gadījumos, ja pēc komatozā stāvokļa slimnieks neaizmieg. Psihoze var rasties tūlīt pēc apdulluma izbeigšanās, gan arī vēlāk, kad slimniekam jau ir skaidra apziņa.

Psihozes nav raksturīgas gaisa traumu gadījumā. Komociju un kontūziju gadījumā raksturīgas psihozes ar eksogēnu psihožu klīnisko ainu. Kontūziju gadījumos psihiskie traucējumi kombinējas ar smagākiem neiroloģiskiem traucējumiem un attiecīgu perēkļveida bojājuma simptomātiku. Atklāto galvas smadzeņu traumu gadījumos ir *dura mater* bojājums, tādēļ sarežģījumus somatiskajā un psihiskajā stāvoklī var izraisīt sekundārā infekcija (atšķirībā no slēgto traumu gadījumiem).

Delīrijs. Visbiežāk novēro profesionālo delīriju. Gaisa spiediena izraisīto traumu gadījumos slimnieks parasti it kā atrodas kara laika apstākļos, komandē, uzbrūk, prasa ieročus. Delīrijs var ilgt dienas, pat nedēļas. Akūtie psihiskie traucējumi pastiprinās naktīs un izbeidzas dienās.

Krēslas stāvoklis. Tas var turpināties ar pārtraukumiem, kā arī var atkārtoties pirmajās dienās vai nedēļās pēc traumas. Te svarīgi noteikt, vai nav ambulatorais automātisms, jo tā laikā, lai gan slimnieks it kā pareizi un mērķtiecīgi rīkojas, viņš var noklīst, apmaldīties un pat aiziet bojā.

Tālāk slimības gaita pēc galvas smadzeņu traumas principiāli ir regredienta. Tuvākajā laikā pēc traumas simptomātika ir smagāka, bet vēlāk stāvoklis pakāpeniski uzlabojas. Praktiski pilnīga izveseļošanās ne vienmēr iestājas, un atsevišķos gadījumos ar laiku slimnieka stāvoklis pat pasliktinās. Stāvokļa pasliktināšanos parasti novēro kaitīgu ārējo faktoru ietekmē, galvenokārt alkoholisma, psihiskas un fiziskas pārslodzes, kā arī pievienojušās aterosklerozes rezultātā. Stāvokli var pasliktināt arī jebkura blakusslimība, piemēram, infekcija, kā arī intoksikācija.

Vēlīnais traumas periods. Tas iestājas pēc akūta stāvokļa izbeigšanās, un tam raksturīgi šādi simptomi: galvas sāpes, miega traucējumi, galvas reiboņi, slikta dūša, astēnija.

Viena no biežākajām slimnieku sūdzībām ir galvas sāpes, kuru dēļ parasti slimnieki griežas pie ārsta. Galvas sāpes var būt kā lokālas, tā difūzas, tās rodas smadzeņu apvalku kairinājuma rezultātā, mainoties likvora spiedienam. Galvas sāpes slimniekam pastiprinās, braucot vilcienā, autobusā, ejot, liecoties, troksnī, pastiprinātā fiziskā un psihiskā slodzē, kā arī meteoroloģisko faktoru ietekmē.

Iespējami miega traucējumi. Tad slimnieki sūdzas par «cauru miegu», ka arī par nepatīkama rakstura trauksmainiem sapņiem. Viņi sapnī redzot skriešanu, braukšanu, krišanu, pakaļdzīšanos, kautiņus, dramatiskus notikumus, bet pēc tam pamostoties ar baiļu sajūtu.

No vestibulāriem traucējumiem raksturīgi galvas reiboņi, slikta dūša. Tāpat kā galvas sāpes, šie simptomi pastiprinās pēc pārpūles, karstumā, sasmakušā gaisā, pārpildītās telpās, braucot transporta līdzeklī. Reiboņu dēļ slimnieki nevar sēdēt pretēji transporta kustības virzienam un skatīties pa logu. Šie slimnieki nevar skatīties televizoru, viņi slikti jūtas, skatoties uz mirdzošiem un mirgojošiem priekšmetiem, raibām krāsām, režģiem, žuburiem, pinumiem, asiem, stūrainiem priekšmetiem. Reizēm galvas reiboņus pastiprina acu kustības, piemēram, ar acīm sekojot bumbiņai tenisa sacensībās, lasot. Retāk novēro īstus galvas reiboņus vienlaicīgi ar sajūtu, ka visi apkārtējie priekšmeti vai pat slimnieks pats griežas riņķī.

Pastāvīgi slimniekiem ir arī sūdzības par pastiprinātu nogurdināmību. Slimnieki, kas ir pārcietuši galvas smadzeņu traumu, sevišķi slikti panes darbu nakts maiņās, kā arī jūt lielāku nekā iepriekš nepieciešamību izmantot atpūtas dienas un atvaļinājumus.

Slimnieki nepanes gaisa spiediena svārstības (Pirogova simptoms)[53], jo to rezultātā viņiem pastiprinās nogurums, kā arī pieaug galvas sāpes un veģetatīvie traucējumi. Sevišķi slikti šādi slimnieki jūtas karstā laikā, pirtī, karstās, smacīgās un piesmēķētās telpās. Vieglāk viņi panes aukstumu.

No emocionāliem traucējumiem slimniekiem raksturīgas disforijas – nomākts garastāvoklis ar īgnumu, nemieru, trauksmi, ļaunumu. Parasti šādi garastāvokļa periodi ar iespējamu sekojošu «izlādēšanos» sākas pēc kāda niecīga provocējoša ārējā iemesla (pēc strīda, vārdu pārmaiņas, nesaprašanās) vai arī likvora hipertenzijas un citu endogēnu faktoru iespaidā.

Parasti ir arī veģetatīvie traucējumi, kas izpaužas ar pastiprinātu svīšanu, tremoru, sāpēm sirds apvidū, jau minētajām galvassāpēm. Konstatē arī paaugstinātu likvora spiedienu un nedaudz palielinātu albumīnu daudzumu likvorā.

Seku periodā pēc galvas smadzeņu traumām, ja vēlīnajā traumas periodā nav iestājusies pilnīga izveseļošanās, konstatē psihoorganisko sindromu ar personības izmaiņām pēc

1) astēniskā tipa (traumatiskā encefalopātija ar astēniju);
2) eksplozīvā tipa (traumatiskā encefalopātija ar eksplozīvitāti);
3) eiforiskā tipa (traumatiskā encefalopātija ar eiforiju);
4) apātiskā tipa (traumatiskā encefalopātija ar apātiju).

Pirmie divi minētie stāvokļi prognostiski ir labvēlīgāki, jo šai gadījumā slimībai ir tendence uz regredientu gaitu. Pēdējie varianti ir nelabvēlīgāki, jo tiem ir tieksme progresēt. Nereti nevar skaidri izdalīt kādu vienu no šiem variantiem, un tad jārunā par personības psihopatizāciju kopumā, kad klīniskajā ainā atrodam gan astēnijas elementus, gan eksplozivitāti, kas nereti ir kopā ar histēriska rakstura traucējumiem un hipohondriju.

Traumatiskā encefalopātija ar astēniju. Lai gan astēnija raksturīga visiem variantiem, šeit tā ir priekšplānā. Slimniekam dominē pastiprināta nogurdināmība, ātra satraucamība, neizturība pret psihiskām un fiziskām slodzēm. Slimnieki bieži izsaka somatiska rakstura sūdzības, kā arī viņiem rodas nepieciešamība pēc papildu atpūtas, ir jāizmanto darba nespējas lapas. Šie slimnieki nereti saņem invaliditāti. Viņu stāvokli uzlabo atpūta, vispārspēcinoša terapija, diēta, nomierinošas un stiprinošas fizioterapeitiskās procedūras, ārstēšanās sanatorijās un kūrortos, pat tikai psihoterapeitiskas sarunas.

Slimnieks 40 gadus vecs. Viņa raksturs pēc pārciestās traumas esot izmainījies. Pēc paša vārdiem, kā arī apkārtējo cilvēku novērojumiem, slimnieku katrs sīkums kaitinot un satraucot. Viņš jūtot pastāvīgu vājumu un nogurumu. Slimnieks nevar nodarboties ar sportu, jo «nav vairs spēka», no rītiem, ierodoties darbā, nokavējas, jo tik ļoti nākot miegs, ka nevar savlaicīgi piecelties, lai nokļūtu laikus rūpnīcā. No rītiem esot smaga galva un noguruma sajūta, reizēm arī galvas sāpes. Vakaros, lai gan esot nogurums un galvas sāpes, ilgi nevarot iemigt, nemierīgi grozoties gultā. Sevišķi slimnieku traucējot tas, ja istabā tikšķ modinātāja pulkstenis vai lido muša. Sapņi viņam esot nepatīkami, naktī viņš vairākkārt pamostoties.

Pēc darba biedru vārdiem, slimnieks ar darbu netiekot galā, strādājot ļoti gausi, reizēm esot paviršs un pieļaujot kļūdas, darbā paliekot tikai tādēļ, ka «slimnieku žēl atlaist».

---

[53] **V.E.:** Николай Иванович Пирогов (1810–1881) – krievu ārsts un anatoms.

Pēc rakstura slimnieks labsirdīgs, ātri sāk raudāt, ja saruna skar kādu nelaimes gadījumu (kaut vai svešam cilvēkam). Slimnieks izsaka «pamācošus» izteicienus un banālas frāzes par cilvēku savstarpējām attiecībām, ļoti pārdzīvo netaisnību, rupjību, sīkus strīdus, apvainojumus, nejaušu vārdu pārmaiņu, kaut arī tā notikusi ar svešiem cilvēkiem uz ielas, gluži nenozīmīgās situācijās. Slimnieks ilgi nevar aizmirst, kā viņu uz ielas nolamājis kāds alkoholiķis.

Slimnieks nodaļas režīmam pakļaujas un ļoti vēlas ārstēties. Sarunā ar ārstu viņš izsaka daudz sūdzību, ļoti labprāt runā par savu veselību un ilgi, reizēm pat pārāk atklāti stāsta par savām intīmajām lietām. Slimnieks ar ārstu runā ļoti ilgi, reizēm viņš pieiet klāt ārstam vairākas reizes dienā un pat traucē ar savu uzbāzību. Slimnieks ļoti baidās no injekcijām, kā arī kategoriski atsakās no punkcijas.

Traumatiskā encefalopātija ar eksplozivitāti. Bez jau minētās astēnijas klīniskajā ainā dominē pastiprināta satraucamība. Slimnieki uzbudinās un kļūst nesavaldīgi par niekiem – par nejauši pateiktu vārdu, neuzmanīgāku aizrādījumu, laikus nepasniegtu ēdienu, nepietiekami labu apkalpošanu veikalā, apkārtējo disciplīnas pārkāpumiem.

Slimnieki viegli zaudē pašsavaldīšanos, kļūst rupji, paši rada strīdus un pat pieļauj rupjus, fiziskus izlēcienus pret apkārtējiem cilvēkiem. Visbiežāk viņi tūlīt pēc notikušā savu rīcību nožēlo, taču nākamajā reizē līdzīgā situācijā viņi savaldīties tomēr nespēj. Šādi slimnieki ar grūtībām piemērojas apkārtējiem cilvēkiem, ne tikai viegli rada konfliktus, bet pat ierosina tiesas procesus, kļūst kverulanti. Šīs grupas slimniekiem vairāk nekā citiem ir tieksme vienlaikus ar egocentrismu un teatralitāti uz sekundāru alkoholismu.

Slimnieks 36 gadus vecs. Pēc galvas traumas slimnieka raksturs esot izmainījies. Slimnieks sadzīvē kļuvis grūti panesams, un tādēļ daudzi cilvēki no viņa sākuši apzināti vairīties, jo «esot bīstami ar tādu sapīties».

Slimnieks mājās ir egoistisks, rupjš, reizēm pat agresīvs. Reizēm esot nesavaldīgs, rupjš, necenzēti lamājoties sievas un bērnu klātbūtnē, reizēm sākot kauties. Bijuši gadījumi, it īpaši tad, ja slimnieks ieradies mājās iereibis, kad sācis tračus, tādēļ slimnieka ģimene bijusi spiesta no slimnieka bēgt un glābties pie kaimiņiem. Vienreiz slimnieks dzinies sievai pakaļ ar malkas pagali, bet vairākas reizes esot tikusi izsaukta milicija.

Darbā slimnieks bieži konfliktē ar pārējiem brigādes strādniekiem un brigadieri. Ātri iekarstot un strīdos draudot pārējiem, bijuši pat gadījumi, ka sācis kauties un iesitis meistaram. Vienu reizi tiesāts par sīko huligānismu. Viņa lieta vairākkārt izskatīta biedru tiesā, atņemtas prēmijas, kā arī slimniekam ir piespriests administratīvs sods.

Tāpat pēc niecīgiem iemesliem slimnieks viegli sāk skandālus uz ielas, piemēram, ja kāds nejauši pateicis viņam asāku vārdu, kas slimniekam licies apvainojošs, ja ēdnīcā savlaicīgi nav izsniegta zupa, ja ilgāk bijis jāgaida rindā pie kases, ja nav bijusi sīknauda, ko viņam izdot, ja kāds bez rindas iegājis slimniekam priekšā veikalā.

Slimnieks savu nepareizo uzvedību saprot, ātri nomierinās un savu rīcību nožēlo, pat ir ar mieru iet atvainoties, reizēm raud, solās citreiz būt savaldīgāks, tomēr doto vārdu nespēj izpildīt, jo «ar sevi neko nespējot padarīt», «uzliesmojot kā uguns», bet pēc tam savu rīcību apdomā un padarīto nožēlo. Slimnieks lūdz palīdzēt, vēlas ārstēties.

Traumatiskā encefalopātija ar eiforiju ir smagāks bojājums, kad izteiktāk nekā iepriekšējā variantā parādās encefalopātija ar nespēju pareizi novērtēt savu stāvokli.

Slimnieks 51 gadu vecs, pastāvīgi ir eiforiskā garastāvoklī. Ar darbu netiek galā, kļuvis par invalīdu, tomēr to nepārdzīvo. Ilgāku laiku atrodas psihiatriskajā slimnīcā, bet garastāvoklis nemainās. Smaidīgs, interesējas tikai par pienesumiem un cigaretēm. Prasa, lai «dod uzpīpēt», kad nodaļā nāk ārsts vai ierodas medicīnas institūta studenti. Ar visiem sasveicinās un apjautājas par pašsajūtu, pie tam pats piebilst, ka viņš jūtoties «lieliski».

Slimniekam ir izteikta plānprātība, viņš nezina pašreizējo dienu un datumu, bet zina gadu, kā arī to, ka atrodas slimnīcā. Bezdarbīgs. Ar piederīgajiem tiekas bez intereses, par ārstēšanos neinteresējas.

Traumatiskā encefalopātija ar apātiju ir vissmagākais variants. Slimnieks šajā gadījumā ir aspontāns, dienu pavada gulšņājot vai arī sēžot bezdarbībā un ne par ko neinteresējoties. Vieglākos gadījumos ir vienaldzīgs pret sevi, citiem, visu apkārt notiekošo. Pasīvs.

Slimnieks 38 gadus vecs, pēc pārciestās galvas smadzeņu traumas ļoti izmainījies. Darbā strādājis gausi, neizpildījis plānu, nereti pieļāvis rupjas kļūdas, bet par notikušo neuztraucies. Darbā pazemināts amatā un vēlāk atlaists.

Nodaļā režīmam pakļaujas, ar citiem slimniekiem nekontaktē. Pats pie ārsta negriežas, medikamentus paņem tikai pēc uzaicinājuma, neinteresējas, kādi medikamenti un fizioterapeitiskās procedūras viņam nozīmētas. Reizēm citi slimnieki viņu izsmej, bet par to slimnieks neuztraucas.

Traumatiskā epilepsija. Akūtajā traumas periodā radušās lēkmes neliecina par nelabvēlīgu slimības tālāko gaitu, jo var izbeigties. Nelabvēlīgāka prognoze ir tajos gadījumos, kad epileptiskās lēkmes parādās pēc ilgāka laika pēc pārciestas traumas (tas var notikt pat pēc desmit gadu starplaika).

Reizēm lēkmes provocē ārējie apstākļi – alkohols, pievienojusies infekcija, intoksikācija. Parasti pirmās lēkmes pēc rakstura satur gan epileptiskajai, gan histēriskajai lēkmei raksturīgus elementus: tās sākas pēc psihotraumējoša momenta (nepatīkamas sarunas, konflikta situācijā), lēkmes sākumā apziņa nav pilnīgi izslēgta, bet ir tikai sašaurināta. Tālākā dinamikā lēkme pāriet epileptiskā lēkmē ar tipiskiem krampjiem, pilnīgi aptumšotu apziņu, mēles sakošanu un pilnīgu amnēziju par šo periodu. Bez krampju lēkmēm slimniekiem novēro arī citus epilepsijai raksturīgus paroksismus (mazās epileptiskās lēkmes, krēslas stāvokļus utt.).

Psihozes vēlīnajā traumas periodā un seku periodā. Tās vienmēr jādiferencē no endogēno slimību izraisītām psihozēm.

Paranojālie murgi parasti rodas slimniekiem, kuriem jau atrodama demence. Galvenokārt tie ir slimnieki, kuriem bez traumas ir pievienojušies arī citi nelabvēlīgi faktori – alkoholisms, ateroskleroze, citas somatiskas slimības. Jo slimniekiem demence ir izteiktāka, jo murgi ir aplamāki pēc satura, jo tie grūtāk koriģējami un slimnieki nesaprātīgāk murgu plānā uzvedas. Parastākā murgu tēma ir greizsirdība, kā arī novēro hipohondriskus murgus. Nereti slimnieki kļūst kverulanti, nemitīgi raksta sūdzības (par pensiju, dzīvokli, par darba biedriem, ģimenes locekļiem utt.).

Slimniekiem, kuri pārcietuši galvas smadzeņu traumas, vieglāk nekā veseliem cilvēkiem rodas psihogēnas reakcijas niecīgu psihotraumējošu momentu rezultātā (sk. nodaļu «Reaktīvie stāvokļi»).

Katatonija. Stāvoklis līdzīgs katatonam stāvoklim šizofrēnijas gadījumos, tomēr klīniskajā ainā ir atšķirības – slimnieki ir tāpat mazkustīgi, tomēr viņiem nav negatīvisma un slimnieki neizrāda pretestību ārsta rīcībai, izpilda viņa norādījumus. Sejas izteiksme nav tāda, kā pārdzīvojot fantastisku oneiroīdu stāvokli, bet gan tajā atspoguļojas trauksmes un baiļu sajūta. Ja rodas impulsīvas rīcības epizodes, tad tās ir līdzīgas histēriskiem traucējumiem ar kliegšanu, uzbudinājumu. Pēc katatonā stāvokļa izbeigšanās (tas ilgst minūtes vai stundas) iestājas dziļa astēnija.

Apātiskā stupora gadījumā slimniekam ir dziļa astēnija un apātisks garastāvoklis atšķirībā no maniakāli depresīvās psihozes slimnieku depresīvā stupora.

Akūti paranoīdi stāvokļi sākas akūti un izpaužas ar spilgtiem murgiem uz trauksmaina garastāvokļa fona. Slimniekiem ir bailes, viņi neguļ, jo viņiem ir pārliecība, ka apkārtējie viņus grib nonāvēt. Slimnieki visur saskata draudus, viņiem var būt pat iedarbības murgi, bet tie nav tik intensīvi kā šizofrēnijas gadījumā.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Diagnostikā nereti ir grūti atšķirt traumatisko slimību no šizofrēnijas. Praksē nereti traumatiskas psihozes netiek pietiekami pamatoti diferencētas un reizēm (neirotisko izmaiņu periodā, t.i., slimības sākuma posmā) savlaicīgi netiek diagnosticēta šizofrēnija pacientiem, kuri neilgi pirms endogēnā patoloģiskā procesa sākuma pārcietuši galvas traumu. Traumatiskās psihozes vai šizofrēnijas diagnoze nosakāma tikai pēc slimības klīniskās ainas, un faktam par iepriekš pārciesto traumu var būt tikai papildu nozīme.

Atšķirībā no šizofrēnijas traumatisko psihožu gadījumos akūtajos stāvokļos vienlaikus ar eksogēnām psihozēm raksturīgo klīnisko ainu nav šizofrēnijai raksturīgās simboliskās domāšanas. Tāpat psihiskā automātisma sindroms nav dominējošais. Atšķirībā no šizofrēnijas simptomātisko murgu psihožu gadījumos slimnieki ir pieejamāki, viņu spriedumos nav dīvainību, simbolikas, pārnestās nozīmes. Psihozei ieilgstot, slimnieki gan kļūst mazāk aktīvi, bet viņiem nerodas šizofrēniskais autisms un citas personības izmaiņas, kā tas ir šizofrēnijas gadījumā.

ĀRSTĒŠANA. Akūtajā traumas periodā slimnieki parasti atrodas neiroķirurģiskajā vai neiroloģiskajā nodaļā un saņem atbilstošu terapiju. Uzbudinājuma un akūtu psihožu gadījumos nepieciešams pievienot neiroleptiskos līdzekļus (aminazīnu, haloperidolu).

Astēniskos stāvokļos, sūdzībām pastiprinoties, kas parasti saistās ar likvora spiediena celšanos, ieteicami dehidratējoši līdzekļi (intravenozi kursa veidā magnēzijs ar glikozi), diurētiski līdzekļi.

Atlieku parādību gadījumos slimniekiem nepieciešama pareiza iekārtošana darbā, vēlams bez darba nakts maiņās un bez fiziskas un psihiskas pārpūles. Nepieciešama vispārstiprinoša terapija.

Gadījumos, kad dominē sūdzības par satraucamību, eksplozivitāti, ieteicami mazie trankvilizatori (seduksēns), miega līdzekļi. Psihozes ārstē simptomātiski ar neiroleptiskajiem līdzekļiem.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Slimnieki viegli satraucami, tādēļ izraisa pilnīgi negaidītus konfliktus ar citiem slimniekiem un personālu. Slimniekiem nepieciešams nodrošināt saudzējošu režīmu ar pietiekošu atpūtu. Nereti slimnieki labāk jūtas vienatnē, ātri satraucas sarunās ar studentu grupām un situācijās, kur nākas kontaktēt ar daudziem cilvēkiem.

Hroniskais alkoholisms

Hronisko alkoholismu (speciālajā literatūrā biežāk lieto saīsinātu apzīmējumu «alkoholisms») sociālā nozīmē saprot kā pārmērīgu alkoholisku dzērienu lietošanu, kas nelabvēlīgi ietekmē veselību un atsaucas uz darbu, sadzīvi un sabiedrības labklājību. Medicīniskā nozīmē alkoholisms ir slimība, kura rodas sistemātiskas alkoholisku dzērienu lietošanas rezultātā un kuru izraisa alkohols kā narkotiska viela (G. Entins).

Pēc statistikas datiem, hronisko alkoholiķu skaits pasaulē pieaug.

Alkoholisma etioloģijā galvenā nozīme ir alkoholam, tomēr slimības attīstībā nozīme ir ne tikai toksiskajam produktam (eksogēnajam faktoram), bet arī organisma īpatnībām (endogēnajiem faktoriem), jo dažiem cilvēkiem alkohols izraisa raksturīgas organisma izmaiņas samērā lēni, turpretī citiem katastrofāli ātri var attīstīties alkoholismam raksturīgā personības degradācija. Par alkoholiķiem vieglāk kļūst cilvēki ar rakstura patoloģiju premorbīdā – psihopātiskas un primitīvas personas ar šauru interešu loku, – kā arī tie cilvēki, kuri alkoholu sāk lietot agri, līdz 20 gadu vecumam.

Patoloģiski anatomiskajā ainā hroniska alkoholisma gadījumā atrod kā distrofiskas, tā atrofiskas izmaiņas galvas smadzenēs, kā arī deģeneratīvas izmaiņas iekšējos orgānos – aknās, nierēs, kuņģī un zarnu traktā.

Izdala vairākas alkoholisma stadijas. Mēs izmantosim A. Portnova un I. Pjatņickas klasifikāciju, pēc kuras vadās arī Latvijas PSR narkoloģiskais dienests.

I. Sadzīves alkoholisms

Sadzīves alkoholismam raksturīga gadījuma, epizodiska iedzeršana. Iedzeršanas notiek svētkos, jubilejās un sevišķu notikumu gadījumos. Lai gan iedzeršanas ir samērā reti, tomēr arī šajā stadijā nereti dzeršanas nepaliek bez sekām. No sociālā viedokļa alkohola apreibuma laikā nereti notiek sabiedriskās kārtības noteikumu pārkāpumi, pat smagi noziegumi, bet no medicīniskā viedokļa jau šajā stadijā izmainās organisma attieksme pret alkoholu – pakāpeniski tiek lietotas arvien lielākas dzērienu devas, palielinās indivīda izturība (tolerance) pret izdzerto alkoholu, parādās vajadzība (tieksme) pēc alkohola.

Sadzīves alkoholisma stadijā cilvēkam alkohola intoksikācijas rezultātā rodas vemšana – organisma aizsargreflekss, kuras dēļ pārāk lielu alkohola devu slimnieks nevar iedzert. Pieradinoties pie alkohola, šis organisma aizsargreflekss tiek dzēsts un parādās pēc arvien lielāku alkohola devu lietošanas. Ja, neskatoties uz izdzerto alkohola daudzumu, vemšanas reflekss vairs nerodas, tad jāuzskata, ka attīstījusies alkoholisma otrā stadija – hroniskais alkoholisms (A. Portnovs, I. Pjatņicka).

II. Hroniskais alkoholisms

Šai stadijai, savukārt, izdala 3 stadijas:

1) sākuma jeb neirastēnisko stadiju,
2) vidējo jeb narkomānisko stadiju,
3) gala jeb encefalopātisko stadiju.

Alkoholismam[54] visās stadijās raksturīgs t.s. <u>narkomāniskais sindroms</u>, kas pats sastāv no diviem sindromiem – atkarības sindroma un izmainītās reaktivitātes sindroma.

<u>Atkarības sindroms</u> liecina par to, ka slimnieka uzvedību arvien vairāk sāk noteikt izdzertais alkohols, pacients it kā psihiski un fiziski kļūst arvien vairāk no tā atkarīgs. Atkarības sindroms (tā psihiskais un fiziskais komponents) izpaužas kā

1) tieksme pēc alkohola,
2) paškontroles zudums, lietojot alkoholu,
3) abstinences jeb paģiru sindroms.

<u>Izmainītās reaktivitātes sindroms</u> liecina, ka alkoholiķis uz iedzerto alkoholu reaģē savādāk, nekā reaģēja agrāk, kad vēl nedzēra vai atradās sadzīves alkoholisma stadijā. Sindroms savukārt sastāv no

1) izmainītas tolerances pret alkoholu,

[54] Īsuma labad turpmāk termina «hroniskais alkoholisms» vietā lietosim «alkoholisms».

2) izmainītām dzeršanas formām,
3) izmainīta noreibuma rakstura.

Narkomāniskais sindroms, kas attīstās alkoholisma sākumā, atrodams visos alkoholisma gadījumos, taču katrā alkoholisma stadijā izpaužas atšķirīgi.

Neirastēniskā stadijā narkomāniskam sindromam raksturīgi, ka psihiskā atkarība izpaužas kā uzmācīga (obsesīva) tieksme pēc alkohola, kuras rezultātā samazinās kontrole pār izdzerto alkoholisko dzērienu daudzumu (kvantitatīvās kontroles samazināšanās), bet fiziskās atkarības trūkst. Izmainītā reaktivitāte izpaužas kā palielināta tolerance pret alkoholu, izmainītas apreibuma formas (parādās palimpsesti), izmainītas dzeršanas formas. Šai stadijā epizodiskas dzeršanas vietā slimnieks sāk dzert sistemātiski.

Tieksme pēc alkohola ir viena no pirmajām alkoholisma pazīmēm. Šai laikā viss, kas saistās ar iedzeršanu, izraisa patīkamas emocijas, pacilātu garastāvokli. Cilvēkam, kas vēl nav kļuvis par alkoholiķi, bet ir jau sadzīves alkoholisma stadijā, rodas patīkamas emocijas, atceroties iepriekšējo dienu iedzeršanas, tikšanos ar draugiem pie vīna glāzes, gatavošanos iedzert (piemēram, dzērienu pirkšanu).

Attīstoties narkomāniskam sindromam, rodas uzmācīga tieksme pēc alkohola. Sākumā tas notiek pēc ilgāka laika pēc iedzeršanas, bet pārtraukumi pakāpeniski samazinās, un tad vajadzība pēc jaunas iedzeršanas var rasties jau pat nākamajā dienā. Slimniekiem brīžiem darbā, mājās vai uz ielas rodas «uzmācīgas» domas, ka nebūtu slikti, ja varētu iedzert («viens tā kā derēja»). Slimnieki labprāt un aktīvi meklē un izmanto jebkuru iemeslu, lai radītu kompāniju, piemēram, algas dienas, dažādus pirkšanas vai pārdošanas gadījumus, pāriešanu jaunā dzīvoklī, tikšanos pie televizora, lai kopā noskatītos sporta pārraidi, utt.

Alkohola reibums slimniekam ir patīkams, viņam parādās labs garastāvoklis, eiforija, rodas drošības sajūta, lieli plāni, plaši nodomi. Reibumā nereti saasinās slimnieka rakstura īpašības – tās pastiprinās, akcentējas tik stipri, ka to apzīmē par rakstura īpašību kariķēšanos. Piemēram, aizdomīgs cilvēks alkohola reibumā sarunās pāriet uz konfidenciālu čukstēšanu, par visiem zināmām lietām runā noslēpumaini un brīdina, «lai tikai viss paliktu starp mums». Citi slimnieki kļūst lielīgi un stāsta par savām šķietami milzīgajām spējām, nopelniem, nākotnes iespējām, talantu, kuri tikai kaut kādu nejaušu apstākļu dēļ neesot realizējušies (nav bijušas iespējas, citu nelabvēļu vainas dēļ, slimnieks neesot karjerists un nepūloties izcelties). Ja cilvēks ir greizsirdīgs, tad viņam dzērumā var rasties aizdomas, ka dzīvesbiedre ir neuzticīga, kas sākumā vēl nākamajā rītā pāriet.

Šai stadijā izmainās arī «dzeršanas stils». Slimnieki, sēžot pie viesību galda, jūt vajadzību arvien drīzāk piepildīt un izdzert nākamo glāzīti. Alkoholiķis negaida, lai uzsauktu tostu, pēc kura dzertu visi reizē. Viņš iedzer viens pats. Alkoholiķis nevar atstāt sabiedrību un viesību galdu tikmēr, kamēr vēl uz galda ir neizdzerta kaut viena pudele, iesāktais dzēriens viņam vienmēr jāizdzer, kaut arī tas beidzas ar bezsamaņu intoksikācijas rezultātā.

Pieaug arī organisma tolerance pret alkoholu. Ja arī vesels, fiziski spēcīgs cilvēks pēc kāda laika var iedzert vairāk, nekā tad, kad vispār sāka lietot alkoholu, tad alkoholisma gadījumos šie daudzumi četrkārt un pieckārt var pārsniegt sākuma devas. Tātad alkoholiķis savādāk nekā nedzērāji reaģē uz alkoholu, viņam pieaug tolerance attiecībā gan uz reizes devām, gan uz diennaktī izdzerto alkohola daudzumu.

Samērā agri sāk zust kontrole pār izdzerto alkoholisko dzērienu daudzumu, un slimnieki nereti izdzer vairāk, nekā var «panest», – nezina mēru. Rodas t.s. kvantitatīvas kontroles zudums. Alkoholisma sākumā mēra sajuta izzūd tikai pēc kādas noteiktas izdzertas devas, pie tam ar laiku šī deva samazinās.

Alkoholiķiem vēlāk dzēruma laikā parādās epizodes, ko otrajā dienā viņi neatceras (palimpsesti), pie tam amnezētie notikumi notikuši periodā, kad slimnieks bija iereibis, bet nebija bezsamaņā. Piemēram, slimnieks neatceras, ko runājis ar galda biedru, ar ko dejojis, ar ko saticies, kā nokļuvis mājās.

Slimnieks 20 gadus vecs, alkoholu sācis lietot no 18 gadu vecuma, t.i., pirms diviem gadiem, «draugu iespaidā». Sākumā pēc izdzertiem 150–200 gramiem juties jautri, labprāt runājis un jokojis. Apkārtējie cilvēki uzskatījuši, ka slimnieks ir asprātīgs, draudzīgs, gudrs, spējīgs. Ātri apreibis, reibumā bijusi slikta dūša, reizēm arī vemšana. Tomēr pakāpeniski izdzertās alkohola reizes devas palielinājušās un, ja agrāk vakarā varējis iedzert 250 gramus, tad tagad 500 gramus un pat vairāk. Nākamajā rītā pēc dzeršanas jūtas slikti, nožēlo iepriekšējo vakaru un sev apsolās nekad vairs alkoholisku dzērienu nelietot. Otrā dienā ir arī nomākts garastāvoklis, vājums, slikta dūša, galvas sāpes, bieži pašpārmetumi.

Pēdējā pusgadā slimnieks novērojis, ka pēc 50–100 gramu izdzeršanas viņam rodas vēlēšanās dzert vēl un vēl, ka viņš bieži «nezina mēru». Reizēm otrā rītā nav varējis atcerēties visus iepriekšējā vakara notikumus – ar ko sarunājies, ko teicis un kā nokļuvis mājās.

Šai laikā otrajā dienā pēc iedzeršanas, pēc draugu ieteikuma, mēģinājis slikto pašsajūtu uzlabot, lietojot atkal alkoholu. No sākuma tas bijis pretīgi un ne tikai izraisījis riebumu, bet pat pēc vienas izdzertas glāzītes pašsajūta pasliktinājusies un sākusies vemšana. Tomēr vēlāk reizēm ievērojis (parasti, ja iepriekšējā vakarā bija lietotas ne visai lielas alkohola devas), ka no rīta iedzertais alkohols pašsajūtu uzlabo.

Ja slimnieks vairākas dienas vai nedēļas nebija dzēris, tad viņam radušās domas, ka «vajadzētu sastiķēt». Tad viņš meklējis iemeslu izveidot kompāniju un iedzert. Pirms iestāšanās slimnīcā slimniekam «iznācis» dzert katru dienu.

Nodaļā slimnieks pilnīgi orientēts. Ar viņu viegli nodibināt kontaktu, uz jautājumiem viņš atbild asprātīgi un labprāt par sevi stāsta. Slimnieks daudz runā, brīžiem pret ārstu un citiem slimniekiem izturas familiāri. Sevi par dzērāju neuzskata, jo «dzerot tāpat kā visi». Ārstēties nācis tādēļ, ka bijušas nepatikšanas darbā – darba disciplīnas pārkāpumi – un prasību ārstēties izvirzījuši kā darba biedri, tā ģimene. Slimnieks interesējas, cik ilgi būs jāārstējas un kad varēs izrakstīties, solās alkoholu nekad vairs nelietot.

Narkomāniskā stadijā narkomāniskam sindromam ir īpatnības. Atkarības sindroms izpaužas kā tieksme pēc psihiska komforta, slimniekam tāpat kā pirmajā stadijā ir uzmācīga tieksme pēc alkohola un trūkst kvantitatīvas kontroles par izdzerto alkoholu. Šai stadijā slimniekam izveidojas arī fiziskā atkarība no alkohola, kas izpaužas jau kā kompulsīva (ne tikai obsesīva) tieksme pēc alkohola[55] – tā galvenokārt rodas kvantitatīvās kontroles zuduma rezultātā. Parādās arī abstinences sindroma somatoveģetatīvais komponents – vajadzība pēc fiziska komforta.

Izmainītā reaktivitāte izpaužas ar to, ka ir izveidojusies maksimāla tolerance pret alkoholu, kad izmainītas reibuma formas (amnēzijas). Sistemātiskas dzeršanas rezultātā rodas sociāla degradācija.

Raksturīgākais traucējums otrajā alkoholisma stadijā ir abstinences jeb paģiru sindroms. Pie tam jāuzsver, ka medicīniski lietotais apzīmējums «paģiru sindroms» atšķiras no sadzīvē lietotā apzīmējuma «paģiras». Ja nedzērājam pēc pārliecīgas iedzeršanas otrajā dienā ir slikta dūša, vemšana, galvas sāpes (intoksikācijas sekas) un ne tikai nav vēlēšanās iedzert nedaudz degvīna vai glāzi alus, bet alkohols pat liekas pretīgs un uz to viņš negrib pat skatīties (nedzērājs sev solās alkoholu nekad vairs nelietot), tad alkoholisma otrajā stadijā paģiru sindroms izpaužas tādējādi, ka radušies somatiskie (neiroloģiskie) un psihiskie traucējumi ar jaunu dzērienu devu ir likvidējami.

No somatiskajiem respektīvi neiroloģiskajiem traucējumiem, kas radušies alkohola lietošanas rezultātā, galvenokārt minami veģetatīvie traucējumi – svīšana, galvas sāpes, slikta dūša, sirdsklauves, kā arī roku trīce. No psihiskajiem traucējumiem, kas rodas vēlāk un liecina jau par dziļāku alkoholisma stadiju, minamas t.s. morālās paģiras – uzmācīgas, nepatīkamas atmiņas par iepriekšējo dienu dzeršanu, pārdzeršanos, nepareizo rīcību, uzvedību un aplamām runām. Slimnieks sevi nosoda, viņam rodas vainas apziņa, neērtības un baiļu sajūta, ka apkārtējie cilvēki pievērš uzmanību, izsmej, nosodoši skatās.

Slimniekam var arī būt rudimentāri alkohola psihozēm raksturīgi traucējumi – elementāras redzes un dzirdes halucinācijas, greizsirdības murgu idejas.

Sākumā paģiru sindromu var likvidēt ar nespecifiskiem tonizējošiem līdzekļiem – stipru tēju vai kafiju, aukstu dušu, bet vēlāk nepieciešamas jaunas alkohola devas, iepriekšminētie līdzekļi nelīdz. Īpaši agrīni tās izmanto darbinieki, kam darbā nepieciešamas precīzas roku kustības un kuras tremora dēļ nav iespējamas, piemēram, frizieri, oficianti.

No rīta iedzertais alkohols paģiru laikā radušos traucējumus likvidē, taču nereti slimniekam rodas vēlēšanās iesākto dzeršanu turpināt (kvantitatīvās kontroles zuduma dēļ), un tādēļ pēc pirmajām pāris glāzītēm, kas lietotas tikai lai «uzlabotu pašsajūtu», slimnieks no tālākas dzeršanas nespēj atturēties un sākas jauns dzeršanas periods. Tādējādi dzeršana var turpināties daudzas dienas un pat nedēļas no vietas. Šāda perioda sākumā dzeršana var notikt tikai rītos un pastiprināties vakaros, bet dienā pacienti vēl ierodas darbā. Pacientiem darba produktivitāte ir samazinājusies, viņi vairs nav spējīgi strādāt tā kā pirms dzeršanas, taču visumā ar darbu viņiem vēl kaut kā izdodas tikt galā.

Alkoholisma otrajā stadijā alkohola intoksikācijas laikā slimniekam vairs nav patīkamās eiforijas un labsajūtas, garastāvoklis viņam ātri mainās – viegli rodas īgnums, dusmas, neapmierinātība, pat agresivitāte. Neaprēķināmās rīcības dēļ slimnieki var kļūt sociāli bīstami (tieši alkohola reibumā notiek vairums pat smagu likuma pārkāpumu).

Alkohola intoksikācijas laikā slimniekiem ir nemiers, motorisks uzbudinājums, tieksme staigāt, aiziet no mājām, klaiņot apkārt. Dzērumā slimnieki runā visu laiku par vienu un to pašu tematu (iestrēgst tajā), tādēļ sarunās viņi vairs nevar piedalīties. Piemēram, slimnieks par sevi vai par kādu notikumu atkārto vienu un to pašu, izsaka it kā kaut kādus dziļdomīgus un pravietiskus paredzējumus («un tu

[55] Kompulsīva tieksme pēc alkohola ir neatvairāma tieksme dzert, pret kuru slimnieki parasti necīnās. Intensitātes ziņā tieksme var līdzināties fizioloģiskai tieksmei remdēt slāpes vai izsalkumu.

vienmēr atceries, ko es tev tagad teikšu»), nepārtraukti atvainojas un jautā, vai sarunu biedri viņu ciena vai ne.

Narkomāniskās stadijas beigās līdz ar kvantitatīvās kontroles zudumu novēro situācijas kontroles zudumu – pacients vairs nespēj novērtēt, kad, kādos apstākļos un ar ko kopā var un kad nevar iedzert. Slimnieki šos apstākļus neievēro, kaut arī kārtējā dzeršana ir iemesls darba disciplīnas pārkāpumam vai autoritātes zaudēšanai.

Arvien ilgstošāki un biežāki kļūst t.s. amnēziskie dzērumi, kad slimnieks otrā dienā vairs neatceras daudzus no tiem notikumiem, kas notika iepriekšējā vakarā (slimniekam, kā viņi paši saka, «pārtrūka filma»).

Otrajā alkoholisma stadijā slimnieks sāk sociāli un psihiski degradēties. Viņš regulāri kavē darbu, tādēļ viņam jāpāriet strādāt citur, mazāk apmaksātās un mazāk atbildīgās vietās, viņam jāizpilda mazāk kvalificēts darbs.

Rodoties organiskām izmaiņām, mainās cilvēka personība, notiek intelektuāla degradācija. Slimniekam agri izmainās raksturs, pie tam vispirms cieš slimnieka griba. Slimniekam zūd tāds jēdziens kā «dotais vārds» – neskatoties uz solījumiem un nodomiem, slimnieks arvien biežāk neizdara apsolīto, jo viņam it kā nejauši atgadījušies kaut kādi «neparedzēti apstākļi». Ja sākumā slimnieks vēl mēģina attaisnoties (gadījušies neparedzēti darbi, atnāca kāds cilvēks, ko nevarēja atraidīt), tad vēlāk slimnieks «vienkārši aizmirst» izpildīt pat nozīmīgus uzdevumus. Slimnieki ļoti viegli apsolās kaut ko veikt, bet tikpat viegli, bez kādiem pašpārmetumiem to visu aizmirst un dara tikai to, kas pašiem ir izdevīgi.

Slimniekam agri zūd arī t.s. ētiskās un estētiskās jūtas. Slimniekus vairs neinteresē tas, kas interesēja agrāk, – slimnieks vairs neapmeklē kinoteātrus, teātrus, nelasa avīzes, grāmatas, nepapildina savas profesionālās iemaņas. Pie tam slimnieki nereti savu degradāciju (vismaz sākumā) mēģina it kā attaisnot, paskaidrojot, ka viņi visu jau zina, ka nekā jauna nav un ka viņi ir gudrāki nekā pārējie – «apkārtējā pelēkā masa», tādēļ nenodarbojas ar sīkumiem (ar to nodarbojoties pārējie).

Otrajā stadijā var attīstīties arī akūtās alkohola psihozes – alkohola delīrijs un alkohola halucinoze.

Alkohola delīrijs rodas pēc dzeršanas perioda pārtraukšanas, retāk dzeršanas laikā. Psihiskajiem pārdzīvojumiem alkohola delīrija laikā raksturīga alkohola tematika. Ja delīrijs nav bijis ļoti smags, slimnieks nākamajā dienā tā saturu atceras (11. att.) un var to pastāstīt. Pēc smaga delīrija atmiņas ir vai nu fragmentāras, vai vispār nesaglabājas.

11. att. Alkohola delīrija laikā redzēto slimnieks atveidojis plastilīnā (V. Kanderātes novērojums).

Delīrijs parasti sākas vakarā un pastiprinās naktī. Slimnieki tad arī visbiežāk nokļūst psihiatriskajā slimnīcā vai, ja viņi atrodas somatisko slimību nodaļā, tad pie viņiem tiek izsaukts dežurējošais ārsts. Ilgstoša medikamentoza miega iespaidā delīrijs parasti beidzas, un slimnieks pamostas ar skaidru apziņu un kritisku attieksmi pret notikušo. Pēc smaga delīrija slimniekiem kritiskā attieksme pret notikušo parādās ne tūlīt pēc delīrija izbeigšanās, bet vēlāk – pēc vairākām dienām vai pat nedēļām. Šai laikā pastāv iespēja, ka delīrijs var atkārtoties, tādēļ slimnieki vēl vairākas dienas jāuzrauga un nedrīkst steigties viņus izrakstīt no stacionāra.

Alkohola delīrijs sākas ar ilūzijām. Slimnieks sarežģītākajos sienas rakstos, paklāju zīmējumos, uz sienām, koku lapās, ledus puķēs uz loga epizodiski saskata kaut kādus priekšmetus, cilvēkus, to kustību, pārvietošanos vai dažādas dinamiskas ainas, fantastiska rakstura zīmējumus, dzīvnieku figūras.

Ar laiku redzes maldu intensitāte pieaug, parādās arī halucinācijas, un tad slimnieki pilnīgi nokļūst to varā. Alkohola delīrija laikā halucinācijām raksturīgi dzīvnieki (kaķi, suņi, čūskas, retāk peles, žurkas), slimnieks redz arī cilvēkus, dažādus briesmoņus (kādu vispār nemaz nav), arī atbaidošas ainas – cilvēkus ar nogrieztām galvām, viņu slepkavas, sakropļotus stāvus, atsevišķas rokas, kājas, gaļas gabalus, striķus, nažus.

Parasti pacienti kritisku attieksmi pret apkārtni zaudē un tādēļ rīkojas atbilstoši redzētā saturam. Daži slimnieki, kuriem delīrijs jau bijis kādreiz agrāk, tā sākumā saprot, ka atkal ir uzliesmojusi psihoze, un tādēļ paši izsauc ātro palīdzību vai griežas pēc palīdzības psihiatriskajā slimnīcā. Delīrija laikā kontakts ar slimnieku ir apgrūtināts, bet lucīdo logu periodos, kad apziņa uz neilgu laiku noskaidrojas, tas iespējams. Šai laikā slimnieks saprot, ka viņš atrodas slimīgā stāvoklī.

Alkohola delīrija laikā ir raksturīgi arī somatiski respektīvi neiroloģiski traucējumi – slimnieks parasti piesarcis, sklēras ir sārtas, acis asaro, viņš ātri elpo un no mutes jūtama alkohola smaka (ja alkohols nesen lietots). Raksturīgs ir rupjš acu plakstiņu, mēles, roku pirkstu tremors. Smagos gadījumos samazinās asinsspiediens, iestājas tahikardija, kolapss.

Alkohola halucinozei raksturīgas verbālās halucinācijas, kas biežāk dzirdamas no abām pusēm (abās ausīs), retāk no vienas puses. Tāpat kā delīrijs, alkohola halucinoze sākas vakaros vai naktīs, klusumā ar dzirdes ilūzijām un funkcionālām halucinācijām. Piemēram, slimnieki pulksteņa tikšķos saklausa ritmiski izrunātus vārdus – «šņabīti, šņabīti», sev adresētus lamu vārdus saklausa garāmbraucošo automašīnu troksnī, trauku šķindoņā, radiopārraidēs, nejaušās cilvēku sarunās.

Ar laiku, stāvoklim pasliktinoties, sākas verbālās halucinācijas un slimnieki dzird balsis no ielas, aiz loga, no augšējā stāva, no blakus dzīvokļa. Balsis (īstās halucinācijas) ne ar ko neatšķiras no reālām balsīm, slimnieki ir pārliecināti par to esamību, tādēļ viņu uzvedība atkarīga no halucināciju satura. Halucināciju saturs parasti saistīts ar dzeršanu (slimniekam piedāvā vai arī nedod iedzert), balsis slimnieku aprunā, apsūdz, draud viņam.

Biežāk tomēr novēro akūtas psihozes, kuru laikā slimnieks vienlaikus pārdzīvo nevis izolēti redzes vai dzirdes halucinācijas, bet vienā alkohola psihozes uzliesmojumā ir gan redzes, gan verbālās un taktilās halucinācijas.

Slimnieks 34 gadus vecs. Pēdējos piecus gadus paģiru laikā dzer jau no rītiem, bet rīta dzeršana pārvēršas dzeršanas periodos. Pēc dzeršanas no rītiem slimniekam ir vājums, galvas sāpes, nomākts garastāvoklis, satraukums, izteikta roku trīce un nereti kaut kāda nelaimes priekšnojauta. Tad slimnieks dodas uz veikalu, stāv rindā un gaida veikala atvēršanu. Ar nepazīstamiem «pudeles brāļiem» izdzer «pusstopu pa trim» un iet uz darbu. Darbā (strādā par amatnieku) slimnieks arī atrod iespēju dzeršanu turpināt un tā dienā izdzerot pat 2–3 pusstopus. Ja nav bijis pietiekami daudz naudas, tad dzēris odekolonu, ēteri, politūru, denaturātus. Dzerot piekodis skābu gurķi vai rupjmaizi. Ēstgriba slimnieku nemocījusi. Dzeršanas dēļ bieži bijis jāmaina darbs un jāpāriet arvien mazāk kvalificētā darbā.

Pirms trim gadiem periodiski ar alkohola psihozēm nokļuvis psihiatriskajās slimnīcās, jo dažas dienas pēc dzeršanas pārtraukšanas vakaros slimnieks redzējis, kā sienas zīmējumi kustas un istabā krēslā sāk lasīties dzīvnieki. Slimnieks redzējis, ka čūskas rāpo arvien tuvāk slimnieka gultai un tad palien zem tās, tad nākušas vardes, krupji, zirnekļi (pēdējie daudz lielāki nekā īstenībā). Kādreiz redzējis, ka istabā stiepjas garas stieples, kas tinas ap slimnieku, jutis šo stiepļu pieskārienus ķermenim, tādēļ slimnieks izlocījies, lai stieples neizduras cauri. Tad uz loga sākuši lasīties ķēmi atņirgtiem purniem, kas uz slimnieku skatījusies, žāvājušies un gatavojušies viņam uzbrukt. Slimnieku pārņēmušas bailes, un viņš skrējis ārā no dzīvokļa, saucis citus palīgā. Tad kaimiņi izsaukuši ātro palīdzību.

Vēlāk, sākoties halucinācijām, slimnieks no sākuma zinājis, ka sākusies slimība, un tādēļ skrējis uz telefona automātu zvanīt ātrajai palīdzībai. Kad redzes halucinācijas kļuvušas intensīvas, tad, kaut arī slimnieks zinājis, ka tās rodas slimības rezultātā, slimnieku pārņēmušas tādas bailes, ka viņš kļuvis nekritisks.

Nākamajās psihožu reizēs pievienojušās dzirdes halucinācijas. Tā vienreiz slimnieks sācis dzirdēt pavēles – balsis, kuras piecos no rīta likušas iet uz Grīziņkalnu un skriet ap kalnu. Slimnieks nevarējis nepaklausīt, tādēļ skrējis ap kalnu tikmēr, kamēr noguris. Tad viņš par to žēlojies balsīm. Ja esot grūti paskriet, balsis likušas novilkt žaketi un atstāt zem krūma. Slimnieks to izpildījis. Kad vēlējies smēķēt, prasījis balsīm atļauju. Balsis atļāvušas, bet īstenībā tikai «ļauni pasmējušās» par slimnieku. Un, tikko slimnieks izvilcis cigareti un mēģinājis to aizdedzināt, tā viņš ieraudzījis, ka uz sērkociņa locās čūska. Slimnieks bailēs sērkociņu nosviedis, bet balsis aiz muguras smējušās par ļauno joku. Slimnieks turpinājis skriet ap kalnu. Jo vairāk slimnieks sūdzējies balsīm par nogurumu, jo tās likušas novilkt kreklu, virsbikses, kurpes, zeķes un turpināt skriet. Milicija aizturējusi un nogādājusi viņu slimnīcā tad, kad viņš turpinājis skriet ap Grīziņkalnu apakšbiksēs.

Slimnīcā ārstēšanās rezultātā akūtais stāvoklis likvidējies dažu nedēļu laikā. Pēc izrakstīšanās, lai gan slimnieks ir solījies nekad vairs nedzert, viņš nereti nav noturējies pat vienu nedēļu bez dzeršanas.

Vienu reizi, ejot mājās no slimnīcas, viņš saticis «draugu», kas, uzzinājis, ka pacients nāk no ārstēšanās, ieteicis pārbaudīt, cik labi tas izdevies, un atkal sācies jauns dzeršanas «plosts».

Dzērumā slimnieks pārkāpis ne tikai darba disciplīnu, bet arī kriminālkodeksu – vienreiz izraisījis kautiņu ar svešu cilvēku, kas it kā esot pacientu «apvainojis». Par to slimnieks tiesāts, taču soda izciešanas vietā atradies samērā brīvā režīmā un turpinājis iedzert – degvīnu dzēris reti, biežāk politūru un dažādus citus maisījumus, kas saturējuši spirtu. Pēc atgriešanās no ieslodzījuma dzeršana turpinās – slimnieks nodzer savu invaliditātes pensiju, pārdod dažādas mantas un lietas, kuras piedāvā garāmgājējiem uz ielas. Iegūto naudu nodzer un dzīvo uz citu rēķina.

Slimnieks nodaļā laikā un vietā orientēts, labprāt sarunājas ar ārstu, bieži ir familiārs. Tāpat labprāt runā un stāsta par dzeršanām, par to, kā attīrījis politūru. Slimnieks ar patiku stāsta par tiem cilvēkiem, ar kuriem kopā dzēris, bet naidīgi izsakās par tiem, kas nav devuši naudu iedzeršanai (to skaitā ir arī māte un brālis, kuru ģimenē slimnieks dzīvo un kuri viņu faktiski uztur, bet neatbalsta dzeršanu).

Slimnieks neko nelasa, par notikumiem mūsu valstī un starptautiskiem notikumiem neinteresējas, par darba iespējām nedomā. Reizēm apjautājas par izrakstīšanu, tomēr ir ar mieru palikt nodaļā ilgāk. Slimnieks reizēm eksplozīvs, nodaļā rada skandālus, ar kādu slimnieku par niecīgu pārpratumu pat sakāvās.

Slimnieks gribot dzeršanu atmest, «dod vārdu», taču jau tajā pašā dienā pēc sarunas ar ārstu mēģina pierunāt slimnieku, kas izrakstās, viņam «uz parāda» atnest kortelīti.

Ar humoru atceras «ārstēšanu pret alkoholismu», kad jau izrakstīšanās dienā atsācis dzert.

Slimnieks par dzērāju atzīst sevi tikai daļēji – visa vaina esot viņa neizdevusies dzīve. Ja viņam būtu bijusi gādīga sieva, tad viņš uzreiz atmestu dzeršanu un būtu rūpīgs vīrs. Ja viņam būtu bijis labāks darbs, tāds kā viņa paziņām, pat gados jaunākiem, tad viss būtu pavisam citādi...

Slimnieks cilvēkus vērtē pēc viņu attieksmes pret dzeršanu. Kārtīgi cilvēki esot tie, kas iedzer paši un izmaksā arī citiem. Neiedzer «gauneri», tiem žēl naudas, lai kārtīgi baudītu dzīvi un priecātos («krāj nezin kam...»).

Encefalopātiskā stadijā narkomāniskam sindromam raksturīgi, ka atkarības sindromā psihiskā atkarība (uzmācīgā tieksme pēc alkohola) samazinās, bet rodas un pastiprinās kvantitatīvās kontroles zudums, kas ir vienlaikus ar kompulsīvu tieksmi pēc alkohola. Spēcīgāka nekā psihiskā vajadzība ir fiziskā vajadzība pēc alkohola. Izmainītā reaktivitāte izpaužas kā samazinājusies organisma tolerance pret alkoholu, kā izmainītas reibuma formas (sistemātiskas amnēzijas). Dzeršanas notiek periodiski vai sistemātiski, bet izturība pret alkoholu ir maza. Slimniekam trūkst arī situācijas kontroles.

Alkohola lietošana slimniekam vairs eiforijas sajūtu neizraisa, bet ir kļuvusi mazāk par psihisku, vairāk par fizisku nepieciešamību. Slimnieki, ja nav lietojuši alkoholu, fiziski jūtas slikti. Pie tam ir radies it kā burvju loks – radušos somatisko izmaiņu dēļ slimnieki ilgākus dzeršanas periodus nespēj izturēt un ir spiesti dzeršanu pārtraukt. Paši slimnieki nereti šādu dzeršanas piespiedu pārtraukšanu motivē ar pozitīviem nodomiem un min kā apliecinājumu savai «lielajai gribai».

Šai stadijā dziņa pēc alkohola ir ne vairs uzmācīga, bet kompulsīva, tā pielīdzināma dziņai pēc ēdiena vai slāpju remdēšanas. Sevišķi spēcīgi izteikta kompulsīvā dziņa ir pēc nelielu alkohola devu lietošanas – tad slimnieks ne tikai vairs neizvēlas situācijas, kurās dzer (situācijas kontroles trūkums), bet dzer jebkurā vietā un jebkurā kompānijā, nenovērtējot ne dzeršanas tālākās sekas, ne arī dzērienu kvalitāti. Slimnieki dzer visu, kam tikai var tikt klāt, – degvīnu, alu, kā arī politūru, visādas tinktūras, uzlējumus, miega līdzekļus, pat indiferentas tabletes. Dzer tikmēr, kamēr iestājas koma.

Alkohola devas stipri samazinājušās – slimnieki var panest vairs tikai vienu vai dažas glāzītes, pie tam no sākuma samazinās reizes deva, bet vēlāk arī diennakts kopējā deva.

Slimniekam ir iestājušās rupjas personības izmaiņas – encefalopātija, kas var izpausties divos variantos – erētiskā un torpīdā variantā.

Erētiskā varianta gadījumā slimnieki ir viegli uzbudināmi, eksplozīvi, ātri skaišas, var būt negaidīti ļauni, agresīvi. Torpīdā varianta gadījumā dominē gausums, apātija, iniciatīvas trūkums, aktivitātes izbeigšanās.

Pacients ar smagām paģirām atmostas plkst. 4 vai 5 no rīta un, ja mājās nav degvīna, tad izdzer pāri palikušo tēju vai arī zupu. Plkst. 8 no rīta dodas uz saimniecības preču veikalu nopirkt denaturātu (cik daudz dzer denaturātu, to sieva nezina, bet slimnieks faktus par tehniskā spirta dzeršanu slēpj). Mājās atgriežas iereibis un liekas gultā ar visām drēbēm un zābakiem. Sieva jau zina, ka slimnieks pēc pāris stundām pamodīsies un pieprasīs degvīnu. Lai izvairītos no skandāla («šajā laikā labāk viņam netuvoties»), sieva viņam to dod (ap plkst. 12 dienā). Slimnieks uz jautājumiem neatbild, reizēm tikai kaut ko norūc vai rupji lamājas, uz sievu skatās ar trulu skatienu. Slimnieks urinē, kur pagadās – istabas stūrī, pie gultas, pat gultā. Ap trijiem pēcpusdienā iedotais degvīns ir izdzerts, un tad piederīgajiem jāiet uz veikalu pēc papildu devas, lai viņš «nenomirtu». Tā tas turpinās sešas dienas. Šajā laikā slimnieks neko neēd, dzer tikai degvīnu un ūdeni. Viņš piepampst, viņam sasprēgā lūpas, mēle kļūst brūna, pat asiņo. Sestajā dienā slimniekam jau ir

vajadzīga pastāvīga uzmanība. Tikai ar īdēšanu un žestiem viņš parāda, ka grib dzert. Pēc ūdens dzeršanas sākas vemšana, pat «tiek izvemta žults» («organisms alkoholu nepanes»). Pēc tāda perioda slimnieks 3–4 dienas atgūstas: otrajā dienā sāk staigāt pa istabu, trešajā – sāk lamāt sievu, ka tā viņu ir novedusi līdz slimībai. Trešās dienas beigās vai ceturtajā dienā sāk pieprasīt naudu alkoholisku dzērienu iegādei. Ja naudu nedod, tad pārdod kādu no mantām, un dzeršana tiek atsākta. Pāris gados no labsirdīga, bezrūpīga cilvēka slimnieks ir pārvērties huligānā, nepārtraukti lamājas. Pat neiereibis rupji lamājas, «nesaka nevienu sirsnīgu vārdu», sit sievu, neizrāda ne mazākās pateicības jūtas, niecīgākais iemesls viņam izraisa dusmu uzliesmojumu (A. Portnova un I. Pjatņickas novērojums).

Trešajai stadijai pārsvarā raksturīgas hroniskas alkohola psihozes.

Alkohola greizsirdības murgi (var būt arī iepriekšējā stadijā). Sākumā slimniekam murgi un domas par dzīvesbiedres neuzticību parādās dzērumā, bet pēc dzēruma izbeidzas. Tālākā slimības gaitā šādas domas ir arī paģiru laikā, bet vēlāk rodas jau neatkarīgi no dzeršanas. Greizsirdības murgu psihozēm ir tendence ieilgt un pāriet hroniskā norisē. Greizsirdības murgus sevišķi svarīgi savlaicīgi diagnosticēt, jo slimnieki ar šāda satura psihozi nereti ir sociāli bīstami – viņi var uzbrukt dzīvesbiedrei, pat izdarīt slepkavību. Slimnieki ar greizsirdības murgiem savlaicīgi jāstacionē un pietiekami ilgi jāārstē slimnīcā, jo bieži slimnieki disimulē, lai ātrāk izrakstītos. Tādos gadījumos diagnostikā palīdz ne tikai saruna ar slimnieku, bet arī netiešie pierādījumi aktuāli pastāvošajiem murgiem – izteikumi sievai tikšanās laikā, slēpti un atklāti draudi, vēstules paziņām, sarunas ar citiem slimniekiem vai medicīnas personālu, slimnieka runas tonis, skarot agrāk aktuālo, bet tagad it kā «vienaldzīgo» vai «aizmirsto» notikumu.

Slimnieku stāstījums, kā tas vispār raksturīgi paranojālo murgu gadījumā, ir formāli sakarīgs, sīks, šķietami loģiski pamatots, tādēļ nejaušie klausītāji (slimnieks savus murgus nereti stāsta paviršiem paziņām, pat nejaušiem klausītājiem) un pat tuvi draugi ne vienmēr uzreiz iedomājas par psihisku slimību.

Alkohola Gaije–Vernikes encefalopātija rodas ilgstošas alkohola lietošanas rezultātā, tās pamatā ir B grupas vitamīnu trūkums, tādēļ terapijā pielieto lielas B grupas vitamīnu devas (līdzīga klīniskā aina var būt arī B grupas avitaminozes rezultātā).

Slimniekiem alkoholisma gaitā pakāpeniski rodas gremošanas trakta traucējumi – ēstgribas trūkums, gastrīts, vemšana. Slimnieki kļūst viegli satraucami, uzbudināmi, viņiem rodas miega traucējumi, galvas sāpes, galvas reiboņi.

Raksturīgi arī neiroloģiski traucējumi, kas izpaužas kā ataksija, hiperkinēzes, vēlāk pievienojas acu nervu paralīzes.

Slimības gaita var būt akūta, subakūta vai hroniska. Hroniskas slimības norises gadījumā var notikt pāreja Korsakova psihozē.

Korsakova psihozei raksturīgi, ka slimnieks nespēj iegaumēt jaunu materiālu, bet agrāk apgūtais materiāls saglabājas, kā arī ir konfabulācijas, eiforija, polineirīti.

Slimnieki, atrazdamies nodaļā, neko jaunu nespēj iegaumēt. Viņi nevar atcerēties tās dienas datumu, mēnesi un gadu, nezina ārstējošā ārsta uzvārdu, neatceras, vai tas ar viņu tai dienā ir ticies un sarunājies. Slimnieki sasveicinās daudzas reizes dienā. Tāpat viņi neatceras, vai ir ēduši brokastis, ko ēduši brokastīs, nezina, cik ilgi atrodas stacionārā un kad pēdējo reizi pie viņa bijuši piederīgie.

Slimnieks labāk atceras tos notikumus, kas notikuši līdz slimības sākumam, tomēr atmiņas traucējumi ir arī te. Vislabāk slimnieks var pastāstīt par bērnību, skolas gaitām, darbu, ģimeni. Tā kā šādas atmiņas ir grūti pārbaudāmas, tad uz slimnieka it kā pareizo stāstījumu pārāk paļauties nevar.

Vienlaicīgi ar iegaumēšanas traucējumiem un atmiņas defektu par pagātnes notikumiem slimniekam rodas konfabulācijas. Viņš stāsta par nekad nebijušiem notikumiem vai arī īstenībā bijušus notikumus attiecina uz citu laika periodu. Slimnieki uz jautājumiem nekad neatbild, ka nezina vai neatceras, bet stāsta, ka «aizvakar bijuši mājās, bet šodien atnākuši ciemos. Te (slimnīcā) esot kūrorts, konstruktoru birojs. Vakar pie viņa bijuši darba biedri un interesējušies par kādu projektu, lūguši šajā ziņā slimniekam palīdzību».

SOMATISKIE UN NEIROLOĢISKIE TRAUCĒJUMI. Pirmajā alkoholisma stadijā pirmie parasti rodas veģetatīvās nervu sistēmas traucējumi, pavājinās ēstgriba, rodas miega traucējumi. Iespējami arī perifēro nervu bojājumi, dažādas lokalizācijas neirīti.

Otrajā stadijā ēšanas režīma pārkāpumu rezultātā rodas gremošanas trakta patoloģija – gastrīts, hepatīts utt. Vairumam slimnieku rodas polineirītiski simptomi, smadzenīšu bojājumi un citi CNS darbības traucējumi.

Trešajā stadijā vairumam pacientu atrod smadzenīšu traucējumus un daļai slimnieku jau iepriekšminētās Gaije–Vernikes[56] un Korsakova psihozes ar raksturīgiem neiroloģiskiem traucējumiem.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Akūta alkohola intoksikācija jādiferencē no citām intoksikācijām. Šai gadījumā palīdz anamnēze. Tomēr, ja slimnieki atvesti komatozā stāvoklī, tad, lai gan jūtama alkohola smaka no mutes, diferenciāldiagnoze var būt ļoti sarežģīta, jo bez alkohola intoksikācijas iespējama vēl cita rakstura saindēšanās (reizēm pašnāvības nolūkā), trauma, kā arī koma dzērumā var būt citu apstākļu rezultātā.

Akūtu alkohola psihožu gadījumā diferenciāldiagnoze parasti nav sarežģīta – psihoze cieši saistīta ar ilgāku dzeršanas periodu un pēc tam sekojošu dzeršanas pārtraukumu. Diferenciācijā palīdz arī ar alkoholu saistīta tematika psihozes saturā, alkoholiķim īpatnējais humors un bieži nepietiekami nopietnā un pārāk vieglā slimnieka attieksme pret sevi, objektīvi nepatīkamajām halucinācijām.

Alkohola psihozes novēro ne tikai psihiatrijas praksē, bet arī terapeitiskās, ķirurģiskās un neiroķirurģiskās nodaļās, kurās pacients nokļūst pēc tam, kad slimniekam – alkoholiķim dzeršanas laikā radušies somatiski sarežģījumi. Ja psihoze bijušiem alkoholiķiem radusies somatisku traucējumu rezultātā un objektīvi ir novērtējama kā somatogēna, tad tāpat nereti pārdzīvojumos atrodama alkohola tematika.

<u>Alkoholisms</u> reizēm var būt nevis pamatslimība, bet <u>sekundārs</u>, kad dzert sāk psihiski slimnieki. Parasti tas notiek depresiju periodos, kad šādi slimnieki meklē iespēju uzlabot smago pašsajūtu. Tomēr alkohols viņu stāvokli nedaudz atvieglo tikai depresijas sākumā, bet vēlāk dzeršana depresiju vēl vairāk padziļina. Citreiz slimnieki maniakālā stāvoklī pārmērīgi daudz lieto alkoholu. Šai gadījumā alkohola lietošana kombinējas ar pastiprinātu aktivitāti – kompānijām un uzdzīvošanu.

Reizēm šizofrēnijas slimniekiem ir tieksme lietot alkoholu. Defekta stāvoklī, kombinējoties alkoholismam ar šizofrēniju, pacienti kļūst nedaudz pieejamāki un aktīvāki nekā agrāk, tomēr šizofrēnijas sākuma etapos un vieglākos gadījumos alkoholisms tikai pastiprina procesa gaitu, un šādiem slimniekiem vieglāk rodas saasinājumi.

ĀRSTĒŠANA. Svarīga nozīme sekmīgā ārstēšanā ir videi, kurā slimnieks atrodas, – slimnieka ģimenei, darba biedriem, draugiem. Ja visi šie cilvēki slimnieka nodomus atbrīvoties no dzeršanas atbalsta, pamudina viņu ārstēties un seko, lai slimnieks neatsāktu dzeršanu, tad ārstēšanās ir sekmīgāka nekā tad, ja slimnieks režīmu mēģinās ieturēt bez kādas kontroles un uzraudzības. Labāki terapijas rezultāti ir ģimenes cilvēkiem un vīriešiem, sliktāki – vientuļiem cilvēkiem un sievietēm.

Ja slimniekam darbā jāsaskaras ar alkoholu un tādēļ ir viegli iespējama iedzeršana, tad savlaicīgi jāizlemj par pāreju citā darbā. Tikai ļoti retos gadījumos slimniekam pašam izdodas atturēties no dzeršanas apstākļos, kuros ik dienas notiek iedzeršanas. Tāpat pacienti nevar strādāt darbā, kas saistīts ar pastāvīgu viesu uzņemšanu, viņu pavadīšanu uz restorāniem, draudzīgiem tikšanās vakariem.

Ļoti liela nozīme cīņā pret alkoholismu ir sabiedrības attieksmei pret dzeršanu. Dzeršana mazāka ir tajos uzņēmumos, darba vietās un kopmītnēs, kur ne tikai stingri seko, lai netiktu pārmērīgi lietots alkohols, kur izvirzītas stingrākas prasības pret dzērājiem, bet kur arī tiek veikti pasākumi, lai cilvēki patīkami pavadītu brīvo laiku, lai cilvēki mācītos, nodarbotos ar sportu, tūrismu, utt.

Sevišķi svarīga nozīme cīņā pret alkoholismu ir alkoholisma sākuma stadijas pazīšanai, kā arī pirmo alkoholisma pazīmju izskaidrošanai un propagandēšanai. Par alkoholismu un tā iespējamām sekām nākamajam pacientam jāizskaidro vēl pirms tam, kad notikusi personības degradācija, kamēr slimniekam vēl nav iestājusies plānprātība, kamēr cilvēks vēl spēj savu stāvokli un iespējamās sekas pareizi novērtēt. Reizēm pēc ilgākas dzeršanas periodiem slimnieks to nespēj izprast uzreiz, tad nepieciešams, lai dzeršana tiktu pārtraukta, un tikai tad slimnieks varēs pareizi it kā no atstatuma vērtēt savu stāvokli.

Labvēlīgi terapijas rezultāti var būt tikai savlaicīgi sāktas ārstēšanas gadījumā, kamēr pats slimnieks jūt vajadzību ārstēties. Alkoholisma beigu stadijā nereti slimnieki ārstēšanu ne tikai nevēlas, bet pat gluži otrādi – uzskata par sodu un no dzeršanas nemaz nemēģina atbrīvoties.

Izšķir vairākus alkoholisma terapijas periodus (I. Lukomskis):

1) akūto alkohola intoksikāciju seku likvidēšana un slimnieka sagatavošana aktīvai pretalkohola terapijai;

2) aktīvās terapijas periods, kad galvenokārt pielieto nosacījuma refleksa izstrādāšanas metodes, sensibilizējošu terapiju, psihoterapiju (parasti vairākas metodes kombinējot);

---

[56] **V.E.:** Carl Wernicke (1848–1905) – vācu ārsts, 1874.gadā atklāja zonu smadzenēs (tagad sauktu viņa vārdā), kuras bojājumi rada runas traucējumus (afāziju).

3) uzturošās terapijas periods, tam jāilgst vismaz 2–3 gadi, lai slimnieku pasargātu no dzeršanas recidīviem.

Likvidējot akūtas alkohola intoksikācijas sekas, galvenokārt pielieto dezintoksikāciju un simptomātisko terapiju.

Nereti terapija jāsāk laikā, kad slimniekam jāpārtrauc dzeršanas periods. Dzeršanas perioda pārtraukšanu iereibušam slimniekam izdara, dodot viņam 1,5–2,0 g metronidazola. Preparātu ievada pēc katrām 1,5–2 stundām, atkārtoti dodot vēl 1–1,5 g preparāta (G. Entina rekomendācija), kamēr rodas vemšana un riebums pret alkoholu. Nākamajā dienā metronidazola terapiju turpina (dod līdz 2–2,5 g diennaktī). Tāpat var pielietot arī kofeīnu, strihnīnu, dupleksu, kas palīdz vieglākos gadījumos.

Lai likvidētu iekšēja sasprindzinājuma sajūtu, nemieru, trauksmi un lai normalizētu miegu, tad iesaka slimniekam ievadīt mazos trankvilizatorus un neiroleptiskos līdzekļus. Ja traucējumi nav pārāk spilgti izteikti, ieteicams elēnijs (20–100 mg diennaktī, lielāko devu nozīmējot uz nakti, bet pēc tam devu pakāpeniski samazinot). Var lietot seduksēnu, kā arī ieteicams amizils, kas samazina veģetatīvos traucējumus un tremoru.

Neiroleptiskos līdzekļus pielieto, ja slimniekam pirms tam bijuši rudimentāri psihotiski traucējumi, kuri jākupē, lai, dzeršanu pārtraucot, nerastos akūtas alkohola psihozes. Iesaka uz nakti (un arī dienā) lietot aminazīnu vai vēl labāk tizercīnu. Tizercīns, ņemot vērā iespējamos sarežģījumus – kolapsu, jādod uz nakti, pie tam sākumā nelielās devās (10–25 mg). Neiroleptiskos līdzekļus, jo sevišķi lielās devās, alkohola reibuma laikā neiesaka.

No miega līdzekļiem neiesaka barbiturātus, jo ar laiku slimniekam var rasties tieksme un pierašana. Barbiturātus var dot īslaicīgi ambulatoros apstākļos. 2 vai 3 dienas ieteicams šāds maisījums (G. Entins): 0,3–0,4 g fenobarbitāla (lumināla) izšķīdina 20 ml 96° spirta, tam pielej 150–200 ml ūdens un slimniekam dod izdzert vienā paņēmienā. Vienlaikus ievada kordiamīnu 2 ml *i/m* vai 30–40 pilienus *per os*. Šai gadījumā miegs turpinās 6–8 stundas.

Pielietojot dezintoksikācijas un vispārspēcinošu terapiju, slimniekam jānozīmē arī nepieciešamā terapeitiskā (somatiskā) ārstēšana – pēc vajadzības tonizējošie līdzekļi, sirds un asinsvadu līdzekļi, vitamīni utt.

Aktīvās terapijas periodā pielieto vairākus pasākumus.

Lai izstrādātu nosacījuma refleksu uz alkoholu, galvenokārt izmanto apomorfīnu (var lietot arī citus preparātus, kas izraisa sliktu dūšu un vemšanu, – likopodija novārījumu, emetīnu, vara sulfātu u.c.).

Lietojot 1% apomorfīnu, to ievada pa 0,1–0,2–0,5 ml zem ādas. Pēc preparāta ievadīšanas nogaida, kamēr slimniekam parādās slikta dūša un vemšana, un tad viņam dod paostīt, apskatīt un lēnām, maziem malciņiem dzert degvīnu (alu, vīnu), tādējādi radot vemšanas nosacījuma refleksu uz alkohola lietošanu. Vienlaikus rodas nosacījuma reflekss pret redzes, ožas un garšas kairinājumiem.

Pirms apomorfīna injekcijas pacientam dod izdzert apmēram 1 litru siltas tējas vai ūdens. Ja efekta ar sākuma devu nav, tad devu nākamajā dienā palielina par 0,1–0,2 ml.

Ārstēšanas kursā pavisam 15–20 injekcijas, katru dienu pa vienai. Terapija iespējama kā ambulatori, tā stacionāra apstākļos.

Sensibilizējošai terapijai galvenokārt izmanto antabusu (teturāmu), ciamīdu (tempozilu) un metronidazolu. Terapijas rezultātā panāk izmainītu reakciju uz iedzerto alkoholu, kā rezultātā alkoholisku dzērienu lietošana kļūst neiespējama.

Par efektīvāko uzskata antabusa (teturāma) terapiju. Terapija noteikti jāsāk stacionāra apstākļos. Antabuss aizkavē alkohola noārdīšanos acetaldehīda stadijā, un tā rezultātā iestājas organisma intoksikācija, kas izraisa vienlaikus gan nepatīkamus subjektīvus pārdzīvojumus, gan arī objektīvu intoksikācijas simptomātiku.

Slimniekam katru dienu dod 0,5 g antabusa, pie tam preparāts organismā kumulējas (uzkrājas). Terapijas 7.–10. dienā slimniekam no rīta ievada 0,5–0,75 g antabusa un izdara t.s. alkohola–antabusa mēģinājumu, dodot 30–40 ml degvīna. Ja reakcija ir vāja, nākamajā reizē degvīna daudzumu palielina par 10–20 ml, bet nepārsniedzot 180–200 ml – maksimālo alkohola reizes devu. Terapijas kursā izdara 2–10 alkohola–antabusa reakcijas, t.i., tik daudz, līdz rodas viena izteikta reakcija, kas jākupē. Tad terapiju pārtrauc.

Alkohola–antabusa reakcijas laikā radušās intoksikācijas rezultātā slimniekam ir galvas sāpes, elpošanas grūtības, rodas sejas un sklēru hiperēmija, pazeminās arteriālais asinsspiediens, var būt ekstremitāšu krampji. Alkohola–antabusa reakcija jāizdara labi vēdināmās telpās, jo slimnieks izelpo toksiskus produktus, kurus var ieelpot personāls.

Reakciju kupē ar 15–20 ml 1% metilēnzilā ūdens šķīduma, to ievadot intravenozi, kā arī pielieto simptomātisku terapiju (sirds līdzekļus, dod elpot skābekli utt.). No iespējamiem sarežģījumiem (tos nenovēro bieži) minams kolapss, koronāro asinsvadu spazmas, krampji, psihomotorisks uzbudinājums, akūti sirdsdarbības traucējumi.

Ārstējot ar metronidazolu, sākumā preparātu ievada (G. Entina shēma) reizi dienā pa 0,75–1,0 g pēc ēšanas, pie tam katru dienu devu palielina par 0,5 g, līdz sasniedz viena reizē 2,5 g. Tādu devu (2,5 g) turpina 10 dienas, bet pēc tam samazina katru dienu devu par 0,5 g. Terapijas kurss 16–20 dienas, kursā izlieto 30–40 g metronidazola.

Sākot ar 3. vai 4. dienu, katru dienu izdara mēģinājumus: slimniekam liek ostīt degvīnu 30 sekundes, bet pēc tam 30 sekundes slimnieks skalo kaklu ar degvīnu. Pēc tam slimnieks degvīnu izspļauj un muti izskalo ar ūdeni. Daudziem izstrādājas uz alkoholu slikta dūša, rodas pat vemšana.

Ambulatori terapijā iesaka lietot 0,75 g trīs reizes dienā 1–2 dienas, pēc tam var dot diennakts devu (2,25 g) 1 reizi dienā 20 dienas.

Psihoterapiju parasti pielieto nevis kā atsevišķu metodi, bet gan kombinācijā ar citām iepriekš aprakstītajām terapijas metodēm. Lieto kā hipnozi, tā pašiedvesmu un autogēno treniņu. Nozīme ir arī mūsu republikā organizētajiem pretalkohola klubiem un biedrībām.

Nereti stacionētus alkoholisma slimniekus vēlams ievietot palātā, kurā citiem slimniekiem ir smags alkohola delīrijs, lai viņi redzētu, kā norisinās smagas alkohola psihozes. Tāpat vēlams hroniska alkoholisma slimniekiem dot iespēju tikties ar citiem alkoholiķiem, kam ir izteikts psihisks defekts, plānprātība.

Neatliekama palīdzība antabusa–alkohola reakcijas gadījumā ārpusstacionāra apstākļos nepieciešama tad, ja slimnieks, kas saņem antabusu, neievēro režīmu un, neskatoties uz brīdinājumu, iedzer.

Terapijā pielieto intravenozi metilēnzilo, bet, ja tas nav pieejams, tad dod elpot skābekli, lieto kordiamīnu, kofeīnu, kamparu, korazolu, vitamīnus. Smagā stāvoklī jāievada arī lobelīns vai cititons, strofantīns. Jāatceras, ka kuņģa skalošanas laikā var rasties elpošanas traucējumi.

Uzturošā terapija nepieciešama vēl 2–3 gadus. To realizē psihoneiroloģiskais dispansers un narkoloģiskie kabineti.

Slimniekam katru dienu jāsaņem 0,25–0,5 g antabusa, vēlams, ierodoties dispanserā, bet, ja tas nav iespējams, tad mājas apstākļos to dod piederīgie, kas seko slimniekam. Uzturošā deva jāsaņem obligāti katru dienu. Slimnieks šai laikā var strādāt, un viņam nekādi īpaši ierobežojumi nav jānosaka.

Darba terapija, kas ir obligāts terapijas komponents stacionārā, ir svarīgs priekšnoteikums arī uzturošās terapijas laikā. Jāatceras, ka slimnieki nereti mēģina izmantot iespēju «paārstēties» no alkoholisma tikai tad, kad radušies sarežģījumi darbā, darba disciplīnas pārkāpumi, tādēļ slimnieks pirms stacionāras ārstēšanas kādu laiku terapijai jāgatavo. Ja slimniekam ir darbā konflikti, tad tie pirms ārstēšanās jālikvidē un jāpanāk, lai slimnieks izsaka vēlēšanos ārstēties arī ikdienas situācijā.

Alkoholiķu ārstēšana realizējama kā ambulatori, tā stacionāra apstākļos. Stacionāro ārstēšanu izdara, gan slimniekam labprātīgi izsakot vēlēšanos ārstēties (tādos gadījumos slimniekus par režīma pārkāpumiem stacionārā izraksta), gan realizē piespiedu kārtā ar tiesas orgānu palīdzību.

Alkohola psihozes ārstē ar neiroleptiskajiem līdzekļiem.

Alkohola delīrija kupēšana. Ārstējot alkohola delīriju, terapija vērsta trīs virzienos:

1) dezintoksikācijai,
2) uzbudinājuma kupēšanai un slimnieka iemidzināšanai,
3) sarežģījumu profilaksei.

Dezintoksikācijai galvenokārt ievada 20–30 ml 30% nātrija tiosulfāta šķīduma, kā arī 10–20 ml hipertoniskā nātrija hlorīda šķīduma. Slimniekam dod šķidrumu *per os* vai ievada infūzā veidā – 1,5–3 *l* infūza pievieno 10 ml 10% nātrija bromīda šķīduma. Slimniekam ievada arī vitamīnus, it īpaši B grupas un C vitamīnus parenterāli.

Uzbudinājuma kupēšanai un iemidzināšanai slimniekam dod 20 mg izšķīdināta seduksēna *per os* un intramuskulāri ievada 2–4 ml (50–100 mg) aminazīna kopā ar 2 ml (10 mg) haloperidola, 5 ml 1 % dimedrola šķīduma un 4 ml kordiamīna.

Ja slimnieks 30 minūšu laikā neaizmieg, tad lēnām intravenozi ievada 2–3 ml tizercīna, kas izšķīdināts 10 ml izotoniskā NaCl šķīduma (kolapsu novēro reti). Ja arī pēc tam slimnieks vēl apmēram 20 minūtes neiemieg, tad pielieto nātrija oksibutirātu – lēnām intravenozi ievada 10 ml 20% šķīduma, kas izšķīdināti 10 ml izotoniskā NaCl šķīduma.

Ja slimnieks vēl neiemieg, tad pēc 10–15 minūtēm atkārtoti ievada nātrija oksibutirāta šķīdumu (kopējā deva var būt līdz 30 ml preparāta). Ja preparātu ievada ātri, tad slimniekam var būt neliela muskulatūras raustīšanās, kas nākamo 5–10 minūšu laikā pāriet. Atšķirībā no barbiturātu terapijas nātrija

oksibutirāts nenomāc elpošanas centru un tādēļ smagos delīrija gadījumos ir visieteicamākais preparāts kopā ar neiroleptiskajiem līdzekļiem delīrija kupēšanai.

Ja slimnieks pamostas, nātrija oksibutirāta terapiju var atkārtot ik pēc 4 stundām. Pēc 2–3 stundām slimniekam var atkārtoti ievadīt neiroleptiskos līdzekļus, kā arī intramuskulāri haloperidolu vai tizercīnu.

No komplikācijām bīstamākā ir smadzeņu tūska, kas var pievienoties smaga delīrija otrajā vai trešajā dienā. Tai ir raksturīga simptomātika – strauja temperatūras paaugstināšanās līdz 39–41 °C, pie tam ar somatisko stāvokli tādu temperatūras pacēlumu nevar izskaidrot. Elpošana virspusēja, paātrināta, cīpslu refleksi pazeminā̄ti vai izzuduši, slimniekam ir izteikta mioze. Vienlaikus ar smadzeņu tūsku pasliktinās arī slimnieku psihiskais stāvoklis (iestājas musitējošais delīrijs vai profesionālais delīrijs).

Tādos gadījumos terapijā vispirms jācīnās pret smadzeņu tūsku un tikai pēc tam var dot neiroleptiskos līdzekļus, pretējā gadījumā iespējama slimnieka vispārējā stāvokļa pasliktināšanās medikamentu intoksikācijas rezultātā.

Slimniekiem ievada centrālās iedarbības antipirētiskās vielas (amidopirīnu, analgīnu) intravenozi, kā arī dod dehidratējošu terapiju – lasiku 2,0 ml (40 mg) kopā ar NaCl 0,9% šķīdumu intravenozi vai arī 30% *urea* šķīdumu (60–90 g tīras vielas intravenozi), vai 200–300 ml 20% manitola šķīduma (visefektīvākais!). Var lietot arī novuritu. Vienlaicīgi ievada 60 ml 40% glikozes šķīduma dienā, 30–40 ml 10% nātrija hlorīda šķīduma dienā un 10 ml 25% magnija sulfāta šķīduma dienā.

Pēc vajadzības slimnieki terapijā saņem sirds-asinsvadu līdzekļus un lielās devās vitamīnus (V. Jaksona terapijas shēma).

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Abstinences laikā slimnieki rūpīgi jāuzrauga, jo iespējama depresija un pašnāvības domas. Tāpat jānovēro, vai slimniekiem bez alkoholisma nav vēl radusies tieksme uz miega līdzekļiem un narkotiskām vielām. Jāseko, lai slimniekiem tikšanās laikā ar piederīgajiem netiktu pienests alkohols (to reizēm dara arī «draugi»). Slimnieki pēc iespējas maksimāli iesaistāmi darba terapijā.

Pacienti īpaši uzraugāmi akūto un hronisko alkohola psihožu laikā – delīrijā aptumšotas apziņas dēļ, bet greizsirdības murgu gadījumos slimnieki var būt agresīvi pret sievu, pie kam jāievēro, ka viņi var disimulēt.

Narkomānijas

Narkomānijas parasti attīstās pamazām. Vispirms rodas pierašana, bet pēc tam tieksme pēc narkotiskās vielas. Ja narkotiskās vielas lietošanu pārtrauc, tad rodas abstinence. Narkomānijas gadījumā ir raksturīgas personības izmaiņas, kas arī nosaka slimnieka uzvedību.

Tā kā narkomānijas var rasties individuāli, dažiem slimniekiem jau pēc nelielām devām, tad medicīnas personālam jābūt ļoti uzmanīgam narkotisko vielu nozīmēšanā un lietošanā. Tas jādara tikai nepieciešamības gadījumos. Atsevišķi slimnieki pieraduši pie morfija jau pēc vienas injekcijas vai pie stimulējošiem preparātiem pēc dažu reižu lietošanas.

Narkomānijas (toksikomānijas) atkarībā no vielām, ko slimnieki lieto, var iedalīt vairākās grupās:

1) alkoholisms (sk. iepriekšējā nodaļā),
2) toksikomānijas, kuras izraisa opijs un citi šīs grupas savienojumi,
3) toksikomānijas, kuras izraisa barbiturāti un citi miega līdzekļi,
4) toksikomānijas, kuras izraisa CNS stimulatori.

Opiomānija. Opiomānija rodas opija un dažu citu opija grupas preparātu atkārtotas pielietošanas rezultātā. Klīniskā aina dažādu preparātu izraisītas narkomānjas gadījumā ir līdzīga.

Opiju lieto smēķējot, kā arī *per os,* kodeīnu *per os,* bet morfiju, pantoponu, promedolu un līdzīgus preparātus injekcijās. Smagākā klīniskā aina rodas morfija un opija narkomānijas gadījumā.

Opiātu abstinence izpaužas ar iesnām, žāvāšanos, šķaudīšanos, acu asarošanu, drebuļiem, caureju. Raksturīgas ir sāpes muskuļos – laušanas sajūta žokļu muskulatūrā, it īpaši ēšanas sākumā. Novēro sirdsdarbības traucējumus, krampjus, garastāvokļa izmaiņas ar trauksmi un bailēm. Narkomānijas gadījumos abstinenci kupē jaunas opiātu devas.

Opiomānijas rašanās gaitā izdala 3 stadijas (A. Portnovs, I. Pjatņicka).

1. stadijai raksturīga ir parasta narkotiskas vielas iedarbība, pēc tam rodas atkarības sindroms, tādēļ jāpalielina narkotiskās vielas devas.

2. stadijai raksturīga augsta tolerance pret narkotiku, un tās trūkums organismā izraisa abstinenci. Opiātu iedarbība ir savādāka nekā pirmajā stadijā: tie vairs neiedarbojas uz klepus centru

(nenospiež klepus refleksu), kā arī neietekmē kuņģa un zarnu trakta darbību. Reizēm samazinās arī narkotiskās vielas eiforizējošā iedarbība.

3. jeb gala stadijā narkotiskā viela vairs neizraisa eiforiju. Devu tālāka palielināšana nav iespējama, jo tad pasliktinās somatiskais stāvoklis un rodas izteikta vājuma sajūta. Šajā stadijā narkotiskās vielas tiek lietotas tikai abstinences kupēšanai. Ja slimnieki narkotisko vielu nesaņem, tad abstinence savu maksimālo intensitāti sasniedz pēc 5 vai 6 dienām, bet pēc tam samazinās.

Reizē ar pierašanas un abstinences rašanos iestājas arī personības izmaiņas – personības psihopatizācija. Pacienti narkomāni pārstāj interesēties par darbu, kuru objektīvi vairs nespēj veikt, un visiem līdzekļiem cenšas iegūt jaunas narkotiskās vielas devas. Subjektīvi abstinence ir daudz smagāka nekā alkoholisma gadījumos. Opija narkomāni narkotisko vielu sagādē ir daudz aktīvāki nekā alkoholiķi alkohola sagādē. Lai iegūtu narkotisko vielu, viņi vilto recepšu blankas, simulē somatiskās slimības, kuru gadījumos būtu nepieciešamas narkotiskās vielas, pat pakļauj sevi operācijām un sevi ievaino. Slimnieki abstinences periodā var būt arī bīstami tiem cilvēkiem, kuri liedz viņiem narkotisko vielu iegūt.

Barbiturātu narkomānijas. Šīs narkomānijas izraisa miega līdzekļi – barbiturskābes derivāti (barbamils, lumināls, medināls, veronāls, nembutāls u.c.). Līdzīgi stāvokļi rodas arī citu miega līdzekļu hroniskas lietošanas rezultātā. Barbiturātu narkomānija ir viena no smagākajām narkomānijām, kuras gadījumā vienlaicīgi ar raksturīgajiem somatiskajiem traucējumiem (organiskām izmaiņām smadzenēs) rodas pierašana, abstinence vai atkarības sindroms. Ilgstoša medikamentu (miega līdzekļu) lietošana terapeitiskās devās kaitīgas sekas var neizraisīt, bet bīstama ir pierašana pie medikamentiem, kura ir iemesls miega līdzekļu devas palielināšanai vakarā, bet pēc tam to lietošanai arī dienā. Šai gadījumā sāk izpausties medikamentu eiforizējošā darbība.

Simptomātika līdzīga simptomātikai bromisma gadījumā – slimnieki ir eiforiski, seksuāli uzbudināti, viegli satraucami, ar tieksmi uz straujām garastāvokļa maiņām. Var būt arī nomākts garastāvoklis ar īgnumu, dusmām un raudulību. Slimniekam var rasties pašnāvības domas, cieš atmiņa, palēninās domāšana un runa, viņi nevar koncentrēt uzmanību (G. Stoļarovs). Slimnieki kļūst nolaidīgi un neakurāti – viņi nemazgājas, nesukā matus, bieži gulšņā, nepietiekami kritiski izturas pret savu stāvokli. Ar laiku pacienta domāšana palēninās un spriešanas spējas samazinās, slimnieki kļūst plānprātīgi.

Abstinences sindromam raksturīgs bezmiegs, nomākts garastāvoklis ar trauksmi, dusmām, ļaunumu (disforiju), pat agresivitāti. Var rasties psihozes ar halucinācijām, kā arī izteikti afektīvi traucējumi ar sasprindzinājumu un pašnāvības domām. Nereti pēc regulāras barbiturātu lietošanas pēkšņas pārtraukšanas novēro smagas epileptiskas lēkmes, pat epileptisko statusu.

Somatiski abstinences laikā raksturīgi paaugstināti cīpslu refleksi, motorisks nemiers, stipras galvas sāpes un sirdsklauves.

Akūta saindēšanās ar miega līdzekļiem izraisa komu. Pēc komatozā stāvokļa izbeigšanaās var iestāties atkavēšana ar pacilātu garastāvokli, muļķošanos, rupjību, puerilismu, satraucamību, takta sajūtas trūkumu, reizēm ar nomāktu garastāvokli un raudulību. Šāds stāvoklis ir līdzīgs psihopātiskai uzvedībai un pāriet pēc pāris dienām. Lielas miega līdzekļu devas slimnieki var ieņemt arī pašnāvības nolūkā. Šai gadījumā pēc akūtas intoksikācijas izbeigšanās nereti atrod depresiju vai citus psihopatoloģiskus traucējumus.

Slimnieks 46 gadus vecs (pēc profesijas ārsts), daudz lieto alkoholu. Pēdējos piecos gados pastiprināti dzer medikamentus, galvenokārt miega līdzekļus. Apkārtējiem cilvēkiem vienmēr atstājis iereibuša cilvēka iespaidu. Slimnieks vienmēr gulējis ilgi un ciešā miegā. Kādu dienu slimnieks ielauzies aptiekā (acīm redzot, pietrūkuši medikamenti) un bez izvēles sācis dzert izsniegšanai sagatavotās zāles. Pirms viņš atturēts, slimnieks iedzēris, pēc farmaceita vārdiem, «pāris saujas zāļu», pie tam kopā ar citiem medikamentiem viņš iedzēris samērā lielu miega līdzekļu devu. Slimnieks mājās pārnācis ar grūtībām, grīļojoties un nesakarīgi runājot. Mājās slimnieks tūlīt aizmidzis, miegā kaut ko nesaprotamu runājis, kā arī vairākas reizes bijusi spontāna urinācija. Nākamajā dienā vēlu pēcpusdienā viņš pamodies, nesakarīgi runājis un nav pazinis piederīgos. Šādā stāvoklī slimnieks vēl papildu iedzēris bromurālu (viņa kabatās tika atrastas tukšas bromurāla paciņas). Pēc tam slimniekam iestājusies bezsamaņa – viņš gulējis gultā «kā miris», uz jautājumiem nav atbildējis, reizēm izdevis neartikulētas skaņas. Slimniekam no mutes tecējušas siekalas, bijusi spontāna urinācija. Ceļā uz slimnīcu sākusies vemšana.

Uzņemšanas nodaļā slimnieks neskaidri un nesaprotami murmina, kad mēģina viņu apsēdināt, viņš nokrīt. Naktī slimnieks nemierīgs, kaut ko murmina, nomet gultas veļu un gultas drēbes un, kaut ko meklēdams, rāpo pa grīdu. Nākamajā dienā slimnieks sāk atbildēt uz jautājumiem, bet ir dezorientēts – reizēm saka, ka atrodas kūrortā starp atpūtniekiem, bet reizēm, ka atrodas dzelzceļnieku slimnīcā vai dzemdību namā. Uz visiem jautājumiem, kas saistīti ar dažādiem datumiem, slimnieks vienmēr atbild:

«1907. gads» (slimnieka dzimšanas gads)[57] vai arī vienkārši «septītais gads». Slimnieks ar redzamu piepūli cenšas atbildēt uz jautājumiem, viņa runā ir garas pauzes, runa ir lēna, neskaidra. Ja norāda uz slimnieka kļūdām, tad ātri viņam var izraisīt raudulību. Halucinācijas un murgu idejas nekonstatē. Neiroloģiski atrod nedrošu gaitu, paaugstinātus cīpslu refleksus, roku tremoru, samazinātu acu zīlīšu reakciju uz gaismu.

Vakarā gultā slimnieks atkal ir izteikti nemierīgs, izdara neapzinātas kustības. Pēc dažām dienām slimnieks jau nomierinās, saprot, ka atrodas slimnīcā, pazīst ārstējošo ārstu, apgalvo, ka jūtas «lieliski», taču ir viegli saraudināms.

Divas dienas slimniekam bija redzes halucinācijas – viņš redzēja savu sievu un meitu, runāja ar viņām «par tēmu, kas attiecās uz viņu meitu». Stāstīja, ka pie viņa ciemos atnākuši kūrorta darbinieki, ka viņa sieva ar sieviešu brigādi balsinājusi nodaļu. (G. Stoļarova novērojums.)

Kofeīnisms parasti rodas, ja ilgstoši lieto kofeīnu saturošus dzērienus, piemēram, kafiju, tēju, retāk kofeīnu tabletēs (narkomāniju sīki apraksta G. Stoļarovs). Visvieglāk narkomānija var rasties, ja ilgstoši lieto čefiru (100–150 g tējas uz nelielu daudzumu ūdens). Parastā tējas un kafijas koncentrācija pierašanu izraisa vēlāk.

Hroniskas saindēšanās gadījumā slimniekam no somatiskiem traucējumiem ir galvas sāpes, galvas reiboņi, spiediena sajūta galvā, trokšņi ausīs, redzes traucējumi. Pulss ar pārsitieniem, tahikardija, pavājināta ēstgriba, bezmiegs, sirdsklauves, žņaugšanas sajūta sirds apvidū, karstuma sajūta, ko nomaina drebuļi, caurejas vai obstipācijas, vemšana, muskulatūras (sejas un ekstremitāšu muskulatūras, it īpaši ikru muskulatūras) krampji, roku trīce. Reizēm novēro kolapsu.

No psihiskajiem traucējumiem raksturīgs nedaudz pacilāts garastāvoklis, eiforija, kas parasti kombinējas ar motorisku atkavējumu, netaktiskumu, cinismu, rupjību, hiperseksualitāti, tieksmi uz konfliktiem, pat agresivitāti. Narkomānijas klīniskā aina ir līdzīga uzbudināmā tipa psihopātiju klīniskajai ainai, tādēļ var būt diferenciāldiagnostiskas grūtības.

Abstinence nav izteikta un ilgst apmēram nedēļu. Tā izpaužas ar fizisku vājumu, miegainību vai bezmiegu, nomāktu garastāvokli, galvas sāpēm. Abstinences gadījumā nav psihožu un krampju.

Slimniece 40 gadus veca, alkoholu nekad nav lietojusi. Pirms 2–3 gadiem sākusi lietot stipru tēju, izlietojot 25 g tējas (vienu paciņu) 2 dienās, bet pēdējā laikā 2 tējas paciņas trijās dienās. Pēc tējas jutusies labāk, bijusi enerģiskāka, dzīvāka un darbīgāka. Iepriekšējā ziemā pēc tējas iedzeršanas jutusi stipras sirdsklauves, tādēļ mēģinājusi no tējas atteikties un trīs dienas to nav dzērusi. Taču visas šīs dienas bijusi miegaina, nogurusi, bijusi vispārēja vājuma sajūta, neko negribējies darīt, pasliktinājies garastāvoklis, jutusi nepieciešamību dzert kārtējo tējas devu. Nākamajā dienā atkal sākusi dzert tēju, un stāvoklis uzlabojies.

Pēdējos gados slimniece kļuvusi ļoti nervoza un viegli satraucama, strīdējusies ar vedeklu. Viņai pasliktinājusies atmiņa, nav varējusi atcerēties, kur nolikusi dažādas lietas, ilgi tās meklējusi. Pēc pārbraukšanas uz jaunu dzīvokli ilgi nav varējusi iegaumēt jaunā dzīvokļa atrašanās vietu – sajaukusi mājas, korpusus un ieejas durvis, bieži nav atradusi ceļu uz mājām.

Pēdējās nedēļās pirms iestāšanās slimnīcā stāvoklis pasliktinājies. Vēl vairāk pasliktinājusies atmiņa, radies izteikts vājums, taču vienlaikus bijusi eiforiska, runīga, bet nevarējusi koncentrēties sarunas tēmai.

Iestājoties slimnīcā, slimniecei ir pacilāts garastāvoklis. Viņa ir runīga, slikti orientējas apkārtējās vides notikumos, dod nesakarīgas, sajauktas ziņas. Slimniece žēlojas par vājumu, atmiņas trūkumu, acu priekšā viņai «skrienot skudriņas».

Nākamajā dienā slimniece kļuva mierīgāka, jutās sagurusi, gurdena, lielāko dienas daļu pavadīja gultā. Ar citiem slimniekiem kontaktēja nelabprāt, uz jautājumiem atbildēja negribīgi, īsi, anamnēzes datus nevarēja pateikt, jo bija aizmirsusi vairākus savas dzīves datus. Pēc piecām dienām slimniece kļuva aktīvāka, dzīvāka, sāka iepazīties ar slimniekiem, labprāt runājās ar ārstu, bija nedaudz eiforiska. (G. Stoļarova novērojums.)

Centedrīns. Darbojas kā CNS stimulators un, ilgstoši lietojot, var radīt pierašanu un tieksmi. Abstinencē raksturīgs nemiers, motorisks uzbudinājums, tahikardija, bezmiegs.

LSD-25. Līdzeklis nelielās devās izraisa eiforiju, bet lielās – psihiskus traucējumus (halucinācijas, nemieru). Preparāts rada pierašanu un tieksmi. PSRS šis narkomānijas veids nav izplatīts, jo medicīnas praksē preparātu nepielieto. Ārzemēs aprakstītas LSD narkomānijas, kas izpaužas ar eiforiju, aptumšotu apziņu, spilgtām redzes halucinācijām, uzbudinājumu.

ĀRSTĒŠANA. Narkomāniju gadījumos slimnieki ilgstoši jāārstē stacionāros vai speciālās ārstnieciskās iestādēs, kur slimniekiem ir nodrošināta pareiza kopšana, uzraudzība un terapija.

Abstinences gadījumos medikamenti jāatceļ pakāpeniski, 1–2 nedēļu laikā, bet smagos gadījumos pat vēl ilgākā periodā. Šajā laikā slimniekiem pēc vajadzības pielieto somatisko ārstēšanu, vispārspē-

[57] **V.E.:** tātad aprakstītais noticis 1953. vai 1954. gadā.

cinošu terapiju, kā arī mazos trankvilizatorus, aminazīnu un tizercīnu. Terapijā nedrīkst nozīmēt preparātus no tās ķīmisko savienojumu grupas, pie kuriem slimnieki pieraduši.

Opiātu abstinences kupēšanai var pielietot I. Pjatņickas ieteikto shēmu.

Pirmajai fāzei, kas ilgst 7–10 dienas, raksturīgi nervu sistēmas uzbudinājuma simptomi, tādēļ terapijā indicēti simpatolītiskie preparāti. Iesaka magnija sulfātu (intravenozi un intramuskulāri), kā arī insulīnu, analgīnu, amidopirīnu, lielās devās askorbīnskābi un glutamīnskābi. Kontrindicēta glikoze un tiamīna grupas preparāti.

Ja narkotiskās vielas diennakts deva pārsniedz 0,3 g morfija vai 1,5 g kodeīna, kā arī tad, ja pacients ir gados vecs vai smagā somatiskā stāvoklī, tad narkotisko vielu atceļ pamazām, tomēr ne ilgāk kā 10 dienās. Sākumā ievada pusi no tās devas, kuru uzdod pacients par savu diennakts devu. Pēdējā deva ir 0,01 g, un to dod divas vai trīs dienas.

Otrā fāze ilgst 1,5 mēnešus, tai raksturīga samazināta reaktivitāte. Šajā laikā indicēta mērena stimulācija (duplekss, *aloe,* tiamīna grupas preparāti), fizioterapija, neliela fiziska slodze (sevis apkopšana). Vienlaikus slimniekam jāsaņem pilnvērtīgas olbaltumvielas, vitamīni, glikoze.

Pēc narkotisko vielu lietošanas pārtraukšanas slimniekam vēl ilgstoši jāatrodas slimnīcā, un tikai pēc tam viņu var izrakstīt mājās. Iepriekš jānovērtē situācija, kurā slimnieks nokļūs, – ja slimniekam atkal iespējama piekļūšana narkotiskajām vielām, tad nepieciešama darba vietas un pat profesijas maiņa. Tāpat iespējami jālikvidē situācijas (psihotraumējošie momenti darbā, ģimenē), kas varētu atkal veicināt narkotisko vielu lietošanu.

NARKOMĀNIJU PROFILAKSĒ īpaša nozīme ir PSRS Veselības aizsardzības ministrijas izdotām pavēlēm par narkotisko vielu glabāšanas, izrakstīšanas un izsniegšanas kārtību.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Parastos apstākļos aizdomas par iespējamu barbiturātu narkomāniju var rasties tad, ja slimnieki izsaka daudz neatlaidīgu sūdzību par miega traucējumiem, ja viņi prasa nozīmēt šos līdzekļus, izdomājot un uzdodot arī kādus citus iemeslus, piemēram, no šiem preparātiem pārejot klepus, slimniekam esot bijušas epileptiskas lēkmes, no kuru atkārtošanās viņš gribot izsargāties, lūdz izrakstīt receptes ar miega līdzekļiem, kuri it kā esot domāti slimnieka pavecākiem radiniekiem, paziņām, utt.

Ārstēšanas laikā jāseko, lai slimnieki nekādā gadījumā nesaņemtu narkotiskās vielas, jo pacienti un viņu draugi – citi narkomāni – nereti dara visu iespējamo, lai tos dabūtu, piemēram, slimnieka paziņas, pat piederīgie reizēm pienes preparātus, tos paslēpjot matos, mutē, dažādos priekšmetos, ķermeņa atverēs. Reizēm slimnieki nodaļā lūdz it kā miega līdzekļus sev, bet īstenībā tos atdod citiem slimniekiem.

> Kāds narkomāns slimnīcā pierunāja vairākus pacientus lūgt it kā sev miega līdzekļus, tos māsu istabā ieņemt mutē, nenorīt (jo preparātus deva šķīdumā), un palātā iespļaut kopējā glāzē, lai viņš varētu izdzert vairākas porcijas uzreiz.

Nepieciešamības gadījumā, it īpaši abstinences periodā, slimniekus no apmeklētājiem izolē un satikšanos nepieļauj.

Psihiskie traucējumi saindēšanās gadījumos ar medikamentiem un rūpnieciskām indēm

Atropīns. Psihozes parasti rodas, ja tiek lietotas devas, kas daudzkārt, pat desmitām reižu pārsniedz terapeitiskās devas. No somatiskajiem traucējumiem raksturīgākie ir platas acu zīlītes, kuras nereaģē uz gaismu un neakomodē, sausa āda, sausa un aplikta mēle, kā arī sausas gļotādas, tādēļ slimniekam ir lielas slāpes un aizsmakusi balss, sejas hiperēmija, tahikardija un paātrināta elpošana.

No psihiskajiem traucējumiem visraksturīgākais ir delīrijs: slimnieks neorientējas vietā un apkārtnē, nepazīst pat tuvākos piederīgos, kā arī reizēm zaudē orientāciju sevī. Pacientiem ir masīvas redzes halucinācijas – viņi redz gan atsevišķus priekšmetus, cilvēkus, sīkus dzīvniekus, gan arī dažādas ainas, kas ātri viena otru nomaina. Bieži novēro taktilās halucinācijas, retāk – verbālās. Reizēm slimnieki uzsver, ka ir mainījusies apkārtējo priekšmetu krāsa – viss ir nokrāsojies dzeltens, zaļš vai rozā.

Slimnieki parasti ir uzbudināti, kaut ko gaisā ķer, purina no apģērba, segas. Reizēm mēģina bēgt, pie tam nepamana šķēršļus un «burtiski lec sienā». Slimnieku kustības slikti koordinētas, runa saraustīta vai nesakarīga. Garastāvoklis atbilst redzētā saturam. Visbiežāk slimnieki pārdzīvo bailes, trauksmi,

ļaunumu, retāk ir jautri un eiforiski. Psihoze ilgst dažas stundas vai dienas un beidzas ar astēniju. (G. Stoļarovs.)

> Kādam slimniekam pēc tam, kad sākušās sāpes labajā paribē, pirmo reizi mūžā injicēts atropīns. Neilgi pēc tam slimniekam sākušās ilūzijas un redzes halucinācijas. Sākumā slimnieks varējis ļoti spilgti iztēloties dažādus fantastiskus notikumus, kurus redzējis acu priekšā un uz palātas sienas, piemēram, viņš redzējis zilu, mirdzošu jūru, kurā peld daudz lielu un mazu kuģu un buru laivu, pa kuģu mastiem kāpelējuši matroži. Pēc paša vēlēšanās slimnieks iztēlojies spīdošus ledus kalnus, putnus (pingvīnus), kas lēkuši no ledus ūdenī un atkal kāpuši atpakaļ uz ledus gabaliem. Apkārtējie reālie priekšmeti slimniekam likušies spilgtāki nekā parasti, tādēļ, skatoties uz dažiem no tiem, bijis jāpiemiedz acis. Slimnieks tikai ar grūtībām varējis paskatīties uz mirdzošām smiltīm, logu stikliem, glāzēm, pulksteņa ciparnīcu un rādītājiem.
>
> Pēc laika pievienojušās dzirdes halucinācijas – slimnieks it kā dzirdējis, ka koridorā satikušies vairāki ārsti, kas savā starpā skaļi runājuši, ka jauno slimnieku vajadzētu naktī nogādāt morgā un, citiem neredzot, uzšķērst. Slimnieks sākumā notiekošo vērtējis par slimību, bet pēc halucināciju pievienošanās kritiskā attieksme pret notiekošo zudusi, slimnieks kļuvis nemierīgs, saucis palīgā, bet tad mēģinājis no nodaļas aizbēgt. Koridorā slimnieks aizturēts un pārvests uz psihiatrisko slimnīcu.
>
> Objektīvi konstatē tahikardiju, sausumu mutē, platas acu zīlītes, nestabilu gaitu.

Artāns izraisa atropīnam līdzīgu psihozi. Ilgstošas lietošanas rezultātā raksturīgs pacilāts garastāvoklis ar eiforiju un pastiprinātu aktivitāti.

Astmatols (atropīnu saturošs preparāts). Reizēm slimnieki preparātu lieto kā narkotiku, gatavojot no tā tēju. Intoksikācija psihiski izpaužas ar spilgtu delīriju – slimnieki ir uzbudināti, apkārtni redz gaišās krāsās, mirdzošu. Halucinācijas slimniekiem tāpat ir mainīgas, fantastiskas, pie tam slimnieki nereti var paši ietekmēt halucināciju tematiku, piemēram, pēc pašu vēlēšanos viņi var redzēt džungļus, ziloņus, lauvas, eksotiskus brīnumus. Halucinācijas reizēm ir ļoti spilgtas – slimnieki apžilbst, skatoties «spīdošajās» smiltīs un «mirdzošajos» pulksteņa rādītājos.

Somatiski raksturīga acu zīlīšu paplašināšanās, sirdsklauves, sausa mute.

Pēc intoksikācijas izbeigšanās paliek ilgstoša astēnija.

Romparkīns. Ja slimnieki iedzēruši lielas preparāta devas pašnāvības nolūkā, tad novēro akūtu saindēšanos. Slimniekam ir sausa mute, akomodācijas traucējumi, galvas reiboņi, paātrināts pulss un eksogenā tipa psihozes.

Ja ilgstoši lieto preparātu lielās devās, tad atsevišķos gadījumos rodas pierašana un tieksme.

Broms. Akūta saindēšanās ir reta un parasti smagas komplikācijas neizraisa. Slimniekiem īslaicīgi ir labas pašsajūtas periods, bet pēc tam iestājas nogurums, miegainība, nenoturīga uzmanība, apgrūtināta uztvere (redze, dzirde un tauste), grūtības iegaumēt, izmainīta laika un telpas izjūta. Slimnieki runā lēni, ar grūtībām atrod vārdus. Viņiem ir parafāzijas ar artikulācijas traucējumiem. Garastāvoklis nomākts, drūms, slimnieks viegli satraucams. Var arī būt eiforija. Murgu un halucināciju nav.

Hroniska saindēšanās (bromisms) psihiski izpaužas ar vājumu, miegainību, grūtībām uztvert apkārtni, pavājinātu atmiņu un iegaumēšanas spēju. Slimniekiem ir palēnināta domāšana, gausa, nemērķtiecīga un negramatiska runa, slimnieki ar grūtībām atrod vajadzīgos vārdus. Ar laiku slimnieki kļūst pilnīgi vienaldzīgi, dezorientējas apkārtnē. (G. Stoļarovs.)

No somatiskajiem traucējumiem raksturīgi, ka ir vāja zīlīšu reakcija uz gaismu, pazeminātī korneālie un rīšanas refleksi, pavājināta virspusēja jušana. Runa dizartriska, gaita nestabila. Rupjš roku pirkstu un mēles tremors. Seja maskveida. Pulss vāja pildījuma, tahikardija. Slimniekam reizēm aizcietējumi, augšējo elpošanas ceļu katari, kā arī novājēšana. Tāpat var arī būt sejas un gļotādu hiperēmija, siekalošanās, caureja, lēns pulss un palēnināta elpošana, galvas sāpes, kustību koordināciju traucējumi.

Glikokortikoīdi. Visbiežāk atzīmējamas garastāvokļa izmaiņas – parādās hipomānija ar svaiguma, mundruma sajūtu, kad indivīds subjektīvi jūt fizisko un psihisko spēku pieplūdi. Minētā simptomātika parasti rodas terapijas pirmajās dienās un nav saistāma ar somatiska stāvokļa pēkšņu uzlabošanos, bet to var saistīt ar hormona blakusiedarbību. Slimnieki ir labā garastāvoklī, izjūt gribas un spēka pacēlumu, viņiem ir paātrināta domāšana. Slimnieki kļūst pļāpīgi, viņiem samazinās vajadzība pēc miega. Stāvoklis, kā rāda eksperimenti, ir līdzīgs stāvoklim vieglā alkohola reibumā ar intelektuālu neproduktivtiāti, tieksmi uz banāliem jokiem un nepietiekami kritisku attieksmi pret sevi.

Retāk novēro citādus emocionālus traucējumus – pacilātu garastāvokli ar satraucamību, rupjību, iekšēju nemieru, trauksmi, bailēm, kustību aktivitāti (G. Stoļarovs).

Var būt arī pēkšņas garastāvokļa maiņas.

Kādam slimniekam terapijā bez glikozes, aspirīna, eifilīna pielietoja arī prednizolonu, kopā 50 mg. Lai gan slimnieka somatiskais stāvoklis neuzlabojās, viņš kļuva eiforisks, runīgs un tika pārvests uz psihiatrisko slimnīcu. Šeit viņš dažas dienas bija eiforisks, pļāpīgs, runāja daudz un ar patosu. Slimnieks ieteica pārkārtot medicīnisko palīdzību savā rajonā, un, lai gan ģimenei bija slikti materiālie apstākļi (slimniekam tika piešķirta invaliditātes grupa), viņš gribēja aizdot saviem paziņām naudu. Somatiska rakstura sūdzības slimnieks neizteica. Slimnieka augstsirdība un bezrūpība viegli pārvērtās satraukumā, emocionālā nenoturībā, naktīs viņam bija bezmiegs. Pēc 4–5 dienām minētās izmaiņas izzuda. (G. Stoļarova novērojums.)

Ar laiku slimnieks pie preparāta pierod, un tālākā terapijas gaitā blakusparādības izzūd. Tās var atkal sākties, kad uzsāk nākamo terapijas kursu ar minētiem preparātiem.

Antabuss (teturāms). Psihoze rodas vidēji 1–2 % slimnieku, kas ar antabusu ārstējas no alkoholisma. Traucējumi rodas no preparāta toksiskās iedarbības bez vienlaicīgas alkohola lietošanas (G. Stoļarovs).

Ilgstoša antabusa lietošana lielās devās var izraisīt astēniju. Slimniekiem ir galvas sāpes, galvas reiboņi, pastiprināta nogurdināmība, ēstgribas trūkums, nepatīkamas sajūtas sirdī, sāpes vēderā, fiziski viņi izjūt vājumu. Slimniekiem var būt gan paaugstinātas seksuālās tieksmes, gan arī impotence. Slimnieki ir gļēvi, izklaidīgi, aizmāršīgi, dienā parasti viņi ir miegaini, bet naktīs viņus moca bezmiegs. Garastāvoklis slimniekiem parasti nomākts, var būt trauksmes sajūta, retāk ir eiforija. Vairums slimnieku ar laiku pie preparāta pierod, taču dažiem stāvoklis pakāpeniski pasliktinās un rodas neiroloģiski traucējumi – neskaidra runa, nestabila gaita, roku tremors, rokraksta traucējumi. Var rasties arī apziņas traucējumi (delīrijs).

Antabuss var izraisīt arī depresijas (retāk maniakālus traucējumus) ar trauksmi, hipohondriju, pašapsūdzību un pašnāvības domām. Iespējami arī krampji.

Tvana gāze. Saindēšanās gadījumā ar tvana gāzi slimniekam ir spiediena un pulsācijas sajūta deniņos, galvas sāpes, vājums, svīšana, troksnis ausīs, sirdsklauves, slikta dūša, vemšana. Stāvoklim pasliktinoties, pieaug miegainība un iestājas neskaidra apziņa – apdullums, kas vēlāk var pāriet komā. Ja koma nebeidzas letāli, tad pēc tās var būt delīrijs, kas beidzas ar Korsakova sindromu. Šis stāvoklis smago organisko izmaiņu dēļ (hipoksijas rezultātā) parasti ir maz atgriezenisks.

Dzīvsudrabs. Agrīni hroniskas saindēšanās rezultātā parādās tremors, kas izpaužas kā roku trīce, gaitas traucējumi, dizartriska runa. Ir arī miega traucējumi – bezmiegs vai spilgti, nepatīkami sapņi. Akūtos gadījumos var būt deliriozi traucējumi, pēc kā var palikt atlieku parādības neiroloģisku traucējumu un psihoorganiskā sindroma veidā.

Svins. Hroniskos saindēšanās gadījumos novēro galvas sāpes, astēniju, polineirītu, kuņģa un zarnu trakta bojājumu. Var rasties epileptiskas lēkmes. Akūtos saindēšanās gadījumos var būt deliriozi traucējumi. Pēc akūtā stāvokļa izbeigšanās var palikt dažādas pakāpes psihoorganiskais sindroms.

Tetraetilsvins. Hroniskas saindēšanās rezultātā rodas tremors, hiperkinēzes, galvas sāpes, galvas reiboņi, bezmiegs, astēnija. Raksturīgas ir parestēzijas mutē – sajūta, it kā mutē iekļuvuši mati, diegi, kurus slimnieks cenšas izspļaut. Akūtos gadījumos iespējami deliriozi traucējumi. Hroniskas saindēšanās gadījumos vai arī pēc akūtā stāvokļa izbeigšanās novērojams psihoorganiskais sindroms, slimniekiem nereti ir pazeminātā temperatūra.

Levomicetīns. Biežāk psihiskās izmaiņas ir hipomaniakāls stāvoklis ar pacilātu garastāvokli un vispārēju pašsajūtas uzlabošanos.

Slimnieki kļūst aktīvāki, cenšas iepazīties ar palātas biedriem. Viņi jūt viegluma sajūtu galvā un ķermenī, viņiem domas rit ātri. Atsevišķos gadījumos slimnieks nevar nosēdēt uz vietas, nevar piespiest sevi lasīt, nevar palikt mierīgi gultā, jo jūt vajadzību kustēties, kaut arī objektīvi ir paaugstināta temperatūra, vispārējs vājums, sāpes un somatiski traucējumi. Slimnieki savas spējas pārvērtē.

No psihiskajiem traucējumiem akūtos stāvokļos biežāk novēro neskaidru apziņu, delīriju, amentīvu stāvokli, apdullumu. Var būt arī epileptiskas lēkmes. Pēc eksogēno psihožu izbeigšanās novēro astēniju vai psihoorganisko sindromu (E. Terentjevs).

Vienlaikus ar psihiskiem traucējumiem novēro veģetatīvus traucējumus, kas parasti ir paroksismāli. Slimnieka eiforiju un aktivizāciju intoksikācijas dēļ var maldīgi pieņemt par pamatslimības uzlabošanos, tomēr objektīvi pamatslimības gaitā vēl nekādas izmaiņas nekonstatē.

ĀRSTĒŠANA UN KOPŠANA atkarīga no slimības klīniskās ainas katrā konkrētā gadījumā.

Psihiskās slimības involūcijas periodā un vecumā

Pēdējos gadu desmitos interese par psihiskām slimībām involūcijas periodā un vecumā pieaug, un šādai interesei ir vairāki iemesli.

1. Palielinās iedzīvotāju vidējais vecums (it īpaši tas jūtams ekonomiski attīstītās valstīs), pie tam gados veci cilvēki biežāk slimo ar psihiskām slimībām. Nav noskaidrots un pierādīts, vai pēdējos gadu desmitos vecumā slimo biežāk ar psihiskām slimībām nekā agrāk, vai arī slimnieku skaits pieaug proporcionāli vecu slimnieku skaita pieaugumam.

2. Psihiskās slimības vecumā daudz biežāk nekā psihiskās slimības jaunībā var verificēt patoloģiski anatomiskā izmeklēšanā pēc slimnieka nāves.

3. Vairāku slimību nozoloģiskā piederība vēl joprojām nav līdz galam noskaidrota – nav zināms, vai dažas depresijas un dažas murgu psihozes ir atsevišķas nozoloģijas, īpašas slimības, kas sākas tieši šajā vecumā, vai arī minētās slimības ir zināmo nozoloģiju īpatnēja klīniska izpausme, jo sākas gados veciem cilvēkiem. Jautājumu par dažām t.s. funkcionālām psihozēm un to nozoloģisko patstāvību nepieciešams pētīt tālāk.

Psihisko slimību īpatnības involūcijas periodā un vecumā

Psihiskām slimībām, kas manifestējas vai arī paasinās vecumā pēc 40 gadiem, ir kopīgas īpatnības neatkarīgi no to nozoloģiskās piederības.

Depresijas. Involūcijas periodā slimnieki atrodas īpatnējā raksturīgā (t.s. tipveida) situācijā, kas ietver sevī «nākotnes draudus» galvenokārt attiecībā uz slimnieka somatisko stāvokli. Šai periodā slimniekiem iestājas vispārējas somatiskas izmaiņas un astenizācija, kas slimnieka dzīvību neapdraud, tomēr izraisa noteiktus ierobežojumus noteiktā situācijā. Tāpat ir radušās izmaiņas arī ģimenes sastāvā – slimnieka bērni apprecas un aiziet no ģimenes dzīvot atsevišķi vai arī ģimenē ienāk jauns, slimniekam līdz tam svešs cilvēks (znots, vedekla) un līdz ar to mainās slimniekam ierastais dzīves stereotips. Iepriekšminētais nosaka arī depresiju īpatnības involūcijas periodā. Tām raksturīga trauksme, bažas par nākotni, nemiers, uzbudinājums.

Raksturīgā «tipveida situācija» vecumā ir atšķirīga no tipveida situācijas involūcijas periodā. Slimniekiem šai laikā ir radušies jau reāli ierobežojumi – pavājinājusies dzirde, redze, kas reizē ar vispārēju spēka un kustīguma samazināšanos ierobežo slimnieka komunikācijas iespējas. Vecumā slimnieki nereti zaudē tuviniekus (vīru vai sievu) un paliek vieni.

Depresijām vecumā raksturīgi monotoni pārdzīvojumi, nav trauksmes, ir smaga bezizejas stāvokļa sajūta. Depresijas šajā vecumā bieži ieilgst un samērā grūti padodas medikamentozai terapijai.

Murgi. Slimniekiem involūcijas periodā raksturīgi kaitēšanas murgi – arvien lielāku vietu psihiskajos pārdzīvojumos neatkarīgi no slimības nozoloģijas iegūst dažādu sīku materiālu zaudējumu ideju tematika. Nereti atsevišķas kaitēšanas idejas (nevis skaidri noformēti paranojāli murgi) parādās arī slimniekiem ar afektīviem traucējumiem, sākoties atrofiskam procesam ar plānprātību, utt.

Murgi parasti ir konkrēti, saistās ar salīdzinoši mazām materiālām vērtībām (produkti, apģērbs, dzīvoklis), un murgu tematikā ir ietverti cilvēki no slimnieka tuvākās apkārtnes – komunālā dzīvokļa kaimiņi, ģimenes locekļi, darba biedri.

Nereti slimnieki murgaini izskaidro savas objektīvi esošas somatiskās izmaiņas – novājēšanu, vājumu, sāpes kuņģa rajonā, redzes pasliktināšanos, dzirdes pavājināšanos, radušos impotenci vai nosirmošanu izskaidro ar nelabvēlīgu ārējo iedarbību, piemēram, indēšanu. Parasti šādas murgu idejas tāpat vērstas pret personām no slimnieka tuvākās apkārtnes – pret kaimiņiem, ģimenes locekļiem vai darba biedriem.

Uztveres traucējumi. Raksturīgi ir taktili traucējumi – niezēšanas, dedzināšanas, košanas sajūtas pārsvarā ķermeņa atklātajās daļās (uz sejas, rokām, kājām), kā arī ģenitāliju apvidū.

Involūcijas psihoze (presenilā psihoze)

Nozoloģiju izdalīja 1896. gadā E. Krepelīns, tomēr slimības robežas un izplatība vēl joprojām nav noskaidrota. Daži autori šādu nozoloģiju vai nu vispār noliedz, vai arī uzskata, ka tā ir tikai ļoti retos gadījumos. Šādu uzskatu apstiprina PSRS Medicīnas zinātņu akadēmijas Psihiatrijas institūtā veiktie pētījumi par vienu un to pašu psihisko slimību izpausmes īpatnībām dažādās vecuma grupās. To rezultātā ir noskaidrots, ka daudzos gadījumos agrāk uzskatītās involūcijas psihozes īstenībā katamnestiski izrādās šizofrēnija vai maniakāli depresīvā psihoze, kuras klīniskās izpausmes atipija ir atkarīga no slimnieka vecuma. Tātad šajos gadījumos tās nav atšķirīgas slimības, bet gan dažādu endogēno slimību klīniskās izpausmes īpatnības involūcijas periodā neatkarīgi no nozoloģijas.

Involūcijas depresiju novēro apmēram 5% gadījumu no visām depresijām (T. Morozova). Daudz biežāk ar to slimo sievietes. Involūcijas depresijas etioloģija un patoģenēze nav skaidra. Slimības attīstībā lielu nozīmi piešķir vairākiem faktoriem kopumā, kas paši par sevi atsevišķi tomēr nevar izraisīt psihozes, – tie ir organisma endokrīnās izmaiņas involūcijas periodā, tieši šim vecumam raksturīgie somatiskie un psihogēnie traucējumi utt.

Patoloģiski anatomiskajā ainā involūcijas psihožu gadījumos nav izdevies atrast kaut kādas specifiskas izmaiņas.

Premorbīdā slimniekiem raksturīgs trauksmains bažīgums un rigiditāte vienlaikus. Slimnieki ir trauksmaini, bažīgi, viegli satraucas par nenozīmīgiem sīkumiem. Viņi darbā un mājas dzīvē stingri ievēro iesākto kārtību, ar pūlēm pārslēdzas, nelabprāt maina savu stereotipu, nelabprāt kaut ko maina savā ierastajā dzīves režīmā, ar grūtībām piemērojas jauniem dzīves apstākļiem.

Slimība sakas involūcijas periodā pēc nelielām psihiskām un somatiskām izmaiņām, pie tam somatiskās izmaiņas, kas iestājas slimniekiem involūcijas periodā, nekādus smagus organisma traucējumus neizraisa. Tieši pirms psihozes sākuma nereti var konstatēt nelabvēlīgu ārējo apstākļu ietekmi, piemēram, interkurentu slimību (gripu, paaugstinātu asinsspiedienu, saaukstēšanos), vienlaicīgi ar pārpūli darbā vai nelielu konflikta situāciju sadzīvē.

Involūcijas depresijām raksturīga trauksmaina depresija ar hronisku, nelabvēlīgu slimības gaitu, pie tam gadiem ilgi slimības struktūrā nenotiek gandrīz nekādas izmaiņas.

Iniciālajā periodā slimībai raksturīgs nomākts garastāvoklis, kas pakāpeniski kļūst arvien dziļāks.

Izteiktā slimības attīstības fāzē depresijai pievienojas ļoti izteikta trauksme, bailes, kas maksimālās intensitātes brīdī var būt iemesls neskaidras apziņas stāvoklim. Slimnieki ir uzbudināti, pie tam nelielas teritorijas robežās, ir satraukti, sauc pie sevis personālu vai paši skrien pie tā un lūdz palīdzību, izsaka domas par neglābjamu bojā eju.

Lai gan slimniekiem ir fantastiskā satura noliegšanas murgi, slimnieki saka, ka viņi tomēr esot dzīvi un arī drīzumā nenomiršot, bet gan tūkstošiem gadu ilgi turpināšot mocīties. Tad visa zemeslode būšot gājusi bojā, tikai pats slimnieks, ledū dzīvs palicis, turpināšot ciest.

Slimniece 49 gadus veca, pēc profesijas grāmatvede. Neprecējusies, noslēgta rakstura. Visu dzīvi visvairāk interesējusies par darbu, ļoti stipri un ilgi pārdzīvojusi niecīgākos pārpratumus un neprecizitātes. Nereti slimniece ņēmusi darbu uz māju un pie tā nosēdējusi svētdienas un svētku dienas, bet vienmēr galu galā viss bijis labākajā kārtībā.

Klimaksa iestājies 45 gadu vecumā. Tai laikā ir jutusi «karstuma viļņus» un sirdsklauves. Pēdējos 3 gadus fiziski jūtas vesela.

Saslimusi pirms 2 gadiem, kad sācies nomākts garastāvoklis. Slimniece sākusi domāt, ka esot nepareizi dzīvojusi, jo pārāk daudz esot «domājusi par savu labumu» un egoistiski izturējusies pret citiem cilvēkiem – neesot palīdzējusi māsas bērniem, kas dzīvojuši sliktākos apstākļos, lai gan slimniece tajā laikā bijusi ļoti pārtikusi un dzīvojusi lielā dzīvoklī. Atcerējusies dažādus sīkus atgadījumus no savas iepriekšējās dzīves un vērtējusi tos tagad par «smagiem un nepiedodamiem pārkāpumiem». Vēlāk pievienojies arī nemiers, trauksme un bailes. Kad slimniece sākusi izteikt pašnāvības domas, atvesta uz slimnīcu.

Stacionārā divu gadu laikā stāvoklis bez ievērojamām izmaiņām. Slimniece visu laiku ir nomāktā garastāvoklī, nemierīga. Iet klāt personālam, ārstam un studentiem, kas ienāk nodaļā, un visiem jautā: «Vai būs mašīna un mani aizvedīs? Kad mani aizvedīs?» Uz nomierinājumiem nereaģē, bet visu laiku atkārto, ka viņu aizvedīs mašīnā un vedīs mocīt par nodarītiem pārkāpumiem. Kuņģa un zarnu slimniecei neesot, tādēļ viņa nedrīkstot ēst. Vēders neizejot, bet apēstais ēdiens kuņģī un zarnās pūstot. Ķermenī esot savairojušies mikrobi, kas izplatoties pa visu nodaļu, un slimniece ar tiem inficējot arī pārējās nodaļas pacientes, kurām jācieš un jāslimo. Mikrobi pat iekļūstot kosmosā.

Terapijas rezultātā slimniece kļūst nedaudz mierīgāka, uzbudinājums samazinās, tomēr nepareizās domas neizdodas koriģēt.

SOMATISKAIS UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS. Slimnieki novājē, viņiem var būt subfebrila temperatūra, paaugstināta eritrocītu grimšanas reakcija, leikocitoze. Neiroloģiski izmeklējot, īpašu patoloģiju nekonstatē.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Atšķirībā no maniakāli depresīvās psihozes slimība pirmo reizi rodas involūcijas periodā, nereti noris tikai ar depresiju, slimības gaita ir hroniska.

Atšķirībā no šizofrēnijas involūcijas psihozes gadījumā, kaut arī ir ilgstoša slimības gaita, nenovēro šizofrēnijai raksturīgo progredienci, klīniskajā ainā neatrod psihiskā automātisma sindromu, iedarbības murgus un halucinācijas.

Atšķirīgs ir arī defekta stāvoklis, jo nerodas šizofrēniskā plānprātība, bet gan iepriekšējie slimības simptomi it kā stabilizējas, kļūst vienveidīgi un stereotipi. Salīdzinot ar šizofrēniju, nerodas šizofrēnijai raksturīgais autisms un emocionālais defekts.

Kaut arī slimība sākas pēc somatogēnijas un psihogēnijas, tomēr neviens no šiem faktoriem nav tik smags, lai būtu par iemeslu psihozes attīstībai. Ar to involūcijas depresija atšķiras no reaktīvā stāvokļa vai simptomatiskās psihozes.

ĀRSTĒŠANĀ lieto antidepresantus ar sedatīvu iedarbību (triptizolu), kombinējot ar neiroleptiskiem līdzekļiem (haloperidolu, bet stipra uzbudinājuma gadījumā tam pievieno arī aminazīnu).

Slimniekiem, kuriem nav kontrindikāciju, iesaka pielietot elektrošoku terapiju.

Involūcijas psihozes murgu forma (involūcijas paranoja). Involūcijas periodā cilvēkiem, it īpaši sievietēm, pieaug gatavība uz dažādām paranojālām reakcijām.

Premorbīdā atrodamas jau iepriekš apskatītās personības īpatnības.

Slimība sākas pakāpeniski, pie tam nereti, noskaidrojot slimības sākumu, var atrast, ka slimnieks ilgāku laiku atradies psihotraumējošā situācijā (dzīvoklī, darbā, ģimenē), kura tomēr nav tik smaga, lai būtu par iemeslu murgu attīstībai vai reaktīvam stāvoklim. Slimības sākumā involūcijas periodā šai psihotraumējošai situācijai pievienojas nelielas somatiskās izmaiņas, un pēc tam psihozes gadījumos attīstās murgi.

Situācija, kas veicina paranojālu murgu rašanos, parasti ir saistīta ar ierastā dzīves stereotipa maiņu, bet ne vienmēr tā ir nelabvēlīga. Dažos gadījumos tās iemesls ir konflikti ar ģimenes locekļiem vai komunālā dzīvokļa kaimiņiem, bet citos tā var būt arī saistīta ar labvēlīgu ierastās dzīves stereotipa maiņu, piemēram, pārejot uz jaunu, objektīvi labāku dzīvokli.

Klīniskajā ainā raksturīgi šaura mēroga paranojāli murgi, kas ir tuvi ticamībai un noris ilgstoši, bet gala rezultātā defekta stāvoklis neiestājas.

Parastākā murgu tematika ir kaitēšana, piemēram, komunālā dzīvokļa kaimiņi vai ģimenes locekļi, visbiežāk tie, kas ienākuši slimnieka ģimenē (znots, vedekla), it kā viņiem kaitē, radot konkrētus materiālus zaudējumus – slimniekiem paņemot produktus, sabojājot maizi, ievārījumu, pielejot tējai ūdeni, bojājot veļu un virtuves priekšmetus.

Tālāka murgu attīstība nenotiek, murgi stabilizējas un gadiem ilgi paliek paranojālā līmenī. Kad slimnieki kļūst mazāk aktīvi, viņi murgu idejas vairs aktīvi neizsaka, tomēr izjautājot atklājas, ka murgi tomēr nav izzuduši.

Slimniece 47 gadus veca, pastniece. Pēc rakstura noslēgta, visu mūžu dzīvojusi bez ģimenes. Vienmēr galvenokārt interesējusies par darbu, ko izpildījusi ļoti apzinīgi un akurāti. Pasta vadība slimnieci novērtē kā priekšzīmīgu un neaizstājamu darbinieci, jo vajadzības gadījumā viņa vienmēr palikusi darbā pat pēc darba laika beigām, kamēr visu akurāti izdarījusi. Slimniecei ir draugi un paziņas, taču īsti tuvu cilvēku nav un nekad nav bijis. Viņa ne ar vienu nav bijusi pilnīgi atklāta, nevienam pilnīgi neuzticas. Slimniece brīvajā laikā lasa daiļliteratūru, apmeklē kino un teātrus. Operu «Aīda» viņa noskatījusies 25 reizes.

Klimakss iestājies 44 gadu vecumā, norisējis bez sarežģījumiem. Pēdējos divos gados pastāv «konflikta situācija» komunālajā dzīvoklī. Slimniece «pamanījusi», ka kaimiņi pret viņu sliktāk izturoties – agri rītos un vēlu vakaros koridorā īpaši skaļi runājot, lai slimniece nevarētu atpūsties. Vēl pēc pusnakts kaimiņu meitai zvanījuši «aizdomīgi jauni cilvēki», lai tādējādi traucētu slimniecei nakts mieru. Ar laiku «ievērojusi», ka kaimiņi piesavinās vai arī bojā slimnieces produktus – no zupas slimnieces prombūtnes laikā izņemts gabals vistas gaļas, tējai piebērts kaut kas rūgts, un pēc tās lietošanas parādījušās sāpes vēderā un sākusies caureja, – slimniece domā, ka barība bijusi saindēta. Pēdējā pusgada laika kaimiņi sākuši pacientes prombūtnes laikā nākt viņas istabā – pamanījusi, ka no skapja izņemtas labās zeķes un to vietā noliktas sliktas («tikko uzvelk kājās, tā cauras»), uz veļas parādījušies agrāk nebijuši plankumi, radioaparātam pārbīdīta skala, ar naglu vai matadatu saskrāpēts skapis un naktsgaldiņš.

Slimniece istabas durvīm piekārusi vairākas priekškaramās atslēgas, bet viņai liekas, ka tas nepalīdzot, – manot, ka nākšana dzīvoklī turpinoties un arī atslēgas tiekot sabojātas, slēdzot sliktāk. Slimniece iekārtojusi sev atsevišķu elektrības skaitītāju (lai kaimiņi nenodedzinātu uz viņas rēķina elektrību), produktus pārnesusi glabāt istabā, turpat arī gatavo ēdienu un gatavošanas laikā neatiet no elektriskās plītiņas. Dažreiz ēdot ēdnīcā. Neilgi pirms iestāšanās slimnīcā viņa atkārtoti griezusies ar sūdzībām par kaimiņu «ļaunprātībām» mājas pārvaldē, tad milicijā, nesusi «saindētos produktus» uz tiesu medicīnisko ekspertīzi, kur nekad nekas nav atrasts. Slimniece ir pārliecināta, ka kaimiņi grib ar savu neciešamo izturēšanos piespiest slimnieci atstāt istabu, lai iegūtu papildu apdzīvojamo platību. Lai gan slimniecei ir «nepatikšanas un ļaunprātības», viņa saglabā optimismu un labu garastāvokli un cer, ka izdosies «celt gaismā» kaimiņu nekrietnības un pierādīt savu taisnību.

SOMATISKAIS UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS bez ievērojamām izmaiņām, somatiskā un neiroloģiskā atrade vecuma normas robežās.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Atšķirībā no šizofrēnijas murgi ir gadiem ilgi, bet tiem nepievienojas verbālas halucinācijas un psihiskā automātisma sindroms. Murgi paliek vienā līmenī, nepaplašinās un nekļūst fantastiski, bet arī neizzūd.

Atšķirībā no organiskām CNS slimībām (aterosklerozes) šai gadījumā slimniekiem nav astēnijas, viņi paliek optimistiski, enerģiski un ir gatavi cīnīties ar šķietamajiem ienaidniekiem (pārliecībā par cīņas labvēlīgu iznākumu griežas namu pārvaldē, kaimiņu darba vietā, biedru tiesā, sabiedriskās organizācijās). Tā kā murgu tematika ir tuva ticamībai un reālo stāvokli komunālā dzīvoklī reizēm grūti izvērtēt, tad tiešām gadās, ka tiek izskatītas un pārbaudītas slimnieku ierosinātās tieslietas un tikai vēlāk atklājas pacienta psihiskā slimība.

Atšķirībā no reaktīvā stāvokļa vai simptomātiskās (somatogēnas) psihozes ne konflikta situācijas, ne slimnieka objektīvā somatiskā atrade nav pietiekama, lai izskaidrotu tik izteiktus un ilgstošus psihiskos traucējumus.

ĀRSTĒŠANĀ lieto neiroleptiskos līdzekļus – haloperidolu, triftazīnu, aminazīnu. Parasti paši slimnieki izturas nekritiski un nejūt vajadzību ārstēties, tādēļ piederīgiem jāseko, lai medikamenti tiktu lietoti.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA tāda, kāda nepieciešama depresīviem slimniekiem un slimniekiem ar murgiem.

Psihiskie traucējumi asinsvadu slimību rezultātā

Šeit pieder slimības, kas radušās

1) cerebrālās aterosklerozes rezultātā,
2) hipertoniskās slimības rezultātā,
3) hipotoniskās slimības rezultātā,
4) cerebrālā obliterējošā trombangiīta rezultātā.

Vispirms apskatīsim kopīgās, visām asinsvadu slimībām raksturīgās izmaiņas.

Pataloģiski anatomiskajā ainā atrod raksturīgas asinsvadu izmaiņas kā visā organismā, tā galvas smadzenēs. Cerebrāla trombangiīta gadījumos atrod smadzeņu sīko asinsvadu trombozes ar sekojošiem atrofiskiem perēkļveida bojājumiem smadzeņu vielā. Nav tomēr stingri proporcionālas sakarības starp aterosklerozes smaguma pakāpi un psihisko traucējumu intensitāti – ir gadījumi, kad slimniekiem ar niecīgu aterosklerozi ir izteikti psihiski traucējumi, un otrādi – smaga vispārēja un cerebrāla ateroskleroze nav izraisījusi ievērojamas psihiskas izmaiņas. Pēdējos gadu desmitos aterosklerotiskās izmaiņas konstatējamas gados jaunākiem cilvēkiem nekā agrāk, pie tam daudzi autori to izskaidro ar pārmērīgu uztura lietošanu.

Psihiskie traucējumi asinsvadu slimību gadījumos iedalāmi 3 grupās:

1) neirozei līdzīgie traucējumi,
2) plānprātība,
3) psihozes.

<u>Neirozei līdzīgos traucējumus</u> novēro t.s. pseidoneirastēniskajā stadijā, pie tam parasti slimniekiem, kas vēl nav nokļuvuši psihiatra redzes lokā. Šajā laikā slimības dinamika var būt mainīga, slimības gaita var gan pēkšņi pasliktināties, bet var arī iestāties ilgstošas (pat gadiem un gadu desmitiem ilgas) remisijas. Arī kopumā asinsvadu procesam raksturīga viļņveida gaita ar slimības uzlabošanās un pasliktināšanās periodiem.

Neirozei līdzīgo traucējumu gadījumos novēro kā somatiskus, tā psihiskus traucējumus.

Galvas sāpes ir viens no biežākajiem un raksturīgākajiem slimības simptomiem. Slimnieki nereti sūdzas nevis par sāpēm, bet par «smagu galvu», spiediena sajūtu galvā, svaiguma sajūtas trūkumu. Galvas sāpes un nepatīkamas sajūtas visbiežāk lokalizējas pieres un pakauša daļā, bet izstaro uz acīm, kaklu, pleciem un muguru.

Miega traucējumiem raksturīgi, ka slimnieki arvien agrāk iet gulēt un otrā rītā arvien agrāk ceļas. Nereti slimnieki naktī pēkšņi pamostas, it kā kāds būtu viņus pamodinājis, un vairs visu nakti nevar aizmigt. Gadu gaitā slimnieki sāk mosties rītos arvien agrāk, bet tad viņi ceļas augšā arī naktīs. Slimnieka nakts miega ilgumam samazinoties, viņš jūt nepieciešamību kaut vai nedaudz (dažas minūtes, pusstundu) pagulēt dienā, pie tam tādi miega periodi dienā ir vairāki.

Ikdienā viegli novērot, ka gados jauni cilvēki rītos vēl guļ, kad vecāki cilvēki jau ir nomodā, turpretī vakaros vecākie jau guļ, kad jaunie vēl ir nomodā.

Sapņi nereti ir nepatīkami, jo slimnieks izjūt krišanas sajūtu, smakšanu, elpošanas grūtības.

Astenizācija sākas ar pastiprinātu nogurdināmību un ievērojamu darba spēju samazināšanos. Pacienti jūt, ka vairāk nekā agrāk viņi gaida kārtējo atvaļinājumu. Vēlāk, nogurumam palielinoties,

slimniekiem grūti sākt strādāt un viņi ar nepacietību gaida darba dienas vai nedēļas beigas. Ja agrāk nepieciešamības gadījumos slimnieki varēja iztikt bez izejamām dienām, varēja strādāt atvaļinājumos un naktīs, tad tagad viņi fiziski vairs nav spējīgi to izdarīt.

Pastiprināta uzbudināmība raksturīga jebkuram astēniskam stāvoklim. Slimniekus satrauc troksnis, spilgta gaisma, dažādi sīkumi – kņada, gaidīšana, niecīgi pārpratumi, neuzmanīgāk pateikts vārds. Reizē ar to slimnieki kļūst it kā neaprēķināmi, jo nevar paredzēt, kā viņi rīkosies nākamajā brīdī, kaut arī līdzīgā situācijā. Slimnieks lēmumus vairs nepieņem atbilstoši tikai objektīviem apstākļiem, bet tos ietekmē mirkļa noskaņojums, pēkšņas simpātijas un antipātijas, nejaušības. Slimnieki ir savaldīgāki, ja viņi atpūtušies (rīta stundās), bet mazāk savaldīgi nogurumā (pēcpusdienā un vakaros). Slimniekiem vispārējais garastāvokļa fons nereti ir nomākts, viegli rodas raudulība.

Galvas reiboņi var būt dažādas intensitātes. Slimnieki subjektīvi izjūt gan neskaidru galvu, gan miglu, dūmus vai mākoņus acu priekšā, ģībšanas sajūtu un tai līdzīgus stāvokļus. Slimniekiem liekas, ka reizēm apkārt «viss sagriežas» un ka viņam kaut kur jāpieturas, lai nenokristu.

Reizēm slimniekiem acu priekšā parādās punktiņi, ausīs sāk skanēt troksnis, acu priekšā satumst, pat rodas slikta dūša. Šādi stāvokļi parasti rodas paroksismāli un turpinās neilgi – 10–15 minūtes.

Parestēzijas visbiežāk lokalizējas sejā un ekstremitātēs, biežāk novērojamas hipertonijas slimniekiem. Slimnieki sūdzas par it kā «kukaiņu lodāšanu» pa ādu, ka viņiem nogurst kājas, ka ejot kāju sāpju dēļ reizēm uz laiku jāapstājas un jāatpūšas. Parestēzijas mēlē var maldīgi radīt domu par it kā nepareizām zobu protēzēm.

Bieža urinācija rodas nieru darbības traucējumu rezultātā vai arī vīriešiem prostatas hipertrofijas dēļ.

Veģetatīvi traucējumi izpaužas kā sāpes sirds rajonā, pārsitieni, svīšana, sirdsklauves utt.

Psihiskās izmaiņas iestājas vienlaikus ar somatiskajām izmaiņām. Sākumā tās ir nelielas, tās var pamanīt tikai pats slimnieks vai arī viņam tuvi cilvēki, kuri pacientu gadiem ilgi pazinuši. Vēlāk psihiskās izmaiņas kļūst izteiktākas un vieglāk konstatējamas, bet, slimībai progresējot, pamazām iestājas plānprātība.

Parasti pieaugošā nogurdināmība un vājuma sajūta raksturīga aterosklerozes slimniekiem, bet viegla satraucamība un īgnums – hipertoniskās slimības gadījumā.

Plānprātība asinsvadu slimniekiem izpaužas lakunārās demences veidā.

Uzmanības traucējumi izpaužas kā sašaurināts uzmanības apjoms (kā pazīstamā izteicienā, kad «cilvēks ar pīpi zobos meklē pīpi»). Slimnieki kļūst arvien izklaidīgāki, un, uzmanības apjomam sašaurinoties, pacienti var vienlaicīgi aptvert arvien mazāk faktu un notikumu, piemēram, dispečeram grūti vienlaicīgi sekot vairākiem pults rādītājiem, šoferim – ievērot visas satiksmes regulēšanas zīmes. Jauni cilvēki nereti var vienlaikus darīt vairākus darbus reizē (klausīties radio un mācīties, rakstīt un sarunāties), turpretim pacienti ar asinsvadu izmaiņām var koncentrēties tikai vienam darbam, piemēram, televīzijas vai radiopārraides laikā viņi nevar sarunāties, «nedzird» telefona zvanu vai zvanu pie durvīm, nevar vienlaicīgi klausīties radio un uzkopt istabu vai mizot kartupeļus. Kļūdas viņiem rodas jau pie niecīgākās uzmanības sadales.

Sevišķi lielas grūtības slimniekiem ir pārslēgt uzmanību, piemēram, slimnieki, lasot grāmatu, vienlaicīgi nevar salīdzināt vairāku nodaļu materiālu. Slimnieki paši uzsver, ka visvairāk nogurdina nevis darbs «vienā virzienā», bet vajadzība mainīt tēmas, piemēram, administratīvā darbā apmeklētāju pieņemšanas laikā īsā laikā pēc kārtas lemt atšķirīgus jautājumus. Slimnieki nereti svarīgāko jautājumu izlemšanu atliek uz vēlāku laiku, pēc apdomāšanās mierīgākos apstākļos.

Atmiņas traucējumi. Vispirms rodas elektīvās reprodukcijas traucējumi – zūd spēja atcerēties vajadzīgo materiālu tieši vajadzīgā brīdī. Visagrāk no atmiņas izzūd tie fakti, kas iegaumēti mehāniski (vārdi, tēva vārdi, uzvārdi, adreses, telefona numuri), taču slimības sākumā slimnieks aizmirsto faktu atceras vēlāk, citā situācijā. Agri pazeminās spēja atcerēties bijušos notikumus hronoloģiskā kārtībā, atšķirt agrākus notikumus no vēlākiem notikumiem. Sākumā lokalizēt palīdz attiecības ar lielākiem notikumiem (pirms vai pēc kara; pirms vai pēc svētkiem; pirms vai pēc aiziešanas pensijā).

Sākumā aizmirstas tie notikumi, kas mazāk saistījušies ar slimnieka personību, kam slimnieka dzīvē bijusi mazāk emocionāla nozīme. Visumā slimnieki labāk atceras notikumus no savas jaunības laika, bet sliktāk – pēdējo gadu notikumus. Tomēr slimnieka dzīves agrāko notikumu atstāstījums, ko nevar pārbaudīt, jāvērtē kritiski, jo arī tur tiek pieļautas lielas neprecizitātes un kļūdas.

Domāšanas traucējumi. Slimībai raksturīgas grūtības uzmanības koncentrācijā un atmiņā, mazāk traucētas spriešanas spējas. Slimnieki strādā lēnāk, tomēr visumā vēl savus uzdevumus veic. Slimnieki nereti iestrēgst sīkumos, pazaudē centrālo domu, viņu darbs kļūst mazāk produktīvs.

Slimības apziņa un kritiska attieksme pret savu stāvokli slimniekiem saglabājas. Slimnieki iepriekšminētās izmaiņas pamana, paši par tām žēlojas un tādēļ griežas pie ārsta pēc palīdzības. Sākoties domāšanas grūtībām, kāds ievērojams psihiatrs tā pamatoja savu aiziešanu pensijā 70 gadu vecumā: «Tagad man laiks aiziet pensijā, jo es jūtu, ka vairs nevaru strādāt tā kā agrāk. Ja es to tagad nedarīšu un laikus neaiziešu, tad pienāks brīdis, kad visi apkārtējie sapratīs, ka man jau sen vajadzēja aiziet, tikai es pats to nemācēšu novērtēt».

Slimniekiem traucējumu intensitāte ir mainīga, un slimības sākuma posms var turpināties vairākus gadu desmitus.

Adaptācijas grūtības. Slimnieki salīdzinoši labi var tikt galā ar ierasto darbu, ierastā stereotipā, bet ar grūtībām spēj to mainīt. Nereti novērojami asinsvadu slimnieki, kuri tiek galā ar ierasto darbu ierastos apstākļos vēl tad, kad citādi radusies jau diezgan izteikta plānprātība. Tādus slimniekus nereti salīdzina ar mājām, kuru iekšpuse izdegusi, bet fasāde saglabājusies vesela un rada par celtni kopumā pievilcīgu iespaidu.

Lielas grūtības slimniekiem rodas, ja viņiem jāpiemērojas jauniem, pat objektīvi labākiem vai vieglākiem apstākļiem: slimnieki reizēm mēģina pāriet objektīvi vieglākā darbā nekā iepriekš, bet adaptācijas grūtību dēļ ar to tiek galā daudz sliktāk nekā ar agrāko darbu.

Personības izmaiņām raksturīgi, ka saasinās agrāk piemitušās personības īpatnības, tās ar laiku pastiprinās (kariķējas). Parasti saasinās astēniskās rakstura īpašības, piemēram, slimnieki, kuri agrāk bija devīgi, kļūst izšķērdīgi, runīgie kļūst pļāpīgi, emocionālie – pārlieku jūtīgi. Retāk novēro personības īpašību nivelēšanos.

Jo vecākos gados slimniekiem process sākas, jo vairāk rakstura īpašībām ir «senila nokrāsa».

Slimnieks 68 gadus vecs. Kopš 60 gadu vecuma sākušās galvas sāpes, kad arī pirmo reizi griezies pie terapeita. Ārsts konstatējis paaugstinātu asinsspiedienu (165/105 mm Hg) un nozīmējis terapiju. Ārstējies regulāri. 67 gadu vecumā pēc nepatīkamiem pārdzīvojumiem parādījies nomākts garastāvoklis, zudusi interese par ģimeni un sevi, neko neesot gribējis darīt. Slimnieks gulējis slikti, viņam izzudusi ēstgriba un reizēm negribējies dzīvot.

Neilgi pirms stacionēšanas pievienojusies trauksmes sajūta. Licies, ka drīzumā kaut kam jānotiek. Slimnieks uz ielas ar aizdomām skatījies uz garāmgājējiem, jo viņam brīžiem licies, ka tie pret viņu ir nelabvēlīgi noskaņoti vai arī viņu izseko. Kādreiz slimnieks aizbraucis ciemos pie radiniekiem uz laukiem, kur pārnakšņojis. Tomēr slimnieks visu nakti nav varējis aizmigt, jo viņam licies, ka pa to laiku viņa mājās kaut kas slikts noticis. Pēc tam trauksmes sajūta samazinājusies, bet palikusi viegla nogurdināmība, garastāvokļa labilitāte un pavājināta atmiņa. Reizēm slimnieks bez iemesla izjutis skumjas, parādījusies raudulība, «žēluma sajūta», un slimnieks stacionēts.

Stacionārā slimnieks labprāt kontaktē ar apkārtējiem, pārsvarā ar sava vecuma slimniekiem. Pieejams, meklē palīdzību. Reizēm izjūt satraukumu, ka viņu varot vai nu neizārstētu priekšlaicīgi izrakstīt, vai arī, ārstēšanai ievelkoties, pārvest uz hronisko slimnieku nodaļu. Slimnieks baidās un satraucas par jauniem ārsta nozīmējumiem, pirms jaunām procedūrām, pirms EKG un EEG pārbaudes. Ar nepacietību gaida analīžu un izmeklējumu rezultātus. Reizēm izjūtot garlaicību, skumjas un spiediena sajūtu krūtīs, kas drīz pāriet, ja izdodas «izklaidēties» un nedomāt. Ja nomierinās (pārsvarā tas notiek pēc ilgstošām sarunām ar ārstu), tad jūtas ievērojami labāk. Pret savu stāvokli izturas kritiski.

Atmiņa pavājināta, iepriekšējās dzīves notikumus atstāsta sīki, bet jauc daudzus faktus, galvenokārt neatceras notikumu hronoloģisko secību. Pats apzinās, ka viņam atmiņa un koncentrēšanās spējas pavājinātas, grib ārstēties.

Neiroloģiski izmeklējot, atrod viegli izteiktu difūzu organiska CNS bojājuma simptomātiku. Perkutoriski sirds robeža ievērojami paplašināta pa kreisi, auskultējot sistolisks troksnis uz *ictus cordis*, kā arī otrā toņa akcents uz aortālām vārstulēm. Asinsspiediens svārstās robežās no 185/100 mm Hg līdz 165/95 mm Hg.

Slimības gaita viļņveida. Slimībai pakāpeniski progresējot, pamazām rodas un arvien skaidrāk iezīmējas lakunārā demence.

Psihozes asinsvadu slimības rezultātā var izpausties vairākos veidos.

1. Eksogēnā tipa psihozes.
2. T.s. endoformās psihozes, kad klīniskā izpausme ir līdzīga psihožu izpausmei endogēno slimību gadījumā. Šeit, savukārt, izdala a) afektīvās psihozes, b) murgu psihozes, c) halucinozes.
3. Pārejas varianti starp abām iepriekšminētajām formām.

Slimības somatiskās izpausmes ir cieši saistītas ar psihiskajām izpausmēm. Psihozes bieži rodas asinsvadu krīzes (cerebrālās asinsrites traucējumu, insulta, trombozes) laikā, un tad slimniekam iestājas aptumšota apziņa.

Pie tam visām asinsvadu psihozēm ir vairākas kopīgas likumsakarības: 1) jo slimība norisinās akūtāk un ir smagāka, jo vairāk psihiskie traucējumi izpaužas ar aptumšotas apziņas simptomātiku – un otrādi, 2) jo ārējo nelabvēlīgo faktoru iedarbība ir ilgstošāka un nemanāmāka, jo slimības psihiskā izpausme ir tuvāka endogēnajiem psihiskajiem procesiem (šizofrēnijai līdzīga klīniskā aina ar neirotiskiem vai psihopatoīdiem traucējumiem). Taču, pēc daudzu autoru domām, šais gadījumos nozīme ir arī citiem faktoriem – reizēm slimniekiem ir nelabvēlīgāki iedzimtības dati (viens vai vairāki slimnieka radinieki slimojuši ar endogēnām psihiskām slimībām), premorbīdā slimnieka personība līdzīga endogēno slimību slimnieku personībai (šizoīdo īpašību pārsvars) u.c.

Eksogēnā tipa psihozēm raksturīga neskaidra apziņa. Asinsvadu psihožu gadījumos reizēm neizdala atsevišķus aptumšotas apziņas sindromus, bet stāvokli summāri apzīmē par «sajukumu», jo parasti slimnieka psihiskais stāvoklis svārstās un aptumšotās apziņas dziļums mainās – viegli notiek pāreja no viena sindroma otrā, respektīvi, raksturīga simptomu «mirdzēšana», piemēram, viegli delīrijs pāriet krēslas stāvoklī, bet tad tas atkal atpakaļ delīrijā, delīrijs – oneiroīda, krēslas stāvoklis – delīrijā, pēc kura apziņa noskaidrojas, utt.

Delīrijs ir samērā raksturīgs, taču nereti novēro atipijas, piemēram, delīrijs rodas slimības sākumā un halucinatorie pārdzīvojumi nav spilgti izteikti. Tomēr delīrijs var norisināties arī smaga musitējošā vai profesionālā delīrija veidā.

Oneiroīds tipiskos gadījumos atšķirībā no šizofrēnijas parasti sākas vakaros vai naktīs un nav tik dziļš kā šizofrēnijas gadījumos. Slimniekiem visu laiku saglabājas «dubultā orientācija» – viņi visu laiku saprot, ka apkārt notiekošais viņiem tikai «liekas», bet nenotiek īstenībā.

Apdullumu biežāk novēro slimniekiem ar obliterējošu cerebrālu trombangiītu un hipertoniju.

Krēslas stāvokļi parasti ir īslaicīgi, tādi nereti ir bijuši slimniekiem vēl pirms stacionēšanas (slimnieki apmaldījušies pilsētā, kurā dzīvo, pašiem neizprotami nokļuvuši vietās, uz kurām nav domājusi iet, utt.).

Slimības dinamika, salīdzinot ar šizofrēniju, ir polimorfāka, tomēr ar laiku iezīmējas kopīgā tendence – pieaugot negatīvajiem psihopatoloģiskajiem simptomiem (plānprātībai), produktīvā psihopatoloģiskā simptomātika (galvenokārt murgi) sairst un kļūst rudimentārāka. Tāpat pēc katras eksogēna tipa psihozes ievērojami padziļinās demence un palielinās astēnija.

Afektīvās psihozes. Depresijas ir asinsvadu psihožu bieža simptomātika, tās visbiežāk novēro neirotiskā sindroma gadījumos, bet retāk kā atsevišķas psihozes. Depresijas novēro dažādos slimības posmos, tās var būt ļoti daudzveidīgas un nereti ir viens no psihozes attīstības etapiem.

Maniakālu stāvokli novēro reti, tas ilgst dažas nedēļas vai mēnešus un visbiežāk ir viens no komponentiem pseidoparalītiskā sindroma gadījumā.

Murgu psihozes asinsvadu slimību gadījumā visbiežāk izpaužas ar paranojāliem murgiem. Iespējamas arī asinsvadu psihozes ar paranoīdu un parafrēnu saturu. (Pēc tematikas biežāk novēro greizsirdības un kaitēšanas murgus.)

Greizsirdības murgi var rasties uz progredientas slimības fona vai arī pēc pārciesta insulta. Jo slimniekam dziļāka plānprātība, jo murgi kļūst absurdāki. Greizsirdības murgi reizēm rodas pēc akūta aptumšotas apziņas stāvokļa, kura laikā slimnieks redzējis neuzticības ainas, un vēl kādu laiku viņš izturas nekritiski pret notikušo. Grūtāk tos diferencēt gadījumos, kad slimniekam greizsirdības idejas rodas pamazām, pakāpeniski. Nereti šiem slimniekiem, pastiprinoties aterosklerozei, saasinās arī agrākās rakstura īpašības un, ja viņiem ir demence, tad viņi vairs nav spējīgi kritiski vērtēt reālo situāciju.

Kaitēšanas murgi ir līdzīgi tiem kaitēšanas murgiem, kādi ir slimniekiem ar involūcijas psihozēm, tomēr asinsvadu slimniekiem klīniskajā ainā vairāk izpaužas astēnija, slimnieki nav «cīnītāji» par šķietamo taisnību un vieglāk samierinās ar notiekošo.

Halucinožu īpatnības asinsvadu slimību gadījumā ir atkarīgas no slimnieka vecuma. Involūcijas periodā un vecumā var būt verbālās un taktilās halucinozes, bet ļoti lielā vecumā (pēc 80–90 gadu vecuma) – redzes halucinozes.

Verbālās halucinozes parasti rodas pēc neskaidras apziņas perioda (delīrija), slimnieki dzird vairākas balsis, kas savā starpā apspriežas. Balsis pastiprinās klusumā, vakaros un naktīs. Ja klīniskajā ainā pievienojas murgi, tad tie pēc satura ir vienādi ar halucināciju saturu un klīniskajā ainā nav dominējošie.

Redzes halucinozes parādās ļoti lielā vecumā un parasti rodas slimniekiem, kam ir ne tikai aterosklerotiskas izmaiņas, bet arī redzes traucējumi – vai nu pilnīgs aklums, vai izteikti pavājināta redze. Parasti pret redzes halucinācijām slimnieki izturas kritiski, viņi saprot, ka tādu redzes tēlu nevar būt. Tikai psihozes kulminācijā slimnieki zaudē kritisko attieksmi pret notiekošo.

SOMATISKA1S UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS. Raksturīgas sirds un asinsvadu izmaiņas, kā arī asinsvadu skleroze. Slimniekam ir kardioskleroze, var būt sirds un asinsvadu sistēmas dekompensācija, kā arī atrodamas izmaiņas aortā un nierēs. Hipertoniskās slimības gadījumos atrod paaugstinātu arteriālo asinsspiedienu un sekundāri pievienojušos citu orgānu (galvenokārt sirds un nieru) patoloģiju.

Neiroloģiski izmeklējot, atrod difūza smadzeņu bojājuma simptomus – acu zīlītes nereti ir sašaurinātas un vāji reaģē uz gaismu, slimniekam ir roku pirkstu un mēles tremors, paaugstināti cīpslu refleksi. Reizēm slimniekiem ir epileptiformas (parasti neizvērstas) lēkmes ar samaņas zudumu.

Hipotoniskās slimības gadījumos biežāk novēro galvas reiboņus (it īpaši pēc straujas piecelšanās), galvas sāpes, troksni ausīs, izteiktu vājumu, adinamiju.

Obliterējoša cerebrālā trombangiīta gadījumos slimniekiem neiroloģiski var konstatēt neliela perēkļveida bojājuma simptomātiku, kas ļauj noteikt patoloģiskā procesa lokalizāciju. Biežāk novēro arī epileptiformas lēkmes, kā arī dažādus citus paroksismālus traucējumus (ar sāpēm, aptumšotu apziņu, īslaicīgiem produktīviem psihopatoloģiskiem traucējumiem utt.).

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Tipiskos gadījumos asinsvadu slimību diagnoze nav grūta, tomēr jāatceras, ka iespējams arī citas slimības sākums slimniekam ar aterosklerozi, piemēram, šizofrēnijas un aterosklerozes vai endogēnas depresijas un aterosklerozes kombinācija.

Pseidoneirastēniskajā stadijā, ja slimība galvenokārt izpaužas ar veģetatīviem traucējumiem, diferenciāldiagnozē jāatšķir aterosklerozes sākums no endogēnās depresijas. Slimniekiem ar aterosklerozi vispārējais stāvoklis pasliktinās vakaros, pēc slodzes, bet uzlabošanās iestājas pēc atpūtas. Anamnēzē aterosklerozes slimniekiem nav atrodami periodi ar nomāktu garastāvokli, un, ja vien viņi nav noguruši, saglabājas iepriekšējā aktivitāte, intereses.

Diferencējot no preseniliem atrofiskiem procesiem (Alcheimera slimības), uzmanība jāpievērš tam, ka ateroskleroze sākas gados vecākiem slimniekiem un slimības gaita ir viļņveida (nevis pakāpeniski progredienta), ka slimniekiem rodas lakunāra demence un paliek kritiska attieksme pret radušamies izmaiņām (atrofiskā procesa rezultāta rodas totāla demence un kritiskās attieksmes nav), kā arī nav kortikāla perēkļveida bojājuma simptomātikas (dziļa demence ar perēkļveida bojājuma simptomātiku – afāzijām, apraksijām – asinsvadu slimniekiem iestājas tikai pēc pārciesta insulta).

Diferencējot murgu sindromus, jādomā par iespējamu šizofrēniju. Asinsvadu slimniekiem murgi ir tuvāki reālai konflikta situācijai un pārvērtēšanas idejām, kā arī tie it kā izriet no slimnieka rakstura (aizdomas par sievas neuzticību ir slimniekiem, kas arī pirms aterosklerotisku izmaiņu iestāšanās bija greizsirdīgi un tagad nespēj savas aizdomas koriģēt). Šizofrēnijas slimniekiem atrod arī citus šizofrēnijai raksturīgus traucējumus – domāšanas izmaiņas, iedarbības murgus, šizofrēniskās personības izmaiņas.

ĀRSTĒŠANA. Slimniekiem nepieciešama atbilstoša somatiska ārstēšana. Psihiatra uzraudzībā slimnieki nokļūst, ja rodas psihozes vai arī iestājas izteikta plānprātība. Psihožu gadījumā atkarībā no klīniskās ainas pielieto neiroleptiskos līdzekļus vai antidepresantus. Jāatceras, ka slimniekiem ar organiskiem CNS traucējumiem, kā arī gados vecākiem pacientiem biežāk rodas blakusparādības pēc neiroleptisko līdzekļu lietošanas, tādēļ sākumā medikamenti jādod nelielās devās un devas jākāpina pakāpeniski. Ja ir izteiktas izmaiņas, tad reizēm jāatsakās no intensīvas psihisko traucējumu terapijas, lai nekaitētu slimnieka somatiskajam stāvoklim.

Akūtu psihožu gadījumos galvenokārt jāārstē somatiskie traucējumi, jo tie šajā gadījumā ir pamatā psihiskajiem traucējumiem. No medikamentiem akūtu uzbudinājumu kupēšanai ieteicams pielietot nelielās devās aminazīnu un haloperidolu. Labs miega līdzeklis ir tizercīns (sākumā deva ne vairāk par 6,25 mg – ¼ tbl.).

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Asinsvadu slimnieki parasti sliktāk nekā citi psihiskie slimnieki panes troksni, vieglāk un ātrāk nogurst, kā arī nespēj ilgstoši skatīties televīziju un klausīties skaļas radiopārraides. Tāpēc šādi slimnieki jānovieto atsevišķās istabās kopā, kur būtu viņiem piemērotāks, «saudzējošāks» režīms. Labvēlīgu ietekmi uz slimniekiem atstāj ilgstošas psihoterapeitiskas sarunas, un nereti slimnieki jau pēc tām vien bez medikamentiem jūtas labāk.

Vecuma (senilās) psihozes

Senilās psihozes pazīstamas jau sen, pie tam vairums autoru tās uzskata par slimību, bet ne par fizioloģiski dabisku dzīves nobeigumu.

Ar senilo plānprātību slimo apmēram 0,5% cilvēku (A. Sņežņevskis). Senilā plānprātība sākas vecumā no 69 līdz 75 gadiem, to biežāk novēro sievietēm. Slimības etioloģija nav zināma. Patoloģiski anatomiskajā izmeklēšanā atrod difūzu smadzeņu vielas atrofiju, iekšējo un ārējo hidrocefāliju, bet mikroskopiski – senilas drūzas.

Slimība sākas ar personības izmaiņām. Agrāk esošās rakstura īpašības, galvenokārt stēniskās rakstura īpašības, saasinās, «kariķējas» – slimnieki kļūst egoistiski, skopi, mantrausīgi, aizdomīgi, ļauni. Dzīvē galveno uzmanību viņi pievērš personisko vajadzību apmierināšanai un materiālajām vērtībām, tāpēc slimnieki, sākoties vecuma plānprātībai, sāk krāt vecas lupatas, avīzes, neļauj likvidēt novalkātas drēbes, nolietotas mēbeles, atprasa no bērniem naudu, kas kādreiz dota un izlietota mazbērnu audzināšanai. Izdala vairākas klīniskās formas.

Vienkāršā forma. Ar laiku slimnieki kļūst plānprātīgi un nereaģē uz apkārtējo situāciju. Viņi kļūst pasīvi, viņu intereses aprobežojas ar vienkāršākām eksistences formām – ēšanu, gulēšanu, smēķēšanu. Klīniskajā ainā vadošais ir atmiņas defekts – slimniekiem rodas īpatnēja totālā plānprātība, ko raksturīgās izpausmes dēļ apzīmē par vecuma plānprātību. Sākumā slimniekiem apstājas jebkura psihes attīstība, zūd spēja kaut ko jaunu iegaumēt, bet pēc tam pamazām sāk zust agrāk apgūtās iemaņas. No atmiņas vispirms izzūd vēlāk apgūtais, mazāk automatizētais materiāls, bet pēc tam agrāk apgūtais, labāk automatizētais un ciešāk piesavinātais materiāls.

Sākumā slimnieki aizmirst tos faktus, kuri jāatceras mehāniski (uzvārdus, vārdus, telefona numurus, adreses), pie tam vispirms zūd spēja šos datus atcerēties tieši vajadzīgajā brīdī (reproducēšanas amnēzija), bet pēc kāda laika neatminētais fakts pats ienāk prātā. Vēlāk atmiņas traucējumi jau ir pastāvīgi. Visilgāk slimniekam atmiņā saglabājas tas materiāls, kas apgūts agrīnā bērnībā, ir labāk automatizēts un ciešāk piesavināts, – tās ir uzvedības manieres, kustības, pieklājības normas, mīmika, motorika, tādēļ arī ļoti dziļā defekta stāvoklī slimnieka uzvedība un kustības var atstāt vēl psihiski pilnvērtīga cilvēka iespaidu. Izdala, piemēram, šķietamās sarunas simptomu: slimnieki palātā sēž blakus un pēc viņu mīmikas un žestiem izskatās, it kā viņi dzīvi sarunājas, kaut arī slimnieki viens otru neuzklausa un nespēj saprast.

Ja ir iestājusies senilā demence, tad slimnieki vairs nespēj neko jaunu iemācīties un pēc ilgāka laika stacionārā vēl tomēr nezina, kur viņi atrodas, nepazīst ārstējošo ārstu un citus slimniekus, kā arī nezina ne gadu, ne datumu, lai gan tas viņiem ir teikts.

Pamazām slimnieks aizmirst arī pagātnes notikumus, un tad viņš nevar pateikt, vai ir precējies, vai viņam ir bērni, cik bērnu ir, kad tie ir dzimuši, kā viņus sauc, utt.

Slimnieki pieļauj arī rupjas kļūdas spriedumos, piemēram, slimnieki esot jaunāki par saviem bērniem, bērni esot viņus audzinājuši utt.

Sabrūkot atmiņai par pēdējā laika notikumiem, slimnieki arvien vairāk it kā «dzīvo pagātnē», t.i., slimnieki apgalvo, ka viņiem nav vairs 70 gadu, bet gan 60, 50 un pat 10 gadu. Daļēji mainās arī visa situācija, kurā tagad slimnieks «dzīvo», parādās konfabulācijas, piemēram, kāda slimniece stacionārā stāstīja, ka dzīvo savā lauku mājā un tikko esot slaukusi govis un pabarojusi cūku, bet tagad gatavojoties vārīt pusdienas. Viņa pati esot vēl jauna un neprecējusies, bet drīzumā domājot nodibināt ģimeni. Apkārtējie cilvēki (ārsti) esot viesi, kas atnākuši, lai kopā ar viņu atsperu ratos brauktu uz baznīcu. Baznīcā šodien būšot aizlūgums, jo vakar miris viens no apriņķa iedzīvotājiem, kuru slimniece labi pazīstot.

Slimniece 80 gadus veca. Pirms slimības bijusi sirsnīga, atsaucīga, dzīvespriecīga.

Slimība attīstījusies pakāpeniski. Sākumā piederīgie ievērojuši, ka slimniecei (pēc 70 gadu vecuma) strauji pasliktinājusies atmiņa, ka viņa pieļauj rupjas kļūdas, runājot par lasīto, agrāk piedzīvoto, pazīstamiem cilvēkiem. Slimniece kļūdījusies parastos iepirkumos – vai nu nav nopirkusi vajadzīgos produktus, vai arī nopirkusi liekus, pie tam nevajadzīgus un nelietderīgi lielos daudzumos, – pie kases aizmirsusi izdoto naudu. Bijuši gadījumi, kad ilgi maldījusies pilsētā un mājās atveduši sveši cilvēki. Ar laiku slimniece vairs nav pazinusi cilvēkus, kas nākuši pie ģimenes viesos, kaut arī nākuši tuvi ģimenes draugi. Vēlāk nav pazinusi vairs ģimenes locekļus – mazmeitu saukusi par meitu, bet vīru – par attālu radinieku. Slimniece kļuvusi nevīžīga, pārstājusi gatavot ēdienu un pārstājusi sevi apkopt. Mājiniekiem bijis jāuzmana, lai viņa neatgriež un neatstāj atvērtu gāzes, ūdens krānu, ieslēgtu gludekli, atvērtas dzīvokļa durvis. Tā kā slimnieci nav iespējams atstāt vienu dzīvoklī, tad stacionēta.

Nodaļā paciente kustīga, rosīga, bet viņas darbība ir neproduktīva. Slimniece nevar iegaumēt savu palātu un gultu, tādēļ reizēm guļas citu slimnieču gultās, nepazīst ārstējošo ārstu un nodaļas vadītāju, uzskata viņus par seniem paziņām vai darba biedriem.

Slimniece nezina, ka atrodas slimnīcā, un uzskata, ka dzīvo laukos, vecāku mājās. Stāsta, kā vecāki pirkuši māju, kā iegādājušies mēbeles. Slimniece nevar nosaukt ne gadu, ne datumu, bet apkārtējos slimniekus uzskata par viesiem, kas atnākuši ciemos. Dažas slimnieces viņa sauc vīriešu vārdos.

No pagātnes notikumiem slimniece pareizi var pastāstīt tikai senākos notikumus, bet tos arī tikai fragmentāri – zina, cik klašu beigusi un kurā skolā mācījusies. Slimniece nevar nosaukt māsu un brāļu vārdus, nezina, cik viņai bērnu un kā viņus sauc. Slimnieces vecāki vēl esot dzīvi, viņai pašai esot 17 gadu, bet mātei 14 gadu.

Ja slimniecei pasaka gadu, datumu, ārsta uzvārdu vai nodaļas numuru, tad viņa to nevar iegaumēt. Sakāmvārdus viņa izskaidro burtiski, jo neizprot to pārnesto nozīmi.

Garastāvoklis slimniecei pārsvarā ir labs, viņa ir smaidīga, laipna, cenšas jokot. Ir saglabātas bērnībā apgūtās pieklājības normas – pateicas par uzaicinājumu apsēsties un par sarunu, pēc tam atvainojas un lūdz atļauju iet. Slimniece apvainojas, ja ārsts izmeklēšanas laikā izsaka «aizdomas» par slimnieces nekārtīgo dzīvi pagātnē.

Pret savu stāvokli slimniece ir pilnīgi nekritiska, uz jautājumu, vai varētu strādāt vecajā darba vietā (par pārdevēju), atbild apstiprinoši. Slimniecei atmiņa esot laba, nekādu sūdzību par veselību neesot.

Neiroloģiski CNS perēkļveida bojājumus nekonstatē.

Somatiskais stāvoklis vecuma normas robežās. Izteiktu aterosklerozi nekonstatē. Klīniskās un bioķīmiskās analīzes bez patoloģiskas atrades.

Konfabulatoro formu novēro 25,9 % gadījumu no visām senilās demences formām (A. Šņežņevskis). Slimības pamatā ir organiskas atrofiskas izmaiņas, kas kombinējas ar asinsvadu patoloģiju.

Salīdzinot ar vienkāršo formu, šai gadījumā slimnieki visu laiku ir nedaudz pacilātā garastāvoklī, aktīvi, rosīgi, kustīgi, piemēram, viņi kārto savas mantas, sien tās sainīšos un gatavojas iet uz mājām, grabinās pie durvīm. Slimnieki ar savu nesakarīgo uzvedību traucē personālu un pārējos slimniekus.

Deliriozo formu apzīmē arī par senilo delīriju, senilo sajukumu, akūtu presbiofrēniju. Delīrija rašanās liecina par to, ka pamatslimībai – senilai demencei – pievienojušies somatiski traucējumi. Slimnieki deliriozi nepareizi uztver apkārtni, pārdzīvo neesošus notikumus, pazīst svešus cilvēkus, it kā atrodas pazīstamā (profesionālā) situācijā savā darbavietā.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Slimības sākums jādiferencē no šizofrēniskām personības izmaiņām. Senilai plānprātībai raksturīga personības īpašību saasināšanās, kā arī agri parādās atmiņas traucējumi, kas nav raksturīgi vēlīnai šizofrēnijai. Vēlīnās šizofrēnijas gadījumā jau slimības sākumā vairāk raksturīgi murgi un verbālās halucinācijas. Atšķirībā no aterosklerozes senila plānprātība noris nepārtraukti, stāvoklim pakāpeniski pasliktinoties, un plānprātībai ir totāls raksturs. Aterosklerotiskā plānprātība iestājas pamazām, slimības gaita ir viļņveida, un slimība sākas salīdzinoši gados jaunākiem slimniekiem.

SOMATISKĀ ATRADE vecuma plānprātības gadījumā liecina par atrofiskām izmaiņām, pie tam asinsvadu izmaiņas šajos gadījumos ir nelielas (nav izteiktas aterosklerozes, hipertonijas un citu asinsvadu slimībām raksturīgu traucējumu). Turpretī asinsvadu slimniekiem paralēli plānprātībai pieaug arī somatiskie traucējumi, plānprātība nav tik smaga un nerodas tik dziļš personības defekts (psihiskais un somatiskais stāvoklis krasi pasliktinās pēc insulta).

ĀRSTĒŠANA. Tā kā ievērojama uzlabošanās slimnieka stāvoklī nav sagaidāma, tad lielākā uzmanība jāpievērš slimnieka kopšanai un uzraudzībai. Slimnieki mājas apstākļos jāuzmana, lai viņi plānprātības dēļ neizdarītu aplamu rīcību – neatstātu atgrieztu gāzi, neaizklīstu no mājām, neaizdedzinātu māju utt. Ja mājās slimniekam var nodrošināt pietiekamu uzraudzību, tad nevajag slimnieku ievietot slimnīcā, jo slimnieku stāvoklis jaunajos (slimnīcas) apstākļos nereti krasi pasliktinās sakarā ar grūtībām adaptēties šiem apstākļiem.

Ārstēšanā lieto vispārspēcinošu terapiju. Ja slimniekam ir uzbudinājums, tad terapijā lieto neiroleptiskos preparātus, bezmiega gadījumos – miega līdzekļus, bet, ja tie nepalīdz, tad tizercīnu un aminazīnu.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA tāda, kāda nepieciešama somatiski vājiem slimniekiem.

Presenilie atrofiskie procesi

Presenilie atrofiskie procesi sākas involūcijas (presenilā) periodā. Raksturīgas šīs grupas slimības ir Alcheimera slimība un Pika slimība.

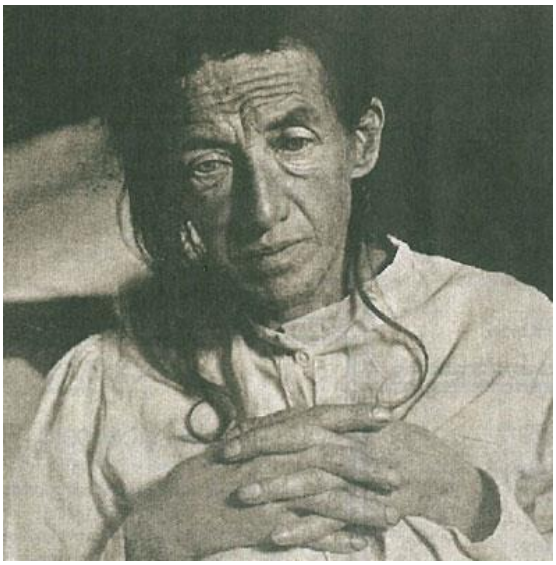
Alcheimera slimība.[58] Patoloģiski anatomiskajā ainā arī raksturīga difūza smadzeņu atrofija, kas atšķirībā no senilās plānprātības ir smagāka un pārsvarā lokalizējas deniņu daivā.

Slimības etioloģija nav zināma, sekciju materiālā slimību atrod 5% gadījumu (E. Šternbergs). Biežāk slimo sievietes, process sākas 45–55 gadu vecumā.

Nereti slimība sākas ar tādām personības izmaiņām, kādas raksturīgas senilai demencei. Slimnieki kļūst skopāki, egoistiskāki, cietsirdīgāki, vienaldzīgi pret draugiem un ģimenes locekļiem.

---

[58] **V.E.:** Aloysius (Alois) Alzheimer (1864–1915) – vācu psihiatrs, Krepelīna kolēģis; 1901.gadā novēroja 51 gadu vecu pacienti Augusti Deteri ar slimību, kas vēlāk tika nosaukta par Alcheimera slimību, bet pēc viņas nāves 1906.gadā par to publiski ziņoja.


Auguste Detere – Aloizija Alcheimera aprakstītā slimniece

Diezgan drīz klīniskajā ainā sāk parādīties plānprātība – slimniekiem pavājinās atmiņa un spriešanas spējas, radot totālas demences klīnisko ainu. Slimnieki pret savu stāvokli kļūst nekritiski un uzskata sevi par veseliem, vēlas iet uz darbu, mēģina palīdzēt saimniecībā. Reizēm slimnieki tomēr «jūt», ka ir saslimuši, un pat dziļas plānprātības stadijā, atbildot uz tiešiem jautājumiem vai spontāni, neskaidri norāda, ka «jāpaārstējas, jāaiziet pie ārsta», utt.

Rodoties smagai plānprātībai, slimnieki zaudē spēju orientēties laikā un telpā. Nereti anamnēzē ir atrodami gadījumi, kad nepazīstami cilvēki slimnieku atveduši mājās no ielas, jo viņi paši mājas atrast vairs nav mācējuši.

Ar laiku uz plānprātības fona rodas kortikāla perēkļveida bojājuma simptomātika. Sākas amnēziskā afāzija, kurai vēlāk pievienojas sensorā un tad arī motoriskā afāzija. Slimnieki zaudē valodu, sākot ar tās ģenētiski jaunākajām struktūrām, pretēji tam, kā to apgūst bērnībā.

Rodas akalkulija – nespēja izdarīt pat vienkāršus aprēķinus, it īpaši, operējot ar vairākzīmju skaitļiem.

Samērā agri iestājas apraksija – slimnieki pieļauj kļūdas, izpildot dažādas darbības, pie tam sākumā sarežģītākas, bet vēlāk ierastas – nemāk vārīt ēdienu, iekurt krāsni, vēlāk jau bez personāla palīdzības paēst, noģērbties un saģērbties.

Slimnieks 49 gadus vecs. Tēvs – hronisks alkoholiķis. Slimnieks beidzis 6 klases, pēc tam sācis strādāt kolhozā. Vēlāk iesaukts armijā, pēc tam beidzis kursus un tālāko dzīves periodu dzīvojis pilsētā un strādājis rūpnīcā par meistaru. Pēc rakstura bijis saticīgs, strādājis labi, rūpējies par ģimeni. Nekādas rakstura patoloģijas nav novērotas.

Slimnieks 46 gadu vecumā sācis sliktāk strādāt (bieži kļūdījies aprēķinos), tādēļ pārcelts uz citu, vienkāršāku darbu. Par pārcelšanu jaunā darbā bijis neapmierināts, pats uzskatījis, ka pret viņu izturējušies netaisni. Tomēr arī jaunajā darba vietā ar saviem uzdevumiem neticis galā, – strādājot cehā, nav varējis atrast, kur iepriekšējā dienā nolicis rasējumus, ilgi tos pētījis, jo nav sapratis, kas tur attēlots, neizpratis darbu uzdevumus.

48 gadu vecumā slimniekam noformēta invaliditāte, un no tā laika viņš vairs nestrādā. Dzīvojis mājās, palīdzējis saimniecībā, bet arī te sācis pieļaut rupjas kļūdas. Ejot uz veikalu, nav varējis atcerēties, kas jāpērk, kļūdījies maksājumos, reizēm atnesis mājās liekus čekus, citreiz atgriezies ar tukšām rokām. Nosūtīts uz atpūtas namu, bet nav mācējis atrakstīt uz māju vēstuli, atsūtījis dažus nesakarīgus vārdus un nepabeigtas frāzes. Pēc atgriešanās slimnieks vairs nav varējis atrast savu rūpnīcu, dzīvokli, paziņas, kuri dzīvojuši netālu un pie kuriem slimnieks agrāk bieži ciemojies. Reizēm iegājis svešos dzīvokļos vai arī viņu mājās atvedusi milicija, kad slimnieks apmaldījies pilsētā. Slimnieks sācis slēpt naudu, bet pēc tam pats nevarējis atrast, kur to nolicis. Neilgi pirms iestāšanās slimnīcā slimnieks vairs nav pratis apģērbties, nepazinis sevi spogulī, runājis nesakarīgi. Gandrīz visu dienu bijis kustīgs, kaut ko kārtojis un sējis sainīšos, plēsis gabalos avīzes.

Iestājoties stacionārā, slimnieks dezorientēts, rosīgs, nesakarīgi runā. Saka, ka atrodas rūpnīcā, kurā nostrādājis 50 gadus. Zina savu uzvārdu, vārdu un tēva vārdu, bet nezina vecumu. Viņam varbūt esot 60, varbūt 40 gadu.

Slimnieks nodaļā bezdarbīgs, ārstus un personālu nepazīst, visu dienu sēž vienā vietā un kaut ko pie sevis runā. Kad ar slimnieku uzsāk sarunu, viņš atdzīvojas un runā aktīvāk, tomēr no teiktā var saprast tikai atsevišķas frāzes.

Ievests ārstu istabā, slimnieks visiem dod roku, tad apsēžas un sāk novilkt virsvalku. Vienam no klātesošiem saka: «Tas ir mūsu biedrs». Skatās uz visām pusēm, visam pievērš uzmanību, bet ne pie kā viņa skats ilgi nepakavējas. Uz jautājumu, kāds tagad gads, viņš atbild, ka ir 1940. gads, viņš esot dzimis 1900. gadā, viņam esot 60 gadu. Uz jautājumu, kāds tagad mēnesis, atbild: «Un tā saskaitīsim». Slimnieks rāda pa logu uz pretējo rūpnīcu un saka, ka viņš tur strādājis. Jautājumus nesaprot un atbild tikai uz pašiem vienkāršākajiem jautājumiem. Runā daudz un dažus vārdus atkārto. Nepazīst priekšmetus. Rādot slimniekam zīmuli, viņš atbild «ar to spēlē», telefonu – «klausījāmies pa telefonu, tagad tas nestrādā», karoti – «tasīte», naudu – «tās ir 10 kapeikas». Kad slimniekam sniedz brilles, viņš uz tām neskatās, bet, kad brilles iedod rokā, tad noliek tās uz galda. Kad iedod viņam rokā zīmuli, sāk rakstīt. Pareizi uzraksta

tikai savu vārdu. Pareizi saskaita 6 sērkociņus, bet tad turpina bez uzaicinājuma skaitīt pārējos priekšmetus, ko redz sev priekšā. Slimnieks norādījumus nesaprot un tos neizpilda – nepieceļas, neparāda mēli, nenoģērbjas. Nemāk aizdegt sērkociņu, kaut arī to pareizi izņem no sērkociņu kastītes.

Somatiskais un neiroloģiskais stāvoklis bez ievērojamas patoloģijas.

SOMATISKAIS UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS. Asinsvadu izmaiņas samērā niecīgas, un arī citādi somatiskais stāvoklis parasti ir vecuma normas robežās. Neiroloģiski izmeklējot, atrodami kortikālu perēkļveida bojājumu simptomi (tos var konstatēt gan klīniskajā izmeklēšanā, gan pielietojot īpašas psiholoģiskas izmeklēšanas metodes), bet citu perēkļveida bojājumu simptomi nav atrodami.

Pneimoencefalogrāfiski konstatē smadzeņu atrofiju, elektroencefalogrāfiski atrod raksturīgas izmaiņas – nereti α ritma pilnīgi trūkst. Likvors bez patoloģiskas atrades.

DIFERENCIĀLDIAGNOZĒ svarīgi atšķirt no asinsvadu procesiem. Atšķirībā no aterosklerozes slimība sākas gados jaunākiem pacientiem, tās gaita nav vilņveida, bet lēna un pakāpeniski, nemitīgi progresējoša. Slimībai progresējot, rodas dziļa totāla demence ar kortikāliem perēkļveida bojājumu simptomiem. Ne psihiskajā, ne somatiskajā stāvoklī nav raksturīgu simptomu, kas liecinātu par asinsvadu izmaiņām.

ĀRSTĒŠANA. Atrofiskais process noris nepārtraukti un ir neatgriezenisks, tomēr nelielu uzlabošanos var dot vispārspēcinoša terapija, kā arī gamalons, cerebrolizīns. Psihotiskos stāvokļos lietojami neiroleptiskie līdzekļi.

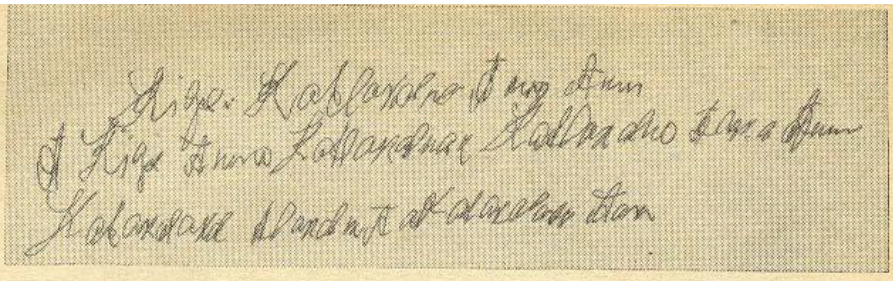
Pika slimība.[59] Etioloģija nav zināma. Patoloģiski anatomiskā izmeklēšanā atrod raksturīgas atrofiskas izmaiņas smadzenēs, kas pārsvarā lokalizējas pieres daivā.

Process sākas involūcijas periodā (vecumā no 45 līdz 55 gadiem), biežāk slimo vīrieši.

Slimība sākas ar personības izmaiņām. Slimnieki kļūst pasīvāki, neaktīvāki, aspontānāki un ārēji atstāj slinku cilvēku iespaidu – slimnieki gan darbā, gan mājās var visu dienu nosēdēt, neko nedarot. Pret savu stāvokli viņi izturas nekritiski, radušās izmaiņas nejūt un uzskata, ka ir veseli.

Ar laiku slimniekiem pieaug aspontanitāte, plānprātība, un slimnieki pārstāj ne tikai kaut ko darīt, bet arī aktīvi runāt – tad viņi vai nu pilnīgi klusē, vai arī atbild tikai uz neatlaidīgi atkārtotiem jautājumiem (radies t.s. riebums runāt).

Slimnieka uzvedībā raksturīgas stereotipijas – slimnieki runā vienus un tos pašus izteicienus, stāsta vienu un to pašu gadījumu, staigā pa vienu un to pašu maršrutu, izdara vienas un tās pašas stereotipās kustības (12. att.).



12. att. Rokraksta stereotipija slimniecei ar Pika slimību (autora novērojums).

Ar laiku rodas dziļa totāla plānprātība ar kortikāliem perēkļveida bojājumiem, kas izpaužas ar runas traucējumiem, afāzijām, apraksijām u.c.

Slimnieks 49 gadus vecs, kurpnieks. Pēdējos 3 gados darba vietā slimniekam sākuši pievērst uzmanību, jo viņš gan regulāri nācis uz darbu, bet visu dienu neko nav darījis. Uz aizrādījumiem, brigadiera rājieniem neko nav atbildējis, izturējies pilnīgi vienaldzīgi vai arī atbildējis pastāvīgi ar vienu un to pašu pretjautājumu: «Kas man par to būs?» Arī mājinieki ilgu laiku nav novērtējuši slimnieka stāvokli par slimības izpausmi un nesapratuši, kā slimnieks var iet uz darbu, visu dienu tur pavadīt, bet gandrīz neko nenopelnīt.

Mājās slimnieks visu dienu sēdējis vienā vietā pie loga un vai nu nedarījis neko, vai arī turējis visu laiku rokā grāmatu, kas atvērta vienā un tajā pašā lappusē, un it kā lasījis.

---

[59] **V.E.:** Arnold Pick (1851–1924) – Čehijas vāciešu psihiatrs Prāgas universitātē; viņa vārdā nosaukto slimību aprakstīja 1892.gadā.

Slimnieks par ģimeni neinteresējies, ēdis tikai pēc uzaicinājuma. Ar laiku pārstājis iet uz darbu un gandrīz vairs nav runājis ar piederīgajiem.

Pēc ievietošanas stacionārā slimnieks uz jautājumiem tikpat kā neatbild, bet reizēm saka: «Kas man par to būs?» Slimnieks visu dienu pavada bezdarbībā, guļ gultā tikpat kā nekustēdamies un ēd tikai tad, ja viņam pienes klāt ēdienu un iedod rokā karoti. Ar laiku kļūst netīrīgs, par apkārtni nekādu interesi neizrāda.

Somatiskais un neiroloģiskais stāvoklis bez ievērojamas patoloģijas.

SOMATISKAIS UN NEIROLOĢISKAIS STĀVOKLIS. Slimnieki nereti izskatās jaunāki par saviem gadiem. No iekšējo orgānu puses izteiktu patoloģiju nekonstatē, asinsvadu izmaiņas ir niecīgas.

Neiroloģiski nereti konstatē parkinsonismu. Asins un likvora analīze bez ievērojamas novirzes no normas.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Slimība sākumā jādiferencē no šizofrēnijas. Ja arī arēji slimnieku aspontanitate atgādina šizofrēnijas slimnieku apātiju un abuliju, tad tomēr, sīkāk slimnieku izjautājot, atrod organisku plānprātību. Atšķirībā no asinsvadu slimniekiem pacientiem neatrod aterosklerozes gadījumā raksturīgo astēniju, slimības gaita ir pakāpeniski progredienta (bet ne viļņveida), un rodas dziļāka plānprātība ar kortikāla perēkļveida bojājuma simptomiem, pie tam slimnieki pret savu stāvokli ir pilnīgi nekritiski.

ĀRSTĒŠANA kā Alcheimera slimības gadījumos.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA Alcheimera un Pika slimības gadījumos tāda, kāda nepieciešama somatiski vājiem slimniekiem.

Psihopātijas

Terminu psihopātija (atvasināts no grieķu vārdiem *psyche* – dvēsele, apziņa un *pathos* – ciešanas) pirmo reizi lietoja krievu psihiatrs V. Kandinskis[60] 19. gs. beigās attiecībā uz kādu slimnieci, kuras lietā (sakarā ar slepkavību) viņš bija pieaicināts tiesu psihiatriskai ekspertīzei. Termins psihopātija tika izmantots, lai apzīmētu patoloģisku stāvokli, kas, no vienas puses, atšķiras no psihiskas slimības, bet, no otras puses, – no normas. (Šādu stāvokli apzīmē arī par patoloģisku raksturu, rakstura anomāliju, patoloģisku personību, nelīdzsvarotu personību, psihopātisku konstitūciju utt.)

Psihopātijas un cieši ar tām saistītās psihogēnās reakcijas (reaktīvie stāvokļi) un neirozes pieskaitāmas pie t.s. mazās psihiatrijas. Diferenciāldiagnostikā svarīgas vairākas īpatnības.

1. Atšķirībā no slimniekiem, kas slimo ar psihozēm (šizofrēniju, maniakāli depresīvo psihozi, epilepsiju) un citām t.s. lielās psihiatrijas psihozēm, psihopātiem nekad neatrod izteiktus produktīvos psihopatoloģiskos sindromus – pacientiem nav murgu, nav halucināciju. Psihopātijas rezultātā nekad neiestājas plānprātība. Lai gan dažos gadījumos diferenciāldiagnoze ir ļoti sarežģīta un ir grūti atšķirt psihopātiju no psihopatoīda stāvokļa progredientas endogēnās psihozes (šizofrēnijas) gadījumā, tomēr jāatceras, ka psihopātijas un psihozes ir principiāli atšķirīgas nozoloģijas. Psihopātijas nekādā gadījumā nevar uzskatīt par rudimentārām psihozēm, tāpat kā psihoze nekad nav psihopātijas saasinājums.

2. Reizēm ne mazāk grūti ir diferencēt psihopātiju no normas, vesela cilvēka psihes individuālām izpausmēm. Veseli cilvēki viens no otra atšķiras ar savu raksturu, personības īpatnībām, bet tas nenozīmē, ka tāpēc viņi būtu pieskaitāmi pie psihopātiem. Dabiski ir arī tas, ka veselu cilvēku raksturi dzīves laikā mainās. Fosters rakstīja: «Ilgas dzīves laikā cilvēks var mūsu priekšā pakāpeniski parādīties vairāku atšķirīgu personu veidā, un, ja vien katra dzīves fāze varētu iemiesoties atsevišķā indivīdā, kurus varētu sapulcināt kopā, tad viņi veidotu ļoti daudzveidīgu indivīdu grupu ar pilnīgi pretējiem uzskatiem, justu cits pret citu dziļu nicināšanu un drīz vien izšķirtos, neizsakot pat mazāko vēlēšanos vēlreiz tikties».

Vienotu, vispārpieņemtu kritēriju psihopātijas izdalīšanai nav. Padomju psihiatrijā psihopātiju raksturo kā personības patoloģiju (V. Kandinskis). Trīs galvenos kritērijus psihopātiju diagnostikai ieteicis P. Gannuškins.

1. Psihopātija ir visas personības disharmonija. Patoloģiju kopumā veido neatbilstība starp atsevišķām psihiskās dzīves sastāvdaļām – piemēram, viegla uzbudināmība, noslēgtība, aizdomīgums,

---

[60] **V.E.:** Кандинский Виктор Хрисанфович (1849–1889) – krievu psihiatrs; bez psihopātiju jēdziena («К вопросу о невменяемости», Москва, 1890) ieveda psihiatrijā vēl arī pseidohalucināciju jēdzienu («О псевдогаллюцинациях», Москва, 1890). Abi bija pēcnāves izdevumi; pirmais saturēja Kandinska ekspertīžu slēdzienus. Kandinskim pašam bija psihiski traucējumi, un viņa rakstītais lielā mērā balstījās uz personīgu pieredzi.

kas ir savienots ar nepietiekamu aktivitāti, nespēju iekļauties kolektīvā utt. Tikai kādas vienas rakstura īpašības pastiprināšanās vai samazināšanās par psihopātiju vēl neliecina.

2. Par psihopātiju var runāt tikai tajos gadījumos, kad rakstura patoloģija ir tik stipri izteikta, ka traucē normāli dzīvot, strādāt, piemēroties parastajiem dzīves apstākļiem, traucē adaptāciju apkārtējai videi.

3. Patoloģiskā personība ir stabils stāvoklis un nav tikai kāda pārejoša epizode cilvēka dzīvē ar sekojošu rakstura normalizēšanos.

Kā redzams, tad psihopātiju gadījumos raksturīga ir personības īpašību deformācija («hipertrofija» vai «atrofija»). Pārsvarā cieš cilvēka raksturs, griba, emocionālā dzīve, turpretī intelekta izmaiņas nerodas. Psihopāti nav plānprātīgi, bet reizēm – tieši otrādi – ir apveltīti ar augstu intelektu un izcilām spriešanas spējām. Var rasties jautājums, kāpēc gan intelektuāli attīstīts cilvēks nespēj apzināti koriģēt savu raksturu. Patiesībā šāds jautājums tieši akcentē patoloģiskā stāvokļa eksistenci un personības patoloģijas disharmoniju.

Psihopātiju aprakstīšanai literatūra lieto arī citus, tēlainākus raksturojumus. Millers (ASV) psihopātus raksturo kā cilvēkus, kuri nevar atlikt baudu, nevar pieļaut, ka citiem būtu taisnība, un kuri nekad neko no savām kļūdām nemācās. Vācu psihiatrs Kurts Šneiders par psihopātiem saka, ka tie ir cilvēki, kuri sava rakstura dēļ vai nu cieš paši, vai liek ciest citiem.

Šādi raksturojumi gan ir tēlaini, tomēr drīzāk izmantojami kā papildu kritērijs, kas mazāk uzsver patoloģijas klīnisko izpausmi, bet vairāk sociālo nepiemērošanos videi.

Psihopātiski raksturi aizvien ir piesaistījuši mākslinieku uzmanību, tādēļ psihopāti attēloti daudzos daiļliteratūras darbos vēl pirms paša termina izvirzīšanas. Arī daudzi mūsdienu literatūras, filmu un lugu tēli ir parādīti kā psihopāti.

Kā redzams, psihopātijas galvenokārt tiek izdalītas pēc visai šai grupai raksturīgām kopīgām pazīmēm. Mūsdienu zinātnes līmenī vēl nav iespējams psihopātijas iedalīt tālāk formās pēc to etioloģijas un patoģenēzes – zinātne vēl nav ieguvusi šim nolūkam nepieciešamo materiālu. Tādēļ psihopātijas klasificē pēc vadošajām personības īpatnībām.

Lieli nopelni psihopātiju pētīšanā ir padomju psihiatriem P. Gannuškinam, V. Krasnuškinam, O. Kerbikovam, V. Kovaļevam un viņu līdzstrādniekiem, kuri pētījuši gan atsevišķus stāvokļus, gan arī psihopātiju dinamiku.

Kaut arī psihopātija neizraisa defekta stāvokli, tomēr pacients visu dzīvi nav pilnīgi vienāds, dzīves laikā personība mainās, psihopātijai ir dinamika. Dinamikā izdala

1) fāzes – tās rodas bez redzama ārējā iemesla,
2) reakcijas – tās rodas kā atbilde uz kādu ārēju iemeslu,
3) patoloģiska personības attīstība – rodas stabilas personības izmaiņas (bet tas tomēr nav slimības process).

Psihopātijas iedala vairākas grupās. Izdala

1) afektīvos (cikloīdos) psihopātus,
2) astēniskos psihopātus,
3) psihastēniskos psihopātus (anankastus),
4) histēriskos psihopātus,
5) eksplozīvos (epileptoīdos) psihopātus,
6) patoloģiski noslēgtos (šizoīdos) psihopātus,
7) paranojālos psihopātus,
8) nepastāvīgos psihopātus.

Padomju psihiatrija kā atsevišķu formu neizdala t.s. <u>seksuālo psihopātiju</u>, jo seksuālpatoloģiju var novērot vairāku psihopātiju gadījumā un to nevar izmantot kā kopīgu pazīmi īpašas grupas izdalīšanai. Tāpat netiek izdalīta <u>antisociālo psihopātu</u> grupa, jo antisociāla rīcība pati par sevi nav uzskatāma par psihopātijas kritēriju. Persona, kuras rīcība ir antisociāla, ne visos gadījumos ir psihopāts, pie tam antisociālās rīcības motīvi var būt dažādi, tā kā nav pamata pēc šīs pazīmes veidot grupu.

<u>Afektīviem psihopātiem</u> (cikloīdiem) raksturīgas garastāvokļa izmaiņas, kas ir pamatā visiem pārējiem traucējumiem. Tās var izpausties gan kā pastāvīgi nedaudz nomākts vai nedaudz pacilāts garastāvoklis, gan arī kā garastāvokļa svārstības pēc niecīga ārējā iemesla vai arī vispār bez tā. Garastāvokļa novirzes ir tik izteiktas, ka traucē slimniekiem piemēroties apkārtējai situācijai.

Cilvēki ar pastāvīgi nomāktu garastāvokli (<u>hipotīmiķi</u>, tautā viņus sauc arī par <u>pesimistiem</u>) ir cilvēki, kas dzīvē visu redz it kā tumšās krāsās. Visa psihopāta personība pauž nomāktību, viņiem ir nomāktu cilvēku mīmika un poza, gausa gaita, lēni žesti, nepārliecinoša, lēna valoda.

Šie cilvēki pastāvīgi kā fiziski, tā garīgi jūtas noguruši. Fiziski tas izpaužas kā noguruma sajūta, nereti viņiem ir sūdzības par sliktu ēstgribu un dažādiem veģetatīviem traucējumiem – obstipācijām, galvas sāpēm, sliktu miegu. Psihiski pacienti ir intelektuāli pilnvērtīgi, var būt pat talantīgi, tikai viņi nespēj ilgi un ātri strādāt, darbojas lēnām un ātri nogurst. Tomēr, strādājot precīzi un pedantiski, viņi var savā darbībā sasniegt labus rezultātus.

Sakarā ar pastāvīgi nomākto garastāvokli šiem cilvēkiem grūti kontaktēt ar apkārtējiem cilvēkiem. Svešos apstākļos viņi jūtas nomākti, nedroši, neveikli, viņiem viegli rodas domas par to, it kā pārējie pret viņiem izturas sliktāk. Šādas domas vēl jo vairāk pastiprina niecīgi atgadījumi, kad pacients tiešām nokļuvis neveiklā situācijā.

Nomākto garastāvokli nedrīkst sajaukt ar emocionālo trulumu. Psihopāti savās emocijās nav nejūtīgi, bet ir pārmērīgi jūtīgi, it īpaši attiecībā pret apkārtējo cilvēku negatīvo attieksmi, kas slikto garastāvokli vēl vairāk pastiprina. Turpretī pierastā sabiedrībā viņi jūtas labi un brīvi, ir pat jautri, kaut arī attieksme pret dzīvi un tās vērtējums nākotnē paliek visumā pesimistisks.

Pretēju grupu veido <u>hipertīmiķi</u> (<u>optimisti</u>) – cilvēki ar pastāvīgi pacilātu garastāvokli. Šie cilvēki parasti ir pikniskas konstitūcijas, ar ātrām kustībām, izteiksmīgu un dzīvu mīmiku.

Skolā viņi nereti traucē disciplīnu ar nemierīgu uzvedību. Viņi labprāt arī vēlāk atrodas starp cilvēkiem, te viņi jūtas labi, fiziski izjūt pastāvīgu spēku un enerģiju. Būdami vienmēr pacilātā garastāvoklī, viņi viegli un ātri atrod kontaktus ar apkārtējiem cilvēkiem. Reizēm viņi tomēr var būt arī pārāk ironiski, izsmējīgi, netaktiski.

Lielās enerģijas un aktivitātes dēļ viņi ātri aizraujas ar dažādiem jauniem plāniem un idejām, tomēr, nespēdami regulāri un sistemātiski strādāt, veikt ikdienas darbu, viņi nevar iecerētos plānus novest līdz galam.

Atšķirībā no iepriekšējās grupas hipertīmajiem psihopātiem dzīvē lielāka nozīme ir dažādām kaislībām, it īpaši seksuāla rakstura piedzīvojumiem ar visām no tiem izrietošajām sekām.

Ir cilvēki, kam garastāvoklis mainās no niecīga iemesla (<u>reaktīvi labilie</u> jeb <u>emocionāli labilie</u>). Šādi cilvēki jūtas labi un var produktīvi strādāt tikmēr, kamēr viss rit pilnīgi normāli un ierasti. Pārlieku jūtīgi viņi reaģē uz visniecīgākajiem atgadījumiem, uz tādiem, no kuriem sadzīvē neviens nav pasargāts. Viņus uz ilgu laiku izsit no līdzsvara sīki strīdi tramvajā, ēdnīcā, izmaiņas televīzijas programmā, nejaušs telefona zvans vai nepareizs savienojums. Tajā pašā laikā šie cilvēki, ja viņiem laikā pasaka dažus uzmundrinošus vārdus vai nomierina, viegli var arī atgūties, un iepriekšējais labais garastāvoklis viņiem atjaunojas.

<u>Astēniskie psihopāti</u> ir cilvēki, kuriem pastāvīgi ir noguruma sajūta, neuzņēmīgums, nespēja izturēt ilgstošu fizisku un garīgu slodzi vienlaicīgi ar vieglu uzbudināmību un satraucamību.

Tie ir cilvēki, kas visu laiku jūt vispārēju, nepārejošu vājumu, nogurumu un arī nedaudz nomāktu garastāvokli. Tādēļ viņi nav spējīgi strādāt ilgstošu, nopietnu darbu un īstenot nekādus lielus plānus, lai cik tie arī interesanti būtu, viņi fiziski nogurst. Pēc pārslodzes, kas šādiem cilvēkiem iestājas ātrāk un vieglāk nekā fiziski spēcīgiem cilvēkiem, pacienti jūtas slikti. Viņiem pastiprinās nogurums, var parādīties veģetatīvi traucējumi, kā arī funkcionāli iekšējo orgānu darbības traucējumi. Šādi cilvēki daudz domā par savu veselību, meklē un arī atrod pamatu dažādām hipohondriska rakstura sūdzībām. Šādiem cilvēkiem viegli rodas neirotiski traucējumi.

Slimnieki noguruma dēļ ārēji ir nepacietīgi – viņi nevar ilgstoši koncentrēties ne tikai savā parastajā darbā, bet viņiem ātri «apnīk» arī tādas izklaidēšanās kā daiļliteratūra, aktīvā atpūta, piemēram, muzeja apskate, viņi labprāt brīvajā laikā sēž bezdarbībā vai arī «guļ un atpūšas».

Ja pirmajā plānā ir cits astēnijas komponents – pārlieku viegla satraucamība –, tad šādi slimnieki eksplozīvi reaģē pat uz visniecīgākiem notikumiem.

Pacienti viegli satraucas kaut cik neparastās situācijās. Viņus baida tumsa, čūskas, viņi nepanes asus pārdzīvojumus, smaga satura filmas, viņi nevar klausīties briesmīgus stāstus, nevar skatīties, ja noticis satiksmes negadījums. Viņi ir pārlieku jūtīgi pret trokšņiem, spilgtu gaismu, pieskārieniem.

<u>Psihastēniskiem psihopātiem</u> ir astēniskas rakstura īpašības, bet atšķirībā no iepriekšējās grupas viņiem ir arī nosliece uz pastāvīgām šaubām un pastāvīgu nepārliecinātību par sevi. Tie ir cilvēki, kuriem dominē otrā signālsistēma, cilvēki, kuriem ir tieksme vienmēr visu apsvērt (pat tādas lietas, par kurām nebūtu vērts domāt).

Slimnieki šaubās un baidās no visa kā, bet galvenokārt ne par reāliem, pašreiz aktuāliem notikumiem, bet par tādiem notikumiem, kas varētu notikt nākotnē. Viņi izjūt draudus tādās situācijās, kad kaut kāda negadījuma varbūtība ir gauži niecīga, bet teorētiski tomēr iespējama, piemēram, pacienti, kuriem uz ādas parādījušies izsitumi, baidās, ka saslimuši ar smagu infekciju. Citi, kuri ir uzzinājuši, ka no dzimumzīmēm ar laiku var attīstīties ļaundabīgs audzējs, nepārtraukti baidās, ka tas var notikt tieši ar

viņiem. Tie ir cilvēki, kuriem viegli rodas jatrogēnijas. Piemēram, psihastēniskais psihopāts vēl ilgi mocīsies ar aizdomām par to, ka viņam varētu būt leikoze, jo ārsts nozīmēja atkārtotu asins analīzi (pirmajā gadījumā analīze tehnisku iemeslu dēļ neizdevās); slimnieks nevar braukt ar lidmašīnu pēc tam, kad izlasīja avīzē ziņu par kādu lidmašīnas avāriju, – līdzīgās situācijās tūkstošiem citu cilvēku par to pat neiedomātos.

Visgrūtāk šādiem pacientiem ir kaut ko galīgi izlemt, piemēram, viņu neapmierina darbs vecajā vietā, bet viņam liekas, ka aiziešana uz jaunu darbu saistās ar vēl lielākām, iepriekš neparedzētām grūtībām. Precēties vai neprecēties? Mainīt dzīvokli vai nemainīt? Šādas pastāvīgas bailes par iespējamu ļaunumu pacientu nepārtraukti nomoka, kaut arī negatīvā iespēja būtu attiecībā kā viens pret miljonu.

Lai justos mierīgi, pacienti pedantiski precīzi izpilda visus uzdevumus un ievēro visas instrukcijas. Tādi cilvēki nepieļauj, ka viņu pieaugušais dēls vai meita aizkavējas un vakarā pārnāk vēlu mājas. Ja kāds no ģimenes locekļiem pēc fluorografijas nosūtīts uz tuberkulozes dispanseru plaušu kontroles rentgenoskopijai, tad pacients, nesagaidot atbildi, jau meklē prettuberkulozes līdzekļus.

Lielas grūtības pacientam rada neparastas situācijas un lēmumu pieņemšana tajās. Ļoti smagi viņi pārdzīvo publisku uzstāšanos, kaut arī materiālu viņi zina ļoti labi un uzstāšanās notiek šaurā kolektīvā, starp labi pazīstamiem darba biedriem.

Pacientiem ir tieksme uz pašanalīzi – viņi ilgi pārdomā savu agrāko rīcību un sevi nosoda, ja kaut kas nav izdarīts, kā nākas.

Pacienti paši ir pārlieku jūtīgi pret asu vārdu, nelaipnu, netaktisku attieksmi, savukārt, pret citiem izturas ļoti laipni un uzmanīgi tomēr reizēm apgrūtina ar pārspīlēti pedantiskām prasībām. Viņiem piemīt arī tieksme uz uzmācībām.

Histēriskiem psihopātiem pirmā signālsistēma dominē pār otro, jūtas dominē pār prātu. Histērijas apzīmējumam lieto vairākus tēlainus izteicienus, kuriem mazāka klīniskā nozīme, bet kuri labi palīdz vispusīgi raksturot vadošās personības īpatnības, piemēram, histēriķi ir cilvēki, kuri grib izlikties pārāki un labāki nekā īstenībā ir, cilvēki, kas prasa sevis atzīšanu. Histēriķi vēl apzīmē par «hameleonu», «mūžīgi mainīgo», «lielo meli», pie tam visi šie apzīmējumi dažādos aspektos raksturo to pašu nepastāvīgumu.

Histēriskie psihopāti cenšas sev piešķirt uzkrītošu ārieni ar apģērbu, izturēšanos, runas veidu un uzvedību.

Tie ir cilvēki, kas ar visādiem līdzekļiem un par katru cenu cenšas sev pievērst uzmanību, grib atrasties uzmanības centrā. Daži pacienti cenšas radīt iespaidu, it kā viņi būtu dziļi jūtoši, gudri, smalki cilvēki, kas stāv pāri «viduvējai masai», citi (ar to arī viņi parasti griežas pie ārsta) stāsta par «ārkārtīgi smagajām» ciešanām, kuras bija jāpārdzīvo un kuras neviens cits, izņemot konkrēto psihopātisko personību, «nevarētu izturēt» (tomēr objektīvā izmeklēšanā konstatē, ka slimības smagums parasti ir krietni pārspīlēts). Daži pacienti lepojas ar augsti titulētiem paziņām un draugiem, stāsta par tikšanos un familiārām attiecībām ar ievērojamiem māksliniekiem, aktieriem, sportistiem, zinātniekiem, par sarunām un strīdiem ar viņiem kopējos vakaros. Citi pacienti, savukārt, stāsta pretējo – par ciešanām, apvainojumiem, pazemojumiem, kas it kā viņiem bijušas jāpārcieš, tomēr visur tiek pasvītrots viens – histēriskā personība ir neparasta, īpaša un savādāka nekā pārējie cilvēki.

Visgrūtāk histēriskās personības pacieš vienaldzību pret sevi, tādēļ, ja viņiem neizdodas radīt par sevi pozitīvus iespaidus, tad histēriskais psihopāts rada strīdus, konfliktus, intrigas, lai tikai tomēr tiktu ievērots.

Būdami godkārīgi un skaudīgi pret citu panākumiem, pacienti pret saviem «konkurentiem» var būt ļauni, egoistiski un ļoti cietsirdīgi, lai tikai parādītu savu pārākumu. Histēriskie psihopāti labi jūtas konfliktu, aprunāšanas, skandālu un intrigu apstākļos.

Pacientiem nav raksturīga dziļa domāšana un rūpīgi pamatoti spriedumi. Viņu uzvedībā noteicošais ir acumirklīgais iespaids (patika vai nepatika, mirkļa simpātijas un antipātijas), pie tam, lai pievērstu sev uzmanību, viņi nereti labprāt ieņem pretēju pozīciju nekā vairākums (strīdos par kinofilmām, grāmatām, cilvēkiem viņi aizstāv tos uzskatus, ko pārējie noliedz). Tomēr šie uzskati ir nepastāvīgi un viegli mainās, piemēram, pieķeršanās var viegli mainīties ar antipātijām un pat naidu.

Būdami vienpusīgi un subjektīvi domāšanā un spriedumos, pacienti reizēm subjektīvi sagroza faktus un tādā veidā izraisa konfliktus kolektīvos, jo sākumā klausītājs stāstījumam notic.

Pacientu emocijas nav dziļas, un gribas vājuma dēļ viņi nevar ilgstoši koncentrēties un strādāt kādas iecerētas idejas realizēšanai, ja vien tas nesola tūlītējus panākumus, atzinību vai slavu. Būdami savos vērtējumos subjektīvi, viņi nespēj (afektīvā loģika) novērtēt nozīmīgus faktus un piešķir nepamatoti lielu nozīmi nesvarīgiem sīkumiem un detaļām, ar ko pamato savus spriedumus.

Vienpusīgā domāšana un vērtēšana tomēr netraucē pacientiem būt arī pietiekami iejūtīgiem, it īpaši emocionālā ziņā, kas reizēm viņiem ļauj labi izjust citu cilvēku pārdzīvojumus, kā arī palīdz izprast cilvēkus gan reālajā dzīvē, gan mākslas tēlos. Histēriskie psihopāti nereti jūt māksliniecisk ās tieksmes.

Pacients 19 gadus vecs. Tēvs hronisks alkoholiķis, aizgājis no ģimenes, kad pacientam bijuši 12 gadi. Pirms tam bieži bijuši ģimenes skandāli. Māte nesavaldīga, asa, reizēm viņai bijušas «histērijas» ar asarām, matu plēšanu un trauku sišanu.

Bērnībā attīstījies pareizi. Kopš sevi atceras, vienmēr jutis naidu pret tēvu un līdzjūtību pret māti. Bijis nepaklausīgs un spītīgs. Ja par kādu pārkāpumu sodīts, tad otrā dienā to pašu pārkāpumu tīšām atkārtojis. Vienaudžu sabiedrībā juties labi, centies izcelties un pievērst sev uzmanību ar izteiksmīgu dzejoļu deklamēšanu, ar kaušanos un nedisciplinētību klasē, ar nerātnībām pret pedagogiem. Tajā pašā laikā slimnieks centies izpatikt arī skolotājiem, tādēļ klases biedri (zēni) viņu reizēm izsmējuši par «pielīšanu». 10 gadu vecumā iemīlējies skolotājā, bet, tā kā viņa pacientam nav veltījusi nekādu uzmanību, tad uzskatījis viņu par «aukstu».

Pacients lasījis daudz grāmatu, galvenokārt piedzīvojumu literatūru un fantastiku. Ļoti spilgti iztēlojies aprakstīto dabu, personu apģērbus, notikumus, un reizēm pacients tik tālu iedzīvojies lasītajā, ka apkārtni it kā nemaz nemanījis. Arī kinozālē reizēm nejutis apkārt skatītājus, bet reizē ar filmas varoņiem dzīvojis svešās pilsētās un valstīs.

Kopš 7. klases interesējas par teātri, arī par aktieru personisko dzīvi. Apskauž viņu slavu un popularitāti. Pats piedalījies dramatiskajā pulciņā un vienmēr vēlējies, lai viņa uzstāšanās sarīkojumā būtu pēdējā vai vismaz viena no pēdējām. Bijis neapmierināts, ja iestudējumā galvenā loma bijusi uzdota citam, ja pacients uz skatuves varējis darboties tikai epizodiski. Izrādes laikā viņš tik ļoti iejuties lomā, ka viegli varējis kļūt bēdīgs, raudāt ar īstām asarām vai būt sajūsmināts. Izrādes laikā bijuši brīži, kad viņš apkārt neko nav jutis, skatītāju zāle nav eksistējusi, pacients dzīvojis tikai lugas situācijā. Citreiz turpretī ļoti spilgti ir jutis skatītāju reakcijas lugas laikā, it īpaši, ja viņi nepiemērotās vietās iesmējušies, – slimnieks tad «vēlējies nokāpt zālē izkauties».

Pēc vidusskolas beigšanas slimnieks mācās teātra fakultātē, ļoti labi tiek galā ar mācībām. Daudz lasa par aktieriem, interesējas arī par cilvēku psiholoģiju, mākslu, psihisku slimnieku patoloģiskiem pārdzīvojumiem un citādiem «kompleksiem».

Mēnesi pirms iestāšanās slimnīcā pēkšņi nelaimes gadījumā gājis bojā studiju biedrs. Palīdzējis viņu pārvest uz morgu, tad arī uz kapliču. No tā laika jūtas slikti. Moka bezmiegs un nepatīkami, spilgti sapņi. Guļ pie gaismas. Tikko gaismu nodzēš, tā tūlīt aizvērtu acu priekšā, bet reizēm arī ar atvērtām acīm redz mirušo studiju biedru, ļoti skaidri saskata dzeltenu ādu un šuvi, kas palikusi pēc līķa sekcijas. Brīžiem dzird mirušā balsi, kas viņu uzrunā. Dienās pacients ir nervozs. Kad režisors un pārējie audzēkņi mēģinājumu laikā nav piekrituši viņa ieteiktajai tēla interpretācijai, sākusies lēkme – pacients nokritis, viņam bijuši krampji, viņš mētājis rokas, plēsis matus, žņaudzis krūtis. Vēlāk par notikušo atceras tikai daļēji. Sākušies arī paroksismāli kustību traucējumi – satraukuma brīžos pacients nav varējis pieiet, parunāt («nav balss»), – kas pēc dažām minūtēm pārgājuši.

Slimnīcā pārējo slimnieku starpā izceļas ar izteiksmīgu seju, īpatnēju, bet glītu un gaumīgu matu sakārtojumu. (Mati gari – līdz pleciem.) Ar ārstu sarunājas labprāt, pie tam viņš ne tikai nekautrējas no klātesošiem medicīnas darbiniekiem, bet daudzu klausītāju priekšā pat sāk runāt vēl sīkāk, labprātāk, dzīvāk, tēlaināk.

Nodaļā pacients jūtas labi un iepazīstas ar citiem gados jauniem, psihiski saglabātiem slimniekiem («hipijiem»), mēģinot «iedziļināties un izprast viņu psiholoģiju». Ļoti baidās no visādām infekcijām. Redzot plānprātīgu slimnieku, ilgi izjautā personālu, vai tikai viņš arī tāds nekļūšot. Režīmu ievēro, ārstējas labprāt. Ir aktīvs, pieejams.

Pēc ārstēšanas ar nomierinošiem un vispārspēcinošiem līdzekļiem iepriekšminētie traucējumi likvidējas un slimnieks atgriežas teātra studijā un sekmīgi turpina mācības.

<u>Eksplozīvos psihopātus</u> sauc arī par epileptoīdiem psihopātiem, tā uzsverot viņu rakstura tuvību epilepsijas slimnieku raksturam. Tomēr jāuzsver, ka eksplozīvā psihopātija kā normas variants un epilepsija kā slimība nav vis kvantitatīvi, bet kvalitatīvi atšķirīgi stāvokļi un epileptoīdā psihopātija progresējot nekad neizraisa slimību – epilepsiju.

Ārēji šiem cilvēkiem ir raksturīgi izteikti fiziski dotumi – viņi ir stipri, masīvi, ar spēcīgu muskulatūru un reljefiem sejas vaibstiem, spēcīgām, pat brutālām kustībām.

Raksturojot epileptoīdos psihopātus, lieto apzīmējumus «tieksmju un dziņu cilvēki», «instinktu cilvēki».

Šādiem pacientiem raksturīga tieksme uz vienpusīgām domām, pārvērtēšanas idejām, kuru realizāciju viņi veic ļoti pedantiski un neatlaidīgi. Ne uz mirkli viņi neaizmirstas, un visas viņu sarunas, tikšanās ar cilvēkiem, pat arī tad, kad viņi it kā interesējas un emocionāli jūt citiem līdzi, īstenībā ir tikai posms savu egoistisko plānu realizācijā.

Galēji egoistiskiem epileptoīdiem psihopātiem nav raksturīgas tādas emocijas kā līdzjūtība, līdzcietība, turpretī gadiem ilgi viņi spēj konfliktēt, atceroties sīkus apvainojumus un pacietīgi gaidīt situāciju, lai «atspēlētos».

Tā kā šie cilvēki visur iejaucas un nevar palikt neitrāli, tad viņi nemitīgi izraisa konfliktus, kuru dēļ cieš apkārtējie cilvēki vai arī paši pacienti ir spiesti mainīt darba vietu.

Nevaldāmas kaisles slimniekiem izpaužas kā seksuālas pārmērības (seksuālā dominante ir viena no galvenajām epileptoīdu personībā), kā arī viņiem raksturīga tieksme uz periodiskām dzeršanas lēkmēm, azartu un asiem pārdzīvojumiem. Atbilstošās situācijās šie cilvēki ir spējīgi arī uz varonību un ir izturīgi.

Patoloģiski noslēgto (šizoīdo) psihopātu personības īpatnības ir tuvas šizofrēnijas slimnieku raksturam. Tomēr jāuzsver, ka atšķirības starp šizoīdo psihopātiju un šizofrēniju ir nevis kvantitatīvas, bet kvalitatīvas un šizoīdā psihopātija, kas ir viens no normas variantiem, arī saasinoties nekad neizraisa šizofrēniju (procesuālu slimību). E. Krečmers šādi raksturoja patoloģiski noslēgtos, bet veselos cilvēkus: «Daudzi šizoīdi ir līdzīgi romiešu mājām bez izgreznojumiem, villām, kuru slēģi aizvērti spilgtās saules dēļ, bet kurās iekšā – krēslā notiek dzīres».

Pacienta emocionālā dzīve ir savādāka, tomēr tas nav emocionāls trulums – cilvēki emocionāli ir saglabāti, taču viņu jūtas, domas, vēlēšanās un intereses ir it kā noskaņotas uz citiem viļņiem nekā vairumam cilvēku, tādēļ šie cilvēki viens otru skaidri nesaprot. Šizoīdās personības emocionāli nav aukstas, bet gan savādāk reaģē uz apkārtējiem notikumiem, citu bēdām, priekiem, un tāpēc liekas, ka šie cilvēki nespēj just līdzi citiem vai priecāties kopā ar pārējiem, – un otrādi – citreiz šo pacientu prieki un bēdas ir atšķirīgi un tāpēc nesaprotami vai mazsaprotami apkārtējiem līdzsvarotiem cilvēkiem.

Šizoīdiem ir tieksme uz abstraktu domāšanu (otrās signālsistēmas pārsvars), tieksme uz abstraktām problēmām, sistēmām, shēmām, teorijām. Parasti būdami ar pilnvērtīgu intelektu un vienlaicīgi ar neatkarīgiem, oriģināliem, īpatnējiem uzskatiem, viņi izraudzītajā specialitātē nereti tiešām ir oriģināli, viņu darbība ir produktīva un radoša. Reizēm, kad pacientiem zūd sakars ar apkārtni, realitātes sajūtas trūkums neļauj viņu hipotēžu pamata defektu vēlami koriģēt.

Šizoīdām personībām ar viņu īpatnējo emocionalitāti nereti vienlaicīgi raksturīgs pārliecīgs jūtīgums un pārsteidzoša nejūtība dažādās dzīves situācijās.

Pacientu uzvedība ārēji var izlikties dīvaina, neparasta, bet atšķirībā no histēriskām personībām to nosaka nevis tieksme pievērst sev uzmanību, bet – gluži otrādi – iekšējā loģika, iekšējā pārliecība un iekšējā prasība.

Kontaktā ar citiem cilvēkiem šizoīdie psihopāti var tikt nesaprasti, un, savukārt, viņi paši reizēm nesaprot citus cilvēkus, kas parasti viņus padara par vientuļiem cilvēkiem. Tomēr, ja šizoīdie psihopāti sastop tādus pašus cilvēkus un rada kontaktus ar tiem, tad viņi ir sirsnīgi, pieejami, aktīvi, atklāti.

Vairumā gadījumu tomēr šizoīdie psihopāti spēj īsti saprast tikai sevi pašu un pirmā vietā viņiem ir personiskās intereses. Citu cilvēku domas un jūtas viņi saprot tikai teorētiski, bet ne emocionāli pārdzīvo.

Paranojālo psihopātu galvenā īpatnība ir tā, ka viņiem ir pārvērtēšanas idejas, kurām pacients pats tic un kuras cenšas realizēt. Idejas ir vienpusīgas, ārkārtīgi stabilas. Tās var nemainīties visu dzīvi un radīt pacientam dzīves pārliecības nozīmi.

Visu dzīvi cilvēki cīnās par vienas vienīgas domas piepildīšanu (izgudrojumi, pārveidojumi, reformas, zinātniskas teorijas). Reizēm doma tiešām var būt vērtīga un nozīmīga, tomēr biežāk tā ir aplama un ir saistīta tikai ar šaurām egoistiskām interesēm, piemēram, kverulance, sūdzības, cīņa par savu tiesību pierādīšanu.

> Kāds slimnieks iestājas psihiatriskajā slimnīcā uz ekspertīzi, lai pierādītu, ka viņš ir psihiski vesels, un pēc tam varētu iesūdzēt tiesā namu pārvaldi: pēc remonta uz grīdas bija palicis neliels eļļas traips, un slimnieks vēlējās tiesas ceļā panākt, lai tas nebūtu jānotīra viņam, bet to nāktu izdarīt namu pārvaldes darbinieki. Tā nebija viņa pirmā tiesas lieta. Reiz nedēļas laikā pacients bija ierosinājis 22 lietas, pie tam visos gadījumos pacientam bija zināmā mērā taisnība. Tomēr strīdīgie jautājumi bija tik niecīgi, ka vesels, līdzsvarots cilvēks tādu sīkumu dēļ nekad negrieztos tiesā.

Slimnieki ir egoistiski, visu apkārtējo situāciju vērtē vienpusīgi un dara visu (pielieto pat viltību, nekaunību, egoismu, cinismu un ļaunumu), lai tikai panāktu savu taisnību. Būdami aizdomīgi, viņi visos pārējos faktos saskata pret sevi vērstu ļaunprātību, ko nekad vēlāk neaizmirst un izmanto par iemeslu konfliktiem, strīdiem un atriebībai.

Paranojālie psihopāti pastāvīgi ikdienas dzīvē atrod vielu konfliktiem, reizēm pat mākslīgi izraisa konflikta situāciju. Šie pacienti nereti pirmo reizi nonāk psihiatriskajās iestādēs tieši ekspertīzes nolūkā.

Nepastāvīgie psihopāti ir vājas gribas, nepastāvīga rakstura cilvēki, kurus viegli iespaido citi cilvēki. Dzīvē vienmēr vajadzīgs blakus kāds stiprāka rakstura cilvēks, kas varētu viņus vadīt. Ja tāda vadība ir pozitīva (ģimene, darba biedri), tad šādi cilvēki var labi piemēroties dzīvei, apkārtējai situācijai un produktīvi strādāt. Nonākot negatīvā ietekmē, viņi toties viegli kļūst par dzērājiem, kā arī var izdarīt antisociālus pārkāpumus.

PSIHOPĀTIJU DINAMIKA. Psihopātija nav procesuāla slimība, tā nekad neizraisa defekta stāvoklī (plānprātību), kā tas notiek šizofrēnijas gadījumos, tomēr vienlaicīgi psihopātija nav arī absolūti stacionārs stāvoklis, un slimnieka personība dzīves laikā ārējo apstākļu iespaidā var mainīties. Psihopātijām ir noteikta dinamika, kas izpaužas trīs veidos.

1. **Fāzes** ir patoloģiski, dinamikā neprogredienti stāvokļi, kas rodas bez redzama ārējā iemesla. Pēc fāžu izbeigšanās nekādas personības izmaiņas neiestājas (tas ļauj diferencēt, piemēram, no šizofrēnijas).

Raksturīgākās ir subdepresijas vai pacilāts garastāvoklis cikloīdiem psihopātiem.

2. **Reakcijas** – ar to apzīmē vienu no dinamikas veidiem, personības tālākās izmaiņas kā reakciju uz ārējiem nelabvēlīgiem momentiem (ilgstoša psihotraumējoša situācija, pēkšņa psihogēnija).

Reakcijas uz nelabvēlīgu situāciju var būt vienādas visām psihopātiju grupām, tās var rasties stipra kairinājuma rezultātā arī veselam cilvēkam. (Tādas reakcijas apskatītas nodaļā «Reaktīvs stāvoklis».) Tomēr dažos gadījumos reakcijas ir smalkākas, specifiskākas, un to rezultātā rodas kāds noteikts konkrētas psihopātijas dekompensācijas stāvoklis.

Šādas reakcijas vieglāk rodas psihopātiskām personībām pēc niecīgiem ārējiem iemesliem, kaut arī principā tādas iespējamas gluži veseliem un psihiski līdzsvarotiem cilvēkiem.

Šizoīdas reakcijas visvieglāk rodas patoloģiski noslēgtiem cilvēkiem (šizoīdiem psihopātiem), kuriem raksturā ir tieksme noslēgties, norobežoties. Nelabvēlīgā situācijā šādiem cilvēkiem bez konfliktiem un pārdzīvojumiem rodas arī dekompensācija, kad visas iepriekš minētās rakstura īpašības vēl vairāk saasinās – rodas nepamatotas aizdomas, pārvērtēšanas idejas, domas, it kā cilvēki pret pacientu nelabvēlīgi izturētos, viņu izsekotu. Tā rezultātā pacients norobežojas no apkārtējiem, ieraujas sevī, kļūst aizdomīgs un nepieejams, viņam pasliktinās garastāvoklis.

Epileptoīdās reakcijas biežāk novēro t.s. uzbudināmiem psihopātiem (epileptoīdiem psihopātiem). Pēc psihogēnijas rodas nomākts garastāvoklis ar ļaunumu, īgnumu, dusmām, nesavaldību un brutālu afektu, kas, savukārt, var izraisīt jaunus konfliktus, pie tam šoreiz jau psihogēniju cēlonis būs pats pacients. Rodas t.s. psihopātiskais loks, kad psihotraumējošā situācija saasina rakstura īpašības, bet tas, savukārt, padziļina un pastiprina jau esošo konflikta situāciju.

Ciklotīmiskās reakcijas visraksturīgākās ir cikloīdiem psihopātiem – personām, kurām jau pirms nelabvēlīgās situācijas bija raksturīgas garastāvokļa svārstības. Parasti rodas depresijas un, tām hroniski atkārtojoties, iestājas it kā pastāvīgi nomākts garastāvoklis.

3. **Psihogēnā personības attīstība**. Tai pamatā ir ilgstoša psihotraumējošā situācija. Nemitīga atrašanās šādā situācijā, tās nelabvēlīgā iedarbība var ietekmēt cilvēka raksturu, pie tam psihisko izmaiņu dinamika ir cieši saistīta ar ārējo situāciju un principā atšķiras no dinamikas endogēno slimību gadījumos.[61]

Tāpat kā reakcijas gadījumā, arī psihogēnās personības attīstībā nozīme ir diviem apstākļiem – gan ārējai nelabvēlīgai situācijai (psihotraumējošiem apstākļiem), gan pašai personībai, tās premorbīda rakstura īpatnībām. Pirmajā gadījumā to apzīmē par situacionālu personības attīstību, otrajā – par konstitucionālu attīstību.

Situacionālai personības attīstībai raksturīgāka ir astēniskā personības attīstība. Astēnijai raksturīgas īpašības rodas un padziļinās smagu ārēju situāciju iespaidā (atrašanās ieslodzījumā, koncentrācijas nometnē, izsūtījumā). Vieglāk tāda personības attīstība veidojas astēniskiem psihopātiem, tomēr īpaši smagās situācijās arī veseliem cilvēkiem.

Personības attīstība ar uzmācībām vieglāk rodas astēniskiem psihopātiem, it īpaši psihastēniskiem psihopātiem, kā arī patoloģiski noslēgtajiem psihopātiem.

Konstitucionālo personības attīstību var raksturot ar P. Gannuškina novērojumu, ka katrs psihopāts parasti visbiežāk nokļūst tieši tādās situācijās, kurās tieši viņa patoloģiskais raksturs visvieglāk var izpausties, piemēram, nepastāvīgie psihopāti vieglāk nekā citi cilvēki nokļūst situācijās, kurās viņi

---

[61] **V.E.:** Lūk, šo te profesors Eglītis, šīs grāmatas autors, diagnosticēja man. Nu jā – tā jau ir: psihotraumējošas situācijas kopš agras bērnības un faktiski līdz pat šai dienai... Astēniska, psihastēniska, neirastēniska personība... (Bet intelekts vienreizējs, draudziņi: ne katram ar mani sacensties! (To es piebilstu, jo zinu, ko viens otrs diletants nodomās)).

degradējas (kļūst par alkoholiķiem, narkomāniem), cikloīdiem psihopātiem parasti iznāk saskarties ar nepatīkamiem momentiem, pēc kuriem garastāvoklis arvien pasliktinās un ar laiku paliek tāds hroniski, patoloģiski noslēgtie psihopāti nokļūst nelabvēlīgās situācijās un kļūst vēl norobežotāki, viņiem vēl vairāk padziļinās jau iepriekš piemītošais autisms.

ETIOLOĢIJA UN PATOĢENĒZE. Psihopātiju etioloģija nav pilnībā noskaidrota, tādēļ arī pašreizējo zināšanu līmenī psihopātijas, kas ir salikta grupa, pēc kādas vienas pazīmes (līdzīgi oligofrēnijai pēc iedzimtās plānprātības pazīmes) etioloģiski nevar klasificēt.

Slimības attīstībā nozīme ir gan nelabvēlīgiem momentiem pirms dzimšanas, intrauterīnā periodā, gan dzemdību laikā (dzemdību patoloģija), gan arī agrīnā attīstības periodā. Nozīme ir arī nelabvēlīgai pārmantojamībai – psihopātu ģimenē nereti ir sastopami šizofrēnijas slimnieki, psihopātiskas personības vai citas nozoloģijas psihiskie slimnieki.

Psihopātija var veidoties arī dzīves laikā – kā agrā bērnībā (to apzīmē par patoloģisku rakstura attīstību), tā arī vēlākā dzīvē, citu slimību ietekmē (to pareizāk apzīmēt par psihopatoīdu stāvokli).

Īstā psihopātija atšķiras no patoloģiskās rakstura attīstības un no psihopatoīdā stāvokļa ar to, ka kaitīgie faktori (vecāku sifiliss, alkoholisms, dzemdību traumas utt.) ir gan atstājuši iespaidu uz bērna personības veidošanos, tomēr nav bijuši tik izteikti, lai izraisītu neiroloģiski objektīvi konstatējamas organiskas izmaiņas (paralīzes, parēzes, likvora hipertenziju). Šajos gadījumos, kā arī tad, ja ir nelabvēlīgi pārmantojamības dati, bērns jau no dzimšanas un tālākā attīstības periodā uzrāda psihopātiskas rakstura īpašības (t.s. augstākā līmeņa traucējumi) atšķirībā no oligofrēnijas (zemākā līmeņa traucējumi).

Turpretī gadījumos, kad vesels bērns kļūst par psihopātu (patoloģiska rakstura attīstība), var izsekot šī patoloģiskā rakstura veidošanās dinamikai, pie tam te lielāka nozīme ir tieši nelabvēlīgiem ārējiem apstākļiem (situācijai ģimenē, skolā utt.), hroniskiem psihotraumējošiem momentiem vai nepareizai audzināšanai. Patoloģiska rakstura veidošanās sākumā rodas t.s. prepsihopātiskā stadija – patoloģiskais raksturs vēl neizpaužas visās situācijās, bet tikai īpašās, «vēlamās» situācijās, parasti savu iegribu apmierināšanai.

> Piemēram, histēriskas rakstura īpašības – pretenciozitāte, kaprīzitāte, uzstājīgums – sākumā var izpausties tikai mājās – situācijā, kurā bērnam nekas nav liegts, bet neizpaužas skolā, sporta skolā, kontaktā ar svešiem cilvēkiem un citiem bērniem. Vēlāk patoloģiskā rakstura īpašības iesakņojas, kļūst it kā par bērna otro dabu, un šajā stadijā no prepsihopātiskās stadijas jau rodas psihopātija.

Ar speciāliem pētījumiem par patoloģisku raksturu veidošanos (O. Kerbikovs, V. Kovaļovs) ir pierādīts, ka ir noteikts sakars starp audzināšanu ģimenē un psihopātiju attīstību.

Astēniskie raksturi veidojas gadījumos, kad audzināšana ir pārmērīgi stingra, kad bērnam no mazām dienām nav dota patstāvība un viņš ir sodīts par sīkumiem («bērns – pelnrušķīte»). Situācija, kad bērns tiek pārmērīgi lutināts («bērns – elks»), visas viņa kaprīzes un iegribas bez vārda runas tiek izpildītas, ir labvēlīga histēriska rakstura īpašību attīstībai. Gadījumos, kad bērna audzināšanai netiek veltīta vajadzīgā uzmanība, kad bērns nav pietiekami uzraudzīts, viss ir dabūjams tikai ar spēku, cīņu un uzstājību («bērns – bezpajumtnieks»), visvieglāk rodas eksplozīvā rakstura īpašības.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Psihopātijas visbiežāk jādiferencē no šizofrēnijas, it īpaši šizofrēnijas sākuma stadijas un gausas norises šizofrēnijas, kas var sākties ar personības psihopatizāciju.

Konstitucionālās psihopātijas gadījumos P. Gannuškins izvirzīja kritēriju: psihopātijai nav sākuma un nav beigu. Pacients vienmēr ir bijis ar līdzīgu raksturu, un viņam nekad neradīsies defekta stāvoklis – šizofrēniskā plānprātība. Turpretī šizofrēnijas gadījumos rūpīga anamnēze parasti ļauj atrast personības «lūzuma» periodu, kad veselais cilvēks kļuva savādāks, izmainījās un ieguva psihopātijai līdzīgas rakstura īpašības. Tālākajā slimības dinamikā var novērot, ka psihopātijas gadījumos var būt dekompensācijas un kompensācijas periodi, nelabvēlīgos apstākļos var būt pat patoloģiska personības attīstība, tomēr tā nekad nav identiska ar šizofrēniskā defekta simptomātiku.

Psihopātija nereti jādiferencē no organiskām CNS slimībām, kuras noris ar personības izmaiņām. Vieglāk diferencēt ir tajos gadījumos, kad personības izmaiņas rodas aterosklerozes slimniekiem, slimniekiem pēc pārciestām galvas traumām, hroniskiem alkoholiķiem, slimniekiem pēc pārciesta encefalīta, jo slimības klīniskā aina būs raksturīga tādai, kādu atrod šo slimību gadījumos. Grūtāka, bet reizē svarīgāka un atbildīgāka diferenciāldiagnoze ir tajos gadījumos, kad organiskās CNS slimības sākas ar psihiskiem traucējumiem (kā vienu no pirmajiem simptomiem novēro personības izmaiņas). To novēro slimniekiem ar galvas smadzeņu audzējiem, reimatisko encefalītu, smadzeņu sifilisu, progresējošo paralīzi u.c. Šajos gadījumos jāvērtē, vai slimnieks visu laiku ir bijis psihopāts vai arī tāds kļuvis.

Ja slimnieks tāds kļuvis un psihopatizācijas rašanās nav saistīta ar psihotraumējošu situāciju un nav arī izskaidrojama ar endogēno procesu (šizofrēnijas sākumu), tad jāmeklē organiska CNS slimība.

Psihopātijas vēl jādiferencē no pedagoģiskas neaudzinātības. Ne visos gadījumos, kad jāsastopas ar neaudzinātiem, izlaistiem pusaudžiem, kas reizēm uzvedas antisociāli, ir darīšana ar psihopātiskām personībām. Lielākā vairumā gadījumu tas ir audzināšanas defekts, nevis psihiskās darbības patoloģija. Rakstura patoloģija tad nav totāla, tā neizpaužas vienmēr un visos gadījumos, bet noteiktā situācijā un bieži – nekaitējot sev.

Neirožu gadījumā atšķirībā no psihopātijas nav totālu personības izmaiņu. Izmaiņas ir parciālas, slimnieks pret tām izturas kritiski un uzskata tās par slimības izpausmi (psihopāts sava rakstura dēļ var ciest, tomēr viņš neuzskata rakstura īpatnības par slimības izpausmi).

ĀRSTĒŠANA. Psihopātiju ārstēšanā nozīme ir medikamentozai terapijai, psihoterapijai un it īpaši audzināšanai. Labāk terapijai padodas patoloģiskā rakstura attīstība, sliktāk – tā saucamās kodola (konstitucionālās) psihopātijas.

Medikamentozajā terapijā pielieto simptomātiskus līdzekļus. Uzbudināmām personām pielieto sedatīvus līdzekļus (priekšroka dodama ne aminazīnam, bet nelielām rezerpīna devām, ko labāk slimnieks panes, kā arī seduksēnam, elēnijam). Depresiju gadījumos lieto sedatīvos preparātus kombinācijā ar nelielām antidepresantu devām. Šāda kombinācija nepieciešama psihopātiju dekompensāciju periodos.

Lielāka nozīme ir psihoterapijai, audzināšanai, pareizai pedagoģiskai pieejai. Te minami kompleksi pasākumi, kurus realizē vecāki, skolotāji, skolas ārsti un ārsti psihiatri. Gadās, ka šādu pareizu audzināšanu nav iespējams realizēt atsevišķās ģimenēs (vecāki ir alkoholiķi, degradētas personības vai psihiski slimnieki). Šādos gadījumos jāizšķiras par bērna izolēšanu no ģimenes un audzināšanu bērnu namos, kur viņam var nodrošināt piemērotāku režīmu nekā ģimenē.

Neirozes

Neirožu jēdzienu medicīnā 1776. gadā ieviesa Kallens[62] (*Cullen*), ar to apzīmējot tādus patoloģiskus stāvokļus, kuru pamatā ir funkcionāli nervu sistēmas darbības traucējumi. Mūsu dienās nav vienotas neirožu definīcijas un dažādi autori neirozes traktē atšķirīgi. Izplatītākais ir uzskats, ka neirozes pieder pie psihogēnām slimībām un izpaužas kā funkcionāli nervu sistēmas darbības traucējumi.

Neirozes var rasties cilvēkiem ar dažādu augstākās nervu darbības tipu. Vieglāk tās rodas cilvēkiem, kam ir astēniskas īpašības, trauksmains, bažīgs raksturs vai histēriskas rakstura iezīmes, tomēr īpašos apstākļos neirozes var rasties arī veseliem, fiziski spēcīgiem un psihiski līdzsvarotiem cilvēkiem. Uzskata, ka augstākās nervu darbības vidējam tipam raksturīgākā neiroze ir neirastēnija, mākslinieciskam tipam – histērija, bet domātāja tipam – uzmācību neiroze.

Neirozes var rasties jebkurā vecumā, tomēr visbiežāk tās rodas 15–25 gadu vecumā, kā arī klimaktēriskajā periodā. Neirozes biežāk rodas vīriešiem. Neirozes izraisa nelabvēlīga ārējā iedarbība – gan atsevišķas īslaicīgas un spēcīgas psihotraumas, gan arī mazāk smagas, bet ilgstošas psihotraumējošas situācijas. Pēc A. Svjadošča[63] datiem, visbiežāk neirožu pamatā ir sarežģījumi mīlestībā vai ģimenes dzīvē, tuvinieku zaudēšana, cerību sabrukums, nepatikšanas darbā, sods par izdarītu pārkāpumu, situācija, kurā apdraudēta veselība, labklājība vai dzīvība. Neirožu attīstību veicina visi tie faktori, kas novājina nervu sistēmu, – galvas traumas, infekcijas, intoksikācijas, operācijas, somatiskas slimības, bezmiegs, nepietiekams uzturs, fiziska vai psihiska pārslodze.

Kaitīgo faktoru iedarbības rezultātā parastie kairinātāji konkrētajam indivīdam var kļūt pārāk intensīvi un izraisīt neirozes.

Pēc I. Pavlova datiem, patofizioloģiski neirožu pamatā ir uzbudinājuma un kavēšanas procesa vai arī to kustīguma pārmērīgs sasprindzinājums. Izšķir neirotisko sindromu, kas raksturīgs neirozes slimniekiem, un neirozei līdzīgo sindromu, kas raksturīgs slimniekiem, kas slimo ar citu slimību, kuras klīniskā izpausme ir līdzīga neirozes klīniskajai ainai.

Patoģenētiska nozīme var arī būt indiferentiem kairinātājiem, kuri laika ziņā sakrīt ar kādu organisma reakciju, piemēram, bailēm, vemšanu, jo pēc tam šādas reakcijas var atkārtoties pēc nosacījuma refleksa tipa.

Izdala šādus neirožu veidus:

1) neirastēnija;

---

[62] **V.E.:** William Cullen (1710–1790) – skotu ārsts un ķīmiķis.

[63] **V.E.:** Абрам Моисеевич Свядощ (Брум) (*1914) – Ļeņingradas psihiatrs un seksopatologs.

2) histērija;
3) uzmācību neiroze.

Neirastēnijas jēdzienu medicīnā ieviesa Bērds[64] (*Beard*) 1869. gadā, un tai raksturīgs nervu sistēmas vājums, kuru izraisa psihogēna iedarbība. Neirastēniju visbiežāk izraisa tie faktori, kuru iedarbības rezultātā organismam ir pārāk liela fiziska vai psihiska slodze, kā rezultātā ar laiku rodas nervu sistēmas vājums. Neirastēnijas iemesli var būt tikai psihiska trauma (psihiski pārdzīvojumi), bet veicinoši faktori ir ilgstošs bezmiegs, ilgstošs fizisks un psihisks sasprindzinājums. Psihiskais sasprindzinājums parasti ir saistīts ar psihiskiem pārdzīvojumiem, rūpēm, organisma pārpūli un nepieciešamību ar gribu apzināti nogurumu pārvarēt.

Neirastēnija vieglāk rodas astenizētām personām. Premorbīdā šiem cilvēkiem bieži dominē ātra nogurdināmība, trauksmains bažīgums un aizdomīgums. Šādiem cilvēkiem nereti ir izteikta, pat pārliecīga atbildības un pienākuma sajūta.

Slimība sākas lēnām, progresē pakāpeniski un galvenokārt izpaužas ar astēnisko sindromu – paaugstinātu uzbudināmību un nogurdināmību, emocionālu un veģetatīvu labilitāti. Slimnieki savus veselības traucējumus uzskata par slimību un paši griežas pie ārsta pēc palīdzības. Viņu sūdzības atšķirībā no histērijas slimnieku sūdzībām nav teatrālas un demonstratīvas, slimnieki par tām reizēm pat kautrējas stāstīt.

Neirastēnijas klīniskā ainā parasti novēro arī iekšējo orgānu funkcionālus traucējumus, kas galvenokārt ir saistīti ar veģetatīvās nervu sistēmas funkcionālām izmaiņām. Pēc izcelšanās mehānisma funkcionālos traucējumus iedala trīs grupās (A. Svjadoščs).

1. Traucējumi var rasties vienlaicīgi ar vispārējiem nervu sistēmas darbības traucējumiem, kurus izraisījusi psihiskā trauma.

2. Traucējumi var rasties kā jatrogēnija vai pašiedvesma, ja psihiskā trauma saistīta ar kādu iekšējo orgānu funkcijas patoloģiju.

3. Traucējumi var rasties pēc nosacījuma refleksa tipa uz līdz tam indeferentu kairinātāju.

1. Psihiskās traumas var izraisīt veģetatīvās nervu sistēmas izmaiņas, kas klīniskajā ainā var būt dominējošās. Biežāk novēro t.s. «sirds neirozes», kas izpaužas ar sirdsklauvēm, sāpēm sirds rajonā, elpas trūkumu, pārsitieniem. Šie traucējumi nepastiprinās fiziskas slodzes laikā un var būt arī miera stāvoklī. Uztraukumu gadījumos stāvoklis pasliktinās lēkmjveidā, kas arī norāda uz veģetatīvās nervu sistēmas labilitāti.

No elpošanas traucējumiem biežāk novēro elpas trūkumu, kas nesaistās ar sirds–asinsvadu sistēmas patoloģiju. To novēro arī miera stāvoklī, bet tas samazinās un pāriet, ja novērš slimnieka uzmanību no patoloģiskajām sajūtām.

Nereti novēro kuņģa un zarnu trakta funkcionālus traucējumus, piemēram, caureju, samazinātu ēstgribu, vemšanu.

Slimnieks 52 gadus vecs, inženieris konstruktors. Pirms slimības sākuma ilgstošu laiku darbā strādājis ar lielu sasprindzinājumu. Pacients vairākus gadus pēc kārtas nav izmantojis vasaras atvaļinājumu, reizēm darbu savienošanas kārtībā strādājis vairākās vietās, vairāk vakaros, kā arī naktīs. Šai laikā bijušas arī rūpes ģimenē. Izejamās dienas nav izmantojis, bieži gulējis nepietiekami.

Pēdējos divus gadus slimnieks jutis vieglu satraucamību, katrs sīkums viņu «izsitis no līdzsvara». Darbā ātri konfliktējis gan ar priekšniekiem, gan padotajiem. Viņu satraukuši sīki strīdi un «netaisnības» satiksmes līdzekļos, veikalos, ēdnīcās. Slimnieks mājās nav varējis atpūsties, jo visu laiku izjutis iekšēju sasprindzinājumu un sajūtu, ka kaut kas ir nepadarīts, it kā kaut kur jāsteidzas, ka nedrīkst veltīgi zaudēt laiku. Kad gribējis mājās atpūsties, atgulties uz dīvāna, tad arvien atcerējies kādus darbus, kas it kā «neprasīja nekādu pūļu», bet kurus vajadzēja pabeigt. Tomēr slimnieks ne pie viena no izraudzītajiem darbiem nav varējis koncentrēties ilgstoši – visu laiku viņam bijusi neapmierinātības sajūta un viss «ātri apnicis». Jau pēc dažām minūtēm viņam gribējies vienu darbu nomainīt ar otru. Slimnieks viegli konfliktējis, «piesējies» apkārtējiem cilvēkiem par vārdiem, intonāciju, lai gan vēlāk pats apzinājies savu nesavaldību, izteicienu un izraisīto konfliktu aplamību.

Slimniekam bieži bijušas galvas sāpes un slikts miegs (pastāvīgi spilgti un satraucoši sapņi). Iemiegot mocījušas atmiņas par pēdējo dienu notikumiem vai domas par priekšā stāvošo dienu.

Slimnieks darbā strādājis daudz un labprāt, tomēr manījis, ka darba produktivitāte samazinājusies. Bieži viņš pieļāvis paviršības un kļūdas, steigā aizmirsis vajadzīgo, pasliktinājusies darba organizācija. Sarunās ar līdzstrādniekiem, kā arī dodot viņiem norādījumus, slimnieks nereti jaucis faktus, pārjautājis, mainījis norādījumus, uzdevis liekus un nelietderīgus uzdevumus, aizmirsis izdarīto. Darbs viņam kļuvis

[64] **V.E.:** George Miller Beard (1839–1883) – amerikāņu neirologs.

nogurdinošs un prasījis daudz pūļu, tādēļ pēdējo mēnesi slimnieks uz darbu gājis ar nepatiku un bažām, ka netiks galā.

Neilgi pirms griešanās pie psihiatra slimnieks atkārtoti slimojis ar akūtām respiratorām slimībām, kad bijusi augsta temperatūra. Pēc tam stāvoklis vēl vairāk pasliktinājies – pastiprinājies nogurums, kas turpinājies visu dienu. Reizēm slimnieks darbā juties tik bezspēcīgs, ka iegājis savā kabinetā, aizslēdzis durvis un uz 20–30 minūtēm atgūlies.

Slimnieks kļuvis bažīgs un nepārliecināts par sevi, sācis interesēties par pāriešanu citā darbā, kas būtu vieglāks un mazāk atbildīgs. Darba slodzi tomēr nav izdevies samazināt, jo bija jāpabeidz pasūtījums (tā termiņš tuvojies beigām).

Iestājies slimnīcā uz paša vēlēšanos. Nodaļā lielāko dienas daļu pavada gultā snaužot vai guļot, tomēr pēc piecelšanās svaiguma sajūtas nav. Garastāvoklis nedaudz nospiests, viņu satrauc un kaitina dažādi sīkumi: nodaļas atmosfēra, nesaprātīgie slimnieki, personāla aizrādījumi, aizslēgtās nodaļas durvis un atslēgas, dienas režīms, slimnieku drūzma ēdienreizēs, gaisma koridorā, troksnis, televizors un radio. Ar citiem slimniekiem gandrīz nekontaktē, grib būt viens. Lasīt nevēloties, jo lasot galvā nākot domas par darbu, kā būs pēc izrakstīšanās, un tādēļ nevarot īsti koncentrēties, vairākas reizes jāpārlasa viena un tā pati lappuse.

Pēc atpūtas un vispārspēcinošas terapijas slimnieka stāvoklis uzlabojas un slimnieks atgriežas iepriekšējā darbā.

2. Nereti iekšējo orgānu funkcionālu traucējumu pamatā ir iedvesmas un pašiedvesmas mehānisms. «Vārda» lielā nozīme cilvēka organisma funkciju regulēšanā, kā arī spējā šīs funkcijas patoloģiski izmainīt ir labi pazīstami. Nelabvēlīgos gadījumos «vārda» ietekme uz organismu var būt kaitīga. Neveiksmīgs ārsta izteiciens (jatrogēnijas veids) slimniekam var ietekmēt organisma darbību: var rasties sirdsdarbības traucējumi, grūtības norīt barību, vemšana, nepatīkamas sajūtas kuņģa rajonā, sāpes vēderā utt. Slimnieki, kuri sevi nelabvēlīgi iespaido, biežāk arī izjūt dažādus patoloģiskus stāvokļus, piemēram, sajūtu, it kā būtu aizrijies ar kaut ko cietu, sāpes vēl pēc tam, kad objektīvās patoloģiskās izmaiņas ir jau likvidējušās, utt.

Kāda slimnieka brālis nomiris ar vēzi, pie tam viņš pirms slimības atklāšanas ilgu laiku jutis vēderā kaut kādu veidojumu, kuru ārsti nav varējuši diagnosticēt kā ļaundabīgu audzēju.

Neilgi pēc brāļa nāves slimnieks sataustījis sev vēderā kādu veidojumu. Griezies pie ārsta, bet tas nav pat noklausījies viņa ģimenes anamnēzi un atteicis: «Nevar zināt, var būt arī vēzis», – un nozīmējis tālāku izmeklēšanu. Slimnieks pastiprināti sācis sekot savai veselībai, meklējis pazīmes, kādas bijušas brālim. Viņš novērojis, ka ir samazinājusies ēstgriba, reizi nedēļā svēries, lai pārbaudītu, vai nekrītas svarā. Pircis gan populārzinātniskas, gan speciālas medicīnas grāmatas par ļaundabīgajiem audzējiem un tās lasījis.

Slimniekam izdarīta rūpīga rentgenoloģiskā izmeklēšana, pārbaudītas klīniskās analīzes, bet diagnoze neapstiprinājusies. Tad pēc sarunas ar autoritatīvu ķirurgu slimniekam domas par vēzi pilnīgi izzudušas un viņš juties vesels.

3. Funkcionāli veģetatīvās nervu sistēmas traucējumi pirmo reizi laika ziņā var sakrist ar kādu citu kairinātāju iedarbību. Tādējādi, kaut gan pēdējais kairinātājs ir indiferents, izstrādājas patoloģisks nosacījuma reflekss, un turpmāk šis indiferentais kairinātājs jau viens pats izraisa patoloģiskas atbildes reakcijas. Piemēram, bronhiālās astmas lēkme var sākties kādā dzīvoklī, sirdsklauves – kādā zināmā pilsētas vietā, braucot transportā, utt. Parasti šādi traucējumi (sirdsklauves, astma, gremošanas trakta patoloģija) reflektori atkārtojas līdzīgos apstākļos.

Neirotiskie seksuālie traucējumi. Seksuālie traucējumi vīriešiem (impotence). Impotence, pēc literatūras datiem, 90% gadījumu ir funkcionāla un tikai 5% gadījumu organiska, bet 5% gadījumu organiskā izcelsme paliek apšaubāma.

Neirastēnijas gadījumos impotence saistās ar vispārējo astēniju, tā var rasties gan ilgstošas psihotraumējošas situācijas rezultātā, gan arī pēc vienas spēcīgas psihotraumas. Nozīme ir arī vispārējam nogurumam (biežāk rodas pavasaros, pirms atvaļinājuma, pēc pārciestām somatiskām slimībām utt.).

Parasti potences samazināšanās slimniekam izraisa satraukumu un fiksāciju uz šo tēmu, bet mēģinājumi mākslīgi paaugstināt potenci beidzas neveiksmīgi un tikai vēl vairāk padziļina radušos psihiskos traucējumus.

Traucējumi prognostiski visumā ir labvēlīgi un, samazinoties vispārējai astēnijai, pāriet. Liela nozīme ir partneres saprotošai attieksmei, jo tā slimnieku labvēlīgi ietekmē – nomierina un likvidē viņa sasprindzinājumu.

Skolotājs 30 gadus vecs, savienojis darbu ar mācībām pēdējā kursā neklātienē. Pēc rakstura slimnieks ir trauksmaini bažīgs, ļoti pārdzīvo katru neveiksmi skolas darbā, kuras galvenokārt rodas paviršības dēļ, bet vēl vairāk – atpalikšanu mācībās. Pēdējo 2–3 mēnešu laikā slimnieks savlaicīgi nav izpildījis kontroles uzdevumus, pieļāvis tajos negaidīti rupjas kļūdas. Noguris arī fiziski, jo gulējis mazāk nekā parasts. Nejuties atpūties, visu laiku bijusi noguruma sajūta, kā arī kļuvis viegli satraucams.

Pēdējos 2 mēnešos strauji samazinājusies potence. Iepriekšējā periodā dzimumattiecības bijušas 2 vai 3 reizes nedēļā, bet tagad tikai 2 vai 3 reizes dažu mēnešu laikā, pie tam pēc sievas iniciatīvas. Erekcijas kļuvušas īslaicīgas un ātri izzudušas.

Slimnieks griezies pie ārsta, pēc tam izrunājies ar sievu, kas slimnieka stāvokli labi sapratusi un radušos situāciju izskaidrojusi ar pārslodzi. Pacients darbā paņēmis atvaļinājumu, tāpēc laikā atpūties un nokārtojis iekavētos uzdevumus augstskolā, no dzimumdzīves atturējies. Viņam nozīmēta vispārspēcinoša terapija. Pēc atpūtas, situācijas normalizēšanās un terapijas potence pilnīgi atjaunojās.

Seksuāli traucējumi sievietēm (frigiditāte – seksuāls aukstums).

Psihogēnas frigiditātes gadījumā seksuālās funkcijas traucē psihiskie faktori. Tā var rasties slimniecei, kura ir neapmierināta ar savu vīru, ja sieviete ir apprecējusies ar nemīlamu cilvēku, ģimenē, kur savstarpējās attiecības ir nedrošas, ja radusies mīlestība pret citu cilvēku. Psihogēnā frigiditāte ar laiku parasti pāriet.

Psihogēno frigiditāti var izraisīt arī partnera aukstums, bailes no grūtniecības, nepareiza partnera izturēšanās, atrašanās apstākļos, kad citi cilvēki var kļūt par dzimumakta lieciniekiem, utt.

Vaginisms ir vaginas un starpenes muskulatūras krampjaina saraušanās, kas apgrūtina vai padara dzimumaktu neiespējamu. Parasti tas notiek reflektori un tā iemesls neirožu gadījumos var būt ļoti sāpīga deflorācija, vilšanās seksuālā dzīvē, arī organiskas izmaiņas (iekaisums) dzimumorgānos, kas traucē ne tikai seksuālā akta realizēšanu, bet kura dēļ pat tikai pieskaršanās dzimumorgāniem izraisa sāpes.

Histērija. Termins radies no grieķu vārda *hystera* – dzemde un apzīmē vēsturiski senos priekšstatus, it kā tālāk aprakstīto traucējumu pamatā būtu dzemdes pārvietošanās pa organismu.

Pēc I. Pavlova pētījumiem, histērijas pamatā ir nervu sistēmas vājums, nav harmoniskas attiecības starp galvas smadzeņu garozas un zemgarozas darbību. Zemgarozas darbība dominē pār smadzeņu garozas darbību, un pirmā signālsistēma ir pārsvarā pār otro signālsistēmu.

Histērija kā neiroze var rasties jebkuram cilvēkam, tomēr biežāk un pēc salīdzinoši niecīgākiem kairinātājiem tā rodas histēriskā loka psihopātiem. Tāpat kā citas neirozes, arī histērijas kā neirozes rašanos sekmē pārpūle, astenizācija, somatiskās slimības.

Histērijas traucējumi galvenokārt izpaužas kā histēriska lēkme, kustību traucējumi, jušanas traucējumi, veģetatīvie traucējumi, runas un sajūtu orgānu traucējumi, psihiskie traucējumi.

Histēriskām lēkmēm raksturīga izpausmes daudzveidība vienas lēkmes laikā, pie tam atsevišķas lēkmes slimības dinamikā arī nereti mainās.

Kustības lēkmes laikā ir tēlainas, iespaidīgas, demonstratīvas. Krampji ir plaši, izteiksmīgi, raksturīgs ir t.s. histēriskais loks. Histēriskās lēkmes notiek ilgāk nekā epileptiskās un var turpināties pat 5–10–20 minūtes. Pēc lēkmes neiestājas dziļa koma. Lēkmes struktūru galvenokārt nosaka slimnieka agrākie priekšstati par lēkmēm. Ja slimnieks ir redzējis epileptisko lēkmi, tad arī viņa paša lēkmes reizēm var kļūt līdzīgas. Ja slimniekam lēkmes radušās psihotraumējošā situācijā, tad tajās var izpausties kustības un žesti, kas saistās ar šo situāciju.

No histēriskas lēkmes atšķiras organiskas ģenēzes motoriskas hiperkinēzes, kas pēc struktūras ir elementārākas, kā arī tās neizraisās pēc psihotraumas.

Histēriskā lēkme rodas un ir spilgtāka, ja lēkmes laikā apkārt ir daudz liecinieku. Liecinieku trūkums vai viņu «neieinteresētība» lēkmi ātri pārtrauc. Arī lēkmju biežums ir atkarīgs no situācijas – dažās dienās var būt vairāki desmiti lēkmju, bet citās – pilnīgi nav. Lēkmes nerodas indiferentā situācijā starp svešiem, nepazīstamiem cilvēkiem (uz ielas, mežā).

Slimnieki, jūtot lēkmes tuvošanos, pagūst apsēsties vai arī mīksti noslīd, nolaižas, nenodarot sev mehāniskus miesas bojājumus, tāpēc uz ķermeņa šiem pacientiem neatrod mehānisku bojājumu vai apdegumu pazīmes. Histēriskās lēkmes laikā nenovēro izteiktu cianozi, mēles sakošanu, spontānu urināciju un defekāciju. Zīlīšu reakcija uz gaismu saglabājas, un neiestājas bezsamaņas stāvoklis, kā to novēro epileptiskās lēkmes gadījumos. Bieži slimniekam ir saglabāta reakcija uz reflektoriem kairinātājiem, piemēram, ožamo spirtu.

Tipiskos gadījumos epilepsijas un histērijas lēkmes viegli diferencēt, tomēr reizēm ir arī diagnostiskas grūtības. Jāatceras, ka vienam un tam pašam epilepsijas slimniekam var būt gan histēriskas, gan epileptiskās lēkmes, kā arī histēriskas un epileptiskās rakstura izmaiņas.

Kustību traucējumi izpaužas kā parēzes, paralīzes, kontraktūras, nespēja izpildīt sarežģītas kustības, reizēm hiperkinēzes.

Histēriskas parēzes un paralīzes izplatās nevis pēc nervu inervācijas rajoniem, bet pēc psihogēnā tipa, t.i., pēc zonām, kuras apzīmē par «roku, kāju» utt.

Jušanas traucējumi izpaužas kā anestēzija, hiperestēzija, sāpes. Jušanas traucējumu lokalizācija neatbilst nervu inervācijas rajoniem, bet ir saistīta ar anatomiskiem priekšstatiem par «roku, kāju, ķermeni», tādēļ bojājumi visbiežāk izplatās pēc cimdu, zeķu vai jakas tipa, respektīvi, aptver neiroloģiski objektīvi neizskaidrojamus rajonus. Jušanas traucējumi var mainīties dinamikā pēc tam, kad slimnieks iegūst papildu ziņas par nervu sistēmas anatomiju. Histēriskām sāpēm var būt visdažādākā lokalizācija, arī neparasta. Tās var izpausties kādā noteiktā galvas rajonā («it kā no iedzītas naglas»), var būt sāpes nagos un citur. Nereti sāpes lokalizējas tur, kur agrāk tiešām ir bijis anatomisks bojājums, – vecu rētu rajonā. Sāpju diferenciācija var radīt lielas grūtības. Ir pierādīts, ka diagnozi zināmā mērā palīdz diferencēt farmakoloģiskie preparāti – ja slimnieks saņem sāpes nomierinošus līdzekļus (amidopirīnu, analgīnu, promedolu), bet paši par to nezina, tad sāpes samazinās organisko bojājumu gadījumos, bet nesamazinās funkcionālo traucējumu gadījumos.

Veģetatīvie traucējumi ir polimorfi, mainīgi, daudzveidīgi un var atgādināt jebkuras somatiskas slimības klīnisko ainu. Reizēm rodas lielas diferenciāldiagnostiskas grūtības, it īpaši, ja funkcionālie traucējumi kombinējas ar organiskiem traucējumiem. Šai grupai jāpieskaita tie slimnieki, kuriem ilgi «neviens nevarēja palīdzēt», bet tad pēkšņi «izārstēja īsā laikā», lietojot īstenībā indiferentus medikamentus, kā arī psihoterapiju.

Biežākās sūdzības ir par gludās muskulatūras spazmām, kamolu kaklā, sajūtu, it kā ēdiens iespiestos rīklē vai barības vadā.

Sajūtu orgānu funkcionāli traucējumi. Galvenokārt rodas funkcionāli redzes un dzirdes traucējumi. No redzes traucējumiem biežākie ir redzes lauka koncentriska sašaurināšanās (parasti abpusēja), redzes lauka izmaiņa dažādām krāsām (pie tam atšķirībā no organiskiem bojājumiem sarkanai krāsai tas paliek lielāks nekā zilai). Pat izteikts redzes lauka sašaurinājums netraucē slimniekam orientēties telpā. Slimnieku atkārtoti izmeklējot, bieži dažādās reizēs atrod stipri atšķirīgus objektīvos datus.

Histēriska amauroze – pilnīgs funkcionāls aklums – var būt kā ar vienu, tā ar abām acīm. Ja amauroze ir ar vienu aci, tad slimnieki faktiski tomēr redz un arī binokulārā redze saglabājas. Pat ja aklums it kā ir abās acīs, tad tomēr slimnieki daudz ko redz un nenokļūst dzīvībai bīstamās situācijās.

Histēriskus dzirdes traucējumus novēro biežāk nekā redzes traucējumus. Tomēr arī abpusēja kurluma gadījumā slimnieki dzird, lai gan viņi paši ir pārliecināti par pilnīgu kurlumu. Literatūrā minēti dati, ka slimnieki apstākļos, kuros nav iespējams nolasīt runu pēc lūpu kustībām, tomēr dzird un izpilda ārsta norādījumus – klepo, aiztur elpu utt.

Raksturīgākais histēriskais runas traucējums ir histēriskā afonija – balss zudums, mutisms, stostīšanās.

> Kāda septītās klases skolniece pie tāfeles slikti atbildēja uz jautājumiem. Skolotāja, izmetusi meitenei adresētu nievājošu piezīmi, likusi tai apsēsties. Meitenei acīs saskrējušas asaras un acu priekšā viss satumsis. Meitene savu solu vairs neredzējusi un viņa bezpalīdzīgi, uzgrūžoties virsū dažādiem priekšmetiem un izstieptām rokām taustīdamās, mēģinājusi tikt līdz savam solam. Pārbijusies skolotāja nekavējoties meiteni aizvedusi uz slimnīcu.
>
> Stacionārā meitenei sastingusi mīmika, uztraukts, izbiedēts izskats, acis plaši atvērtas, bet skatiens nekustīgs, gausas kustības. Viņa runā klusu, monotoni. Sūdzas, ka ar abām acīm neredzot, nespējot redzēt pat gaismu. Uz jautājumu, vai viņa redz, kā uzdedzina un nodzēš elektrisko spuldzi, slimniece noliedzoši purina galvu.
>
> Slimniecei acu zīlītes vienādi platas, reakcija uz gaismu dzīva. Konjunktīvas un rīšanas refleksa trūkst, bet korneālais – saglabāts. Acs dibens normas robežās. Meitenei apskates laikā teikts: «Ejiet un apsēžaties uz tā krēsla!», ar žestu norādot uz krēslu kabineta stūrī. Viņa tūlīt pat aizgājusi un apsēdusies uz šī krēsla, tādējādi uzrādot saglabātas redzes spējas. Pēc tam meitenei likts pārsēsties, norādot ar žestu uz citu krēslu pie galda, – meitene to izpildījusi. Uz jautājumu, cik pirkstu viņai rāda, meitene nevarēja atbildēt. Tad viņai izdarīja iedvesmošanas mēģinājumu – pateica, ka redze pilnībā atjaunosies 1–2 minūtes pēc tam, kad acīs iepilinās zāles. Abās acīs viņai iepilināja cinka sulfāta pilienus, tad lika abas acis aizsegt ar plaukstām un mierīgi sēdēt, paskaidrojot, ka redze būs atgūta, tikko ārsts noņems meitenes plaukstas no acīm. Pēc minūtes redzes spējas tiešām atjaunojās. (A. Svjadošča novērojums.)

Uzmācību neiroze. Uzmācības rodas kā atbildes reakcija uz psihotraumējošu situāciju. Tās var rasties noteiktos apstākļos jebkuram cilvēkam, tomēr biežāk rodas personām ar psihopātiskām rakstura

īpašībām – astēniskiem un psihastēniskiem psihopātiem. Daži autori uzmācību neirozi vispār neatzīst un uzskata, ka tā ir kādas citas slimības sindroms, piemēram, gausas norises šizofrēnijas, maniakāli depresīvās psihozes u.c.

Biežākās uzmācības, kas rodas pēc psihotraumējošiem momentiem, ir fobijas – bailes no sirds darbības patoloģijas (kardiofobija), bailes zaudēt kontroli pār sevi un izdarīt pašnāvību (izlēkt pa logu, nolēkt no tilta, nodurties ar asu priekšmetu), saslimt ar vēzi (kancerofobija), infarktu (infarktofobija) utt.

Bailes var rasties pēc kāda reāla atgadījuma (kāds tuvinieks vai paziņa nesen nomiris ar vēzi, infarktu), ja slimniekam ir kādas līdzīgas sūdzības vai izmaiņas, piemēram, objektīvi nenozīmīgas izmaiņas elektrokardiogrammā, sāpes kuņģa rajonā, ēstgribas trūkums, krišanās svarā.

Baiļu rezultātā reizēm uz laiku var pastiprināties aizdomīgie simptomi (ēstgribas trūkums, bezmiegs), un tādējādi veidojas tā saucamais burvju loks (*circulus vitiosus*). Tomēr neirožu gadījumā ar laiku, pēc psihotraumējošās situācijas izbeigšanās bailes pamazām samazinās un pāriet.

> Jūtīgam un viegli uzbudināmam zēnam ārsts profilaktiskās apskates laikā sporta skolā teica: «Tev ir iedzimta sirdskaite. Vai tad tev neviens to nav teicis? Vai tu nenogursti ātrāk par citiem? Kā tu vispār varēji nodarboties ar sportu?» Pēc ārsta norādījuma (tas bija kļūdains) zēnam ar sportu neļāva nodarboties. Zēnam radās aizdomas, ka viņam ir slima sirds, ka viņš nekad nevarēs skriet un nodarboties ar sportu kā pārējie zēni. Viņš sāka sev pastāvīgi jau pēc nelielām slodzēm pārbaudīt pulsu – pēc kāpšanas pa kāpnēm, pēc skriešanas uz tramvaju, pēc ātras iešanas – un atrada, ka tas ir paātrināts. Tomēr nekādas citas slimības pazīmes zēns neizjuta. Uzmācīgās domas viņam turpinājās vairākus mēnešus, līdz kāds cits ārsts atzina iepriekš noteikto diagnozi par nepareizu un atļāva zēnam turpināt nodarbības sporta skolā. Zēnam uzmācīgās domas pārgāja.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Reizēm novērojama tieksme pārāk plaši diagnosticēt neirozes. Sakarā ar medicīniskās palīdzības uzlabošanos un pieaugošām iespējām slimību diagnostikā neirožu skaits objektīvi samazinās, jo daudzos neirozēm līdzīgos gadījumos konstatē kādu citu, bieži relatīvi labvēlīgu, gausas norises psihisku slimību vai atlieku parādības pēc pārciesta patoloģiska procesa. Tādēļ vienmēr nepieciešams ļoti rūpīgi diferencēt neirozes no neirozēm līdzīgiem stāvokļiem.

Diferenciāldiagnozē svarīgi konstatēt, ka neirotiskie stāvokļi radušies pēc psihotraumējoša iemesla. Tomēr arvien jānovērtē, vai psihotraumējošais iemesls tiešām ir bijis pietiekams, lai radītu psihiskus traucējumus. Paši slimnieki un viņu piederīgie ārējo apstākļu nozīmi slimības izcelsmē nereti pārspīlē. Sevišķi bieži uzskata, ka slimība radusies nelaimīgas mīlestības, neveiksmes darbā vai pārpūles rezultātā.

Ja psihotraumējoša situācija beigusies, tad neirotiskā simptomātika samazinās, turpretī, ja eksogēniem faktoriem bijusi tikai provocējoša nozīme vai arī tie sakrituši ar slimības sākumu tikai laika ziņā, tad psihiskā slimība turpina progresēt. Endogēnas slimības gadījumos bez ārējā iemesla rodas arvien jauni un smagāki simptomi, piemēram, šizofrēnijas gadījumos pievienojas domāšanas traucējumi, afektīvie traucējumi, vēlāk – rudimentāri, tad izteikti murgi.

Neirotisko simptomātiku var novērot arī depresijas slimniekiem, piemēram, ja ir atipiska depresija maniakāli depresīvās psihozes gadījumā. Taču tad bez jau minētajiem traucējumiem atrod arī depresijas pazīmes. Depresijas simptomi šajā gadījumā nereti ir slēptāki, tādēļ depresiju masīvu neirotisko traucējumu dēļ grūti konstatēt. Šie slimnieki depresīvās sūdzības neizsaka, tādēļ ārstam depresija aktīvi jāmeklē.

Reizēm neirotiskie traucējumi var būt pirmie simptomi somatisku un neiroloģisku slimību gadījumā, piemēram, slimniekiem ar smadzeņu audzēju, reimatisku vaskulītu, gausas norises encefalītu u.c. (t.s. pseidoneirastēniskā stadija).

ĀRSTĒŠANA. Neirožu ārstēšanā psihoterapija nepieciešama relatīvi vairāk nekā t.s. lielajā psihiatrijā. Psihofarmakoloģiskās terapijas metodes pielieto vienlaicīgi ar psihoterapiju.

Ja iespējams, jālikvidē neirožu ierosinātājs – psihotraumējoši apstākļi. Ārstam īpaši labi jāzina ne tikai slimības psihopatoloģiskā klīniskā aina, bet arī slimnieka psiholoģija, lai, pielietojot pareizu psihoterapiju, realizējot iekārtošanu darbā un veidojot slimnieka darba attiecības, varētu izmantot tās slimnieka psihes īpatnības, kas palīdz stāvokli kompensēt. Ārstam jāprot arī noteikt tās slimnieka rakstura īpatnības, kuru dēļ pacients vieglāk vai ātrāk dekompensējas vai reaģē ar neirotiskām reakcijām.

Jāpielieto arī vispārspēcinoša terapija, it īpaši pēc ilgstošām psihiskām un fiziskām pārslodzēm astenizētiem slimniekiem. Sākumā derīga ir pasīvā atpūta, bet turpmākajā terapijas gaitā pievienojama arī aktīvā atpūta.

Ja raksturā dominē eksplozivitāte, satraucamība, tad jālieto mazie trankvilizatori. Uzmācību gadījumā palīdz seduksēns, elēnijs (40–60 mg) vai arī seduksēns un elēnijs kombinācijā ar nelielām triftazīna devām.

ATTIEKSME PRET SLIMNIEKU. Kontakts ar slimniekiem no ārsta prasa lielu pacietību. Slimnieka stāvoklis nereti uzlabojas bez medikamentiem jau pēc tam, kad slimnieks par savu stāvokli ar ārstu ir daudz un sīki izrunājies. Jāatceras, ka reizēm slimnieki ir «neaprēķināmi» – negaidīti mainās viņu garastāvoklis, parādās nepamatotas prasības, aizdomas, «kaprīzes». Slimnieki ir ļoti jūtīgi pret jebkādiem ārējiem kairinātājiem.

Reaktīvs stāvoklis (psihogēna reakcija)

Kā liecina termins, tad runa ir par psihiskiem traucējumiem, kas radušies kā reakcija uz kādiem negatīviem psihiskiem pārdzīvojumiem.

Psihogēnas reakcijas var rasties gan pēc vienas izteiktas psihotraumas, gan arī pēc ilgstošiem nelabvēlīgiem apstākļiem – atrašanās psihotraumējošā situācijā.

Reaktīvs stāvoklis noteiktos apstākļos var rasties jebkuram cilvēkam, tomēr vieglāk tas rodas psihopātiskām personībām, pie tam šiem slimniekiem reaktīvais stāvoklis arī norisinās smagāk un ieilgst.

Reaktīvo stāvokļu rašanos veicina organisma novājināšanās – vieglāk tie rodas periodos pēc pārciestas infekcijas slimības, galvas smadzeņu traumas, asinsvadu slimībām, ilgstošas fiziskas un psihiskas pārslodzes, kā arī miega traucējumu periodā. Tāpat reaktīvie stāvokļi vieglāk rodas pubertātes un klimaktēriskajā vecumā.

Patofizioloģiski reaktīvu stāvokļu pamatā ir augstākās nervu darbības traucējumi pārmērīga uzbudinājuma, kavēšanas procesa vai abu procesu kustīguma traucējumu veidā. Nozīme ir arī tam, ka reizē ar spēcīgu kairinātāju slimniekam rodas negatīvas emocijas (trauksme, bailes, apvainojuma sajūta). Murgu gadījumos nozīme ir patoloģiski inertam uzbudinājuma punktam galvas smadzenēs.

Reaktīvo stāvokļu izpausmes var būt dažādas, un tās ir atkarīgas kā no psihotraumējošo faktoru rakstura, tā arī no tā, vai nelabvēlīgo faktoru ietekme ir akūta vai slimnieks ilgstoši atrodas psihotraumējošā situācijā. Izdala reaktīvās depresijas, afektīvās šoka reakcijas, histēriskās psihozes un reaktīvos murgus.

Reaktīvā depresija rodas pēc psihiskiem pārdzīvojumiem. Tā var rasties jebkuram cilvēkam, tomēr vieglāk tā rodas un ilgstošāk paliek psihopātiskām personībām, kurām ir tieksme uz nomāktu garastāvokli, – afektīvi labiliem, konstitucionāli depresīviem, arī astēniskiem cilvēkiem.

Depresija izpaužas ar nomāktu garastāvokli, afektīvu un ideatoru uzbudinājumu. Tā jādiferencē no endogēnās depresijas.

ENDOGĒNĀS UN EKSOGENĀS (REAKTĪVĀS) DEPRESIJAS DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Endogēnā depresija maniakāli depresīvas psihozes slimniekiem rodas neatkarīgi no ārējiem iemesliem, bet atšķirībā no tā reaktīvā depresija iestājas kā atbildes reakcija uz psihotraumējošo situāciju. Reaktīvā depresija nereti rodas nevis tūlīt pēc psihotraumējoša momenta, bet pēc dažu dienu ilga latentā perioda. Par endogēno depresiju jādomā gadījumos, kad ilgstošs un dziļš nomākts garastāvoklis ir radies pēc niecīgiem pārdzīvojumiem. Izjautājot slimnieku ar endogēno depresiju, reizēm var noskaidrot, ka pirmās depresijas pazīmes bijušas jau pirms psihotraumējošās situācijas rašanās un ka pašreizējā periodā notikusi tikai depresijas padziļināšanās. Psihotrauma var būt tikai provocējošs faktors vai arī sakrist tikai laika ziņā.

Jānovērtē arī psihotraumas intensitātes un depresijas smaguma attiecības. Slimnieks un viņa piederīgie nereti par depresijas cēloni uzskata pārdzīvojumus, kuri patiesībā ir nepietiekami, lai izraisītu depresiju. Pie tam nereti minētā psihotraumējošā situācija bieži ir bijusi jau pirms vairākiem gadiem un ar pašreizējo slimību nekādi nav saistāma.

Endogēnās depresijas gadījumos slimnieki sūdzas par skumjām, kuru iemeslu nezina, smaguma sajūtu krūtīs («sirds depresiju»), turpretī reaktīvās depresijas gadījumos slimnieki stāsta par neatvairāmām, nepatīkamām domām, kuras ir saistītas ar radušos smago psihotraumējošo situāciju («galvas depresija») un no kurām viņi nespēj atbrīvoties.

Endogēnās depresijas gadījumos slimnieks parasti vissliktāk jūtas rītos, bet reaktīvās depresijas gadījumos – vakaros. Endogēnās depresijas gadījumā slimnieks ir motoriski aizkavēts, viņam ir grūti kustēties un nav asaru. Reaktīvās depresijas gadījumā slimnieks ir satraukts, uzbudināts, kustīgs, raudulīgs, «nekur nevar atrast sev vietu».

Endogēnā depresijā ir izteikti miega un ēstgribas traucējumi, kas, savukārt, var nebūt reaktīvajā depresijā.

Endogēnā depresija visbiežāk noris fāžu veidā. Slimniekam anamnēzē nereti ir līdzīgi, tikai mazāk intensīvi un laika ziņā īsāki stāvokļi. Endogēnās depresijas sākuma fāzes parasti ir vieglākas, bet pēc tam slimnieka stāvoklis pasliktinās, turpretī reaktīvā depresija nereti ir pirmo reizi dzīvē pēc psihotraumas, pie tam tā ar laiku pavājinās, pāriet un vairs bez ārēja iemesla neatkārtojas.

> Pēc tam kad tika ierosināta kriminālliета, slimnieks izdarīja pašnāvības mēģinājumu un tādēļ tika stacionēts tiesu psihiatrijas institūtā.
>
> Stacionārā slimnieks pirmajās dienās ir nemierīgs, nomāktā garastāvoklī. Lielāko dienas daļu viņš nostāv pie palātas durvīm, klausoties koridora troksnī. Pēc uzaicinājuma ieiet ārsta kabinetā, uztraucas, atsakās iet un sāk raudāt. Slimnieks kabinetā ienāk satraukts, trauksmaini skatās uz klātesošiem un lūdzošā balsī prasa, lai viņam neko sliktu nedarot. Sarunas laikā viņš sēž nekustīgi, sasprindzinātā pozā. Viņam seja bāla, sejā neizpratnes un skumju izteiksme, uzacis sarauktas, mute sašķobīta. Runā viņš nelabprāt, pie tam īsām frāzēm un klusā balsī, bet brīžiem pat čukstus. Monotoni atkārto, ka viņš ir «slepkava», «nodevējs», ka viņš nav cienīgs gulēt slimnīcas gultā un atrasties cilvēku vidū, ēst. Vienlaicīgi viņš apgalvo, ka nemaz tik slikts neesot, un iesaka, lai viņu pārbaudot ar spīdzināšanu, kā arī lūdz dot iespēju «izpirkt savu vainu».
>
> Nodaļā slimnieks turas savrup, cenšas gulēt uz kailas zemes, atsakās uzvilkt virsvalku un čības, atsakās arī no ēdiena. Reizēm slimnieks uzbudinās, skaļi sten un mēģina sevi ievainot. Vēlāk slimnieks nomierinās un kļūst gļēvs, maz iniciatīvs, ne ar vienu no apkārtējiem nesarunājas, no gultas neceļas un ne par ko nesūdzas. Ar laiku slimniekam nomāktība samazinās, parādās intereses un viņš sāk dalīties ar apkārtējiem cilvēkiem savos pārdzīvojumos un rūpēs, kas saistās ar tiesas procesu. (N. Feļinskas novērojums.)

<u>Afektīvās šoka reakcijas</u> rodas pēc pēkšņas, negaidītas un spēcīgas psihotraumas, kurā apdraudēta dzīvība, piemēram, pēc ugunsgrēka, bandītu uzbrukuma, satiksmes katastrofas utt. To izpausme var būt divējāda.

Reaktīvā stupora gadījuma, lai gan slimniekam draud briesmas, viņš sastingst un nevar pakustēties («sastingst no bailēm»), nevar pat aktīvi rīkoties, lai sevi aizsargātu, nevar ne kliegt, ne parunāt. Vēlāk par stupora situāciju slimnieks vispār neko neatceras vai arī viņam saglabājas fragmentāras atmiņas.

Reaktīvs uzbudinājums tāpat rodas pēkšņi un izpaužas ar haotisku, nesakarīgu uzbudinājumu, kustīgumu, runāšanu, kliegšanu. Uzbudinājums nav mērķtiecīgs un ir neapzināts, tādēļ nav vērsts uz to, lai psihotraumējošo situāciju likvidētu. Arī pēc uzbudinājuma izbeigšanās slimniekam par notikušo skaidras atmiņas nesaglabājas. Uzbudinājuma laikā novēro arī veģetatīvas reakcijas – svīšanu, nobālēšanu, caureju, spontānu urināciju.

> Ceturtajā kaujas dienā, ieņemot apdzīvotu vietu, karavīrs V. ielas stūrī satikās aci pret aci ar pretī skrienošu ienaidnieka kareivi un pēkšņi sastinga ar šauteni rokā. Arī ienaidnieka kareivis uz brīdi apstājās, bet tad atkāpās, lai ar automāta laidi sistu. Karavīrs V. joprojām stāvēja nekustīgi un nemēģināja ne uzbrukt, izmantojot durkli, ne no uzbrucēja izvairīties. Kāds izšāva un pretinieku nogalināja. Klāt pieskrējušie biedri sāka viņu purināt, bet viņš ne uz ko nereaģēja, turpināja stāvēt, rokā sažņaudzis šauteni, un bija ļoti bāls. Viņu paņēma zem rokas un paveda sāņus, tad iecēla sanitārajā transportā un aizveda uz medpunktu. Pa ceļam karavīrs V. nereaģēja ne uz šāvieniem apkārt, ne sprāgstošiem lādiņiem.
>
> Medpunktā viņš bija aizkavēts, uz jautājumiem neatbildēja, izmeklēšanai aktīvi pretojās, norādījumus neizpildīja. Objektīvi pulss 98 reizes minūtē, apmierinoša pildījuma. Muskulatūras tonuss nav paaugstināts. Slimnieks naktī gulēja dziļi aizmidzis. Otrā rītā viņam apziņa skaidra, viņš pareizi orientējas apkārtnē. Par notikušo saglabājušās neskaidras fragmentāras atmiņas. Slimnieks atceras, ka gājis uzbrukumā, «liekas, ka apdzīvoto vietu ieņēma». Atceras, ka «izdarīja kaut kādu injekciju», bet nevar pateikt, vai tas bija pa miegam vai nomodā. Slimnieks domā, ka viņu «viegli kontuzēja». Dienā slimnieks jutās labi, vakarā atgriezās savā daļā un drīz atkal piedalījās cīņās. (A. Svjadošča novērojums.)

<u>Reaktīvās histēriskās psihozes</u> tāpat var rasties jebkuram cilvēkam, tomēr visbiežāk slimniekiem premorbīdā atrod histēriskas rakstura iezīmes. Reaktīvās histēriskās psihozes atšķiras no endogēnajām psihozēm ar to, ka tās rodas eksogēnu faktoru iespaidā, pie tam klīniskajā ainā ir īpatnības, pēc kurām arī ārēji līdzīgos stāvokļos var atšķirt vienu nozoloģiju no otras. Ir vairāki reaktīvo histērisko psihožu veidi.

Ganzera sindromu aprakstīja Ganzers[65] (*Ganser*, 1898). Klīniskajā ainā raksturīgākais ir slimnieka it kā spēlētā, tēlotā, pārspīlētā plānprātība. Pirmajos sarunu brīžos slimnieka atbildes pārsteidz ar it kā pārāk lielu aplamību, pie tam atbildes saturs tomēr liecina, ka slimnieks jautājumu uztvēris pareizi. Piemēram, uz jautājumu, cik vienai rokai pirkstu, slimnieks atbild «četri», cik otrai – «četri», cik abām kopā – «vienpadsmit». Uz lūgumu parādīt mēli slimnieks nereaģē, it kā jautājumu nesaprastu, vai arī mēģina piecelties.

Liekas, ka šādas atbildes varētu liecināt par apzinātu simulāciju, tomēr šādi reaktīvi stāvokļi novēroti daudziem slimniekiem, tie norisinās vienādi un ir novērojami tikai pēc nonākšanas psihotraumējošā situācijā. Ganzera sindromu parasti novēro tiesu psihiatrijas praksē.

> Slimnieks nodaļā atrod savu gultu, laikā ierodas uz ēšanu, zina ārstu istabu, dzer medikamentus, bet ne ar vienu slimnieku pats aktīvi nekontaktē.
>
> Kad ar slimnieku mēģina sākt sarunu, viņš sāk uzkrītoši aplami uzvesties: izņem no sava naktsgaldiņa saburzītu rūtiņu burtnīcu un bez uzaicinājuma rāda to ārstam. Burtnīcā salikti no vecām avīzēm izplēsti attēli un attēlu daļas, rakstu apakšējās rindiņas, konfekšu papīriņi, konservu kārbu etiķetes, lieliem burtiem ierakstīti banāli dzejoļi un dziesmiņas. Uz jautājumiem atbild aplami – viņam esot 70 gadu, šodien esot 2000. gada 25. janvāris, pēc dienas būšot jaunais gads, ārā esot sniegs – tātad esot vasara. Pats par savām atbildēm smejas, slēpj seju rokās, skatās caur pirkstiem un lūdz laist mājās – «uzvedīšoties labi».

Reaktīvs histēriskais krēslas stāvoklis tāpat vieglāk rodas histēriska rakstura personībām pēc pārdzīvotām psihotraumām. Stāvoklis līdzīgs krēslas stāvoklim, kāds novērojams epilepsijas slimniekiem, tomēr šajā gadījumā slimniekam apziņa nav pilnīgi izslēgta. Slimnieki savā rīcībā ir teatrāli, demonstratīvi. Lai gan slimnieki atrodas krēslas stāvoklī, viņi tomēr reaģē uz apkārtējiem notikumiem un ievēro izmaiņas apkārtējā situācijā (atkarībā no tā, vai apkārtējie cilvēki pret slimnieku izturas vienaldzīgi vai līdzjūtīgi, vai slimniekam atrašanās šādā lomā ir «izdevīga» vai ne).

Pat tādos apstākļos, kad it kā ir zaudēta orientācija apkārtnē, slimnieki nekad sev ļaunumu nenodara un izsacītās pašnāvības tieksmes parasti paliek nerealizētas. Var būt tomēr suicidāli mēģinājumi.

Jāuzsver, ka slimnieku teatrālā uzvedība nav izlikšanās vai primitīva simulācija, tā ir viena no reaktīvo psihožu izpausmes formām un slimniekam ir nepieciešama medicīniskā palīdzība.

> Vīrs, negaidīti atgriezies mājās, atrada sievu kopā ar kādu jaunu cilvēku. Sieva nobālēja, uzkāpa uz dīvāna galdiņa, sāka trīcēt, sabozās, tinās halātā un vīram sacīja: «Nu, Žorž, ko tu stāvi! Vai neredzi, ka man salst, es trīcu. Dod man ātrāk pelddvieli un paņem raketes. Vairāk pludmalē nepaliksim, iesim spēlēt tenisu».
>
> Pēc stacionēšanas slimniece psihiatrisko slimnīcu uzskatīja par sanatoriju Krimā, bet slimniekus – par atpūtniekiem.
>
> Otrajā dienā vīrs atnāca painteresēties par sievas veselību, trešajā – ieradās ciemos pie sievas, «kas sajuka prātā no nervu pārdzīvojumiem un tādējādi izpirka savu vainu», atnesa viņai augļus, kūkas un lūdza paēst. Ceturtajā dienā slimnieces apziņa noskaidrojās un viņa atcerējās, ka vakarā bijusi mājās, bet pēc tam pēkšņi atjēgusies psihiatriskajā slimnīcā. Kā tur nokļuvusi un cik ilgu laiku tur pavadījusi – neatceras. (A. Svjadošča novērojums.)

<u>Reaktīvie murgi</u> var izpausties kā 1) reaktīvi paranojāli murgi, 2) reaktīvs paranoīds, 3) inducēti murgi.

Reaktīvie paranojālie murgi vieglāk rodas paranojālām un patoloģiski noslēgtām personībām. Šai gadījumā ir raksturīgs murgu ciešais sakars ar apkārtējo nelabvēlīgo situāciju.

Sākumā slimniekam rodas pārvērtēšanas idejas, kurām tiešām ir reāls, bet niecīgs pamats, turpretī tālākajā slimības gaitā, murgiem attīstoties, šī «robeža» tiek pārkāpta. Parastākās murgu tēmas ir greizsirdība, izgudrošana, vajāšana, kverulence.

Murgu rašanos sekmē organiskas CNS izmaiņas, tādēļ tie biežāk rodas slimniekiem, kam sākas cerebrāla ateroskleroze, kas ir pārcietuši galvas traumas, kā arī involūcijas periodā. Reaktīvos paranojālos murgus reizēm grūti diferencēt no progredientiem endogēniem procesiem. Diferenciāldiagnostikā palīdz murgu dinamika, jo reaktīvā stāvokļa gadījumā nepievienojas psihiskā automātisma sindroms un nerodas šizofrēniskais defekts. Slimnieki visu laiku paliek reālā dzīvē (cīnās, tiesājas, apspriežas, meklē taisnību, sūdzas) un nekļūst par dīvaiņiem un norobežotiem autistiem.

---

[65] **V.E.:** Sigbert Josef Maria Ganser (1853–1931) – vācu psihiatrs.

Reaktīvs paranoīds pārsvarā rodas noteiktos apstākļos (reālu draudu situācijā) pārsvarā psihopātiskām personībām – paranojāliem, patoloģiski noslēgtiem cilvēkiem.

Sākoties reaktīvam stāvoklim, slimnieks savā apkārtnē saskata draudus – uz ielas, tramvajā, sētā viņu novērojot, izsekojot, sveši cilvēki viņam pievēršot uzmanību. Reizēm pievienojas verbālās ilūzijas vai rudimentāras verbālās halucinācijas: slimnieks dzird, ka par viņu runā, izsaka viņam piezīmes, viņu aprunā, apvaino, apsūdz, draud viņam.

No citām situācijas īpatnībām, kas var veicināt reaktīva paranoīda attīstību, minama pavājināta dzirde (vājdzirdīgo vajāšanas murgi) un atrašanās vidē, kurā lieto svešu valodu (murgi svešas valodas apstākļos).

Reaktīvā paranoīda gadījumos, situācijai mainoties, stāvoklis uzlabojas un murgi izbeidzas. Tomēr arī šajos gadījumos nereti aktuāls jautājums ir diferenciāldiagnoze no šizofrēnijas. Atšķirībā no šizofrēnijas šai gadījumā slimniekam nerodas iedarbības murgi. Slimnieki izskaidro situāciju kā sev nelabvēlīgu un draudīgu, tomēr tas nerada personības izmaiņas. Slimnieki «fiziski» nenokļūst savu vajātāju varā, viņiem nerodas masīvas halucinācijas un pseidohalucinācijas. Slimnieka psihiskais stāvoklis visu laiku ir cieši saistīts ar reālo situāciju.

Dzelzceļa paranoīds (S. Žisļins) rodas īpašos, «tipveida» apstākļos, pie tam vienlaicīgi darbojas vairāki eksogēni un endogēni patoģenētiski komponenti, kas katrs atsevišķi tomēr nav pietiekams, lai izraisītu patoloģisko stāvokli.

Šāds stāvoklis rodas pacientam, kurš ir nokļuvis sev neierastos apstākļos (klasiskajā gadījumā – pirmo reizi braucot pa dzelzceļu), ir noguris, ilgāku laiku negulējis, satraukts un bažīgs par rezultātu. Slimība sākas akūti, dažu stundu vai retāk dienu laikā.

Slimniekam rodas akūti tēlaini murgi, piemēram, viņam liekas, ka vagonā pārējie pasažieri ir noziedznieku grupa, kas slimnieku grib nogalināt, aplaupīt, tūlīt viņam uzbrukt. Visu savā apkārtnē notiekošo slimnieks vērtē nepareizi (murgaini), viņam liekas, ka visam tam ir sakars ar viņu pašu. Slimnieks pārdzīvo vienlaicīgi arī nemieru un bailes, «draudošā situācijā» mēģina bēgt vai aizstāvēties.

Stacionārā patoloģiskais stāvoklis ātri pāriet.

> Slimnieks pirmajās dienās, atrodoties tiesu psihiatriskajā institūtā, bija sasprindzināts, gandrīz negulēja.
>
> Slimnieks guļ gultā, pārvilcis segu pār galvu, un tikai reizēm zagšus paskatās uz apkārtējiem cilvēkiem. Ja viņam ko jautā, tad slimnieks bailīgi notrīc. No ēdiena atsakās («Lai izgudro kādu citu metodi, kā mani iznīcināt».). Ārstējošam ārstam slimnieks raudot saka, ka pret viņu esot organizēta sazvērestība, viņu gribot nogalināt, viņam uz katra soļa draudot briesmas. Viņš visu laiku dzirdot kaut kādas nepazīstamu cilvēku balsis, kas iesakot izdarīt pašnāvību, pārmetot visādus nodarījumus un stāstot, ka tikšot nogalināts viņa bērns.
>
> Pēc dažām dienām slimnieks ir ievērojami mierīgāks, labi guļ, kā arī sarunājas ar citiem slimniekiem. Ārstam stāsta par saviem pārdzīvojumiem, bet joprojām par to satura aplamību nav pārliecināms. Kad piemin bērnu, slimnieks raud un šaubās, vai viņš vairs ir dzīvs. Pakāpeniski slimniekam pret notikušo parādās kritiska attieksme, un viņš sāk saprast, ka viss notikušais bija slimības rezultātā. (N. Feļinskas novērojums.)

Inducēti murgi novērojami reti. Tie var rasties psihiski veseliem cilvēkiem, ja viņi uzskata par patiesiem un tic citu, slimu cilvēku murgiem. Inducēti murgi var rasties primitīvai personai, kas nespēj kritiski un reāli vērtēt situāciju, ja abi šie cilvēki ar murgiem apstākļu ziņā ir ļoti cieši saistīti un ja slimniekam ir autoritāte veselā cilvēka acīs. Parasti tas notiek vienā ģimenē, kad citi ģimenes locekļi sākumā izturas nekritiski, bet ar laiku kļūst aktīvi slimnieka izteikto murgu aizstāvji.

Kad cilvēki sāk dzīvot atsevišķi (pēc slimnieka stacionēšanas), tad inducētie murgi pamazām pāriet. Praksē biežāk tomēr novēro divu psihisku slimnieku vienādas tematikas murgus, un šādos gadījumos abi slimnieki ir jāārstē.

Jatrogēnija (jatrogēnās slimības) ir psihogēnijas veids, kas rodas ārsta vai kāda cita medicīnas darbinieka nepareizas rīcības rezultātā, kad medicīnas darbinieka uzvedība vai izteikumi iedarbojas uz slimnieka psihi un izraisa viņam jaunas vai pastiprina esošās slimīgās sajūtas.

Plašākā nozīmē par iemeslu jatrogēnijām var būt arī medicīnas literatūra, slimnieka tuvinieki, citi slimnieki vai nejauši cilvēki, kuru iedarbība bijusi analoģiska aprakstītajai. Jatrogēnijas rodas pēc rakstura sensitīviem, trauksmaini bažīgiem cilvēkiem ar psihastēniskām iezīmēm, kam ir tieksme uz hipohondriju. Jatrogēnijas veicina objektīva somatiska slimība, astenizacija, nomākts garastāvoklis.

Jatrogēnijas var rasties pēc ārsta vai cita medicīnas darbinieka neuzmanīgi izteikta vārda vai rīcības (piemēram, pēc indiferenta izteiciena «norma» slimniekam var rasties domas par it kā «tipisku»

slimības klīnisko ainu). Jatrogēnija var rasties cilvēkam, kurš visu laiku uzskatījis sevi par stipru un veselu un kuram pēkšņi atklājas slimība, kaut arī tā nav smaga. Jatrogēniju var iegūt slimnieks, kurš nejauši uzzina analīžu un izmeklējumu rezultātus vai ārstu konsīlija slēdzienus, bet neprot tos novērtēt. Jatrogēnija var rasties cilvēkam, kurš pēc savas iniciatīvas iepazīstas ar speciālo medicīnas literatūru un, nebūdams tam sagatavots, bez vajadzīgajām priekšzināšanām visur saskata draudus, piemēram, secina, ka viņš slimo ar šizofrēniju, bet nezina, ka šī diagnoze bez sīkākiem datiem vēl nedod pilnīgi nekādus norādījumus par iespējamo prognozi. Jatrogēniju var izraisīt arī slimnieka radinieki, citi slimnieki ārsta uzgaidāmajā telpā vai slimnīcas palātā, «speciālisti un zinošie paziņas», kas «autoritatīvi», bet bieži nepamatoti un aplami iespaido slimniekus. Šādas jatrogēnijas rezultātā slimniekam var parādīties agrāk nebijuši neirotiskas dabas traucējumi vai arī var pastiprināties tiešām esošā slimība.

TERAPIJA. Reaktīvie stāvokļi principā ir atgriezeniski un pēc psihotraumējošās situācijas izbeigšanās pāriet pat arī bez medikamentu pielietošanas («laiks ārstē»). Vieglākos slimības gadījumos pacients ne tikai neiestājas stacionārā, bet pat ambulatori negriežas pēc palīdzības pie psihiatra.

Stacionāra apstākļos terapijā pielieto sedatīvos līdzekļus, bet depresijas gadījumā – nelielas antidepresantu devas kombinācijā ar mazajiem trankvilizatoriem. Nozīme ir arī vispārspēcinpšai terapijai, it īpaši tad, ja reaktīvais stāvoklis radies uz astēnijas fona. Svarīga nozīme ir psihoterapijai.

Ja reaktīvais stāvoklis radies pacientam ar izteiktām psihopātiska rakstura īpašībām vai arī radusies konflikta situācija nav likvidējama, tad prognoze var būt arī nelabvēlīga – var veidoties patoloģiska personības attīstība (sk. nodaļā «Psihopātijas»).

Atkārtotās psihogēnijas norisinās smagāk, un tām ir tendence ieilgt, slimnieki tām it kā ir vairāk sensibilizēti.

Daudzi autori uzskata, ka pilnīgi veselam, spēcīgam un līdzsvarotam cilvēkam, izņemot īpašus apstākļus (ieslodzījums, koncentrācijas nometne), reaktīvie stāvokļi nav iespējami, jo šādi cilvēki vieglāk spēj piemēroties arī nelabvēlīgiem apstākļiem un viņiem neveidojas patoloģisks stāvoklis.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Reaktīvu stāvokļu gadījumos liela nozīme ir psihoterapijai – ilgām un pacietīgām sarunām ar slimnieku, pēc kurām slimnieks parasti jūtas labāk. Reaktīvās depresijas gadījumos slimnieki jāuzrauga pašnāvības iespējamības dēļ. Histērisku traucējumu gadījumos vēlams ar slimnieku runāt lietišķi, uzsverot, ka traucējumi vienmēr ir pārejoši, bet tos arī īpaši neakcentēt, lai slimnieki savā patoloģijā pārāk neiedzīvotos.

Iedzimtā plānprātība

Iedzimtā plānprātība (oligofrēnija), tāpat kā psihopātija, neapzīmē vienu noteiktu nozoloģisku vienību, bet gan slimību grupu, kas apvienotas kopā pēc vienas no to galvenajām pazīmēm – iedzimtas plānprātības.

Kā liecina pats termins, slimniekiem psihisko atpalicību novēro jau no dzimšanas vai agras bērnības atšķirībā no tā saucamās iegūtās plānprātības (demences), kas rodas dažādu faktoru ietekmē dzīves laikā. Statistikā reģistrēti līdz 5% oligofrēnijas gadījumu no visiem iedzīvotājiem.

Oligofrēnijas jautājums mūsdienās ir ļoti aktuāls gan medicīniskā, gan sociālā nozīmē. Ar oligofrēnijas pētīšanu nodarbojas daudzi zinātnieki un daudzi zinātniski institūti visā pasaulē. Vairāki periodiski izdevumi veltīti tieši oligofrēnijas jautājumiem.

Oligofrēnijai raksturīga psihiskā atpalicība, kas parasti ir vienlaicīga ar fiziskās attīstības defektiem. Oligofrēnijas etioloģijā nozīme ir faktoriem, kas nelabvēlīgi iedarbojas uz indivīdu pirms embrionālā perioda (uz vecāku dzimumšūnām), embrionālajā periodā, kā arī periodā pēc bērna piedzimšanas. Svarīgākie no tiem ir šādi.

1. Infekcijas slimības, ko slimnieka māte pārcietusi grūtniecības laikā, piemēram, masaliņas, gripa, sifiliss, toksoplazmoze, meningokoku infekcija.
2. Intoksikācijas grūtniecības laikā – alkoholisms, ķīmiski savienojumi, kas nesekmīgi pielietoti nolūkā pārtraukt grūtniecību, hormonālie traucējumi, kā arī slimības, kas izraisa aknu un nieru patoloģiju.
3. Radiācija un rentgenapstarošana.
4. Vecāku rēzus faktora nesaderība.
5. Barošanās traucējumi embrionālās attīstības laikā – vitamīnu deficīts, barības vielu un it īpaši skābekļa trūkums.
6. Mehāniskās traumas, galvenokārt dzemdību traumas. Mazāk nozīmīgas ir mātes traumas grūtniecības laikā.

7. Iedzimta vielmaiņas patoloģija, kas saistās ar kādu fermentu sistēmas bojājumu vai hromosomu slimību, piemēram, patoloģija, kas saistīta ar t.s. hromosomu aberāciju – *XXY* vai *XYY* hromosomām.

Patoloģiski anatomiskajā ainā oligofrēnijas gadījumos atrod smadzeņu struktūras anomāliju – parasti ir samazināts smadzeņu apjoms, hidrocefālija un neattīstīta smadzeņu šūnu struktūra.

SIMPTOMĀTIKA. Vispirms apskatīsim kopīgos oligofrēnijai raksturīgos simptomus pēc to smaguma pakāpes. Vēlāk, aprakstot atsevišķas oligofrēnijas formas, iztirzāsim arī katrai nozoloģijai raksturīgos traucējumus.

Oligofrēnijas gadījumos novēro attīstības atpalicību visās psihiskās dzīves sfērās, bet galvenokārt intelektuālo atpalicību. Tāpat slimniekam ir arī somatiska un neiroloģiska patoloģija, piemēram, izmaiņas acs dibenā, elektroencefalogrammā utt.

Parasti slimniekiem ir difūza atpalicība visās psihiskās dzīves sfērās, un tikai izņēmuma gadījumos vispārējā atpalicība kombinējas ar kādas vienas psihiskās puses pastiprinātām spējām, piemēram, ir slimnieki, kuri pamatoti atzīstami par oligofrēniem, tomēr viņiem bijusi neparasti laba mehāniskā atmiņa – viņi ir atcerējušies, kādā dienā dažādos gados ir bijis noteikts datums, – tā saucamā kalendāra atmiņa.

Idiotija ir smagākā oligofrēnijas forma (no grieķu vārda *idioteia* – nezināšana vai arī īpašs, savāds). Iedzimtās psihiskās attīstības atpalicības vidējā forma ir imbecilitāte (no latīņu vārda *imbecillus* – vājš). Visvieglākā oligofrēnijas forma ir debilitāte (no latīņu vārda – *debilis* – vājš, nespēcīgs).

Slimnieki ar oligofreniju idiotijas pakāpē ne tikai nespēj domāt, nesaprot runu un paši nerunā, bet smadzeņu motoriskās sfēras neattīstības dēļ pacientiem nav pat mērķtiecīgu kustību – kustības viņiem ir impulsīvas un automātiskas.

Zēns 10 gadus vecs. Māte līdz grūtniecībai slimoja ar nieru slimību, juta vājumu un galvas reiboņus. Visu grūtniecības laiku viņa turpināja strādāt ķīmiskā laboratorijā. Dzemdības ātras, bērna svars 3,5 kg. Visā zīdaiņa periodā bērns bija ļoti nemierīgs, gan dienu, gan nakti raudāja. Ar infekcijas slimībām neslimoja. Attīstība aizkavējās: bērns sāka sēdēt gada vecumā, staigāt – 4 gadu vecumā, bet atsevišķus vārdus izrunā no 8 gadu vecuma.

Bērna psihisko atpalicību vecāki atklāja jau pēc pusgada – bērns nereaģēja ne uz gaismu, ne skaņām, ar grūtībām norija barību. Zēnam nav izdevies iemācīt sevi apkopt, līdz pēdējam laikam viņš dabiskās vajadzības kārto gultā. Uz mātes sirsnību zēns nereaģē, māti no citiem cilvēkiem neatšķir. Ģimenei ir labi materiālie apstākļi un bērnu labi kopa, bet ievērojamu uzlabošanos bērna stāvoklī nenovēroja.

Ārstēšana ar glutamīnskābi rezultātus nedeva. 10 gadu vecumā zēns stacionēts klīnikā. Bērns fiziskā attīstībā atpaliek no citiem viņa vecuma bērniem, ir bāls, ar izteiktu vēnu zīmējumu uz krūtīm, viņam ir mikrocefālija, augsti aukslēju loki. Iekšējie orgāni bez patoloģijas.

Neiroloģiski izmeklējot atrod šķielēšanu, kūtru acu zīlīšu reakciju uz gaismu, nedaudz paaugstinātu muskulatūras tonusu. Cīpslu refleksi nedaudz paaugstināti, abpusēji ir patoloģiski refleksi (Babinska, Openheima, Rosolimo). Kontaktu ar bērnu nevar iegūt, teikto bērns nesaprot. Zēns nerunā, tikai reizēm atkārto vienu un to pašu vārdu «dzeršu». Reizēm viņš kļūst motoriski uzbudināts, groza galvu un izkliedz kaut kādas skaņas. Visu laiku sūkā pirkstu vai drēbes. Onanē. Pasniegto ēdienu ēd rijīgi, sakošļā slikti. Zēna uzvedība ir vienveidīga – uz apkārtējiem notikumiem nereaģē, piemēram, ja pienāk ārsts, bērns galvu nepaceļ. Ne ar ko neizdodas piesaistīt zēna uzmanību. Visu dienu viņš sēž gultā un šūpojas ar visu ķermeni uz priekšu un atpakaļ. Ja slimnieku sāk izmeklēt, viņš neļaujas un kļūst agresīvs.

Pēc mēneša atrašanās slimnīcā un ārstēšanas ar aminazīnu kļūst mierīgāks un pārstāj onanēt, bet citādi stāvoklis neizmainās. (G. Suharevas novērojums.)

Pacienti imbecilitātes pakāpē nespēj analizēt un sintezēt, tādēļ viņu rīcība parasti ir neapdomāta un nav diferencēta dažādās situācijās, slimniekiem dzīves laikā nerodas pieredze. Slimnieki rīkojas pēc gataviem, iemācītiem šabloniem, kas var būt derīgi vienā situācijā, bet pilnīgi nepiemēroti citā. Ir aprakstīta slimniece ar oligofrēniju imbecilitātes pakāpē, kas ielikusi bērnu mazgāt verdošā ūdenī, jo nespējusi novērtēt ūdens temperatūras nozīmi.

Meitene 14 gadus veca. Sīku anamnestisku datu trūkst: māte ir psihiski slima un ilgstoši ārstējas, bet par tēvu nekas nav zināms. Meitene no agras bērnības augusi bērnu namā, un agri viņai atrasta psihiskās attīstības atpalicība. Runāt meitene sāka 4 gadu vecumā, bet no 8 gadu vecuma mācās palīgskolā. Līdz šim laikam ir iemācījusies tikai pārrakstīt. Meitene patstāvīgi rakstīt nemāk, lasa pa zilbēm, abstrakti skaitīt nemāk. Reizināšanu un dalīšanu izpilda tikai ar uzskates līdzekļu palīdzību. Ar lielām grūtībām iemācās dzejolīti, to drīz atkal aizmirst.

Meitene labprāt strādā rokdarbu stundās, dežurē klasē, labi gludina veļu, mazgā un uzkopj telpas, izpilda saimniecības darbus. Valoda ir nabadzīga, bet izruna pareiza. Fiziskā attīstība atbilst vecumam,

kustības normāli koordinētas un pietiekami ātras. Slimniece ir paklausīga, disciplinēta, reizēm gan kļūst stūrgalvīga, tomēr tādi uzliesmojumi ātri pāriet. Meitenei ir izteikta sevis apziņa, viņa cenšas sevi «parādīt labā gaismā». Meitenei patīk, ja viņu slavē. Slimniece draudzējas ar tiem bērniem, kas viņu kā vecāku atzīst. Meitenei ir attīstītas simpātiju jūtas, un viņa labprāt nodarbojas ar mazākiem bērniem. Tomēr viņai trūkst iniciatīvas, nav patstāvības, un bez vecāku cilvēku padoma viņa nevar atrast sev nodarbošanos.

Pedagogi novērojuši, ka, lai gan meitenei patīk darboties, viņa pati bez uzaicinājuma darbus neuzsāk, vienmēr viņa ir jāierosina. Jebkurā lietā izpaužas meitenes inertums un neelastīgums. Raksturīgs ir tāds gadījums: meitene, mācoties dzejoli, iemācījās tekstā vienu vārdu nepareizi. No tā laika veselu mēnesi, neskatoties uz skolotāja labojumu, meitene dzejoli skaitījusi kļūdaini. (G. Suharevas novērojums.)

Debilitātes gadījumos slimniekam vislielākās grūtības ir radoši domāt, bet citādi nereti (it īpaši vieglas debilitātes gadījumā) viņš var apmierinoši piemēroties dzīves prasībām. Ja slimniekam ir laba atmiņa, tad viņš var pat apgūt pietiekami daudz materiāla, lai beigtu skolu un patstāvīgi strādātu. Tā vācu psihiatrs E. Bleilers apraksta kādu slimnieku («augsto debilu», pēc E. Bleilera apzīmējuma), kas, būdams apveltīts ar pietiekamu mehānisko atmiņu, beidzis augstskolu un kļuvis par privātdocentu ginekologu, bet nekādi nav varējis saprast, kā iespējams ārlaulības bērns. Arī «augstie debili» nespēj veidot patstāvīgus oriģinālus spriedumus un radoši domāt.

Slimniece 20 gadus veca, palīgskolā beigusi 7 klases. Slimnieces vecāki – alkoholiķi, bet māte vēl slimo arī ar tireotoksikozi. Slimniece no 5. grūtniecības, kad mātei jau bijusi tireotoksikoze. Dzemdības notikušas laikā. Slimniece pirmajā dzīves gadā pārslimojusi smagu dispepsiju. Attīstība aizkavēta: runāt sākusi 3 gadu vecumā. Skolā sākusi iet 7 gadu vecumā. 7 gadu vecumā izkritusi no ratiņiem, bijusi īslaicīga bezsamaņa, bet bez tālākām sekām. Skolā pirmo divu gadu laikā slimniece iemācījusies tikai dažus burtus, tādēļ mācības turpinājusi palīgskolā.

Izmeklējot slimnieci, atrod mazu galvaskausu, displastisku ķermeņa uzbūvi, nedaudz pastiprinātu ēstgribu. Iekšējie orgāni bez patoloģijas. Neiroloģiski – augsti cīpslu refleksi, pārsvarā kreisajā ķermeņa pusē.

Slimniece nespēj abstrakti domāt, ar lielām grūtībām risina matemātiskus uzdevumus un pielieto praksē gramatikas likumus. Uzvedas pareizi. Skolu apmeklēja labprāt, bija uzcītīga, disciplinēta. Nenogura, labi strādāja šūšanas darbnīcā un palīdzēja mātei saimniecībā. Pēc skolas beigšanas sāka strādāt šūšanas ateljē, kur dažus mēnešus bija mācekle, bet tad kļuva par meistari kleitu pāršūšanā. Darbs patīk un ar to labi tiek galā. Vienlaicīgi ar darbu mēģināja mācīties vakarskolā, bet, tāpat kā agrāk, mācības padevās ar lielām grūtībām. Pēc mātes vārdiem, «slimniece iekaļ, bet viņai nekas neizdodas». Psihiatra uzraudzībā slimniece neatrodas, jo skaitās praktiski vesela. (G. Suharevas novērojums.)

Nav vienotas oligofrēniju klasifikācijas. PSRS izplatītākā ir G. Suharevas ieteiktā klasifikācija, pēc kuras slimības iedala pēc divām pazīmēm: 1) pēc tā, kādā indivīda attīstības periodā notikusi patoloģiska ārēja faktora iedarbība, 2) pēc paša patoloģiskā faktora īpatnībām. Izdala trīs lielas oligofrēniju grupas.

1. Endogēnā rakstura oligofrēnija, kas rodas vecāku ģeneratīvo šūnu bojājuma rezultātā. Raksturīgākās formas ir Dauna slimība, īstā mikrocefālija, oligofrēnija sakarā ar vielmaiņas patoloģiju.

2. Oligofrēnija, kas radusies sakarā ar kaitīgu faktoru iedarbību embrionālajā periodā (sakarā ar šajā periodā pārciestajām infekcijām, intoksikācijām).

3. Oligofrēnija, kas radusies sakarā ar kaitīgo faktoru iedarbību dzemdību laikā un agrīnā bērna attīstības periodā – līdz 3 gadu vecumam (sakarā ar dzemdību traumām, asfiksiju dzemdību laikā, agrīnām infekcijām, it īpaši meningītiem, meningoencefalītiem, kā arī intoksikāciju un traumu rezultātā).

Dauna slimība. Slimību 1864. gadā aprakstīja angļu ārsts Lengdons Dauns.[66] Eiropā, pēc literatūras datiem, ar Dauna slimību slimo 1 bērns no 600–700 jaundzimušo. Slimības etioloģijā nozīme ir hromosomu patoloģijai. Šādai patoloģijai par iespējamiem cēloņiem uzskata vecāku lielu vecumu, bērnam piedzimstot (ar Dauna slimību biežāk slimo bērni, kuru mātes dzemdību laikā ir vecākas par 35 gadiem), kā arī jonizējošo radiāciju.

Slimības klīniskā izpausme ir ļoti raksturīga. Visiem slimniekiem ir līdzīgs ārējais izskats – plata seja, šauras, slīpas acis ar ārējo kaktiņu novirzi uz augšu («mongoloīda» seja), kā arī raksturīga ādas kroka iekšējā acs kaktiņā, kas ar laiku samazinās. Deguns īss un plats, augšējais žoklis neattīstīts, bet apakšējais nedaudz izvirzīts uz priekšu. Bieza apakšlūpa, liela, plata mēle un mazas, nereti deformētas ausis. Slimniekiem ir mazs galvaskauss, reti un sausi mati. Raksturīga arī displāzija un mazs augums. Ekstremitātes ir īsas, kustības neveiklas, muskulatūras tonuss pavājināts.

[66] **V.E.:** John Langdon Haydon Down (1828–1898) – britu ārsts.

No psihiskajām izpausmēm raksturīga ir garīgā atpalicība, parasti imbecilitātes pakāpē. Slimniekiem ir lēna domāšana, viņi ar grūtībām var pārslēgties uz jaunām nodarbībām. Pacienti nespēj vispārināt, sevišķi grūti viņiem ir skaitīt. Slimnieki var iemācīties rakstīt un lasīt, bet pret nodarbībām neizrāda vajadzīgo interesi.

Daudziem slimniekiem ir runas defekti – vēla valodas attīstība, nabadzīgs vārdu krājums, izrunas traucējumi. Defekts emocionālā un gribas sfērā izpaužas kā iniciatīvas trūkums, tomēr emocijas salīdzinājumā ar intelektu ir labāk saglabātas. Temperamenta ziņā, tāpat kā citos oligofrēnijas gadījumos, var būt kā torpīdie, tā erētiskie slimnieki.

Kleinfeltera sindromu,[67] pēc statistikas datiem, vīriešiem vispār novēro 0,18% gadījumu, bet starp oligofrēniem – 1% gadījumu. Tāpat ka Dauna slimība, Kleinfeltera sindroms pieder pie hromosomu anomālijām. Ar to slimo tikai zēni. Klīniskā ainā raksturīgs liels augums, einuhoīdas proporcijas, izmaiņas iekšējos un ārējos dzimumorgānos, kā arī psihiskās attīstības atpalicība.

Īstā mikrocefālija rodas vielmaiņas patoloģijas rezultātā un nav saistāma ar pārciestu organisku procesu.

Klīniskajā ainā raksturīgs mazs galvaskauss (patoloģiski anatomiskā ainā – samazināts smadzeņu tilpums un smadzeņu svars), disproporcija starp nelielo galvaskausu un citādi normālo augumu, kā arī starp neattīstīto galvaskausa smadzeņu daļu un labāk attīstīto sejas daļu. Slimniekiem ir arī zema piere un izvirzīti uzacu loki. Citādi displāzijas vai kustību anomālijas nenovēro.

No psihiskajām izmaiņām raksturīgākās ir intelekta atpalicība idiotijas vai imbecilitātes pakāpē. Defekts galvenokārt izpaužas nespējā veidot spriedumus, niecīgā vārdu krājumā un nespējā saprast svešu runu. Tāpat kā citos oligofrēnijas gadījumos novēro torpīdā un erētiskā tipa slimniekus.

Slimnieki emocionālā ziņā ir relatīvi labāk attīstīti, salīdzinot ar intelekta stāvokli.

Fenilpirovīnogskābes oligofrēnijai raksturīga fenilketonūrija. Vielmaiņas traucējumu rezultātā ir apgrūtināta aminoskābes fenilalanīna pārveidošanās par tirozīnu, kā rezultātā fenilalanīns un tā noārdīšanās starpprodukti uzkrājas organismā un izraisa autointoksikāciju. Fenilalanīna daudzums asinīs pārsniedz 15 mg%. Fenilalanīns no organisma tiek izvadīts caur nierēm, tādēļ slimības gadījumos to var konstatēt urīnā 30–50 reizes lielākos daudzumos nekā veseliem cilvēkiem.

Psihiskie traucējumi izpaužas kā idiotija un izteikta imbecilitāte. Novērojamas epileptiskas lēkmes. Viena no oligofrēnijas izpausmēm ir tāda, ka neārstēti bērni atgādina psihotiskus slimniekus: viņi ir autistiski, ar niecīgu psihisko aktivitāti un blāvam emocijām. Novēro arī katatonus traucējumus – manierīgumu, grimasēšanu. Nereti atrodama šizofrēnijai līdzīga simptomātika.

Oligofrēnija sakarā ar embrionālajā periodā pārciestu toksoplazmozi. Toksoplazmas iet cauri placentai, tādēļ, ja ar toksoplazmozi slimo bērna māte, tad var rasties augļa bojājumi. Viena no patoloģijas izpausmēm var būt oligofrēnija, kas kombinējas ar somatisku patoloģiju.

Klīniski novēro smagas oligofrēnijas formas, kā arī slimniekam var būt epileptiskas lēkmes, hiperkinēzes. Diagnostikā palīdz reakcija uz toksoplazmozi (tā tomēr nav specifiska), kā arī raksturīgi kalcifikāti galvas smadzenēs (tos atrod rentgenoloģiski) un izmaiņas acs dibenā (bieži novēro horioretinītu, redzes nerva atrofiju). Nereti ir arī bojājumi nierēs, aknās, liesā un plaušās.

Toksoplazmoze var būt ne tikai iedzimta, bet arī agrīnā bērnībā iegūta, kas tāpat var radīt psihiskās attīstības atpalicību.

Rubeolārā oligofrēnija var rasties, ja māte grūtniecības laikā pārcieš masaliņas. Bīstamākais periods šajā ziņā ir pirmie divi grūtniecības mēneši, t.i., augļa visagrīnākā embrionālās attīstības stadija.

Klīniskajā ainā atrod smagas pakāpes psihisko atpalicību, kas kombinejas ar fiziskās attīstības anomāliju. Slimniekam ir iedzimta mikrocefālija, kā arī citu orgānu bojājums – katarakta, izmaiņas acs dibenā, iedzimtas sirdskaites, dzirdes aparāta bojājums.

Neiroloģiski izmeklējot, atrod hiperkinēzes, muskulatūras hipotoniju un rīšanas traucējumus.

Oligofrēnija rēzus faktora nesaderības rezultātā. Rēzus faktoru nesaderība rodas, ja māte ir rēzus negatīva, bet bērns (tāpat kā bērna tēvs) – rēzus pozitīvs. Tā rezultātā mātes organismā rodas antivielas, kas iedarbojas uz augli. Parasti pirmā grūtniecībā šī rēzus nesaderība izpaužas vismazāk, bet nākamajās – vairāk.

Slimniekam var rasties oligofrēnija, kā arī neiroloģiski traucējumi – epileptiskas lēkmes, dzirdes un redzes traucējumi.

Oligofrēnija smadzeņu sifilisa rezultātā. Bērniem novēro iedzimta sifilisa raksturīgus simptomus – Hačinsona simptomu – pusmēness veida iedobumus uz mugurējiem premolāriem zobiem, – kā arī nepareizu citu zobu formu, sedlveida degunu, radiāli novietotas depigmentētas rētas ap mutes

[67] **V.E.:** Harry Fitch Kleinfelter (*1912.03.20) – Bostonas, ASV ārsts; sindromu identificēja 1942.gadā.

kaktiņiem, specifisku keratītu un horioretinītu, redzes nerva atrofiju, dzirdes aparāta bojājumus, galvaskausa formas defektus, ka arī iekšējo orgānu sifilitiskus bojājumus.

Psihiskajā sfērā raksturīga garīga atpalicība dažādās pakāpēs. Diagnostikā palīdz neiroloģiskā atrade – trūkst acu zīlīšu reakcijas uz gaismu un ir galvas smadzeņu nervu parēzes un paralīzes, – kā arī pozitīva Vasermaņa reakcija asinīs un likvorā.

Oligofrēnija grūtniecības un dzemdību patoloģijas rezultātā. Var būt dažādi iemesli, kuru rezultātā dzemdību laikā rodas traumas vai asfiksija (dzemdību darbības traucējumi, pielietotas stangas, mehāniski galvas smadzeņu bojājumi, kuru rezultātā reizēm rodas intrakraniāli asins izplūdumi, kā arī smadzeņu apvalku un smadzeņu vielas bojājumi). Mazāka nozīme ir mehāniskām intrauterīnām traumām mātei grūtniecības laikā.

Klīniskajā ainā raksturīga garīgā atpalicība dažādās pakāpēs, kā arī organiski CNS bojājumi.

Oligofrēnija agri pārciestu meningītu un meningoencefalītu rezultātā var rasties, ja komplicējas nespecifiska infekcijas slimība, piemēram, gripa, masalas, garais klepus. Retāk novēro oligofrēniju specifiskas meningokoku infekcijas rezultātā.

Klīniskajā ainā bez dažādas pakāpes psihiskās atpalicības novēro arī lokālu organisku CNS bojājumu simptomus līdzīgi kā citos oligofrēnijas gadījumos. Nereti rodas arī hidrocefālija.

Oligofrēnijas endokrīno traucējumu rezultātā. Viena no pazīstamākām formām ir kretīnisms. Psihiskā un fiziskā atpalicība rodas vairogdziedzera funkcijas traucējumu – tā hipofunkcijas – rezultātā. Ikdienas praksē reti novēro endēmiska rakstura – joda deficīta – kretīnismu, biežāk novēro kretīnismu kā vairogdziedzera slimības sekas.

Kretīnisms izpaužas ar endokrinoloģijā pazīstamo miksedēmas klīnisko ainu. Slimniekiem ir raksturīga ķermeņa uzbūve – mazs augums (pundurīši), īsas kājas un neproporcionāli garš ķermenis, apaļa galva, it kā uzblīdusi seja, bieza mēle un reti zobi. Audi ir mīklveida konsistences, pastozi, mute puspavērta.

Klīniskajā ainā var būt dažādas pakāpes oligofrēnija. Slimnieki ir gļēvi, apātiski, gausi, ar lēnām kustībām un lēnu domāšanu.

DIFERENCIĀLDIAGNOZE. Oligofrēnija ir visu psihisko procesu atpalicība, tādēļ tikai kādas vienas psihiskās dzīves puses traucējuma gadījumā jādomā par citu slimību. Norādījumus par oligofrēniju reizēm var dot jau slimnieka raksturīgā fiziskā attīstība, ārējais izskats, iedzimtie anatomiskie defekti, tomēr jāatceras, ka sastopami gan oligofrēni bērni, kuru ārējā izskatā grūti atrast kaut ko patoloģisku, gan arī fiziski kropli bērni ar pilnīgi saglabātu un pat augstu intelektu.

Svarīga ir agrīna oligofrēnijas diagnostika, jo gadījumos, kad ir iespējama slimības ārstēšana, slimības sekas būs atkarīgas no tā, cik agri uzsākta terapija, piemēram, fenilpirovīnogskābes oligofrēnijas gadījumā.

Oligofrēnija jādiferencē no citām slimībām (šizofrēnijas, epilepsijas), kuru rezultātā var rasties t.s. iegūtā plānprātība (demence). Jo agrāk sākas procesuālā slimība, jo vairāk cieš slimnieka attīstība. Ja šizofrēnija vai epilepsija sākas ļoti agri, tad rodas psihiskas attīstības atpalicība, ko grūti diferencēt no oligofrēnijas. Šai gadījumā palīdz slimības tālākā dinamika, jo vienlaicīgi ar psihisko atpalicību klīniskajā ainā sāk izpausties šizofrēnijai vai epilepsijai raksturīgās personības izmaiņas. Ja šizofrēnija sākas bērnībā, tad tā var aizkavēt (apturēt vai palēnināt) slimnieka fizisko un psihisko attīstību. Ja attīstība aizkavējas bērnu vai jauniešu vecumā, tad to sauc par agrīno šizofrēnijas formu izraisīto infantilismu vai juvenilismu.

Pedagoģiski deficitāros gadījumos (audzināšanas defekts) attīstības atpalicība ir saistīta ar to, ka bērni nav savlaicīgi saņēmuši nepieciešamo informāciju. Bērna attīstībai sevišķi svarīgi, lai vajadzīgo informāciju gan intelektuālā, gan emocionālā ziņā bērns iegūtu pietiekami agri.

Līdzīgu attīstības atpalicību var novērot arī gadījumos, kad nav savlaicīgi sākta bērna mācīšana vai arī tā nav izdarīta pilnvērtīgi bērna ilgstošas somatiskas slimības gadījumos, piemēram, kad bērni ar kaulu tuberkulozi un kustību aparāta bojājumu nevar atrasties līdzīga vecuma bērnu sabiedrībā un apgūt vienaudžu iemaņas. Visos šajos gadījumos atšķirībā no oligofrēnijas šiem slimniekiem nav apgrūtinātas domāšanas, netrūkst analīzes un sintēzes spējas. Iekavēto labvēlīgos apstākļos reizēm var vēlāk vismaz daļēji atgūt.

Garīgās atpalicības cēlonis bez jau iepriekš minētajiem iemesliem var arī būt kāda cita organiska slimība. Ja tā ir progredienta, tad atšķirībā no oligofrēnijas slimnieka stāvoklis pakāpeniski pasliktinās un progresē kā psihiskie, tā neiroloģiskie respektīvi somatiskie slimības simptomi.

Oligofrēnijas slimnieki vēlākā dzīves laikā var slimot ne tikai ar somatiskām slimībām, bet arī ar psihiskām slimībām, piemēram, šizofrēniju (to apzīmē par pfropfšizofrēniju), maniakāli depresīvo

psihozi, traumatisko slimību, epilepsiju, alkoholismu. Tādā gadījumā iedzimtā psihiskā atpalicība izmainīs šīs slimības izpausmi un norisi.

PROFILAKSE UN ĀRSTĒŠANA. Oligofrēnijas profilaksē pēc iespējas jācenšas novērst iepriekš minētos iespējamos etioloģiskos faktorus. Svarīgi ir pasākumi, kas nodrošina grūtniecības perioda, dzemdību un bērna pirmo dzīves gadu normālu norisi.

Nozīmīga ir oligofrēnijas savlaicīga diagnostika, jo vairākos gadījumos agrīna ārstēšana dod labus rezultātus, piemēram, fenilpirovīnogskābes oligofrēnijas gadījumos bērns var izaugt pilnvērtīgs, ja savlaicīgi konstatē fenilketonūriju[68] un nodrošina bērnam īpašu diētu, kas nesatur fenilalanīnu. Pie tam šāda diēta nepieciešama tikai pirmajos 4–7 dzīves gados, bet pēc tam bērnam bez sekām var dot vispārējo uzturu.

Gadījumos, kad joda trūkums izraisa endokrīnus traucējumus, jods jāpievieno ēdienam, piemēram, to centralizēti pievieno vāramajam sālim un dzeramajam ūdenim tajos rajonos, kur joda saturs augsnē ir nepietiekams.

Svarīga nozīme ir oligofrēnijas cēloņa noskaidrošanai, jo dažos gadījumos, piemēram, sifilisa, toksoplazmozes, meningīta, meningoencefalīta gadījumos tas paver etioloģiskas ārstēšanas iespējas, kas var uzlabot bērna psihisko attīstību.

Ja oligofrēnijas cēloni nekonstatē, tad ārstēšanā nepieciešama vispārspēcinoša un stimulējoša medikamentoza terapija, kā arī ārstnieciski pedagoģiski pasākumi.

Medikamentozā terapijā iesaka preparātus, kas uzlabo smadzeņu vielmaiņu, – glutamīnskābi, gamalonu, vitamīnus. Ja slimnieki ir motoriski nemierīgi, uzbudināti, tad ieteicami sedatīvie un neiroleptiskie līdzekļi (seduksēns, elēnijs, rezerpīns – pēdējo parasti bērni panes labāk nekā aminazīnu).

Ja oligofrēnijas slimniekam ir likvora dinamikas traucējumi (hidrocefālija, kas ir bieža atlieku parādība pēc bērnībā pārciesta organiska procesa), tad ieteicama dehidratējoša terapija (magnija sulfāts u.c.). Ja oligofrēniju pavada krampju sindroms, nepieciešami pretepileptiskie līdzekļi.

Ļoti svarīga nozīme ir pareizai slimnieka audzināšanai. Slimnieki, kuri savas psihiskās atpalicības dēļ nevar mācīties vispārējā tipa skolā, mācības apgūst palīgskolā pēc atvieglotas programmas. Svarīgi ir slimniekus tālāk iekārtot tādā darbā, kuru viņi būtu spējīgi veikt, jo tad slimnieks var sekmīgi piemēroties (it īpaši debilitātes gadījumos) apkārtējiem apstākļiem.

KOPŠANA UN UZRAUDZĪBA. Jāatceras, ka oligofrēnijas slimnieki reizēm ir viegli iespaidojami, tādēļ pacientu rīcība ir jākontrolē, jo viņi var nokļūt antisociālu personu negatīvā iespaidā un paši var izdarīt antisociālus pārkāpumus. Vieglas iespaidojamības dēļ un arī tādēļ, ka viņiem nav plašāku dzīves mērķu un interešu, oligofrēnijas slimnieki vieglāk kļūst par alkoholiķiem un narkomāniem.

Psihisko slimnieku ārstēšana

Insulīna terapija

Insulīnu psihiatrijas praksē pielieto kā mazās, tā lielās (komatozās) devās.

Mazās devās insulīnu izmanto kā vispārspēcinošu līdzekli fiziski vājiem slimniekiem, kā arī ēstgribas uzlabošanai (slimniekiem, kas atsakās no ēdiena) un slimniekiem ar neirotiska rakstura sūdzībām (aterosklerozes, smadzeņu sifilisa gadījumos). Lieto 2–4–8–12 vienības insulīna no rīta pirms brokastīm, pie tam slimniekiem brokastīs jādod ogļhidrātiem bagāta diēta. Jāatceras, ka arī mazas insulīna devas var izraisīt hipoglikēmisko komu, tādēļ tā jāpazīst un nepieciešamības gadījumā jālikvidē.

Insulīnu komatozās devās galvenokārt lieto šizofrēnijas slimnieku ārstēšanai. Salīdzinot ar psihofarmakoloģiskajiem preparātiem, insulīna terapija dod lēnāku efektu un ir mazāk diferencēta atkarībā no slimības klīniskās izpausmes, tādēļ parasti to pielieto pirmajos slimības uzliesmojumos (rekurentās šizofrēnijas gadījumos), jo ārstēšanas rezultātā panāk garākas un stabilākas remisijas.

Pirms insulīna terapijas slimnieks ir rūpīgi jāizmeklē, jānosaka viņam cukura daudzums asinīs. Pacientam jābūt somatiski veselam.

Katru rītu tukšā dūšā slimniekam ievada pakāpeniski pieaugošās devās intramuskulāri vai subkutāni insulīnu (sākot no 2–4 vienībām un katru dienu palielinot devu par 4–6 vienībām). Apmēram 3–3,5 stundas pēc noteiktas insulīna devas ievadīšanas slimniekam iestājas hipoglikēmiskā koma, kurā slimnieks atrodas apmēram 20–30–60 minūtes. Pēc tam komu kupē, ievadot intravenozi 20–160–180 ml

---

[68] Fenilketonūriju nosaka, pievienojot dzelzs hlorīdu ($FeCl_3$) pacienta urīnam. Ja reakcija ir pozitīva, tad urīns nokrāsojas tumši zili zaļā krāsā.

40% glikozes šķīduma. Pēc tam kad komatozais stāvoklis izbeidzies, slimniekam dod 50–100–200 g cukura, kas izšķīdināti tējā, kopā ar augļu sulu. Pusdienās slimniekam pēc tam jādod lielāks daudzums ogļhidrātu.

Pēc insulīna ievadīšanas slimniekam rodas vājuma sajūta, viņš sāk svīst. Pēc tam pieaug miegainība un izmainās apziņa – sākumā rodas apdullums, bet vēlāk sopors, koma. Insulīna iedarbības laikā var būt motorisks uzbudinājums, kā arī krampji. Epileptiskās lēkmes novēro reti, ja tā ir, tad koma nekavējoties jākupē ar 40% glikozes intravenozu ievadīšanu.

Komatozā stāvoklī slimnieki nereaģē uz arējiem kairinātajiem, viņiem ir izzuduši cīpslu refleksi, nav arī patoloģisko refleksu. Komas laikā nedrīkst izzust korneālie refleksi, jo šāds stāvoklis ir dzīvībai bīstams.

Ja komatozais stāvoklis pēc glikozes ievadīšanas turpinās, tad atkārtoti ievada glikozi, kā arī dod adrenalīnu, sirds līdzekļus un veic citus terapeitiskus pasākumus. Ja koma atkārtojas vēlreiz, pēcpusdienā, to kupē tāpat kā pirmajā reizē.

Ārstēšanas kursā atkarībā no slimnieka stāvokļa parasti ir 15–30 komu.

Krampju jeb konvulsīvā terapija

Krampju izraisīšanai pielieto kā medikamentus (kardiazolu), tā arī elektrisko strāvu (elektrošoku). Indikācijas tādas pašas kā insulīna terapijai. Īpaši elektrošoku pielieto slimniekiem ar akūtu uzbudinājumu rekurentās febrilās šizofrēnijas gadījumā, kā arī slimniekiem ar smagu un ilgstošu depresiju (involūcijas depresijas, maniakāli depresīvās psihozes un šizofrēnijas gadījumos). Reizēm dažus elektrošokus pielieto tiem slimniekiem, kuriem psihofarmakoloģisko preparātu terapija ir neefektīva, jo nereti pēc tam psihofarmakoloģiskā terapija ir sekmīgāka.

Elektrošoku izraisa ar speciālu aparātu, slimniekam deniņu rajonā īslaicīgi – 0,5–0,8–1 sekundi ilgi pievadot elektrisko strāvu, kuras spriegums ir 80–130–220 voltu. Slimniekam iestājas bezsamaņa un rodas epileptoforma lēkme ar krampjiem (par to slimnieks vēlāk neko neatceras). Nelietderīgi slimniekam dot pārāk vāju strāvu, jo tad rodas abortīva lēkme, kuras laikā slimniekam ir saglabāta apziņa, tādēļ slimnieks nereti no tālākas terapijas turpināšanas baidās.

Kardiazola krampju izraisīšanai slimniekam strauji vēnā ievada līdz 10 ml kardiazola.

Pēc krampju lēkmes slimniekiem dod elpot skābekli, reizēm ievada miega līdzekļus, lai slimnieks aizmigtu. Pareizi izdarīta krampju terapija reti izraisa sarežģījumus. Ārstēšanas kursā parasti pielieto 5 vai 6 seansus.

Psihofarmakoterapija

Psihofarmakoloģija ir farmakoloģijas nozare, kas nodarbojas ar tādu ārstniecisko līdzekļu pētīšanu, kuri iedarbojas uz CNS un izmaina augstāko nervu darbību. Psihofarmakoterapija ir klīniskās medicīnas nozare, kas pēta šo preparātu klīnisko iedarbību.

Plašākā nozīmē ar terminu «psihotropie (psihofarmakoloģiskie) līdzekļi» apzīmē visus medikamentus ar centrālu iedarbību. Tiem var būt gan nomierinoša, gan stimulējoša iedarbība, to ievadīšana var likvidēt psihopatoloģisko produktīvo simptomātiku, mainīt slimnieka garastāvokli, kā arī atsevišķos gadījumos var izraisīt psihiskus traucējumus, piemēram, halucinācijas.

Pateicoties pēdējos gadu desmitos sintezētajiem psihofarmakoloģiskajiem līdzekļiem, ievērojami ir palielinājušās ārstēšanas iespējas, salīdzinot ar laika posmu, kad vienīgās un galvenās aktīvās terapijas metodes bija insulīna terapija un elektrošoki.

Psihofarmakoloģiskajiem preparātiem, salīdzinot ar t.s. vecajām terapijas metodēm, psihiatrijā ir vairākas priekšrocības, kā arī nepilnības un trūkumi, tādēļ mūsdienu modernie preparāti nevis likvidēja agrākās terapijas metodes, bet gan abas ārstnieciskās metodes viena otru papildina un ārstēšanas iespējas paplašina.

Psihofarmakoloģiskās terapijas priekšrocības ir

1) metodi var pielietot ne tikai stacionārā, bet arī ambulatori, radusies iespēja realizēt t.s. uzturošo terapiju;

2) medikamentu iedarbības rezultātā efekts iestājas straujāk, tādēļ ātrāk iespējams kupēt akūtus psihopatoloģiskus stāvokļus;

3) iespējams diferencētāk izvēlēties medikamentus, ņemot vērā slimības nozoloģiju un katra slimnieka psihiskā stāvokļa īpatnības;

4) metode ir «saudzējošāka» un izraisa mazāk sarežģījumu;

5) metode ekonomiski izdevīgāka, tās realizācijā nepieciešams mazāk medicīnas personāla utt.

Psihofarmakoloģiskās metodes trūkumi ir

1) nereti slimniekiem pēc terapijas kursa (sevišķi pēc pirmajiem rekurentās šizofrēnijas uzliesmojumiem) neiestājas tik garas un stabilas remisijas kā tad, ja pielieto insulīna terapiju, tādēļ ātrāk iespējami jauni slimības uzliesmojumi;

2) metode prasa diferencētāku pieeju slimniekam, precīzāku slimnieka stāvokļa novērtēšanu.

Psihofarmakoloģiskos preparātus pēc to iedarbības iedala 5 grupās.

1. Neiroleptiskie līdzekļi, darbojoties centrāli, likvidē produktīvo psihopatoloģisko simptomātiku, samazina sasprindzinājumu un likvidē psihomotorisko uzbudinājumu, slimnieki kļūst mierīgāki (it kā «vienaldzīgāki»). Kā blakus parādības jāmin veģetatīvās izmaiņas.

2. Trankvilizatori (mazie trankvilizatori) nomierina, mazina sasprindzinājumu un baiļu sajūtu. Jāatceras, ka šie preparāti nelikvidē depresiju un psihotisko simptomātiku.

3. Antidepresanti (timoleptiskās vielas) slimniekam uzlabo nomākto garastāvokli.

4. Stimulatori (psihostimulatori) uz laiku palielina fiziskās un psihiskās darba spējas, uzlabo garastāvokli, samazina nogurumu, vājumu un miegainību. Daži no tiem samazina arī ēstgribu. Daudzi no šiem preparātiem nav izmantojami ilgstoši, jo ar laiku var izraisīt tieksmi, pierašanu, respektīvi, narkomāniju. Lieto samērā maz.

5. Psihodisleptiskās vielas rada psihiskus traucējumus – aptumšotu apziņu, halucinācijas, murgus. Tās terapeitiskos nolūkos gandrīz nelieto, bet galvenokārt izmanto psihisko traucējumu pētīšanā – it īpaši ārzemēs, pielietojot eksperimenta apstākļos brīvprātīgajiem, bieži medicīnas institūtu studentiem.

Neiroleptiskie līdzekļi. Psihiatrijā galvenokārt izmanto šīs grupas preparātu spēju izraisīt nomierinošu efektu, likvidēt psihomotorisku (centrālās izcelsmes) uzbudinājumu, kā arī spēju samazināt psihopatoloģisko produktīvo simptomātiku, galvenokārt murgus, halucinācijas, psihiskā automātisma parādības un citus psihotiskos traucējumus. Daži neiroleptiskie līdzekļi pārsvarā dod sedatīvu, citi – antipsihotisku iedarbību. Pēc ķīmiskā sastāva preparāti pieder pie vairākām grupām.

Aminazīns ir viens no pašiem izplatītākajiem un visvairāk lietojamiem preparātiem psihiatrijā.

Visbiežāk aminazīnu pielieto dažādas ģenēzes uzbudinājumu kupēšanai (devās 300–500 mg[69]), visbiežāk šizofrēnijas slimniekiem, alkohola delīrija gadījumos, kā arī epilepsijas slimniekiem. Tā kā epilepsijas gadījumā uzbudinājums parasti ir masīvāks, tad jāpielieto lielākas preparāta devas. Uzbudinājuma kupēšanai preparātu ievada intramuskulāri, parasti kopā ar 3–4 ml 1% dimedrola šķīduma. Dimedrols ne tikai samazina uzbudinājumu, bet arī sekmē aminazīna uzsūkšanos (ilgstoši pielietojot aminazīnu, nereti rodas sacietējumi injekciju vietās, kas var pat izraisīt iekaisumu un abscesu).

Pēc uzbudinājuma kupēšanas var turpināt terapiju *per os*. Nereti aminazīnu lieto kombinācijā ar haloperidolu.

Ilgstoši aminazīnu devās 200–400 mg pielieto šizofrēnijas gadījumos, kā arī citu psihožu gadījumos, kad novēro produktīvo psihopatoloģisko simptomātiku. Preparātu pareizi lietojot, kā arī ņemot vērā tā kontrindikācijas, parasti pat ilgstoša (gadiem ilgi) medikamenta lietošana sarežģījumus neizraisa, tādēļ preparātu sekmīgi var lietot kā stacionārā, tā ambulatorā praksē uzturošajai terapijai. Lielākās devās medikamentu dod slimniekiem ar paranoīdo un citām nepārtrauktas norises šizofrēnijas formām (stacionārā pat 600–700 mg), bet mazākās devās (50–150 mg) – slimniekiem ar gausas norises šizofrēnijas formām.

Aminazīnu mazās devās (12,5–75 mg), devu sadalot vairākās ieņemšanas reizēs, lieto slimniekiem, kam ir veģetatīvi paroksismi, neirotiski traucējumi, vai arī vakaros kā miega līdzekli.

Ilgstoši saņemot aminazīnu, slimniekiem var būt sausums mutē, vājuma un miegainības sajūta, kā arī reizēm pazeminās asinsspiediens ar tahikardiju (it īpaši terapijas kursa sākumā), tādēļ slimniekiem pēc zāļu ieņemšanas nepieciešams 2 stundas atrasties gultā.

Kā blakus parādības var rasties akūti neiroloģiski traucējumi – acu muskulatūras spazmas, spontāna mēles izbāšana, krampji. Iespējams ortostatiskais kolapss, kad nepieciešams sniegt tūlītēju palīdzību (sk. tālāk).

No blakus parādībām, kas rodas preparāta ilgstošas iedarbības rezultātā, minama iedarbība uz veģetatīvo nervu sistēmu un centrālo nervu sistēmu – slimniekiem rodas medikamentozs parkinsonisms,

---

[69] Šeit un arī turpmāk tiks uzrādīta medikamenta diennakts deva. Psihiatrijā nepieciešamās medikamentu devas ir individuālas, un tās ir atkarīgas kā no konkrētām indikācijām, tā no slimnieka individuālām īpatnībām, tādēļ norādītās devas var būt tikai orientējošas.

akatīzija (motorisks nemiers, nespēja nosēdēt vai nostāvēt, nepieciešamība kustēties), hipomīmija un amīmija. Var rasties arī ortostatiskais kolapss. No somatiskajiem traucējumiem kā nopietnākās (bet reti) komplikācijas minamas agranulocitoze un medikamentozais hepatīts.

Nereti slimniekiem rodas alerģiski dermatīti (dermatīts var rasties arī personālam, kas ik dienas saskaras ar preparātu, tādēļ injekcijas jāizdara labi vēdināmās telpās), it īpaši pēc sauļošanās.

No psihiskajām blakus parādībām iespējama depresijas attīstība, kas visvieglāk var iestāties slimniekiem ar maniakāli depresīvo psihozi pēc maniakālā stāvokļa izbeigšanās. Reizēm slimnieki izjūt gļēvumu, vājumu un interešu zudumu, kā arī viņiem var rasties miega sajūtas trūkums.

Kontrindikācijas ir aknu un nieru slimības, kā arī smagas sirds-asinsvadu sistēmas slimības. Uzmanīgi preparāts jālieto gados vecākiem pacientiem, kam var rasties neatgriezeniskas neiroloģiskas blakus parādības, piemēram, hiperkinēzes. Smagu komplikāciju gadījumos (hepatīts) preparāts jāatceļ, bet vieglākos gadījumos (ekstrapiramidālā simptomātika – parkinsonisms, akatīzija) terapijā jāpievieno antiparkinsonisma preparāti (artāns, ciklodols, dinezīns, romparkīns u.c.).

Tizercīns *s.* **nozināns** (12,5–200 mg) ir labs preparāts uzbudinājuma kupēšanai, bet tas vairāk nekā aminazīns izraisa vājuma sajūtu un atslābina muskulatūru. Ja preparātu pielieto kā miega līdzekli uz nakti, tad pārdozēšanas gadījumā pacientiem otrā rītā ir noguruma sajūta, neskaidra galva, reizēm galvas reiboņi un vājums. Tad devas jāsamazina. Terapija, it īpaši gados veciem slimniekiem, jāsāk ar mazām devām (7–12,5 mg uz nakti), jo preparāts pazemina asinsspiedienu un var radīt kolapsu. Tizercīns nerada depresijas, tādēļ to pielieto maniakāli depresīvās psihozes slimniekiem gan maniakālā, gan arī depresīvā fāzē.

Teralēnu (5–40 mg) lieto kā neiroleptisku līdzekli un vieglu antidepresantu. Tas indicēts slimniekiem ar sāpēm, senestopātijām un hipohondriju.

Mellerilu *s.* **sonapaku** (25–300 mg) pielieto slimniekiem ar murgiem, kam vienlaicīgi ir arī nemiers un trauksme (depresīvi paranoīda stāvokļa gadījumos dažādas nozoloģijas slimniekiem, piemēram, šizofrēnija, organiska CNS slimība). Preparāts uzlabo miegu.

Neileptilu (5–50 mg) pielieto galvenokārt psihopatoīdu stāvokļu gadījumos gausas norises šizofrēnijas slimniekiem, kā arī parasti gados jauniem pacientiem ar personības izmaiņām un bērnu psihiatrijas praksē. Preparātu dod pacientiem ar dziņu atkavējumu un uzbudināmību.

Leptrils ir neileptilam līdzīgs preparāts. Lieto pacientiem ar šizoīdām īpatnībām, kā arī epileptisku disforiju profilaksei un ārstēšanai.

Triftazīns *s.* **stelazīns** ir, tāpat kā aminazīns, viens no izplatītākajiem neiroleptiskajiem līdzekļiem, ko galvenokārt pielieto šizofrēnijas terapijā kā stacionārā, tā arī uzturošā devā mājās. Tā kā preparāts nekupē uzbudinājumu, tad to galvenokārt lieto tiem slimniekiem ar produktīvo psihopatoloģisko simptomātiku, kam nav psihomotoriska uzbudinājuma. Mazās devās (2,5–10 mg) preparātu var pielietot vienu pašu vai kombinācijā ar mazām antidepresantu devām veģetatīvu traucējumu (paroksismu) gadījumos, kā arī ārstējot slimniekus ar senestopātijām, veģetatīvās depresijas un gausas norises šizofrēnijas gadījumā.

Biežākās blakus parādības ir ekstrapiramidālie traucējumi, tādēļ preparāts gandrīz vienmēr jākombinē ar antiparkinsonisma līdzekļiem.

Preparāts ir maztoksisks, neiedarbojas toksiski uz aknām un nepazemina asinsspiedienu (parasti kolapsu nenovēro).

Etaperazīnu (12–80 mg) pielieto verbālu halucināciju gadījumos, kā arī slimniekiem ar psihiskā automātisma parādībām (100–200 mg) un uzmācībām (līdz 30–40 mg).

Frenolonu (5–100 mg) lieto trauksmes, sasprindzinājuma un nemiera gadījumos, tomēr preparāts viens pats izteiktu uzbudinājumu nekupē.

Liogēnu (10–40 mg) pielieto gausas norises šizofrēnijas gadījumos, kad slimniekam ir neirotiski traucējumi, kā arī slimniekiem, kas sūdzas par gļēvumu, adinamiju, aktivitātes trūkumu.

Mažeptilu (1–30 mg) lielās devās (līdz 100) lieto smagos šizofrēnijas gadījumos, kad prognoze ir nelabvēlīga, kā arī slimniekiem ar nepārtraukti risošo šizofrēniju jauniešu vecumā (slimniekiem ar katatoniju, hebefrēniju).

Mazākās devās (0,5–5–10 mg) lieto slimniekiem ar gausi norisošo un nepārtraukti risošo šizofrēniju. Salīdzinājumā ar aminazīnu un triftazīnu mažeptila uzturošās terapijas laikā vieglāk veikt garīgo darbu.

Gandrīz vienmēr preparāts jākombinē ar antiparkinsonisma preparātiem. Slimnieks labāk panes mažeptilu, ja pirms tā terapijā saņēmis aminazīnu.

Hlorprotiksēnu *s.* **truksālu** (30–100–200 mg) pielieto kā vieglu neiroleptisko preparātu slimniekiem ar nemieru, trauksmi, uzbudinājumu. Preparāts nelikvidē izteiktu produktīvo psihopatoloģisko simptomātiku.

Fluanksolu (5–10 mg) pielieto kā stimulējošu preparātu slimniekiem ar adinamiju, gļēvuma un vājuma sajūtu.

Haloperidolu vienu pašu vai kopā ar aminazīnu pielieto izteikta uzbudinājuma kupēšanai (10–20 mg), sākumā preparātu ievadot intramuskulāri. Preparāts sekmīgi pielietojams pacientiem ar psihopatoloģisko produktīvo simptomātiku, galvenokārt paranoīdā sindroma gadījumā – slimniekiem ar verbālo halucinozi un psihiskā automātisma sindromu, – kā arī tas ieteicams pacientiem ar paranojāliem murgiem. Preparāts ir maztoksisks, tādēļ to var lietot slimniekiem ar simptomātiskām psihozēm somatisko slimību gadījumos terapeitiskos stacionāros, kā arī kupējot alkohola delīriju, kad parasti slimniekam vienlaicīgi ir arī smags somatiskais stāvoklis.

Mazās devās (0,5–1,5 mg) preparātu vienu vai kombinācijā ar nelielām antidepresantu (melipramīns, triptizols) un trankvilizatoru (seduksēns) devām lieto slimniekiem ar senestopātijām vai veģetatīviem traucējumiem (paroksismiem).

No blakus parādībām galvenokārt novēro ekstrapiramidālo simptomātiku, tādēļ vienlaicīgi ar haloperidolu parasti dod arī antiparkinsonisma līdzekļus.

Trisedils (5–10 mg) ir līdzīgs haloperidolam, indikācijas tādas pašas.

Moditēns-depo (12,5–25 mg). Preparātu ražo depo formā, t.i., tam piemīt ilgstoša iedarbība un tas ievadīts uzsūcas lēnām, ilgākā laika posmā. Tādēļ preparāts jāievada vienu reizi 1–4 nedēļu laikā. Lietojams slimniekiem, kas atsakās no terapijas, kā arī tad, ja nevar pietiekami bieži izdarīt injekcijas. Tomēr jārēķinās ar to, ka uz ievadīto preparāta devu slimnieks var arī reaģēt nelabvēlīgi, tādēļ terapija noteikti jāsāk stacionāra apstākļos ar mazām devām un tikai vēlāk to var pielietot ambulatori uzturošai terapijai.

Preparāts indicēts uzbudinājuma gadījumos, kā arī slimniekiem ar produktīvo psihopatoloģisko simptomātiku hroniskas šizofrēnijas gadījumos.

No blakus parādībām galvenokārt jāmin neiroloģiskie traucējumi (ekstrapiramidālā simptomātika), tādēļ medikaments jākombinē ar antiparkinsonisma līdzekļiem.

Psihomotoriska uzbudinājuma kupēšanai pielieto

1) dezintoksikācijas terapiju – nereti slimniekiem nepieciešams ievadīt daudz šķidruma. Ja slimnieks var dzert, tad šķidrumu ievada *per os*, bet, ja ne, tad šķidrumu ievada infūza veidā intravenozi vai subkutāni (0,5–1,5 *l*);

2) neiroleptiskos līdzekļus. Slimniekam ievada intravenozi 3–4 ml 2,5% aminazīna šķīduma vai 1–2 ml 0,5% haloperidola šķīduma kopā ar 4 ml 1% dimedrola šķīduma. Labi uzbudinājumu palīdz kupēt intravenozi kopā ar fizioloģisko šķīdumu ievadīti 2–4 ml 0,5% seduksēna šķīduma;

3) sirds-asinsvadu līdzekļus somatiskā stāvokļa ārstēšanai. Jāseko, vai neiestājas kolapss, kā arī savlaicīgi jāsāk cīņa ar smadzeņu tūsku.

Ja slimnieki pēc saņemtajiem medikamentiem neiemieg, tad intravenozi vai intramuskulāri ievada miega līdzekļus. Labs līdzeklis uz iepriekšminēto preparātu fona slimnieka iemidzināšanai ir 20% nātrija oksibutirāta šķīdums, ko var ievadīt pa 10,0 ml atkārtoti, kopējā devā līdz 30,0 ml. Šī preparāta priekšrocība salīdzinājumā ar miega līdzekļiem ir tāda, ka tas nenomāc elpošanas centru, kas ir ļoti svarīgi slimniekiem komatozā stāvoklī.

Komplikācijas, ārstējot ar neiroleptiskajiem līdzekļiem. Visbiežāk terapijas kursa sākumā var rasties paroksismāli ekstrapiramidāli traucējumi, kas izpaužas ar pēkšņām muskulatūras spazmām kakla rajonā un mēles muskulatūrā (slimnieks spontāni, krampjveidā izbāž mēli). Novēro arī acu sagriešanos uz vienu pusi, galvas krampjainu sagriešanos, kā arī spazmas ķermeņa muskulatūrā.

Ārstēšanā pielieto antiparkinsonisma līdzekļus (artānu, dinezīnu, romparkīnu, ciklodolu u.c.). Vislabāk slimniekam ievadīt 2–4–6 mg artāna kopā ar 2 ml 20% kofeīna šķīduma vai 50 mg aminazīna (ja traucējumus nav izraisījis pats aminazīns) intramuskulāri.

Vienlaicīgi slimniekam dod arī dimedrolu, glikozi, C un B grupas vitamīnus, kalcija hlorīdu, pipolfēnu. Ja pēc saņemtajiem medikamentiem patoloģiskais stāvoklis nepāriet, tad medikamentu ievadīšanu atkārto.

Trankvilizatori (mazie trankvilizatori). Preparāti galvenokārt lietojami t.s. mazajā psihiatrijā slimniekiem ar neirotiskiem traucējumiem. Reizēm preparātus lieto arī psihiski veseli cilvēki pirms satraucošiem notikumiem, piemēram, pirms operācijas, sacensībām, publiskas uzstāšanās, atbildīgas apspriedes. Šai gadījumā medikamenti noteikti iepriekš jāizmēģina indiferentā situācijā, lai nejauši neparedzētas iedarbības dēļ nerastos pretējs efekts.

Psihiatrijas praksē preparātus galvenokārt pielieto slimniekiem, kam ir viegla uzbudināmība, piemēram, psihopātiju un psihopatoīdu stāvokļu gadījumos, slimniekiem ar atlieku parādībām pēc pārciestas galvas smadzeņu traumas, gausas norises šizofrēnijas gadījumos utt.

Preparāti nelikvidē produktīvo psihopatoloģisko simptomātiku, bet vajadzības gadījumos tos var kombinēt ar neiroleptiskajiem līdzekļiem vai antidepresantiem.

Lietojot medikamentus terapeitiskās devās, blakus parādības ir niecīgas – slimniekiem var būt nogurums, miegainība (sedatīvā efekta rezultātā, bet ne miega līdzekļiem analogas iedarbības dēļ, jo preparātiem tādas iedarbības nav), palēnināta reakcija (tādēļ cilvēki, kas lieto trankvilizatorus, nedrīkst terapijas laikā vadīt satiksmes līdzekļus).

Meprobamātu *s.* **meprotānu** (200–1000 mg) lieto neirotisku depresiju gadījumos un kā nomierinošu līdzekli.

Seduksēnu (5–15 mg) lieto līdzīgi meprobamātam un elēnijam (sk. tālāk). Preparātu pielieto arī slimniekiem ar epileptiskām lēkmēm (intravenozi – slimniekiem ar epileptisko statusu), kā arī kupējot uzbudinājumu un uzmācību gadījumos. Var dot arī slimniekiem uz nakti. Labs līdzeklis kombinācijā ar mazām haloperidola vai triftazīna un melipramīna (vai triptizola) devām slimniekiem ar veģetatīviem traucējumiem un senestopātijām.

Einoktīns (5–50 mg) ir līdzīgs iepriekš apskatītajiem, lieto miega līdzekļu vietā, lai slimnieks varētu iemigt.

Elēnijs (10–100 mg) ir līdzīgs iepriekšējiem. Pielieto slimniekiem ar uzmācībām, nelielu trauksmes sajūtu, sasprindzinājumu. Nav vēlams elēniju ilgstoši kombinēt ar miega līdzekļiem (luminālu) un triptizolu.

Trioksazīns (200–1000 mg) arī līdzīgs iepriekšējiem. Nedaudz stimulējošās darbības dēļ var lietot dienas laikā slimniekiem, kas strādā par šoferiem.

Antidepresanti. Preparāti ar specifisku antidepresīvu iedarbību. Uzlabo garastāvokli un paaugstina slimnieka aktivitāti. Preparātus pielieto slimniekiem ar endogēno depresiju. Ja dod pacientiem, kam vienlaikus ir arī murgi, tad antidepresanti jālieto uzmanīgi un nelielās devās, jo stimulējošās iedarbības dēļ murgi var saasināties. Tas attiecas arī uz slimniekiem ar lēcienveida šizofrēniju, kam murgi bijuši iepriekšējos slimības uzliesmojumos.

Svarīgi depresiju terapiju savlaicīgi uzsākt, jo tad var kupēt jaunu slimības uzliesmojumu. Ja terapiju sāk tikai intensīvas depresijas periodā, tad ārstēšana parasti ievelkas un preparāti dod mazākas sekmes.

Melipramīns ir visplašāk lietotais antidepresants. Preparātu galvenokārt pielieto slimniekiem ar endogēno depresiju rekurentas norises šizofrēnijas un maniakāli depresīvās psihozes gadījumā (devās līdz 300 mg). Preparātu ievada divās reizēs dienā, pie tam tā, lai otro medikamenta devu slimnieks saņemtu ne vēlāk kā četros pēcpusdienā, jo stimulējošās iedarbības rezultātā var pasliktināties miegs (nepatīkami sapņi utt.) vai iestāties bezmiegs. Terapijas sākumā vai smagu depresiju gadījumos ieteicams lietot melipramīnu intramuskulāri.

Ja lieto melipramīnu slimniekiem, kam depresija kombinējas ar murgiem vai trauksmi, tad preparāts jādod mazās devās (12,5–25 mg) un noteikti kopā ar neiroleptiskajiem līdzekļiem (aminazīnu, triftazīnu), jo citādāk slimnieka stāvoklis var saasināties.

Melipramīnu nelielās devās (12,5–25 mg) var sekmīgi pielietot kopā ar seduksēnu un haloperidolu senestopātiju un veģetatīvu paroksismālu traucējumu ārstēšanai.

No blakus parādībām var būt sausuma sajūta mutē, galvas reiboņi, urinācijas traucējumi (aizture), sirdsklauves, alerģiskas reakcijas.

Kontrindikācijas ir aknu un nieru slimības, kā arī smagas sirds-asinsvadu sistēmas slimības dekompensācijas stadijā.

Melipramīnu nedrīkst kombinēt ar antidepresantiem, kas pieder pie monoaminooksidāzes inhibitoriem!

Triptizols *s.* **amītriptilīns**, *s.* **nortriptilīns**. Antidepresants ar sedatīvu iedarbību, lietojams trauksmainu depresiju gadījumos šizofrēnijas un maniakāli depresīvās psihozes slimniekiem, kā arī involūcijas periodā un vecumā. Slimnieki medikamentu parasti panes labi, un to var lietot gados vecākiem slimniekiem. Tāpat kā melipramīnu vēlams preparātu dot divas reizes dienā un nedot vakaros, lai nerastos miega traucējumi.

Mazās devās (5–15 mg) preparātu kopā ar haloperidolu (triftazīnu) un seduksēnu lieto veģetatīvu traucējumu un senestopātiju ārstēšanai.

Tā kā slimnieki preparātu panes labi, tad to var pielietot arī neirotisku depresiju gadījumos.

Iprazīds *s.* **marsalīds** pēc ķīmiskās struktūras pieder pie monoaminooksidāzes (MAO) inhibitoriem[70]. Pēc iedarbības indicēts slimniekiem ar aizkavētu depresiju, tomēr toksisko īpašību dēļ (galvenokārt hepatīta briesmas) preparātu pielieto maz. Preparāta pielietošanu apgrūtina arī tas, ka ķīmiskā sastāva dēļ to nedrīkst kombinēt ar citiem medikamentiem, it īpaši citiem antidepresantiem, un, pārejot no ārstēšanas ar iprazīdu uz ārstēšanu ar melipramīnu vai otrādi, jāietur divu nedēļu pārtraukums – laiks, kurā medikaments pilnīgi izdalās no organisma.

Niamīds *s.* **nuredāls** (25–200 mg) tāpat pieder pie monoaminooksidāzes inhibitoriem, bet, salīdzinot ar iepriekš apskatīto iprazīdu, ir mazāk toksisks. Lieto slimniekiem ar depresiju, bet iekšķīgu slimību terapijā – slimniekiem ar sāpju sindromu.

Tāpat kā iprazīdu, nedrīkst kombinēt ar citiem antidepresantiem!

Terapija ar litija sāļiem. Pēdējos gados afektīvu traucējumu ārstēšanā sāk sekmīgi pielietot litija sāļus (galvenokārt litija karbonātu un litija sulfātu). Litija terapija galvenokārt ir preventīva, un tās rezultātā afektīvās fāzes rekurentās un lēcienveida šizofrēnijas, kā arī maniakāli depresīvās psihozes gadījumos kļūst vieglākas un to ilgums samazinās. Labāki rezultāti ir slimniekiem, kuriem afektīvi traucējumi nav bijuši raksturīgi līdz psihozes sākumam, bet radušies tikai pēc pārciesta slimības (šizofrēnijas) uzliesmojuma.

Litija karbonāta terapiju sāk ar devu 0,3 g (ievada divās reizēs dienā). Litija terapijas laikā nepieciešams laboratoriski noteikt litija daudzumu asinīs, lai slimniekam asinīs sasniegtu terapeitisko devu (0,6–1,4 miliekvivalentus litrā), bet nepieļautu intoksikāciju ar litiju (tā var rasties, ja litijs asinīs ir 1,4 un vairāk miliekvivalentu litrā).

Sākumā litija daudzums asinīs jānosaka vienu reizi nedēļā vai pat biežāk, bet, kad ir noteiktas terapeitiskās devas, to var darīt reizi mēnesī, trijos mēnešos un pat retāk.

Litija terapija kontrindicēta slimniekiem ar sirds-asinsvadu sistēmas slimībām, nieru slimībām, akūtu kuņģa un zarnu trakta iekaisumu (litijs iedarbojas kairinoši), kā arī kataraktas gadījumos. Terapijas laikā ar litija sāļiem slimnieki nedrīkst lietot kafiju un citus līdzekļus, kas pastiprina diurēzi, jo litijs tiek izvadīts ar urīnu. Diēta nedrīkst saturēt arī pārmērīgi daudz vārāmā sāls, jo nātrijs izspiež litiju no savienojumiem.

No litija intoksikācijas simptomiem jāmin dispepsija, vājuma sajūta, sākumā miegainība, tremors. Smagas intoksikācijas rezultātā var būt krampji un koma.

Psihoterapija. Psihohigiēna. Psihoprofilakse

Psihoterapija ir zinātniski pamatota sistēma psihiskai iedarbībai uz slimnieku ārstnieciskos nolūkos. Psihoterapija neaprobežojas tikai ar vārdisku iedarbību, bet ietver sevī visus tos pasākumus, kas veicina izveseļošanos (piemēram, režīms, medicīniskās iestādes iekārtojums, slimnieku apģērbs, ārstu, medicīnas māsu un sanitāru izturēšanās pret slimnieku utt.). Atšķirībā no daudzās kapitālistiskajās valstīs izplatītām psihoterapijas metodēm (psihoanalīze, katarse, psihodrāma u.c.), kas pamatojas uz ideālistisko filozofiju, padomju medicīnā psihoterapija ir zinātniski pamatota materiālistiska ārstniecības metode, kuras pamatā ir I. Pavlova un viņa skolas izstrādātā mācība par augstāko nervu darbību. Izšķir vispārējo un speciālo psihoterapiju.

Vispārējā psihoterapija (saudzējošs režīms, psiholoģiski pareiza pieeja slimniekam, psihohigiēniski pasākumi) ir jebkuras ārstniecības metodes neatņemama sastāvdaļa. Vispārējās psihoterapijas uzdevums ir radīt cilvēka psihei optimālus apstākļus cīņā ar slimību dažādos terapijas posmos.

Psihoterapija atkarībā no pielietošanas veida var būt gan saudzējoša, gan, biežāk, aktivējoša. Piemēram, slimniekam pēc pārslodzes sākumā nodrošina pastiprinātu atpūtu (ilgstošu miegu, izslēdzot skaļas sarunas un trokšņus, kā arī realizējot dozētas pastaigas), vēlāk pakāpeniski režīmam pievieno vingrošanu, kinofilmu noskatīšanos, grāmatu, īpaši noteiktas literatūras lasīšanu, darba terapiju, kā arī stacionāra apstākļos veicina slimnieku savstarpējās sarunas, kas atstāj savstarpēji labvēlīgu un stimulējošu iespaidu. Vispārējā psihoterapija ir nepieciešams fons speciālajai psihoterapijai.

Speciālā psihoterapija ietver sevī teorētiski pamatotas un praktiski pārbaudītas metodes un paņēmienus, kā iedarboties uz slimnieka psihi, lai to apzināti pārveidotu un likvidētu slimnieka nepareizo (slimīgo) attieksmi pret sevi un visu apkārtni, kā arī lai radītu jaunas vai atjaunotu agrākās psihes funkcijas. Te pieder hipnoze, suģestija, autogēnais treniņš, darba terapija utt.

---

[70] Terapijas laikā ar MAO inhibitoriem jāievēro zināma diēta – nedrīkst lietot sieru, apelsīnus, banānus, alu, vīnogu vīnu, kā arī jāatceras, ka vienlaicīgi slimnieku nedrīkst ārstēt ar ftivazīdu.

Speciālās psihoterapijas uzdevums ir palīdzēt likvidēt slimības simptomus, izmainīt slimnieka nepareizo attieksmi pret slimību (arī pret apkārtējiem cilvēkiem vai tām sava rakstura īpašībām, kas var sekmēt slimības rašanos), kā arī palīdzēt izstrādāt kompensatoros mehānismus un piemēroties dzīves reālajai situācijai.

Psihoterapija var būt vērsta kā uz vienu personu (individuālā psihoterapija), tā arī uz slimnieku grupu (kolektīvā vai grupas psihoterapija).

Psihoterapija iedarbojas tieši (ārsta vārds) vai netieši (medikamenti un režīms, saistot tos ar psihoterapiju).

Psihoterapiju lieto gan kā atsevišķu ārstniecisko metodi (parasti neirožu un psihopātiju dažādu izpausmju gadījumos), tomēr visbiežāk to kombinē ar citām terapeitiskām metodēm (medikamentozo terapiju, fizioterapiju utt.).

Psihoterapijas efektivitāte atkarīga no ārsta un slimnieka savstarpējām attiecībām, kā arī no slimības klīniskajām izpausmēm un tās īpatnībām.

Iedvesma, suģestija ir viena cilvēka īpaša veida psihiska iedarbība uz otru cilvēku (vai ļaužu grupu), bet medicīnas praksē tā ir ārsta ietekme uz slimnieku vai slimnieku grupu ārstnieciskos nolūkos.

Iedvesmojamība ir normāla psihes īpašība, tā visstiprāk ir izteikta bērnu vecumā, nedaudz vājāk – brieduma gados, bet samazinās vecumā. Visstiprāk iespaidojamas personas, kuru augstākai nervu darbībai raksturīgas pirmās signālsistēmas pārsvars («mākslinieciskais tips»). Iedvesmojamība ir paaugstināta pārlieku jūtīgiem cilvēkiem, pacientiem fizioloģiska noguruma stāvoklī, kā arī pēc pārciestām somatiskām slimībām ar tām sekojošu nervu sistēmas novājinājumu (astēniju).

Iedvesmas fizioloģiskos pamatus izstrādāja I. Pavlovs un viņa skolnieki. Iedvesma ir iespējama tādēļ, ka pastāv sakars starp augstāko nervu darbību (galvas smadzeņu lielo pusložu garozas funkciju) un iekšējo orgānu darbību, respektīvi, mainoties CNS darbībai, var izmainīties arī iekšējo orgānu darbība. Fizioloģiski iedvesmas laikā rodas koncentrēts uzbudinājuma perēklis smadzeņu garozā, kam apkārt ir kavēšanas zona, kura piešķir uzbudinājuma punktam lielu spēku.

Izšķir iedvesmu hipnozes laikā, iedvesmu dabiskā miega stāvoklī, iedvesmu pēc miega līdzekļu vai narkotisko vielu ievadīšanas (narkohipnoze). Pietiekami efektīva ir arī iedvesma nomoda stāvoklī, kā arī pašiedvesma.

Iedvesma arī var būt tieša (ārsta vārdi) un netieša (reflektori, ar medikamentiem vai kādiem priekšmetiem). Sekmīgi iedvesmu var realizēt tikai tad, ja ārstam ir autoritāte un pareiza pieeja slimniekam, ja viņš pārzina slimnieka psiholoģiju. Iedvesma plaši tiek izmantota ārstnieciskos nolūkos, iedvesmas elementi ir jebkurā ārstēšanas metodē – ārstēšana ir sekmīgāka, ja slimnieks tic, ka izveseļosies, tic ārstam un viņa nozīmējumiem, kā arī precīzi izpilda ārsta norādījumus. Visefektīvāk slimniekam var iedvest vispārējā stāvokļa izmaiņas – labu pašsajūtu, miera sajūtu, labu garastāvokli utt. Nomoda laikā iedvesma ir sevišķi veiksmīga emocionāla pacēluma laikā, kas, savukārt, vislabāk rodas slimnieku grupās, kurās slimnieku starpā rodas savstarpēja pozitīva indukcija.

Iedvesmu lieto neirožu, dažu psihopātiju formu, narkomāniju, alkoholisma un citu slimību ārstēšanā. Efekts ir atkarīgs no personas psihiskajām īpatnībām un no slimības klīniskajām izpausmēm. Ar iedvesmu var izmainīt slimnieka nepareizo attieksmi pret slimību un tās izpausmēm.

Iedvesmu var lietot kā atsevišķu metodi, tomēr biežāk tā ir viena no kompleksā ārstnieciskā kursa metodēm. Īpaša terapijas metode ir pašiedvesma, kura ir, piemēram, autogēnā treniņa pamatā.

Reizēm iedvesmai, un it īpaši pašiedvesmai, var būt arī negatīva ietekme, ja to lieto nevietā vai nepareizi. Piemēram, daži slimnieki paši sevi nepareizi iedvesmo, it kā slimotu ar kādu smagu vai pat neārstējamu slimību, pie tam nereti aplamās domas vēlāk koriģēt ir ļoti grūti. Sākumā domas par slimību rodas pēc īslaicīgiem funkcionāliem organisma traucējumiem, kurus slimnieks neizprot. Pēc tam sekundāri pašiedvesmas rezultātā tiešām var rasties funkcionāli traucējumi un nepatīkamas sajūtas, kādas raksturīgas iedomātajai slimībai.

Hipnoze ir daļējs miegs, stāvoklis starp miegu un nomodu,[71] šai laikā daļā smadzeņu garozas ir iestājusies kavēšana un kairinātāji šeit neiedarbojas, bet citā smadzeņu garozas daļā veidojas hipnotisko fāžu stāvoklis – izlīdzinātāja fāze, paradoksālā fāze un ultraparadoksālā fāze. Hipnozes laikā iedvesmu slimnieks uztver bez domāšanas un vērtēšanas. Hipnozes fizioloģisko pamatu izskaidro I. Sečenova, I. Pavlova un D. Vvedenska darbi par augstāko nervu darbību, par uzbudinājuma un kavēšanas procesiem smadzenēs. Dažādos smadzeņu rajonos hipnozes laikā rodas uzbudinājuma un kavēšanas process, kā arī pārejas stāvokļi (stāvokļi starp miegu un nomodu) jeb t.s. fāžu stāvokļi. Izlīdzinātājas fāzes laikā vāji un

[71] **V.E.:** Hipnoze ir stāvoklis, kurā smadzeņu programmu interfeisos ir notikusi nobīde: sensorās kaskādes vietā ir pieslēgta hipnotizētāja vārdu dešifrēšanas kaskāde. Hipnozes shēma man bija dota grāmatā {SKATI.726}.

spēcīgi kairinātāji izraisa vienāda stipruma atbildes reakciju (vienāda atbildes reakcija uz skaļu un klusu balsi), turpretī paradoksālās fāzes laikā vājš kairinātājs izraisa stiprāku atbildes reakciju nekā spēcīgāks kairinātājs. Hipnotizētāja teiktais vārds izraisa spēcīgāku ietekmi nekā stiprākais kairinātājs – sāpes, aukstums vai karstums, – tādēļ hipnotizētam cilvēkam var iedvest, ka viņš nejūt sāpes vai arī rūgtu tableti mutē izjūt kā patīkamu un saldu. Tieši paradoksālā fāze ir sevišķi nozīmīga ārstnieciskai iedvesmai. Teiktais vārds vienlaicīgi izraisa stipru uzbudinājumu kādā no smadzeņu garozas rajoniem un dziļu kavēšanu šā rajona apkārtējās zonās, tādēļ slimnieks dziļā hipnozē ne tikai neuztver apkārtnē esošos notikumus, bet arī pēc pamošanās par tiem nekā neatceras.

Hipnoze pēc iedarbības mehānisma ir līdzīga parastam miegam, tās laikā tāpat izmainās veģetatīvās nervu sistēmas darbība – iestājas sirds-asinsvadu sistēmas reakcijas, sekretorās izmaiņas utt.

Dažāda slimnieku jutība pret hipnozi saistās ar augstākās nervu darbības īpatnībām (vieglāk hipnozei pakļaujas cilvēki, kuru augstākai nervu darbībai raksturīgs pirmās signālsistēmas pārsvars, – t.s. mākslinieciskais tips). Hipnoze ir atkarīga arī no ārējiem apstākļiem – hipnozi veicina visi tie faktori, kas sekmē miega rašanos parastos apstākļos (klusums, tumsa, apkārtējo kairinātāju trūkums), kā arī ārsta autoritāte, slimnieka vēlēšanās hipnotizēties utt.

Hipnozi lieto kā atsevišķu terapijas metodi, bet biežāk to kombinē ar citiem ārstnieciskiem pasākumiem. Psihiatrijā hipnozi galvenokārt pielieto neirožu un dažu psihopātiju formu ārstēšanā. Hipnozi pielieto arī citās medicīnas nozarēs – terapijā, dermatoloģijā u.c. Personām, kas ar grūtībām pakļaujas hipnozei, pirmos hipnozes seansus var izdarīt vienlaikus ar vieglu medikamentozo miegu (narkohipnoze).

Izdala vairākas hipnozes stadijas. Virspusējā hipnoze jeb snauda stāvoklis, kad pacientam ir smaguma sajūta acu plakstiņos un ekstremitātēs, kā arī palēninātS pulss un elpošana. Vidējās pakāpes hipnoze ir viegla miega stāvoklis, slimnieks acis nevar atvērt. Šai laikā ar iedvesmu var izraisīt dažādas izmaiņas kustību sfērā – apgrūtinātas kustības, funkcionālās parēzes, katalepsiju jeb vaskveida lokanību – vai jušanas sfērā – kā nejutīgumu, tā arī pastiprinātu jutību. Dziļākā hipnozes pakāpe – somnambulisms – ir izteikts hipnotiskais miegs. Šai laikā hipnotizētāja kontakts ar slimnieku (raports) saglabājas, jo paliek izolēts uzbudinājuma punkts (sargpunkts) smadzenēs (cits cilvēks kontaktu ar hipnotizēto slimnieku panākt nevar). Hipnotiskā miega laikā slimnieka muskulatūra pilnīgi atslābusi. Šai stāvoklī slimniekam var iedvest halucinatorus tēlus (redzes, dzirdes, taustes), atrašanos citās situācijās. Iespējama arī posthipnotiskā iedvesma (var iedvest darbības, kuras slimnieks izpildīs pēc pamošanās).

Pēc hipnozes seansa pirmajām divām stadijām atmiņa par notikušo saglabājas, bet dziļākās hipnozes stadijas laikā pārdzīvoto slimnieks neatceras.

Terapijas nolūkā var izmantot hipnozi vienu pašu (miega un atpūtas efektam), bet parasti lielāka nozīme ir iedvesmotajiem ārstnieciskajiem norādījumiem.

Hipnozi nevar pielietot cilvēkiem, kuri pret to izturas noraidoši, kā arī pret slimnieka paša gribu. Hipnozē nav iespējams pacientam iedvest domas (noziedzīgus norādījumus), kas svešas cilvēka personībai. Nav pareizs arī uzskats, ka hipnoze vājina cilvēka gribu.

Autogēnais treniņš ir psihoterapijas metode, ko pirmais ieteicis un izstrādājis vācu psihoterapeits J. Šulcs[72] (*J. H. Schultz*). Vēlāk daudzi autori gan mūsu valstī, gan ārzemēs izstrādāja un ieteica daudzas citas šīs metodes modifikācijas. Modifikācijās bija gan izmainīta metodes metodoloģiskā daļa, gan tika ieteikta savādāka ideoloģiskā, pamatojošā nostādne.

J. Šulcs izdala autogēnā treniņa augstāko un zemāko pakāpi.

Pirmajā pakāpē pēc kārtas jāapgūst 6 vingrinājumi (katru nākošo sāk apgūt tikai tad, kad iepriekšējais vingrinājums ir pilnīgi piesavināts). Cilvēks ieņem ērtu pozu (ieteicama t.s. važoņa poza) un koncentrējoties izraisa sev vajadzīgās sajūtas:

1) mana labā roka ļoti smaga;
2) mana labā roka ļoti silta;
3) sirds darbojas mierīgi un spēcīgi;
4) es elpoju pavisam mierīgi;
5) saules pinums izstaro siltumu;
6) mana piere ir vēsa.

Pēc šo visu (vai pirmo trīs) vingrinājumu apgūšanas katrs pacients individuāli pēc ārsta ieteikuma pievieno vajadzīgo pašiedvesmas formulu sava psihiskā stāvokļa regulēšanai, piemēram, es valdu pār sevi; jūtos brīvi un viegli; es iekšēji smaidu u.c.

---

[72] **V.E.:** Johannes Heinrich Schultz (1884–1970) – vācu psihiatrs; autogēno treniņu sāka pielietot 1927.gadā, grāmatu izdeva 1932.gadā.

Treniņu rezultātā kļūst iespējams lielā mērā vadīt un regulēt organisma (galvenokārt veģetatīvās nervu sistēmas) darbību, valdīt pār savām sajūtām. Tā var apgūt pašsavaldīšanos, koncentrēšanos, atbrīvoties no iekšēja sasprindzinājuma sajūtas. Slimniekam attīstās un nostiprinās pašregulācijas mehānismi, paškontrole, savaldīšanās, kas palīdz valdīt ne tikai pār savām motoriskām un veģetatīvām, bet arī pār psihiskajām reakcijām.

Autogēno treniņu pielieto galvenokārt neirožu un psihopātijas dažādu izpausmju terapijai. Autogēno treniņu pielieto gan kā atsevišķu ārstniecisko metodi, gan, biežāk, kombinācijā ar citām terapeitiskajām metodēm.

Autogēnā treniņa efektivitāte galvenokārt atkarīga no slimības klīniskajām izpausmēm, to īpatnībām un no slimnieka attieksmes pret ārstēšanu. Veseli cilvēki var izmantot autogēno treniņu sevis disciplinēšanai, lai attīstītu pašsavaldīšanos, pielietot to sportā, lai atbrīvotos no «starta drudža», lai iemācītos ātri atpūsties un maksimāli koncentrēt spēkus. Autogēnā treniņa priekšrocības salīdzinājumā ar citām psihoterapijas metodēm ir tādas, ka cilvēks pats aktīvi piedalās vingrinājumos.

Psihohigiēna ir higiēnas nozare, kas izstrādā pasākumus cilvēka psihiskās veselības saglabāšanai un nostiprināšanai. Psihohigiēna nepieciešama gan psihiski veselam, gan arī psihiski slimam cilvēkam. Pirmajā gadījumā tās mērķis ir palielināt psihes pretestības spēju dažādu ārējās vides kaitīgo faktoru iedarbībai, bet otrajā – novērst psihiskās slimības progresēšanu un atkārtotus slimības uzliesmojumus cilvēkam, kas ir bijis pakļauts nelabvēlīgu ārējo apstākļu iedarbībai vai arī ir slimojis.

Psihohigiēnas, tāpat kā vispārējās higiēnas, uzdevums ir izpētīt ārējās vides faktoru (sociālo, sadzīves, ražošanas) iedarbību uz cilvēku psihi, tādējādi sekmējot harmoniski attīstītas veselas personības veidošanos. Psihohigiēna palīdz attīstīt darba spējas un pasargā no nervu sistēmas iespējamās pārpūles, palīdz audzināt harmonisku raksturu ar attīstītu emocionālo, intelektuālo dzīvi un gribas īpašībām. Psihohigiēnas uzdevums ir arī izpētīt un ieteikt pareizu dzīves režīmu, palīdzēt atbrīvoties no kaitīgiem paradumiem, kā arī ieaudzināt pareizu attieksmi pret savu fizisko un psihisko veselību.

No vispārhigiēniskiem pasākumiem šeit minama tādu kaitīgo faktoru ietekmes likvidēšana, kuri varētu izraisīt psihiskās slimības (valstiski pasākumi infekcijas slimību un ražošanas intoksikāciju likvidēšanai).

Vienotā psihohigiēnas sistēmā izdala: vecuma (salīdzinoši dažādu vecumu), darba un apmācības, sadzīves, ģimenes un seksuālās dzīves, kā arī slimu cilvēku psihohigiēnu un speciālo psihohigiēnu.

Vecuma psihohigiēna ietver sevī rūpes par cilvēka attīstību. Agrīnā bērnu vecumā īpaši tiek aplūkoti barošana, miega režīms, kustību attīstīšana (fiziskās nodarbības), bet vēlākos vecumos – apmācība skolā, pareizas garīgās un fiziskās slodzes piemērošana; tiek pētītas attiecības kolektīvā kā starp skolniekiem, tā arī starp skolniekiem un pedagogiem, bet pubertātes vecumā ļoti nozīmīga ir specialitātes izvēle un seksuālā audzināšana. Īpaša uzmanība jāpievērš skolniekiem ar ārējiem defektiem, tāpat īpašs režīms piemērojams bērniem ar novājinātu nervu sistēmu. Vecumā psihohogiēna pievērš uzmanību reizēm arvien pieaugošām grūtībām piemēroties jaunajiem apstākļiem pēc darba un sadzīves situācijas izmaiņām (sakarā ar aiziešanu pensijā vai izmaiņām ģimenes sastāvā).

Darba un apmācības psihohigiēna saistās ar pareizu profesijas izvēli, emocionālu attieksmi pret darbu, darba apstākļiem, lielu nozīmi piešķirot zinātniskai darba organizācijai. Sevišķa uzmanība ir pievērsta garīga darba higiēnai, tiek pētītas pieļaujamās slodzes normas, pārslodzes, alkohola un smēķēšanas ietekme uz garīgo darbu, kā arī iespējas ieviest tehniskos uzlabojumus garīgā darba atvieglošanai. Pētot garīgā darba organizāciju, tiek meklētas un ieteiktas metodes, kā iespējami produktīvāk domāt, lasīt, rakstīt, vieglāk un ātrāk iegaumēt, labāk mācīties, konspektēt, kā savienot darbu ar atpūtu, kā atrast individuāli piemērotu garīgā darba slodzi.

Sadzīves psihohigiēna risina jautājumus, kas saistīti ar cilvēku savstarpējām ikdienas attiecībām kolektīvā, – cīņa pret psihiskām traumām (rupjību, neiejūtību, neorganizētību, nevērību), par īpašām attiecībām, kuras kolektīvos reizēm ievieš psihiski nelīdzsvaroti cilvēki (psihopātiskas personas un psihiski slimnieki), un par šo personu ietekmi uz veselu cilvēku kolektīvu, viņu audzināšanas un pāraudzināšanas iespējām. Te pieder arī cīņa pret alkoholismu, narkomāniju. Sadzīves psihohigiēna apskata kino, radio un televīzijas pārraižu (gan formas, gan satura ziņā), literatūras nozīmi cilvēku dzīvē.

Ģimenes un seksuālās dzīves psihohigiēna sevī ietver jautājumus, kas saistīti ar laulībām (piemēroto laulības vecumu, iespējamo gadu starpību, dzimumdzīves higiēnu, attiecības ģimenē starp ģimenes locekļiem). Te pieder arī seksuālā audzināšana, medicīniskās konsultācijas personām, kas gatavojas stāties laulībā (to skaitā ģenētiskās konsultācijas), vai cilvēkiem, kuriem radušies sarežģījumi ģimenes dzīvē. Īpaši pēta psihiski izmainītu cilvēku psihi, pievēršot uzmanību iespējami vienpusīgai apdāvinātībai, novērtējot darba iespējas un iesakot īpašu, nepieciešamu audzināšanu. Te pēta arī psihiskiem slimniekiem (epilepsijas, šizofrēnijas) nepieciešamās atšķirīgās darba rekomendācijas.

Speciālā psihohigiēna nodarbojas ar atsevišķas specialitātes īpatnību izpēti (piemēram, aviācijas, kosmiskā psihohigiēna), apskata bezsvara stāvokļa ietekmi uz organismu, savstarpējo psiholoģisko saderību, komplektējot kosmonautu grupas, utt.

Psihohigiēna aptver visplašākās iedzīvotāju masas, tajā tiek izmantotas visdažādākās apmācību formas – lekcijas, radio un televīzijas pārraides, populārzinātniskā literatūra, kinofilmas utt. Psihohigiēnisko pasākumu realizēšanā piedalās visi iedzīvotāji, bet pirmām kārtām ārsti, pedagogi, audzinātāji.

Psihoprofilakse ir vispārējās profilakses nozare, kas ietver sevī pasākumus psihisko slimību novēršanai. Izšķir individuālo (personiskās higiēnas pasākumu ievērošana sadzīvē un ražošanā) un sociālo psihoprofilaksi (pasākumi, kas domāti sabiedrības veselības saglabāšanai).

Psihoprofilakse nepieciešama gan psihiski veselam, gan psihiski slimam cilvēkam. Psihoprofilkases uzdevums ir novērst iespējamo saslimšanu (absolūtā jeb pirmējā psihoprofilakse), novērst slimības sākuma formu tālāko attīstību un recidīvus slimībai ar remitējošu gaitu (sekundārā psihoprofilakse). Šim nolūkam nepieciešams vienā gadījumā novērst kaitīgo ārējo faktoru iedarbību uz organismu, bet citā – slimību agri diagnosticēt un savlaicīgi sākt ārstēšanu, kā arī veikt pasākumus (kā profilaktiskus, tā ārstnieciskus) slimības recidīvu aizkavēšanai.

Absolūtā psihoprofilakse attiecas uz visiem iedzīvotājiem un ir saistīta ar valsts pasākumiem cīņā pret infekcijām, intoksikācijām, kaitīgiem ārējās vides faktoriem. Relatīvā jeb sekundārā psihoprofilakse attiecas uz personām, kuras bijušas pakļautas kaitīgu faktoru iedarbībai (traucējumi embrionālās attīstības periodā, nelabvēlīgi iedzimtības faktori, kā arī dažādi citi ārēji iemesli, kuri reizēm varētu izraisīt psihisku slimību).

Psihoprofilaksē lieto daudzus kompleksus pasākumus:

1) nervu sistēmas psiholoģiskus un fizioloģiskus pētījumus, novērtējot izmaiņas, kādas tajā izraisa dažādu ārējo apstākļu ietekme (fizisks darbs, psihiska piepūle);

2) dažādu ārējās vides un darba apstākļu izpēti;

3) noteiktu laužu grupu medicīniskās apskates (noteiktas profesijas darbiniekiem, skolēniem);

4) iegūto statistisko datu analīzi;

5) slimības agrīno pazīmju izdalīšanu un savlaicīgu slimības ārstēšanu;

6) sanitāri izglītojošo darbu;

7) speciālu medicīnisku pasākumu organizēšanu, kas saistās ar dispanseriem, dienas stacionāriem, sanatoriju un atpūtas namu iekārtošanu un izmantošanu.

Ar psihoprofilaksi nodarbojas ārsti, galvenokārt higiēnisti, pediatri un psihiatri. Vadošā nozīme psihoprofilaktisko pasākumu realizēšanā pieder psihoneiroioģiskajiem dispanseriem (regulārām psihoprofilaktiskām apskatēm), laulību konsultācijām, ģenētiskām konsultācijām, meža skolām un logopēdiskiem kabinetiem.

Psihisko slimnieku readaptācijā un reabilitācijā nozīme ir speciālām darba terapijas darbnīcām, pareizai darba izvēlei un darba rekomendācijām, tāpat arī uzturošai medikamentozai terapijai, ko realizē psihoneiroloģiskie dispanseri.

Psihoprofilakse aptver plašas iedzīvotāju masas, un pasākumi veicami visdažādākās formās – lekcijās, radio un televīzijas pārraidēs utt. Psihoprofilakses, tāpat kā psihohigiēnas pasākumu realizēšanā piedalās visi iedzīvotāji, bet pirmām kārtām ārsti, pedagogi, audzinātāji.

Psihiatriskās palīdzības organizācija

Lai slimnieki saņemtu kvalificētu un savlaicīgu ārstēšanu, nepieciešama labi organizēta psihiatriskā palīdzība. To organizē Veselības aizsardzības ministrija kā Vissavienības mērogā, tā katrā republikā un vada Vissavienības (attiecīgi – republikas) galvenais psihiatrs.

Slimnieki psihiatrisko palīdzību galvenokārt saņem

1) ambulatori – psihoneiroloģiskajos dispanseros, psihoneiroloģiskajās nodaļās, kas ietilpst poliklīniku sastāvā, un narkoloģiskajos kabinetos. Mazāku pilsētu un lauku iedzīvotāji ar psihiskiem traucējumiem nereti ārstējas pie neiropatologiem, kas speciāli apmācīti;

2) stacionāri – psihiatriskajās slimnīcās, narkoloģiskajās slimnīcās (te ārstē slimniekus ar hronisku alkoholismu un narkomāniju) un slimnīcās, kas domātas slimniekiem ar ieilgušām psihiskām slimībām. Sociālās nodrošināšanas ministrijas organizē speciālus pansionātus, kas paredzēti cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem.

Lielās pilsētās pastāv īpaši psihiatriskie kolektori, kuros pirmo psihiatrisko palīdzību saņem cilvēki, kas ieradušies pilsētā un akūti saslimuši. Pēc psihiatra apskates slimnieki vai nu tiek ārstēti uz vietas pilsētas stacionārā, vai, ja iespējams, tiek nosūtīti tālākai ārstēšanai pēc dzīves vietas.

Ambulatora psihiatriskā palīdzība

Ambulatorā psihiatriskā palīdzība galvenokārt tiek sniegta dispanseros. Lielās pilsētās ir vairāki dispanseri, kas apkalpo noteikta rajona iedzīvotājus. Katrā dispanserā ir vairāki iecirkņi. Slimnieki atbilstoši savai dzīves vietai griežas pēc palīdzības tieši pie sava iecirkņa ārsta vai – steidzamos gadījumos – pie dežūrārsta.

Slimnieki parasti psihoneiroloģiskajā dispanserā nokļūst pēc iepriekšējas izmeklēšanas un ārstēšanas pie terapeita vai neiropatologa, kas savā nosūtījumā arī sniedz nepieciešamās ziņas par pacienta iepriekšējo slimības gaitu.

Dispanserā darbojas vairākas nodaļas, kurās tiek veikts kā nepieciešamais ārstnieciski profilaktiskais darbs, tā arī ekspertīzes, slimnieku iekārtošana darbā, tiek izšķirti jautājumi par aizbildniecību, pensijām, pabalstiem utt.

Lai sekmīgi veiktu paredzētos uzdevumus, lielos psihiatriskos dispanseros darbojas šādas nodaļas:

1) ārstnieciski profilaktiskā;
2) ekspertīzes;
3) sociālās readaptācijas;
4) darba terapijas darbnīcas un dienas stacionārs;
5) statistikas kabinets;
6) bērnu un pusaudžu kabinets;
7) narkoloģiskais kabinets;
8) logopēdiskais kabinets.

Dispanseros slimnieki var saņemt arī visu veidu ārstnieciskās procedūras (fizioterapijas kabinetos, procedūru kabinetos), tāpat slimnieku var izmeklēt rentgenoloģiski, izdarīt viņiem laboratoriskās analīzes. Ja slimniekam nepieciešama citu speciālistu konsultācija (terapeita, okulista, venerologa, neiroķirurga), tad viņš tiek nosūtīts pie attiecīgo nozaru speciālistiem.

Visi psihiskie slimnieki atrodas dispansera uzskaitē. Atkarībā no slimības diagnozes slimnieki vai nu paši regulāri apmeklē dispanseru, vai arī tiek regulāri aktīvi aicināti uz veselības stāvokļa pārbaudēm (šizofrēnijas, epilepsijas slimnieki), vai arī saņem palīdzību tikai tad, kad, stāvoklim pasliktinoties, paši pēc tās griežas (psihopātijas, neirožu gadījumos).

Ja slimnieki sava veselības stāvokļa vai psihisko traucējumu dēļ dispanserā nevar vai nevēlas ierasties, tad viņus iecirkņa ārsts un medicīnas māsas apmeklē mājās.

Dispanserā izlemj arī jautājumus par slimnieka darba spējām un nepieciešamību saņemt pensiju, izlemj par tiesībām saņemt papildu apdzīvojamo platību (slimniekiem ar hroniskām slimībām), kārto jautājumus par aizbildniecību (slimniekiem, kas psihiskās slimības rezultātā zaudējuši rīcības spējas), kā arī tiek izsniegta materiālā palīdzība pacientiem, kas dzīvo vieni un nevar strādāt.

Ļoti svarīga ir dispansera nozīme uzturošās terapijas realizēšanā. Vairums slimnieku pēc izrakstīšanās no stacionāra paliek dispansera uzskaitē un parasti ilgu laiku saņem t.s. uzturošo terapiju. Par ārstēšanu, kādu slimnieki saņēmuši stacionārā, iecirkņa ārsts uzzina no slimības vēstures izraksta, kuru slimnīcas ārstējošais ārsts nosūta uz dispanseru pa pastu. (Ziņas par psihisko slimību nekad netiek izsniegtas pašam slimniekam vai piederīgajiem.) Labi noorganizēts ambulatorais darbs ļauj slimniekiem ārstēties mājās un retāk iestāties stacionārā vai arī nemaz tajā neiestāties.

Pie lieliem dispanseriem (vai slimnīcām) ir organizēti dienas stacionāri, kuros slimnieki regulāri ierodas katru dienu, strādā, saņem ēdienu un vajadzības gadījumā arī medikamentus. Vakaros viņi atgriežas mājās. Svarīgi ir atrast katram slimniekam viņa spējām piemērotu darbu, lai viņš būtu pasargāts no pārslodzes un vienlaicīgi tiktu nodrošināts ar savai kvalifikācijai piemērotu darbu.

Dispansera ārsti veic lielu sanitārās propagandas darbu – organizē pārrunas ar iedzīvotājiem par jautājumiem, kas saistīti ar psihisko slimību profilaksi un agrīnu diagnostiku, pārrunas ar slimnieku piederīgajiem par psihiski slimu cilvēku higiēnu un izturēšanos pret viņiem. Tāpat ārsti lasa lekcijas un konsultē slimniekus citās medicīniskās iestādēs, bet bērnu psihiatri sadarbojas ar skolu ārstiem un risina jautājumus, kas saistīti ar skolēnu slodzi, psihohigiēnu un psihoprofilaksi.

Liela ir vidējā medicīnas personāla nozīme – māsas apsekotājas ierodas mājās pie tiem slimniekiem, kas paši negriežas dispanserā, lai uzzinātu par viņu veselības stāvokli un tālāk ziņotu ārstējošam ārstam. Tāpat māsas apsekotājas, kurām ir pietiekama kvalifikācija sava uzdevuma izpildei,

vajadzības gadījumos ievāc objektīvos datus par slimnieku no viņa piederīgajiem (apmeklējot tos mājās), darba vietā utt.

Stacionāra psihiatriskā palīdzība

Galvenās indikācijas slimnieka stacionēšanai ir šādas:

1) slimniekam nepieciešama tāda ārstēšana, ko var realizēt tikai stacionāra apstākļos;

2) slimniekam nepieciešama papildu izmeklēšana un novērošana diagnozes noteikšanai vai tās precizēšanai (izmantojot speciālas diagnostikas metodes);

3) slimnieks sava psihiskā stāvokļa dēļ kļuvis bīstams sev (depresija ar pašnāvības domām, atteikšanās no ēdiena) vai apkārtējiem (slimnieki ar greizsirdības vai vajāšanas murgiem, imperatīvām halucinācijām);

4) mājās nav iespējams slimnieku kopt un uzraudzīt (vientuļi slimnieki);

5) daži īpaši gadījumi – ekspertīzes, ko nevar veikt ambulatori, utt.

Slimnieks iestājas stacionārā ar dispansera nosūtījumu vai, akūtos gadījumos, ar ātrās palīdzības nosūtījumu, vai arī vispār bez tā. Dispansera nosūtījumā sniegtas ziņas par slimnieka uzvedību un saņemto terapiju, kā arī ziņas no piederīgajiem par to periodu, kad slimnieks ārstējās ambulatori. Nosūtījumā, kuru slimniekam dod pašam, vēlams rakstīt diagnozi tā, lai tā slimniekam nebūtu saprotama. Pēc ierašanās slimnīcā (slimnieks var ierasties patstāvīgi, piederīgo pavadībā vai arī tiek atvests ar ātro palīdzību) pacientu izmeklē dežūrārsts, kas arī nosaka nodaļu, kurā slimnieku ievietot. Uzņemot stacionārā, dežūrārsts slimības vēsture īsi ieraksta slimnieka subjektīvo anamnēzi, anamnēzi no piederīgajiem vai pavadītājiem (it īpaši, ja ziņas sniedz nejauši pavadītāji, kurus vēlāk nodaļā ārstējošais ārsts vairs nevarēs satikt), kā arī psihisko stāvokli. Slimnieks jāizmeklē arī somatiski, respektīvi, neiroloģiski. Ja pacients iestājas nodaļā vakarā vai naktī, kad nodaļās vairs nav ārstu, tad dežūrārsts nozīmē arī ārstēšanu, ko izpildīs māsas pēc slimnieka ierašanās nodaļā. Ja slimnieku psihiskā stāvokļa dēļ nepieciešams ievietot uzraugāmo slimnieku palātā, tad dežūrārsts slimības vēsturē izdara atzīmi, piemēram: «Stingru uzraudzību – iespējamas epileptiskas lēkmes!»

Slimnīcās ir šādas nodaļas:

1) nodaļas pirmreizējiem slimniekiem, kurās galvenokārt koncentrēts diagnostiskais darbs;

2) nodaļas atkārtotiem slimniekiem. Ja slimnieki ir akūtā stāvoklī, tad viņus parasti ievieto tajās pašās nodaļās, kur viņi ārstējās, pirmajā reizē iestājoties stacionārā. Hroniskos slimniekus, kas iestājas atkārtoti, ievieto īpašās nodaļās slimniekiem ar ieilgušām psihozēm. Uz tām pārved arī hroniskus psihiskos slimniekus no citām nodaļām.

Reizēm nodaļas dala arī t.s. mierīgo slimnieku nodaļās un t.s. nemierīgo slimnieku nodaļās. Tomēr šāds iedalījums mūsu dienās zināmā mērā ir saglabājis tikai savu vēsturisko nozīmi, jo mūsu dienās arī uzbudinājumu var kupēt diezgan īsā laikā un nemierīgi slimnieki nomierinās;

3) somatiskās nodaļas – tajās iestājas slimnieki, kuriem bez psihiskiem traucējumiem nepieciešama arī īpaša somatiska ārstēšana, īpaša kopšana un uzraudzība;

4) geriatriskās nodaļas – tajās iestājas gados veci slimnieki (bet ne hroniski slimnieki);

5) nodaļas t.s. robežu stāvokļu slimniekiem – slimniekiem ar neirotiskiem un psihopatoīdiem traucējumiem. Šajās nodaļās režīms atšķiras no pārējo psihiatrisko nodaļu režīma un ir tuvs somatisko slimnīcu nodaļu režīmam. Ir atvērto durvju sistēma utt.;

6) narkoloģiskās nodaļas. Pārsvarā slimniekus ar hronisku alkoholismu ārstē nevis vispārēja tipa slimnīcās atsevišķās nodaļās, bet īpašās slimnīcās, kuru iekārtojums un režīms atbilst tieši šim mērķim.

Atsevišķās psihiatriskās slimnīcās vēl ir īpašas nodaļas slimniekiem ar tuberkulozi. Dažās somatiskās slimnīcās ir nodaļas psihiskajiem slimniekiem, bet psihiatriskajās slimnīcās somatiskajās nodaļās – izolatori infekcijas slimību slimniekiem, kam ir psihiski traucējumi, vai psihiskiem slimniekiem, kas saslimuši ar infekcijas slimību.

Ja psihiskiem slimniekiem steidzami nepieciešama atrašanās ķirurģiskajā nodaļā, tad vai nu ķirurģiskajā nodaļā uz vietas organizē slimniekiem nepieciešamo kopšanu un īpašo uzraudzību, vai arī pie slimnieka dežurē personāls no psihiatriskās slimnīcas.

Slimnīcā katra nodaļa ir sadalīta palātās. Nodaļas iekārtojums zināmā mērā atšķiras no terapeitisko nodaļu iekārtojuma. Vairumam psihiatrisko slimnīcu nodaļu durvīs ir īpašas atslēgas, kas glabājas tikai pie personāla, un slimniekiem nav iespējams pēc savas vēlēšanās nodaļā ieiet vai no tās iziet. Vakaros un naktīs nodaļas tiek slēgtas ar divām atslēgām, taču dežūrārsts var jebkurā laikā nokļūt jebkurā nodaļā.

Galvenā psihiatriskās slimnīcas nodaļas īpatnība ir tā, ka tajā tiek realizēta ne tikai slimnieku ārstēšana, bet arī uzraudzīšana. Šim nolūkam galvenokārt kalpo t.s. uzraugāmo slimnieku palāta – istaba, kuru vispareizāk būtu iekārtot pretī medicīnas māsu istabai un kurā slimnieki pastāvīgi atrodas personāla uzraudzībā. Ja sanitāram dežūras laikā kaut uz dažām minūtēm savs postenis jāatstāj, tad viņa vietā tajā laikā paliek kāds cits no dežurējošā personāla. Uzraugāmo palātā ievieto slimniekus, kas jānovēro (slimnieki ar neskaidru diagnozi, par kuru uzvedību nepieciešams pakāpeniski iegūt pietiekami objektīvas ziņas), slimniekus, kuriem var būt nepieciešama steidzama palīdzība (slimnieki, kam iespējamas epileptiskās lēkmes, aptumšotas apziņas stāvokļi, smagi somatiski pacienti, pacienti, kas savas psihopatoloģiskās simptomātikas dēļ nesaprātīgi uzvedas vai var būt bīstami sev un apkārtējiem, – ar depresiju un pašnāvības domām, imperatīvām halucinācijām, iedarbības un vajāšanas murgiem).

Slimnieki, kuru stāvoklis uzlabojas, tiek pārvesti no uzraugāmo slimnieku palātas uz nodaļas citām palātām, kurās atrodas slimnieki, kas jūtas labāk.

Slimnieki nodaļā katru dienu iet pastaigāties. Pastaigas notiek personāla pavadībā un uzraudzībā, kā arī noteiktos laikos. Slimnieki staigā katrai nodaļai ierādītā teritorijā, kur nepiederošiem ieeja aizliegta.

Slimnieki var tikties ar apmeklētājiem (ģimenes locekļiem, darba biedriem) noteiktās dienās t.s. viesu laikā. Viena no šādām dienām parasti ir svētdiena, bet tikšanās ar piederīgajiem notiek dienas otrajā pusē. Slimnieki ar piederīgajiem vai nu satiekas nodaļas telpās, vai arī viņiem kopā ar piederīgajiem ļauj pastaigāties pa slimnīcas teritoriju. Piederīgajiem ieeja tieši palātās atļauta tikai īpašos izņēmuma gadījumos – ja slimnieku nepieciešams pabarot, bet viņš «tic» tikai piederīgajiem, bet no pārējiem murgu dēļ ēdienu baidās pieņemt u. tml.

Ja nodaļā rodas infekcijas slimība (piemēram, gripa), tad tiek nozīmēta karantīna un tikšanās ar apmeklētājiem uz laiku tiek pārtraukta.

Daudzi slimnieki piedalās darba terapijā uz vietas nodaļā, daži nodarbojas darba terapijā darbnīcās, kā arī siltumnīcā, dārzā, bet citi palīdz personālam. Notiek arī kultūras darbs – slimniekiem nodaļā ir pieejams radio, televizors, grāmatas. Slimnieki var piedalīties slimnieku mākslinieciskajā pašdarbībā speciāla instruktora vadībā, kā arī nodarboties ar ārstniecisko fizkultūru un fizkultūru instruktora vadībā.

Slimnīcā notiek visi tie paši pasākumi (ārstnieciski profilaktiskie, ekspertīzes utt.), kas dispanseros, tikai attiecīgi specializētākā līmenī. Stacionāra apstākļos slimnieku var ilgstošāk novērot un ārstēt, kā arī viņam var izdarīt tādus izmeklējumus, ko nevar izdarīt ambulatori.

Lielākās psihiatriskās slimnīcās ir klīniskās nodaļas, kurās reizē ar ārstniecisko darbu notiek kursantu, studentu un vidējā medicīnas personāla apmācības. Katedras kolektīvs ar katedras vadītāju priekšgalā sniedz savukārt ārstnieciski konsultatīvo palīdzību klīniskajām un citām nodaļām.

Sekmīgai ārstēšanai un uzraudzībai liela nozīme ir vidējam un jaunākajam medicīnas personālam.

Vecākā māsa ir ārsta palīgs, viņa seko kārtībai nodaļā – lai laikus un precīzi tiktu izpildīti nodaļas vadītāja un ārstējošo ārstu norādījumi, kā arī seko nodaļas dokumentācijai un rūpējas par kārtību nodaļā.

Procedūras māsa izdara injekcijas, izdala zāles, bet vajadzības gadījumā liek arī kompreses un izdara pārsējus, kā arī mēra slimniekiem temperatūru utt. Savus novērojumus māsas ieraksta speciālā dežūržurnāla, jo ārsti ziņas var izmantot slimību diagnostikā un terapijā.

Dežūrmāsas seko slimnieku kopšanai nodaļās, pavada slimniekus pastaigās pa teritoriju, seko tīrībai nodaļā un ir klāt, kad slimnieki tiekas ar piederīgajiem. Nepieciešamības gadījumā māsas aicina nodaļas vadītāju vai ārstējošo ārstu, bet naktīs – dežūrārstu.

Darba instruktors nodarbojas ar slimniekiem darba terapijā, kā arī nodarbību laikā seko slimnieku stāvoklim un piedalās slimnieka kopšanā un uzraudzīšanā.

Kultorgs organizē slimnieku pašdarbību. Slimnieku mākslinieciskās pašdarbības locekļi uzstājas ar priekšnesumiem pārējiem slimniekiem. Šādi sarīkojumi (parasti tie tiek organizēti pirmssvētku dienās un tajos piedalās visas slimnīcas nodaļas) ir psihoterapeitiski ļoti nozīmīgi kā pašiem pašdarbības dalībniekiem, tā arī pārējiem slimniekiem – klausītājiem.

Māsa saimniece ir palīgs vecākajai māsai saimniecības jautājumos. Viņa rūpējas par veļas sagādi, inventāru, virsvalkiem un ēdienu, kā arī sagādā dažiem slimniekiem nepieciešamo īpašo diētu utt.

Sanitāri nepārtraukti dežūras laikā atrodas pie slimniekiem palātās vai arī kopā ar viņiem pastaigās, iet pēc ēdiena uz virtuvi. Atsevišķos gadījumos pēc ārsta norādījuma sanitāri pavada slimniekus uz mājām (pēc kādiem priekšmetiem), kā arī uz papildu izmeklēšanas kabinetiem. Sanitāri palīdz slimniekus kopt, saklāj gultas, ēdina un kopj fiziski nespēcīgus pacientus, uzkopj telpas.

Slimnīcās darbs notiek maiņās, dežūru maiņa notiek rītos, kad nodaļas vadītāja un māsu klātbūtnē personāls ziņo par iepriekšējā maiņā notikušo un informē par to, kam jāpievērš uzmanība jaunās maiņas sākumā.

Kā ārsti, tā vidējais un jaunākais medicīnas personāls nepārtraukti mācās un pilnveido savas zināšanas, gan apmeklējot speciāli organizētus kursus, gan arī ik dienas konferencēs, konsultācijās un individuālās pārrunās. Slimnīcā notiek lekcijas medicīnas personālam, dažādas skates un konkursi, tiek vērtēti darba rezultāti un izteiktas kritiskas piezīmes par trūkumiem. Nodaļās regulāri notiek ražošanas sapulces.

Slimnieki, kam ir psihiskas slimības ieilgušas formas, vēl var tikt ievietoti īpašās slimnīcās, kur tāpat slimnieki saņem ārstēšanu, kopšanu, uzraudzību, bet kurās viņi atrodas gadiem ilgi.

Daži nepareizi priekšstati par psihiatrisko slimnīcu un psihiatriju

Nepareizais priekšstats par psihiatriju galvenokārt ir radies viegli pieejamu, bet tomēr ne visai objektīvu materiālu ietekmē, – lasot daiļliteratūru, noskatoties kinofilmas (pārsvarā komēdiju žanra), kā arī sarunājoties ar cilvēkiem, kuriem trūkst sīkāku priekšstatu par šo specialitāti.

Psihiatriskā palīdzība ik gadus paplašinās. Daudzās pilsētās tiek celti jauni psihiatrisko slimnīcu korpusi, kuriem logu priekšā nav restu (ir neplīstošie stikli), gaiteņos ir ziedi, atpūtas istabās slimnieki var klausīties radiopārraides vai skatīties televīziju. Pieejami laikraksti, žurnāli, grāmatas.

Nepareizi ir vairāki joprojām izplatīti uzskati, ka slimnieki psihotiskajā stāvoklī nesaprot, kas ar viņiem notiek, un neprot novērtēt, kā pret viņiem izturas. Īstenībā, izņemot samērā retos gadījumus, kad slimnieki atrodas aptumšotas apziņas vai katatonā stupora stāvoklī, pacienti vienmēr atceras, kā pret viņiem izturējās apkārtējie cilvēki un nodaļas personāls.

Pārspīlētas ir bailes, it kā psihiskie slimnieki būtu bīstami apkārtējiem cilvēkiem. Slimnieki ar uzbudinājumu, eksplozivitāti iestājas arī citu slimnīcu nodaļās (piemēram, ķirurģiskajās pēc traumām), bet noziegumu skaita ziņā, kā rāda statistika, psihisko slimnieku vieta, salīdzinot ar garīgi veseliem, ir ļoti niecīga (šeit nav runa par nozieguma izdarīšanu alkohola reibumā).

Nepareizs ir arī reizēm sastopamais uzskats, it kā psihiskās slimības (it īpaši šizofrēnija) būtu neārstējamas. Īstenībā nav neārstējamas slimības, bet gan katrā konkrētā gadījumā slimība vieglāk vai grūtāk padodas terapijai, pie tam šādi gadījumi atrodami slimniekiem ar dažādām slimībām (to skaitā arī ar somatiskām). Ļoti bieži arī šizofrēnijas slimnieki sekmīgi strādā un uzturas ģimenēs, bet pie psihiatra pacienti pirmo reizi nokļūst nejauši – ekspertīzei pēc kāda konflikta.

Daudzos gadījumos lielākie un nepatīkamākie negatīvie pārdzīvojumi slimniekiem sākas pēc tam, kad pacienti pēc ārstēšanās izrakstās no slimnīcas. Nereti darba biedri un piederīgie, pat paši to negribēdami, izraisa pacientam smagas psihotraumas. Tās sākas ar to, ka apšauba, vai slimnieku var pielaist pie iepriekšējā darba, vai viņš var atgriezties ģimenē. (Vai nav kļuvis apkārtējiem bīstams? Vai ir par savu rīcību atbildīgs?) Nereti slimniekus, lai arī cik labā stāvoklī viņi izrakstītos, veselie sagaida ar aizdomām un nepamatoti uzskata par invalīdiem. Reizēm mainās arī attiecības pret slimnieku ģimenē.

Kā liecina vēsture, savu dzīvi psihiatriskajās slimnīcās beiguši franču rakstnieks G. de Mopasāns, epileptiskās lēkmes bijušas Van Gogam un F. Dostojevskim. Ar psihisku slimību slimojis pasaules šaha čempions P. Morfijs, tomēr tas netraucējis viņus, veselības stāvoklim uzlabojoties, radīt un atstāt pasaulei mākslas šedevrus. Ar psihiskām slimībām slimojuši arī rakstnieki E. Hemingvejs, N. Gogolis, J. Poruks, G. Grīziņš,[73] gleznotājs J. Irbe un daudzi citi, kas pasaulei atstājuši lielas māksliniecisk as vērtības.

Cīņa pret vēl palikušajiem aizspriedumiem ir aktuāls psihiatru un visa medicīnas personāla uzdevums.

Psihisko slimnieku ekspertīze

Psihiatriskajos stacionāros un dispanseros jārisina ne tikai ārstnieciski, bet arī ekspertīzes jautājumi par

1) darba spēju noteikšanu,
2) pieskaitāmības un rīcības spēju noteikšanu,
3) derīgumu karadienestam Padomju Armijā.

[73] **V.E.:** Jādomā – Jānis Grīziņš {L-GRIZIN}.

Darba spēju noteikšana. Psihiskajiem slimniekiem atkarībā no slimības gaitā iegūtā darba spēju samazinājuma vai zuduma (tāpat kā citu slimību gadījumos) tiek piešķirta pirmā, otrā vai trešā invaliditātes grupa.

I invaliditātes grupu piešķir slimniekiem, kas pilnīgi ir zaudējuši darba spējas un ir pastāvīgi kopjami un uzraugāmi. Te galvenokārt pieder pacienti ar totālu plānprātību, kā arī slimnieki smagā šizofrēnijas un epilepsijas defekta stāvoklī. II invaliditātes grupu piešķir slimniekiem, kas pilnīgi ir zaudējuši darba spējas kā savā, tā arī citā specialitātē. III invaliditātes grupu piešķir slimniekiem, kuri nav spējīgi strādāt savā profesijā iepriekšējā apjomā, bet kuri var izmantot savas vēl saglabātās darba spējas vieglākā darbā. Invaliditātes II un III grupu parasti nepiešķir uz mūžu, bet gan uz noteiktu laiku. Atkārtotā slimnieka apskatē pēc laika šīs invaliditātes grupas var tikt izmainītas vai arī pilnīgi noņemtas, un pacienti var, veselības stāvoklim uzlabojoties, atgriezties iepriekšējā darbā. Tas galvenokārt attiecas uz periodiskas norises slimībām, to skaitā pacientiem ar šizofrēniju un maniakāli depresīvo psihozi.

Vairāku psihisko slimību gadījumos pacientiem ir īpaši ierobežojumi profesijas izvēlē: šizofrēnijas slimnieki nevar vadīt automašīnu un strādāt darbu, kurā izmantojams ierocis; epilepsijas slimnieki bez tam nevar strādāt augstumā, pie rotējošiem mehānismiem, pie atklātas uguns un ūdens. Hroniski alkoholiķi nevar būt šoferi. Visos gadījumos darba spējas izlemj ārstu konsultatīvā komisija (AKK).

Tiesu psihiatriskā ekspertīze. Par slimnieka pieskaitāmību (kriminālatbildību) un rīcības spējām (aizbildniecības nepieciešamību) lemj ārstu komisija, kurā piedalās speciāli sagatavoti tiesu psihiatrijas eksperti.

Ekspertīzes uzdevums ir noteikt, vai pārbaudāmā persona sava psihiskā stāvokļa dēļ ir atbildīga par izdarīto likuma pārkāpumu. Piemēram, slimnieks, kas izdarījis noziegumu psihiski patoloģiskā stāvoklī (ja viņam ir murgi, halucinācijas), parasti (bet ne absolūti visos gadījumos!) netiek tiesāts. Atkarībā no izdarītā nozieguma smaguma tiek lemts jautājums par to, vai slimniekam piemērojama piespiedu ārstēšanās vai ārstēšanās psihiatriskajā slimnīcā uz vispārējiem noteikumiem, vai viņš nododams aizbildņa uzraudzībā, vai lieta vienkārši izbeidzama. Visus šos jautājumus, kā arī piespiedu ārstēšanās ilgumu un tās izbeigšanu, lemj nevis ārsti, bet tiesa.

Izlemjot jautājumus par slimnieku pieskaitāmību, ekspertīzē izmanto kā medicīniskus materiālus, tā izmeklētāju ziņas, liecinieku datus un citu materiālu, kas ir saistīts ar izdarīto noziegumu un ir nepieciešams, lai novērtētu, vai pārbaudāmā persona nozieguma pastrādāšanas laikā bija par savu rīcību atbildīga vai ne. Fakts, ka tiesājamais slimo ar psihisku slimību un atrodas pie psihiatra uzskaitē, vēl pats par sevi neizlemj jautājumu par nepieskaitāmību (piemēram, personas, kas pārcietušas galvas traumas, kā arī psihopātiskas personības par pastrādātiem noziegumiem visbiežāk ir atbildīgas). No atbildības neatbrīvo arī alkohola reibums.

Kara ekspertīze. Ekspertīzē ārstu komisija izlemj jautājumu par indivīda derīgumu karadienestam vai par atbrīvošanu no dienesta armijā, ja slimība sākusies dienesta laikā. Par slimībām un to izpausmēm, kas var pamatot atbrīvošanu no karadienesta, lemj, vadoties pēc īpaši izstrādātām instrukcijām.

Psihisko slimnieku kopšana un uzraudzība

Vispārēji noteikumi. Prof. P. Stradiņš uzrunā jaunajiem ārstiem 1945. gadā teica: «Medicīna prasa no cilvēka visu – lielu piepūli, nenormētu darba laiku, naktis, atsacīšanos no personīgās dzīves. Ārsts reti redz ģimeni. Ārsts nes lielu atbildību operējot. Ārsts, katram pacientam līdzi ciešot, sadragā savu nervu sistēmu. Ārsts pārnes mājās lipīgas slimības, daudzi ķirurgi un patologanatomi inficējušies paši, miruši no asinssaindēšanās, rentgena ārsti ir apdedzinājušies. Tas viss atsaucas uz mūža ilgumu – ārsti caurmērā mirst agri.

Vajadzīgs liels ideālisms, lai būtu par ārstu. Un tieši tādēļ ārsta arods jau pirms gadu simtiem, kopš Homēra un Hipokrata stāvējis augstu, ārsti uzlūkoti kā likteņa svaidīti cilvēki. Medicīna no cilvēka daudz prasa, bet arī daudz dod».

Ļoti grūts ir ārsta psihiatra un pārējā psihiatrisko iestāžu medicīnas personāla darbs. Ikdienas darbā nepieciešams liels sasprindzinājums un pacietība, tomēr darbs ar slimniekiem sniedz arī lielu apmierinājumu.

Krievu psihiatrs S. Korsakovs rakstīja: «Šis apvienojums – no vienas puses – nepieciešamība novērst un atvieglot cilvēku ciešanas, bet – no otras puses – nepieciešamība pēc augstākām zināšanām – veido mūsu zinātni par tādu, kurai domājoši cilvēki, neskatoties uz darba grūtībām, labprāt ziedo dzīvi. Cilvēks, kurš labprātīgi ir uzņēmies kalpot šai zinātnei, gandrīz nekad to neatstāj».

Psihiatra darbs māca novērošanas spējas, pieradina pie savaldības, iemāca labāk saprast kā sevi, tā citus, dziļāk izzināt psihiski veselus un pareizāk vērtēt psihiski slimus cilvēkus. Nepareizi būtu domāt, ka pēdējos gadu desmitos kopš modernās psihofarmakoloģijas ieviešanas un jaunākajiem sasniegumiem psihisko slimību ārstēšanā psihiatrija pārstājusi būt par psihiatriju. Kaut arī tagad biežāk novēro citādus psihopatoloģiskos stāvokļus nekā pirms gadu simtiem vai gadu desmitiem, tomēr psihiatrijas specifika ir palikusi neizmainīta.

Mūsu dienās samērā viegli var likvidēt uzbudinājumu, tādēļ tā saucamās nemierīgo slimnieku nodaļas gandrīz ne ar ko neatšķiras no t.s. mierīgo slimnieku nodaļām un šādi apzīmējumi drīzāk saglabā tikai savu tradicionālo nozīmi. Tagad psihiatriem daudz biežāk jāsastopas ar tādiem slimniekiem, kas agrāk reti nokļuva vai vispār nenokļuva psihiatra redzes lokā. Tie ir slimnieki ar psihopātisku uzvedību un neirotiskām sūdzībām, gadījumi, kad aktuāla ir diferenciāldiagnostika ne tikai starp psihopātisku uzvedību un neirotiskām sūdzībām, bet arī starp psihopātiju un normu, pedagoģiski deficitāriem gadījumiem un normu, kad jāizšķir jautājums, vai slimnieks jāārstē psihiatriskā, terapeitiskā vai neiroloģiskā nodaļā, vai arī vispār nav jāārstē un viņam nepieciešams pielietot nevis ārstnieciskus, bet pedagoģiskus pasākumus.

Šādi slimnieki sagādā ne mazumu grūtību un prasa no personāla ne mazāku modrību, pacietību, izturību un profesionālu gatavību kā citi slimnieki. Tā ir visāda veida uzvedības patoloģija, kas tagad norisinās «augstākā līmenī», kas ir it kā kļuvusi «apzinīgāka», kaut arī var būt ar antisociālu ievirzi un aplamām sūdzībām, ļaunumu, rupjību, nesavaldību, ciniskumu, pretenciozitāti un pat agresivitāti. Medicīnas personāla darbs psihiatriskajos stacionāros mūsu dienās gan ir izmainījies, salīdzinot ar periodu, kad galvenās grūtības radīja uzbudināti slimnieki, tomēr darbs psihiatriskajā nodaļā tāpat paliek sasprindzināts un grūts, bet reizē interesants un vajadzīgs. Atrast īsto pieeju katram konkrētam slimniekam ir ļoti grūti, un ne vienmēr tas uzreiz izdodas. Neviens nav pasargāts no tā, lai reizēm nerastos pārpratumi, nesaprašanās un pat konflikti.

Tāpat kā veseliem cilvēkiem ir dažāds raksturs un dažāda vēlēšanās pēc garām sarunām vai klusuma, dažāda tieksme dalīties savos pārdzīvojumos ar apkārtējiem vai tikai ar pāris tuvākiem cilvēkiem, tāpat to vēl jo vairāk novēro psihiski slimu cilvēku raksturā.

Pret dažādiem psihiskiem slimniekiem pat līdzīgās situācijās jāizturas atšķirīgi un stingri individuāli. Bet, tikai atrodot katram slimniekam pareizo pieeju, var panākt labu kontaktu ar slimniekiem un optimālos rezultātus ārstēšanā, kā arī kārtību un disciplīnu nodaļā un labvēlīgas attiecības starp slimniekiem.

Visumā pret psihiski slimu cilvēku jāizturas tāpat kā pret veselu, tomēr personāla (veselā cilvēka) prāts, pieklājība un takta izjūta palīdz izšķirties, kā pareizāk rīkoties katrā konkrētā situācijā.

Kontaktā ar slimnieku jāpanāk, lai slimnieks uzticētos ārstam un visiem viņa ieteikumiem un nozīmējumiem, lai slimnieks ticētu, ka tie viņam ir vajadzīgi un ka viņš tiek ārstēts pareizi. Slimniekam tāpat jāpaļaujas uz vidējā medicīnas personāla rīcību. Tajā pašā laikā šis ciešais kontakts nekad nedrīkst pārsniegt kādu zināmu robežu, jo tad personāls zaudēs autoritāti un terapija kļūs mazāk efektīva. Tas notiks, ja savstarpējās attiecības kļūs familiāras, ja slimnieks ārstējošo ārstu sāks uzskatīt par sev līdzīgu, nevis par cilvēku, kas medicīnas zināšanās par viņu ir stipri pārāks.

Pareiza pieeja slimniekam ir stipri individuāla un ir atkarīga no daudziem faktoriem – kā ilgstošiem, vairāk vai mazāk pastāvīgiem, tā arī strauji pārejošiem un mainīgiem. Liela nozīme ir gan pacienta personības īpatnībām līdz slimībai, tā arī psihopatoloģiskajam stāvoklim slimības laikā, t.i., tai psihopatoloģiskajai simptomātikai, kas radusies slimības rezultātā un vairāk vai mazāk ir pārveidojusi cilvēka psihi.

Pats par sevi saprotams, ka «individuāla pieeja» nenozīmē kādu slimnieku «priviliģētu» stāvokli atkarībā no pacientu dienesta stāvokļa vai slimnieku piederīgo sociālā stāvokļa. Individualizēta attieksme nenozīmē arī to, ka pret vienu slimnieku varētu izturēties rūpīgāk, bet pret citiem mazāk rūpīgi, paviršāk. Tas nozīmē tikai to, ka medicīnas personāla darbā nevar būt šablonisms, ka katrs kontakts ar slimnieku prasa zināšanas, iemaņas, piepūli, kā arī intuīciju un pieredzi.

Ja jāpieņem lēmumi, kuru rezultātā ārēji var rasties iespaids par kāda slimnieka «neatkarības ierobežošanu» un citu slimnieku lielāku vaļību disciplīnā, tad tie pietiekami jāpamato un jāmotivē, lai to saprastu ne tikai personāls, bet arī paši nodaļas slimnieki.

Ārstnieciskos, kopšanas un uzraudzības nolūkos atšķirīga ir attieksme pret slimnieku akūta uzbudinājuma stāvoklī un pret slimnieku ar neirotiskām sūdzībām, pret šizofrēnijas defekta slimnieku, kas nepieejams savas murgainās pārliecības dēļ, un pret astenizētu slimnieku, kas tikai nesen pārcietis galvas smadzeņu traumu un atrodas stacionārā ekspertīzes nolūkā darba spēju noteikšanai.

Tā, piemēram, slimniekiem ar domām par pašnāvību vai bēgšanas plāniem jānodrošina pietiekami stingra uzraudzība, vajadzības gadījumos pat ierobežojot pastaigas un tikšanos ar piederīgajiem un paziņām, kas slimniekus apmeklē nodaļā. Slimniekiem, kas cieš no uzmācīgām bailēm iziet ārpus nodaļas, turpretī jārada iespējami apstākļi, lai viņi pamazām iegūtu arvien lielāku pārliecību par saviem spēkiem un spējām, lielāku patstāvību, lai viņi vairāk un ilgāk varētu pastaigāties pa slimnīcas teritoriju arī bez personāla un citu slimnieku klātbūtnes.

Slimnieki ar hronisku alkoholismu intensīvi jānodarbina darba terapijā, viņiem ārstnieciski pedagoģiskos nolūkos jāuzstāda lielākas prasības noteiktu uzdevumu izpildē nekā slimniekam ar depresiju, kurš sevi murgainu pašapsūdzības domu dēļ uzskata par liekēdi un aktīvi pieprasa dot darbu, lai tādējādi varētu izpirkt savu šķietamo vainu pārējo cilvēku priekšā.

Individuāli motivēta atšķirīga attieksme, izņēmumu gadījumos pat pieļaujot atkāpes no nodaļas režīma, ir ne tikai pieļaujama, bet pat nepieciešama slimnieku terapijai. Apskatītajos konkrētajos gadījumos formāli vienādu prasību izvirzīšana visiem slimniekiem tikai pasliktinātu viņu stāvokli, nevis sekmētu, bet gan kavētu izveseļošanos.

Kontakts ar slimnieku var rasties atšķirīgs atkarībā no slimnieka personības un psihiskā stāvokļa. Tajos gadījumos, kad slimnieks pats griezies pēc palīdzības un vēlas ārstēties, kontakts ar pacientu parasti ir labs. Savādāk ir tajos gadījumos, kad slimnieks kaut kāda iemesla dēļ uzskata, ka viņš stacionēts nevajadzīgi, «nepelnīti», vai reizēm pat stacionēšanu uzskata gandrīz par sodu.

Daži ekspertīzes slimnieki (kara ekspertīzei, oligofrēnijas pakāpes noteikšanai) izturas pret nodaļas personālu un apkārtējiem slimniekiem it kā ar pārākuma sajūtu, jo viņi uzskata paši sevi par veseliem un tādēļ it kā «pārākiem» par slimniekiem ar psihotiskiem traucējumiem. Viņi nereti jūtas stacionārā tā, it kā būtu te nejauši iekļuvuši un nepiederoši, it kā būtu nepiemēroti psihiatriskajai nodaļai. Daži slimnieki (pārsvarā ar disforijām, histēriju) jūt pastāvīgu tieksmi konfliktēt un mēģina konfliktos iesaistīt arī medicīnas personālu.

Ir slimnieki, kas jūt vajadzību bieži un gari parunāties. Viņi to dara, tiekoties gan ar ārstu un medicīnas māsām, gan arī ar citiem slimniekiem. Turpretī citi slimnieki pat par niecīgu izjautāšanu jūtas apgrūtināti un nevēlas atklāt savus pārdzīvojumus.

Slimnieki, kuri pastāvīgi jūtas slikti, kuriem ir nomākts garastāvoklis, sāpes un smagi psihopatoloģiski pārdzīvojumi, jutīsies iepriecināti, ja personāls viņiem biežāk pievērsīs uzmanību un apjautāsies par viņu veselības stāvokli, turpretī slimnieki, kas ir ieradušies uz ekspertīzi un uzskata sevi par veseliem, gaida izrakstīšanu, pat apvainosies, ja personāls interesēsies par viņu «slimības izpausmēm».

Jo cilvēks subjektīvi jūtas smagāk, jo vairāk viņš jūt vajadzību pēc rūpēm un uzmanības – un otrādi. Slimnieku, kas jūtas vesels vai arī iestājas stacionārā jau pēc akūta stāvokļa izbeigšanās, rūpes un uzmanība reizēm var pat traucēt. Tādam slimniekam personāla uzmanība var likties lieka sentimentalitāte un pat nevajadzīga uzbāzība. Tātad, kaut arī pretestību var izraisīt kā liela interese par slimnieku, tā arī tādas intereses trūkums, tad tomēr labāk, lai medicīnas personālam pārmet pirmo atkāpi nekā otro. Visumā slimnieki drīzāk cieš no intereses trūkuma par viņiem nekā no pārāk lielām rūpēm.

Slimnieki reizēm lūdz personālu palīdzēt nokārtot neatliekamus pasākumus. Slimnieki grib paziņot piederīgajiem par atrašanos slimnīcā, tādēļ lūdz atļauju runāt pa telefonu. Tāda atļauja slimniekiem tiek dota, ja vien nav kādu īpašu apstākļu, kas to liedz darīt. Reizēm slimnieki vēlas izņemt pastā naudu, pensiju un tam nolūkam izsniedz pilnvaras piederīgajiem. Pretējos gadījumos, kad slimnieki, kaut arī psihotiskā stāvokļa dēļ, piederīgajiem šādas pilnvaras nevēlas izsniegt, personālam ar slimnieka domām (kaut arī murgainām) noteikti ir jārēķinās.

Slimnieki parasti lūdz, lai piederīgie viņiem no mājām atnestu grāmatas, iesāktos darba materiālus, ko turpināt apstrādāt nodaļā. Šādi lūgumi pieļaujami, un piederīgie viņu vajadzības drīkst apmierināt. Grāmatas nododamas vai nu tieši slimniekam, vai slimniekam ar personāla starpniecību. Turpretī, ja slimnieks dzīvo viens, tad nedrīkst atļaut viņa dzīvoklī ar atslēgām ierasties kādam citam cilvēkam (kaut arī ar slimnieka atļauju). Ja radusies nepieciešamība un ir iespējams, tad slimnieku atlaiž uz māju personāla pavadībā, bet pēc tam atkal viņam jāatgriežas slimnīcā.

Reizēm slimnieks ir pārliecināts, ka paralēli slimo ar kādu somatisku slimību, un uz slimnīcu ņem līdzi savus personiskos medikamentus, nereti homeopātiskos līdzekļus, un lūdz atļauju tos lietot. Ārsta rīcībai jābūt atkarīgai no līdzpaņemtajiem medikamentiem. Nav pieļaujams, lai ārstniecības iestādē lietotu nepārbaudītus «tautas medicīnas» līdzekļus vai neatbilstošas zāles, bet, ja medikamenti, ko slimnieks ilgstoši saņem, ir pamatoti, kaut arī pašreiz nav absolūti nepieciešami (piemēram, sirds līdzekļi, kādi noteikti preparāti, kas ir analogi stacionārā pieejamiem medikamentiem), tad nav iemesla slimniekam atteikt. Viņam pirms tam jāpaskaidro, ka arī nodaļā ir iespējams saņemt tādus pašus vai arī

līdzīgus preparātus un ka, pēc ārstējošā ārsta vai konsultanta domām, agrāk lietotie preparāti tagad nav nepieciešami. Parasti pēc šādas izskaidrošanas slimnieki nomierinās un neceļ pretenzijas pret ārstēšanu nodaļā.

Daži slimnieki ir pieraduši pie īpaša režīma un higiēnisko pasākumu kompleksa, ko vēlas ievērot arī nodaļā. Tos var atļaut atkarībā no tā, cik tie ir nepieciešami un vai nav pretrunā ar nodaļas kārtību. Piemēram, slimniekam nodaļā nevar nodrošināt pilnīgu klusumu un atrašanos vienatnē, bet nevar būt iebildumu, ja slimnieks vēlas mazgāties biežāk nekā pārējie, vēlas «diētas nolūkos» pārsvarā lietot no mājām pienestos produktus vai arī ēst biežāk nekā slimnīcā pieņemts.

Protams, slimnieku murgaina rakstura lūgumus neizpilda. Slimniekam ar murgiem nevar atļaut zvanīt pa telefonu dažādām iestādēm. Par slimnieka murgaino uzvedību jābrīdina arī piederīgie, lai tie neizpildītu kādu nesaprātīgu slimnieka vēlēšanos.

Reizēm slimnieki izsaka vidējam medicīnas personālam tādus lūgumus, kādus nesaka ārstam, piemēram, vēlēšanos redzēt slimības vēsturi. Stingri jābrīdina, ka nekad un nevienam slimniekam nedrīkst rādīt slimības vēsturi, kaut arī slimnieki savu vēlēšanos redzēt vēsturi un uzzināt savu diagnozi motivē tā, ka viņi pašreiz visvairāk ciešot nevis no slimības, bet no neziņas, kas ar viņiem esot. Tikko viņi zināšot diagnozi, kaut arī tā būtu visļaunākā, tūlīt kļūšot skaidrs, kā turpmāk izturēties, un viņi uzreiz jutīšoties labāk.

Ideālā gadījumā visas slimnieku rakstura un psihiskā stāvokļa īpatnības jāzina un jāievēro, lai ar slimnieku uzturētu optimālu kontaktu. Tomēr ir arī daži noteikumi, kas jāievēro vienmēr un visos gadījumos kontaktā ar jebkuru pacientu.

Personālam obligāti vienmēr pret jebkuru slimnieku jābūt profesionāli laipnam, pat neskatoties uz slimnieka pretenciozitāti, kaprīzēm, varbūtēju rupjību. Laipnība neizslēdz (drīzāk palīdz realizēt!) nepieciešamo stingro attieksmi pret slimniekiem un liecina par augstu darba kultūru. Personāls nedrīkst izturēties salkani vai glaimīgi, tas izraisa slimniekos negatīvu reakciju. Laipnība nav savienojama arī ar familiaritāti, attiecībās ar slimnieku arvien nepieciešams ieturēt zināmu distanci. Slimniekam visu laiku jājūt, ka personāls izturas stingri, prasīgi, bet vienlaicīgi arī taisnīgi.

Pat konflikta gadījumos medicīnas darbinieks nedrīkst kļūt netaktisks un vulgārs, viņam ārēji jābūt mierīgam un savaldīgam. Jāuzsver, ka ārējā savaldība nedrīkst pārvērsties par ironiju vai apkārtējiem pamanāmu uzspēli. Nevar, protams, vēlēties, lai personāls, burtiski, pārdzīvotu katra slimnieka ciešanas, bet uzmanībai un ieinteresētībai par slimnieka likteni jābūt vienmēr.

Ikvienam medicīnas darbiniekam var atgadīties smagi pārdzīvojumi un personiskas nepatikšanas, tomēr disciplinēts un kulturāls medicīnas darbinieks par to nekad neliks slimniekiem manīt un viņa personiskās neveiksmes neatsauksies uz darbu.

Ikviens slimnieks ir jāciena, kaut arī viņš sava psihotiskā vai psihopatoīdā stāvokļa dēļ reizēm izraisa pat pretējas emocijas. Personālam slimnieks vienmēr jāuzrunā ar «jūs», pie tam šajā pieklājības formā nedrīkst pieļaut nekādas atkāpes pat tad, ja slimnieks atrodas psihotiskā stāvoklī, piemēram, katatonā stuporā, ja viņš ir bezpalīdzīgs vai plānprātīgs. Ja arī ārsts reizēm atkāpjas no minētas formas (ja šāds sarunas veids konkrētajā gadījumā var dot labākus rezultātus), tad medicīnas māsas to nedrīkst darīt nevienā gadījumā.

Dažreiz slimnieki psihotiskā stāvoklī mēģina neveiksmīgi jokot, būt asprātīgi. Šajos gadījumos par slimnieka izteicieniem nedrīkst smieties. Nedrīkst smieties arī tādos gadījumos, kad pacients ironizē pats par sevi.

Ja slimniekiem izsaka kādus aizrādījumus, tas jādara klusām, bez citu slimnieku klātbūtnes. Par slimnieka pārkāpumu pēc vienas reizes pārrunas viņam par to vairs nevajag atgādināt. Kā aktieri zina apmēram 20 veidu, kā iespert ar kāju, tā ir arī daudzi atšķirīgi veidi, kā slimniekam aizrādīt, lai viņā neizraisītu protestu un spītu, bet gan vēlēšanos turpmāk labāk ievērot disciplīnu.

Darbā liela nozīme ir medicīnas personāla stājai, pat sejas izteiksmei. Prakse rāda, ka vienādos apstākļos (strādājot vienā un tajā pašā nodaļā ar vienu un to pašu slodzi) dažas medicīnas māsas ir iemantojušas slimnieku cieņu ar savu akurātību, disciplinētību, laipnību, pie viņām slimnieki ir ar mieru iet uz vissarežģītākajām procedūrām, turpretī pie citām slimnieki nevēlas iet pat saņemt zāles, lai nedzirdētu ironiju, nelaipnību, neredzētu neapmierināto sejas izteiksmi. Psihiskie slimnieki parasti labi prot atšķirt apkārtējo cilvēku pozitīvo vai negatīvo attieksmi. Gadījumu, kad slimnieki to novērtē aplami, viņiem atrodoties psihotiskā stāvoklī vai arī personības izmainu dēļ, kuras radušās pārciestu psihisku slimību rezultātā, ir salīdzinoši mazāk.

Vidējam medicīnas personālam dežūras laikā ar slimnieku ir jārunā. Tas ne tikai dod nepieciešamo savstarpējo kontaktu, bet tā var arī iegūt ziņas, kas palīdz diagnozes noteikšanā un ārstēšanā.

Visas ziņas, kas iegūtas no slimnieka, kā arī fakts, kādi slimnieki (to skaitā plaši pazīstami cilvēki) ārstējas psihiatriskajā slimnīcā, kādas viņiem ir diagnozes vai kāpēc viņi iestājušies, ir neizpaužams noslēpums, kas jāievēro kā ārstam, tā medicīnas māsām un sanitāriem. Šīs ziņas nedrīkst izplatīt ārpus nodaļas un tās nedrīkst izmantot citiem nolūkiem kā tikai slimnieka diagnozes pareizākai noteikšanai un terapijas rezultātu kontrolei.

Vēstules, ko slimnieki saņem vai izsūta no nodaļas, personāls kontrolē. Nesaprātīgas, dezorientējošas vēstules, kas varētu radīt pārpratumus, no nodaļas netiek izsūtītas, bet tās tiek ievietotas slimības vēsturē. Tāpat slimniekiem netiek nodotas pirms viņu stāvokļa uzlabošanās tādas saņemtās vēstules, kuru saturs var slimnieka psihisko stāvokli pasliktināt. Vēstules saturs tāpat ir noslēpums.

Gadās, ka slimnieks akūtā stāvoklī atklāj personālam arī dienesta noslēpumus. Šajā gadījumā sarunu novirza uz citu tēmu un par to slimnieku aktīvi neizjautā. Ja arī slimnieks pats izpaudis slepenas ziņas, tad tās neatzīmē ne novērojumu žurnālā, ne slimības vēsturē.

Sarunā ar slimnieku galvenokārt jāskar pacienta veselības stāvoklis un jautājumi, kas ar to ciešā sakarā. Vidējais medicīnas personāls neizjautā slimnieku par viņa personisko dzīvi un intīmiem sīkumiem. To gan darīs ārsts, jo visas šīs šķietami nenozīmīgās detaļas ir svarīgas diagnostikā un ārstēšanā. Ja sarunu par šādu tēmu sāk pats slimnieks, tad medicīnas māsas takta sajūta pateiks, vai šāda saruna vēlama, vai to labāk novirzīt uz citiem tematiem. Tā kā slimniekiem ar medicīnas māsām un sanitāriem laika ziņā ir ilgāks kontakts, tad viņu savstarpējās sarunas nejauši var novirzīties uz visādiem slimniekus interesējošiem jautājumiem. Jāatceras, ka nedrīkst pārrunāt ar slimniekiem par nodaļas ārstiem, medicīnas iespējām, slimībām, nodaļas kārtību un citiem līdzīgiem jautājumiem, kurus nereti slimnieki vēlas apspriest ar sanitāriem un vidējo medicīnas personālu vakara stundās. Tāpat nav pieņemts medicīnas darbiniekiem stāstīt slimniekiem par sevi, saviem pārdzīvojumiem un atgadījumiem, dalīties ar slimnieku savās bēdās, šaubās un aizdomās. Tas ne tikai nav savienojams ar medicīnas darbinieku ētiku, bet murgainiem vai depresīviem slimniekiem var pat izraisīt stāvokļa pasliktināšanos, jo katrs neuzmanīgs vai nevietā pateikts vārds, it īpaši no medicīnas personāla puses, var izraisīt jatrogēniju.

Slimnieku klātbūtnē (tas galvenokārt jāievēro sanitārēm dežūras laikā) nedrīkst notikt savstarpējas sarunas par blakus lietām, jo slimnieki tādu attieksmi pamatoti novērtēs kā nevērību pret savu stāvokli. Pats par sevi saprotams, ka tāpat slimnieka klātbūtnē nedrīkst sačukstēties vai smieties par iemesliem, kas nav visiem saprotami (slimnieks domās, ka smejas vai sačukstas par viņu).

Vidējam medicīnas personālam jāizpilda speciāls dežūras žurnāls, kurā atzīmē visu nozīmīgo, kas dežūras laikā nodaļā noticis, ieraksta par visiem tiem slimniekiem, kas atrodas īpašā uzraudzībā (parasti tie ir jaunie slimnieki). Slimniekus, kurus nepieciešams īpaši novērot, nosaka ārsts. Dežurējošam personālam vēl jāapraksta slimnieki, kuru veselības stāvoklī radušās kādas izmaiņas, kuriem doti kādi iepriekš neparedzēti medikamenti, kuri slikti gulējuši vai atteikušies dzert zāles, kuriem izmainījies psihiskais stāvoklis, bijušas epileptiskas vai citādas lēkmes, utt. Ieraksts dežūržurnālā jāizdara skaidri, lakoniski, tam jābūt pietiekami informatīvam un profesionālā līmenī – medicīnas personālam, kas strādā psihiatriskajā nodaļā, jāprot pareizi novērtēt ar slimniekiem notikušās pārmaiņas.

> ... Slimnieks A. vakar vakarā pēc tikšanās ar piederīgajiem jutās slikti, daudz staigāja pa koridoru, smēķēja vairāk nekā parasti un ilgi nevarēja aizmigt. Teica, ka esot nesaskaņas ar sievu. Sieva nesaprotot, kāpēc viņš tik ilgi atrodoties slimnīcā un negribot pats sevi saņemt rokās un sākt atkal strādāt. Slimnieks A. izteicās, ka tad, ja iesāktā ārstēšana nepalīdzēšot, negribot vairs dzīvot!
>
> ... Slimnieks B. ilgi negulēja, divas reizes lūdza miega zāles (doti 0,2 g barbamila). Iemiga divos naktī.
>
> ... Slimnieks C. pēcpusdienā pastaigas laikā sastrīdējās ar slimnieku D. un viņam iesita. Vēlāk pats atvainojās, sacīja, ka viņam esot bijis ārkārtīgi slikts garastāvoklis un viss viņu kaitinājis. D. pastaigas laikā esot «pārāk tuvu viņam staigājis».
>
> ... Slimniekam E. plkst. 23.00 bija epileptiska lēkme ar mēles sakošanu, toniskiem un kloniskiem krampjiem. Lēkmes laikā acu zīlītes uz gaismu nereaģēja. Slimnieks atguva samaņu pēc pusstundas.
>
> ... Slimniekam K. vakarā bija temperatūra 38,0°C. Sūdzējās par klepu un sāpēm rijot. Rīkles gals apsarcis. Dots sulfodimezīns 1,0 g, karsta tēja, slimnieks atkārtoti skaloja kaklu.

Slimniekiem jēdziens par ārsta autoritāti ir stipri atšķirīgs: ir pat atsevišķi, kazuistiski gadījumi, kad slimnieks jūt ārsta autoritāti tikai tad, ja ārsts ir rupjš, ass un pavēlošs (tādu jēdzienu, acīm redzot, radījis pastāvīgais rajona ārsts). Ārsts, kas ar slimnieku runā uzmanīgi un laipni, šādam pacientam var likties nepietiekami pārliecināts par savu rīcību, nedrošs un nepieredzējis. Tāpat ir slimnieki, kas uzskata, ka labs ārsts strādā ļoti ātri un ar slimnieku runā maz, bet receptes izraksta tikai medicīnas

māsa, kas sēž kabinetā ārstam blakus. Šādi diezgan reti sastopami slimnieki uzskatīs par aizdomīgiem gadījumus, ja ārsts ar slimnieku runā «pārāk ilgi», «pārāk ilgi» viņu izmeklē (droši vien nezina savu lietu!) un pats raksta receptes.

Medicīnas darbinieks var strādāt pēc vislabākās sirdsapziņas, ar vislielāko atdevi, un tomēr tas viņu nepasargās no tā, ka reizēm nāksies dzirdēt nepelnītus slimnieka apvainojumus. Šādi gadījumi galvenokārt notiek saskarē ar slimniekiem, kas uzskata, ka ir nepamatoti ievietoti slimnīcā vai arī it kā viņiem netiek pievērsta pietiekama uzmanība.

Psihiatriskajā slimnīcā psihiski pilnīgi veseli cilvēki neiestājas un kaut kādas negaidītas atkāpes iespējamas kontaktā ar jebkuru slimnieku. Tomēr ārsts nedrīkst pārāk krasi reaģēt ne uz slimnieka pateicību, ne pārmetumiem, viņam jāmāk šādā situācijā palikt vismaz ārēji mierīgam.

Neskatoties uz nepelnītiem pārmetumiem, slimnieka ironiju un netaktisko izturēšanos, medicīnas darbinieks nedrīkst arēji izrādīt aizvainojumu, nedrīkst atbildēt ar «to pašu». Protams, neviens nevar būt iepriecināts par nepelnītu nelaipnu uzvedību attiecībā pret sevi, bet korekta attieksme pret pacientu jebkurā gadījuma ir ne tikai kultūras pazīme, bet arī nepieciešama, apzināti ieaudzināta profesionāla īpašība.

Praktiski visvieglāk saglabāt mieru gadījumos, kad nepamatotas pretenzijas izsaka slimnieki ar murgiem (tad arī pašas pretenzijas ir murgu plānā). Nepatīkamus konfliktus «māk» izraisīt psihopātiskas un – it īpaši – psihopatizētas personības, cilvēki, kuru psihe ir uz robežas starp normu un patoloģiju. Tie ir vissarežģītākie pacienti, jo, no vienas puses, viņi ir slimi, bet, no otras puses, – tādu cilvēku ir daudz un viņiem no psihopatoloģiskas simptomātikas ir tikai personības izmaiņas.

Šādi slimnieki stacionārā reizēm pat «apzinās savu varu» un klaji deklarē, ka «ir traki», ka atrodas «trako mājā» un var darīt, ko grib, jo viņiem par to «nekas nebūs». Pret šādiem pacientiem jāizturas gan laipni, bet reizē stingri, ar pamatotām prasībām. Šādiem cilvēkiem jāatgādina, ka, neskatoties uz viņu atrašanos psihiatriskajā slimnīcā, viņi par savu rīcību juridiski ir atbildīgi. (Tas pats attiecas uz šo personu analoģisku uzvedību ārpus slimnīcas.) Nepieciešamības gadījumos tādi slimnieki, ja viņi pēc sarunas ar ārstu vēl nesamierinās ar savu situāciju, pieprasa savas pārprastās «tiesības» un ar savu uzvedību traucē slimniekus un personālu, ir pārvietojami uz nemierīgo nodaļu.

Ja slimnieks nevēlas pakļauties nodaļas režīmam (slimnieki, kas iestājušies nodaļā ekspertīzes nolūkā) un viņa atrašanās stacionārā nav nepieciešama, viņš tiek izrakstīts (tas, protams, neattiecas uz slimniekiem psihotiskā stāvoklī, bet uz cilvēkiem, kas paši spēj savu rīcību kontrolēt).

Slimniekam ar nepareizu uzvedību, piemēram, skaļu necenzētu lamāšanos, nepieciešams aizrādīt. Tas attiecas arī uz slimniekiem psihotiskā stāvoklī, pie tam parasti pēc šī stāvokļa izbeigšanās psihiski saglabāti pacienti pēc tam atvainojas. Protams, slimniekam par notikušo nekad un neko nevajag atgādināt, viņam var atbildēt, ka tas bija saistīts ar slimību un par to nav ko domāt.

Slimniekiem ārstēšanās laikā nodaļā var rasties konflikts ar ārstu – tas var notikt pretencioziem slimniekiem, kā arī slimniekiem ar murgiem un psihopātisku uzvedību. Var gadīties, ka slimnieka murgi vēršas pret ārstu – viņš uzskata ārstu par savu ienaidnieku, tādēļ viņam neuzticas vai ir pat naidīgi noskaņots. Akūtos gadījumos tādi psihotiski periodi ātri pāriet un tādēļ ārstējošo ārstu mainīt nevajag. Ja murgainā attieksme pret ārstu radusies pacientam ar ieilgušu slimību, kam aizdomas ir viens no slimības pamata simptomiem, tad tas traucē slimnieka tālāku terapiju un reizēm ārstējošais ārsts jāmaina vai arī pacients jāpārved uz citu nodaļu.

Pret ārstu dažreiz pretenciozi izturas arī psihopātiski slimnieki, kas uzskata, ka netiek pareizi ārstēti vai ka ārsts nav pret viņiem pietiekami uzmanīgs. Gadījumos, ja slimnieka prasības drīzāk ir kaprīzes nekā produktīvās psihopatoloģiskās simptomātikas rezultāts, tad psihoterapeitiskie pasākumi visiem nodaļas darbiniekiem jārealizē vienādi un slimnieka pretenciozitāte kopējiem spēkiem jāmēģina likvidēt. Ārstējošo ārstu uz slimnieka nepamatotas vēlēšanās pamata mainīt nav lietderīgi.

Var būt gadījumi, kad slimnieka prasības mainīt ārstējošo ārstu saistās ar kādiem motivētiem personiskiem iemesliem. Ja tie var tikt ievēroti, tad tas arī jādara, piemēram, ja ārsts nezina valodu, kurā slimnieks runā. Slimnieki ar seksuāla rakstura traucējumiem labāk vēlas runāt par slimības simptomiem ar sava dzimuma ārstu. Reizēm jāmaina ārstējošais ārsts arī tad, ja slimnieki sāk izjust pret ārstu erotiska rakstura pārdzīvojumus.

Personālam jāseko arī slimnieku savstarpējām attiecībām, kuras pareizi jau sākumā palīdz veidot atbilstoša slimnieku izvietošana palātās. Ja iespējams, vienā istabā vēlams atrasties slimniekiem ar apmēram vienādām slimības izpausmēm, interesēm, vecumu, piemēram, kopā slimniekus, kas vēlas visu dienu klausīties radiopārraides, un kopā citā istabā tādus, kas vēlas saudzējošāku režīmu. Vēlams, lai katrā istabā būtu kāds autoritatīvāks slimnieks, kuru pārējie slimnieki cienītu un uzklausītu, kuram vairāk pakļautos (piemēram, gados vecāks). Tas nodaļā un palātā palīdz uzturēt tādu noskaņojumu, kas

sekmē ārstēšanos. Nav pieļaujams, ka slimnieki viens pret otru ir naidīgi noskaņoti, ka tiek izsmieti nesaprātīgākie slimnieki, utt. Nav ieteicams vienā palātā atrasties epilepsijas slimniekiem un psihopātiskām personām ar antisociālu uzvedību, jo tie (atšķirībā no šizofrēnijas slimniekiem) reizēm disforijas gadījumos var apvienoties kopējai nepareizai, bet apdomātai un pat agresīvai rīcībai pret citiem slimniekiem vai personālu.

Var savstarpēji iepazīstināt slimniekus (visbiežāk slimniekus ar depresiju vai neirotiskām sūdzībām) ar līdzīgu simptomātiku, protams, iepriekš katram no viņiem prasot par to atļauju. Sevišķi tāds pasākums vēlams, ja vienam no slimniekiem, kurš spētu otru ietekmēt, jau sākusies uzlabošanās, bet otrs vēl pagaidām netic izveseļošanās iespējām.

Pareizai slimnieku ārstēšanai, kopšanai un uzraudzībai nepieciešami speciāli sagatavoti kvalificēti medicīnas darbinieki, kā arī slimnīcas kopumā un katras atsevišķas nodaļas režīms un iekārtojums – iedalījums nemierīgo slimnieku nodaļās, kurās strādā fiziski spēcīgi sanitāri, kas vajadzības gadījumā slimnieku uzbudinājuma laikā var saturēt, un mierīgo slimnieku nodaļās, kurās šādas vajadzības nav, speciālas uzraugāmo slimnieku palātas slimniekiem, kuriem jānodrošina pastāvīga uzraudzība, un brīvais režīms – atvērto durvju sistēma – sanatorijas tipa nodaļās.

Vispārējās kārtības noteikumi psihiatriskajās un somatiskajās slimnīcās būtiski neatšķiras, tie ir apmēram vienādi visās medicīniskās iestādēs. Personālam nepieciešams stingri ievērot darba disciplīnu un augstu darba kultūru kā terapeitiskajās, tā arī psihiatriskajās nodaļās. Visiem pasākumiem jānotiek stingri paredzētajā laikā – gan rīta apgaitai, ēdienu reizēm, pastaigai, vannai, slimnieku piederīgo apmeklējumiem. Slimnīcā jābūt tīrībai un kārtībai, par to pēc iespējas rūpējas paši slimnieki, tomēr pilnīgi nodrošina medicīnas māsas un sanitāri.

Psihiatriskajās slimnīcās pacienti ir tērpti slimnīcas apģērbā, tam jābūt tīram, kārtīgi izgludinātam, bez uzkrītoši redzamiem slimnīcas zīmogiem vai nodaļu numuriem. Reizēm atsevišķās nodaļās slimniekiem atļauj valkāt privātās drēbes (ja to pieļauj slimnieka psihiskais stāvoklis). Ja kādā nodaļā ir īpaša kārtība, tad šie noteikumi jāzina visiem nodaļas slimniekiem un tie piemērojami visiem šīs nodaļas pacientiem, nevis tikai kādai daļai pacientu.

Vai slimnieki palātā var skaļi sarunāties un klausīties radiopārraides, jāizšķir individuāli katrā konkrētajā gadījumā. Psihiskie slimnieki troksni pacieš labāk nekā somatisko slimnīcu pacienti, tādēļ gadījumos, kad visa palāta vēlas klausīties radiopārraides, pret to nevajag iebilst. Nevar tomēr atļaut to darīt tad, ja palātā ir kaut vai viens slimnieks, kuram nepieciešams miers, pastiprināta atpūta un kuram šāds skaļums būtu traucējošs. Pie tam jāatceras, ka ne visi slimnieki par savām grūtībām paši sūdzēsies, personālam tas jāsaskata un jāsaprot pašam.

Medicīnas personāls ir tērpts baltos virsvalkos, bet medicīnas māsas un sanitāres valkā arī baltas cepurītes (māsām uz cepurītes ir sarkans krustiņš). Tērpam jābūt akurātam un tīram. Sievietes darba laikā nedrīkst pārmērīgi lietot kosmētiku un rotas lietas. Medicīnas māsām ērti valkāt garās bikses, jo tas ir sevišķi noderīgi, sniedzot neatliekamo palīdzību akūtos gadījumos vai arī izpildot dažādus darbus nodaļas uzkopšanā. Reizēm uzskata par vēlamu pie virsvalka piestiprināt žetonu ar darbinieka ieņemamo amatu un uzvārdu. Tas jaunajiem slimniekiem ļauj orientēties neierastajos apstākļos, zināt, ar ko notikusi saruna, kas slimnieku pieņēmis uzņemšanas nodaļā.

Var novērot, ka vienā un tajā pašā slimnīcā dažādas nodaļas atšķiras – katrā nodaļā ir savs «gars». Izrādās, ka slimnieki pat psihotiskā stāvoklī, ja ar viņiem runā pietiekami nopietni un aizrāda par aplamo uzvedību, var diezgan labi koriģēt savu uzvedību un nodaļā disciplīna ir laba, bet līdzīga slimnieku sastāva nodaļās, kurās uzskata, ka visa aplamā uzvedība ir tikai slimības izpausme, un pacientiem nekādas prasības neuzstāda, disciplīna ir zemāka.

Personāla mierīga, precīza, lietišķa un disciplinēta izturēšanās nodaļā ir ne tikai nepieciešama iekšējās kārtības uzturēšanai, bet tai ir arī psihoterapeitiska nozīme. Slimniekam rodas pārliecība, ka viņš nokļuvis vietā, kur darbinieki savu lietu zina, ka viņam tiek veltīta vajadzīgā uzmanība un viņš izveseļosies. Uzbudināti slimnieki nereti kļūst mierīgi bez medikamentiem, ja redz apkārt mierīgu un lietišķu atmosfēru. Depresīvi slimnieki reizēm uzsver, ka viņus realizēt pašnāvības domas attur ne tik daudz uzraudzība, cik nevēlēšanās sagādāt nepatikšanas personālam, kuru viņi ciena. Precīza un pārliecinoša izturēšanās ļauj slimniekam reizēm gulēt bez miega zālēm, jo likvidē lieku sasprindzinājumu.

Pie darba disciplīnas pieder arī klusuma ievērošana nodaļā, it īpaši, izdalot medikamentus, aicinot slimniekus uz procedūrām un savācot traukus.

Vidējais medicīnas personāls strādā maiņās. Dežūras maiņa notiek rītos, nodaļas vadītāja un nodaļas ārstu klātbūtnē. Dežūru nododot, dežurējošā māsa ziņo par notikumiem aizvadītajā naktī, par notikušajām izmaiņām slimnieku psihiskajā un somatiskajā stāvoklī, par saviem novērojumiem sarunās

ar slimniekiem, kā arī to, ja pacientu piederīgie lūguši kaut ko pateikt ārstam, utt. Pēc dežūras pieņemšanas personālam jau pašā sākumā jāzina, kam pievērst lielāku uzmanību, kuri slimnieki īpaši jāuzrauga. Pēc dežūras nodošanas ārsts zina, pie kuriem slimniekiem vispirms jāiet rīta apgaitā (kuriem slimniekiem ir paaugstināta temperatūra vai pasliktinājies somatiskais un psihiskais stāvoklis).

Dežūras maiņas laikā gandrīz viss personāls pulcējas kopā, tādēļ tiem darbiniekiem, kas paliek nodaļā postenī, jāpalielina modrība, lai slimnieki nevarētu izdarīt pašnāvību, aizbēgt utt.

Dežūras laikā naktī var rasties negaidītas izmaiņas slimnieku psihiskajā stāvoklī: slimnieks var kļūt uzbudināts, var pasliktināties viņa somatiskais stāvoklis, var rasties nepieciešamība slimnieku pārvest uz citu nodaļu (uz nemierīgo slimnieku nodaļu, kur būtu lielāka iespēja realizēt stingru uzraudzību vai kupēt uzbudinājumu). Šos jautājumus izlemj dežūrārsts, kas ierodas nodaļā pēc dežurējošā medicīnas personāla izsaukuma.

Dežūrārsts naktī pārbauda visas nodaļas (viņam ir klāt nodaļu atslēgas un pie durvīm nav jāzvana). Ārsts pārbauda, vai personāls ir savās vietās, kāda nodaļās ir kārtība, kā tiek realizēta slimnieku stingrā uzraudzība.

Naktī maiņas laikā dežurējošais personāls nekad nedrīkst gulēt. Negaidīti var notikt gluži neparedzēti un pēkšņi atgadījumi – slimnieki var realizēt pašnāvības domas, uzbrukt viens otram, slimniekam var rasties epileptiska lēkme, un viņš, nesaņēmis palīdzību, var nosmakt. Sevišķa modrība nepieciešama maiņas grūtākajā laika posmā – rīta stundās.

Kā labāk realizēt slimnieku uzraudzību, ievērojot vispārējos pastāvošos noteikumus, izšķir pats personāls. Te palīdz personāla pieredze, takts un pieklājības sajūta.

Psihiatriskās slimnīcas nodaļā uzrauga visus slimniekus, tomēr ne visus vienādi. Īpašā uzraudzībā atrodas t.s. uzraugāmo slimnieku palāta. Tā novietota tuvu māsu istabai (vislabāk tai pretī), lai medicīnas māsas varētu šo palātu pārredzēt. Uzraugāmo slimnieku palātā visu laiku atrodas sanitārs. Ja viņam uz brīdi jāiziet, tad viņa vietā jāpaliek citam – slimnieki ne mirkli nedrīkst palikt vieni. Uzraugāmo slimnieku palātā pēc ārsta norādījumiem galvenokārt atrodas slimnieki ar depresiju un pašnāvības domām, slimnieki tādā akūtā psihotiskā stāvoklī, kura laikā var sagaidīt impulsīvas darbības vai pēkšņas stāvokļa maiņas, kā arī slimnieki, kas var būt agresīvi pret citiem slimniekiem vai personālu, kam ir pašsakropļošanās domas, bēgšanas nodomi, lēkmes. Reizēm uzraugāmo nodaļā ievieto diagnostiski neskaidrus vai jaunus slimniekus.

Atrodoties stingrā uzraudzībā, slimniekiem tomēr iespējami mazāk jājūt, ka viņus pastāvīgi novēro. Klātesošajam sanitāram jānovēro slimnieki pēc iespējas neuzkrītošāk. Personālam, kas ienāk laiku pa laikam palātā (medicīnas māsas un ārsti), jāierodas nevis vienkārši uz slimniekiem paskatīties, bet ar kādu noteiktu iemeslu – jāpieiet pie kāda slimnieka un jāapjautājas par viņa pašsajūtu, jāizdara injekcija, jāmēra temperatūra, jāaicina uz procedūrām.

Reizēm dažās nodaļās visus slimniekus, kas pirmo reizi iestājas, uz dažām dienām obligāti ievieto uzraugāmo slimnieku palātā. Šāda nediferencēta rīcība nav vēlama, jo slimniekiem bez akūtas psihotiskas simptomātikas atrašanās uzraugāmo slimnieku palātā var būt psihotrauma, kas vēl vairāk pasliktina pacienta jau tā ne vienmēr patīkamos pārdzīvojumus par ievietošanu psihiatriskajā slimnīcā. Jautājumu par slimnieka ievietošanu kādā no palātām izlemj katrā gadījumā individuāli ārstējošais ārsts vai dežurējošais ārsts, kas slimnieku uzņem naktī. Gadījumā, ja slimnieks ievietojams uzraugāmo slimnieku palātā, jāizdara slimības vēsturē atzīme «Stingru uzraudzību!».

Reizēm slimniekiem psihoterapeitiskos nolūkos nozīmē indiferentas zāles, lai pacienti bez vajadzības nesaņemtu narkotiskās vielas vai miega līdzekļus, ja tos slimnieki neatlaidīgi pieprasa. Ja šādi indiferenti medikamenti tiek doti, tad tas jārealizē tā, lai slimnieks, par to arī tiešām neuzzinātu. Nedrīkst būt tādi gadījumi, kad par to zina tikai daži nodaļas darbinieki. Tad citi šos datus aiz pārpratuma var atklāt slimniekam, tādējādi ne tikai kompromitējot pielietojamos medikamentus, bet izraisot aizdomas par ārstēšanu nodaļā vispār.

Ārstu vizītes notiek rītos pēc dežūras maiņas un brokastīm. Vizītē parasti kopā iet nodaļas vadītājs, ārsti un vecākā māsa. Apgaitas laikā ar slimniekiem parasti risina vispārējas sarunas, noskaidrojot, kādas izmaiņas notikušas slimnieka stāvoklī salīdzinoši ar iepriekšējām dienām. Divas dienas pēc kārtas slimnieka stāvoklis, izņemot ilgstoši slimojošus hroniskus slimniekus, nekad nav absolūti vienāds, vismaz ir mainījusies sejas izteiksme – tas jāsaskata.

Pacienti, izņemot fiziski vājus un vecus slimniekus, ārstiem ieejot palātā, pieceļas. Piecelšanās un sarunāšanās stāvot ir ne tikai pieklājības žests pret nodaļas vadītāju un personālu, bet tas ir arī zināma veida rituāls, tam ir psihoterapeitiska nozīme, kas it kā piešķir lielāku nozīmi ārsta sarunai, nozīmējumiem un pašai vizītei.

Vizītes laikā vispirms tiek kārtoti tūlīt atrisināmie kā terapeitiskie, tā organizatoriskie jautājumi – kuri slimnieki var iet pastaigāties, kuri – uz darba terapiju, kuri – izrakstāmi. Ja kādam slimniekam ir paaugstinājusies temperatūra, tad viņš tūlīt tiek izmeklēts, viņam tiek nozīmēta ārstēšana vai arī cita speciālista konsultācija. Vizītes laikā tiek nozīmēti vai atcelti daži medikamenti – miega līdzekļi, pretsāpju līdzekļi, antibiotiskie preparāti.

Vecākā māsa šos ārsta norādījumus tūlīt atzīmē un pēc apgaitas ieraksta speciālā kladē vai temperatūras lapā, nododot māsām izpildei. Vēlams, lai arī ārsts, nepaļaujoties uz atmiņu, apgaitas laikā izdarītu piezīmes savā piezīmju grāmatiņā.

Slimnieku klātbūtnē nevajag apspriest slimnieka stāvokli, pat lietojot medicīnas terminoloģiju, jo mūsdienu apstākļos pat diezgan specifiski nosaukumi ir diezgan bieži un labi zināmi daudziem cilvēkiem. Sarunas, kas slimniekiem nav jādzird, nav arī viņu klātbūtnē jārisina. Dažreiz gan psihoterapeitiskos nolūkos slimnieku klātbūtnē apzināti var pateikt, kādas pazīmes liecina par slimnieka stāvokļa uzlabošanos, piemēram, ka slimniekam ir mundrāka sejas izteiksme, utt.

Vizītes laikā netiek iztirzāti konflikti, kas var būt radušies slimnieku starpā, tie ir pārrunājami atsevišķi. Tāpat arī slimnieku pretenzijas pret personālu, kas atsevišķos gadījumos tiešām var būt pamatotas, jānoskaidro bez citu slimnieku klātbūtnes.

Vizītes laikā ļoti dziļas un intīmas sarunas par slimnieku stāvokli nenotiek, tādēļ, ja slimnieki izsaka vēlēšanos pēc vizītes runāt ar ārstu divatā, tas jāievēro. Apgaitas laikā tikai jānoskaidro, cik šī saruna ir neatliekama un svarīga, lai tūlīt slimniekam atbildētu, vai saruna notiks tūlīt pēc apgaitas vai arī kādā no nākamajām dienām. Par savu solījumu ārsts nekādā ziņā nedrīkst aizmirst, jo būs nepatīkami, ja pacientam vēlreiz nāksies par to atgādināt.

Principiālas izmaiņas terapijā vizītes laikā parasti neizdara. To dara vēlāk, pēc atsevišķas sarunas ar slimnieku un apspriežoties nodaļas vadītājam ar ārstējošo ārstu. Vizītes laikā tomēr slimniekam noteikti jāpasaka, ja domājamas izmaiņas terapijā, lai tas viņam nebūtu negaidīts pārsteigums. Tāda rīcība ne tikai nostiprinās slimniekam lielāku ticību personālam, bet arī psihoterapeitiski pastiprinās medikamentu iedarbību. Šķiet, ka ir derīgi slimniekam vispārējos vilcienos paskaidrot, kādam nolūkam katri medikamenti domāti, piemēram, uzlabos garastāvokli, uzlabos miegu, samazinās bailes. Ja slimniekam ar ārstu ir labs kontakts, ja viņš jau pietiekami ilgi ir ārstējies nodaļā un pret savu stāvokli izturas daļēji kritiski, tad viņam var arī teikt, ka medikamenti samazinās psihotiskos simptomus, piemēram, ka zāles palīdzēs likvidēt «nepareizās aizdomas» vai «bailes». Ja slimniekam medikamenti varētu izraisīt kaut kādas blakus parādības, tad par to slimniekam atkarībā no viņa stāvokļa iepriekš pasaka vai ne. Ja slimnieks ir norūpējies par savu veselību, tad viņu var brīdināt, ka pēc aminazīna var parādīties sausuma sajūta mutē, un paskaidrot, ka tā nav bīstama blakus parādība. Turpretī, ja slimniekam ir aizdomas, ka «personāls viņu indē», tad par blakus parādībām labāk neko neteikt un medikamentus dot ļoti uzmanīgi, nedaudz palielinot reizes devu un pievienojot korektorus, lai pēc iespējas novērstu jebkādu blakus parādību rašanos, jo murgu gadījumos tās var vēl vairāk saasināt slimnieka stāvokli un kontaktu ar viņu pasliktināt.

Ja steidzīgos gadījumos jāmaina terapija, tad par to noteikti jāinformē ārstējošais ārsts.

Nozīmējumi pacientam jāizdara bez šaubīšanās un pārliecināti arī tajos gadījumos, ja slimība ir hroniska un ātrs terapijas efekts nav sagaidāms.

Nav pieļaujams, ka slimnieks pats sev pieprasa zāles (to nereti novēro). Protams, slimnieka domas ir jāuzklausa, bet, ja runa ir par mazāk nozīmīgiem medikamentiem un ir iespējams, tad labāk slimniekam dot līdzīgu preparātu nekā to, ko slimnieks pieprasīja kā derīgu, kas palīdzot līdzīgos gadījumos.

Reizēm slimnieki lūdz atļauju ārstēties pie citiem ārstiem, nevis pie sava rajona ārsta, bet, atrodoties nodaļā, pieprasa kādu citu speciālistu konsultāciju. Jautājumu par konsultāciju nepieciešamību lemj ārstējošais ārsts, un, ja viņš ir pārliecināts, ka tā nav nepieciešama, tad to var atteikt. Tomēr, ja slimnieks vai viņa piederīgie paši ir sarunājuši kādas konsultācijas, tad pret tām nebūtu jāiebilst, ja vien tas netraucē ārstniecisko režīmu (piemēram, slimnieku sarunājuši pārvest uz centrālo slimnīcu citā pilsētā utt.).

Konsultants nodaļā tiešām konsultē, t.i., dod padomus un iesaka vienu vai otru ārstniecisku metodi, tomēr konsultanta ieteikumi ārstējošam ārstam un nodaļas vadītājam nav obligāti, un viņi, lai gan ir saņēmuši autoritatīvus slēdzienus un ieteikumus, konkrētajā gadījumā var palikt pie saviem uzskatiem. Praktiski tomēr šādas situācijas nerodas, jo visus jautājumus iespējams izlemt kopā ar konsultantu.

Sarunās ar slimniekiem ik dienas jāatbild uz dažādiem jautājumiem. Uz dažiem no tiem atbildēt nav grūti – slimnieki visbiežāk interesējas par slimības diagnozi, prognozi, drīzas izrakstīšanas iespējām, terapiju.

Slimniekiem netiek teikta diagnoze šizofrēnijas gadījumos. Tad aprobežojas ar plašāku, bet būtībā pareizu izskaidrojumu, ka slimniekam ir depresija, uzmācības, neiroze, utt. Parasti slimnieki ar šādu izskaidrojumu ir arī apmierināti. Ja tomēr slimnieks uzzina, ka slimo ar šizofrēniju, tad viņam jāizskaidro, ka šizofrēnijas diagnoze vien nesatur nekādus datus ne par slimības gaitu visumā, ne tālāko prognozi un ka šai slimībai ir daudz labvēlīgu norises variantu. Var minēt piemēru, ka diagnozi reizēm tikai gluži nejauši atklāj praktiski veseliem cilvēkiem ekspertīzes laikā, utt.

Lai slimnieki nejauši neuzzinātu savu diagnozi un citus slimības vēsturē atzīmētos datus, tad katru slimības vēsturi vēlams turēt atsevišķos vākos. Slimnieka klātbūtnē (it īpaši tad, ja pacientu skata citu specialitāšu konsultanti) slimības vēsture nedrīkst būt atvērta, lai slimnieks to nejauši nevarētu izlasīt. Ja slimnieks tiek nosūtīts pie kāda speciālista uz konsultāciju, tad vēsturi šim speciālistam nogādā kāds no personāla (tā nekad nav dodama rokās pašam slimniekam!).

Uz dispanseru slimniekus labāk izsaukt, sūtot nevis pasta atklātnīti, bet gan to ievietojot slēgtā konvertā, pie tam uz konverta psihoterapeitiskos nolūkos labāk nerakstīt sūtītāja (psihoneiroloģiskā dispansera) adresi. Dažus slimniekus izņēmuma kārtā uz pārbaudēm vispār labāk neizsaukt.

Uz jautājumu par izrakstīšanos parasti slimniekam nav iespējams dot noteiktu atbildi, jo to nekad nevar paredzēt. Nedrīkst slimniekam nepamatoti solīt, ka slimība pāries jau visdrīzākajā laikā, jo tādi solījumi, ja tie nepiepildīsies, tikai izraisīs gan vilšanos par slimības labdabību, gan arī neticību ārstam un medicīnai. Nevajag arī teikt, ka slimniekam būs jāārstējas gadiem ilgi, turpretī mēnešu termiņi parasti slimniekus apmierina, it īpaši tad, ja izskaidro, ka slimība nav sākusies tagad, bet bijusi jau ilgstoši un tādēļ attiecīgi ilgstoši arī jāārstējas. Slimnieki reizēm smagi uztver faktu, ka pacienti pēc izrakstīšanās atkal atgriežas ārstēties nodaļā. Šai gadījumā jāpaskaidro, ka tikai atkārtoti stacionējušos slimniekus pacients redz, bet par tiem, kas ir izveseļojušies, viņš vairs neuzzina. Uz jautājumu, vai pacients visu mūžu hroniski slimos, var paskaidrot, ka fakts par atrašanos dispansera uzskaitē, kā arī vajadzība regulāri pārbaudīt veselības stāvokli vēl neliecina par to, ka pacientam ir īpaši smags stāvoklis vai ka viņš nav ārstējams. Salīdzinājumam var paskaidrot, ka līdzīgas uzskaites un profilaktiskie pasākumi tiek realizēti arī citās medicīnas nozarēs, piemēram, terapijā (reimatisma, endokrīno slimību vai tuberkulozes slimniekiem), ķirurģijā (slimniekiem pēc kuņģa rezekcijas), pediatrijā, kā arī stomatoloģijā.

Pacientiem, kas izrakstās no slimnīcas, jāpaskaidro, ka saslimt var arī jebkurš vesels cilvēks, tādēļ slimniekam vēlams zināt pašus pirmos slimības simptomus, ar kādiem var sākties slimība. Šeit jāuzsver tieši tās pazīmes, kas pašam slimniekam subjektīvi vieglāk pamanāmas un vērtējamas, piemēram, depresijas gadījumā vispirms pasliktinās miegs, ēstgriba, rodas nepatīkami sapņi, nogurums, sāpes vai citādas somatiska rakstura sūdzības. Šādas zināšanas palīdzēs slimniekam recidīva gadījumā laikus griezties pie ārsta.

Ārsta norādījumi vidējam medicīnas personālam ir obligāti precīzi un savlaicīgi jāizpilda. Tāpat sanitāriem obligāti un akurāti jāizpilda vidējā medicīniskā personāla norādījumi. Tomēr arī šeit var būt īpašas situācijas, piemēram, slimnieks iestājas nodaļā pēcpusdienā un pēc ārsta norādījuma saņem noteiktas zāles, taču slimniekam rodas alerģiska reakcija. Šos medikamentus nedrīkst dot atkārtoti, tādēļ vidējam medicīnas personālam jākonsultējas ar dežurējošo ārstu vai arī medicīnas māsa medikamentus atceļ un izdara izmaiņas nozīmējumos otrā dienā saskaņā ar ārstējošo ārstu.

Bez speciāla ārsta nozīmējuma vidējais medicīnas personāls drīkst dot slimniekiem pretsāpju līdzekļus (tabletes pret galvas sāpēm, bet ne narkotiskos līdzekļus), nespecifiskos pretiekaisuma līdzekļus, kā arī miega līdzekļus, ja slimnieks naktī nevar aizmigt. Parasti tad, ja šādi stāvokļi iespējami, ārsts jau iepriekš nozīmē attiecīgus medikamentus, piemēram, ar piebildi «ja slimnieks neguļ».

Nedrīkst dot slimniekiem, kam ir sāpes vēderā, narkotiskos līdzekļus vai citus pretsāpju līdzekļus, jo sāpes vēderā var liecināt par akūtu vēdera dobuma orgānu saslimšanu, kad ir nepieciešama ķirurga palīdzība. Par visām izmaiņām nozīmējumos un izsniegtajiem papildu medikamentiem personālam nākamajā rītā, dežūru nododot, jāziņo ārstam.

<u>Slimnieku kopšana un uzraudzība dažu psihopatoloģisku stāvokļu laikā</u>. Neirotiski traucējumi. Astenizēti slimnieki ir jūtīgāki nekā vairums psihisko slimnieku. Viņus satrauc niecīgi nepatīkami pārdzīvojumi, trokšņi, skaļas sarunas, pat neuzmanīgāk vai nelaipnāk izteikts vārds.

Ar astēniskiem slimniekiem jārunā ļoti uzmanīgi, pat izvēloties noteiktus vārdus un noteiktu balss intonāciju, lai saruna slimnieku nomierinātu, bet ne uzbudinātu. Nedrīkst pacelt balsi arī tajos gadījumos, kad slimnieks izdarījis kādu pārkāpumu un viņam par to tiek aizrādīts.

Astenizētus slimniekus vēlams ievietot palātā, kurā būtu mierīgāks, saudzējošāks režīms un lielāks klusums. Šādu slimnieku palātā vēlams ievietot arī kādu atveseļojušos slimnieku ar līdzsvarotu raksturu, optimismu, humora izjūtu, kas vajadzības gadījumos var likvidēt nejaušās sadursmes starp slimniekiem, kā arī uz pārējiem slimniekiem atstāj psihoterapeitiski labvēlīgu iespaidu.

Slimnieki, kuriem ir uzmācības vai kuri cenšas punktuāli izpildīt kādus rituālus, nereti ar grūtībām iekļaujas nodaļas režīmā. Viņi allaž nokavējas – nespēj laikā saģērbties, paēst, iziet pastaigā vai atgriezties nodaļā. Šais gadījumos personālam slimniekam jāpalīdz. Reizēm pacientiem pat jāpalīdz paēst un saģērbties. Reizēm slimniekiem nepieciešama ilgstoša psihoterapeitiska ārstēšana, kas precīzi un saskaņoti jārealizē visam nodaļas personālam, piemēram, slimnieki, kuri sava psihotiskā stāvokļa dēļ nevar iet vieni paši pastaigā, pamazām pie tā jāpieradina gan ārstam, gan medicīnas māsām, gan sanitārēm.

Psihopātiski un psihopatoīdi stāvokļi. Slimnieki ar pretenzijām, nemotivētu prasīgumu, pat agresivitāti, kuri pie tam nav plānprātīgi, ir vieni no grūtākiem slimniekiem psihiatra praksē. No vienas puses, psihiatriem ir skaidrs, ka šādiem slimniekiem ir personības disharmonija vai defekts, bet, no otras puses, tie nav tik uzkrītoši, lai tos pareizi novērtētu apkārtējie cilvēki, kam slimnieks stāsta savus, nereti pārspīlētus, subjektīvus un patiesībai neatbilstošus pārdzīvojumus. Šādu slimnieku sūdzības satur pārvērtēšanas idejas, bet tās vēl nav kļuvušas tik aplamas, lai šīs aplamības sadzīvē būtu visiem viegli atšifrējamas.

Ārstējot psihopātiskus un psihopatoīdus slimniekus, tiem jāpiemēro tie paši apstākļi, kādi ir nodaļā visiem pacientiem, nedodot viņiem kādas privilēģijas. Ja slimnieki nepārtraukti ir pretenciozi un pieprasa izsaukt galveno ārstu, sastādīt komisijas, izdarīt sūdzību pārbaudes, tad, lai izvairītos no slimnieka vēlākām sūdzībām, vēlams šādiem slimniekiem sasaukt autoritatīvu konsīliju, kas arī nosaka, kādas slimnieka prasības tiks ievērotas, ko varēs izpildīt un kādiem noteikumiem slimniekam būs jāpakļaujas. Šais gadījumos nepieciešams slimības vēsturē īpaši sīki aprakstīt slimnieka uzvedību nodaļā.

Eksplozīvi slimnieki, kuri konfliktē ar personālu un citiem slimniekiem un kuri ir par sevi juridiski atbildīgi, jātur disciplinēti, slimniekiem arī paskaidrojot, ka viņu uzvedība ir nepareiza un ka slimnieki par to ir atbildīgi.

Lielākās grūtības kontaktā ar histēriskiem pacientiem bieži ir ne tik daudz slimnieku pretenciozitātes, cik neaprēķināmības dēļ. Šādu slimnieku izturēšanās var ļoti mainīties, viņi ir kaprīzi, pēc pēkšņas laipnības var kļūt ļauni, viltīgi, agresīvi.

Pret histēriskiem slimniekiem jāizturas vienmēr vienādi. Slimniekiem jāpaskaidro, kādi noteikumi ir obligāti visiem slimniekiem, un no šiem noteikumiem nedrīkst atkāpties. Kontaktā ar šādiem pacientiem vienmēr noteikti jāsaglabā savaldība, jo, ja slimnieki izprovocē personāla nesavaldību, tad viņi gūst pārsvaru! Slimnieki jāuzaicina pateikt, kādas ir viņu pretenzijas, un tad viņiem jāizskaidro, kuras viņu vēlēšanās ir pamatotas, reālas un izpildāmas. Jāpiebilst, ka stingrību un prasīgumu pret slimniekiem nevajadzētu pārspīlēt, jo viņi bieži vien ir arī ļoti jūtīgi un ilgi atceras viņiem nodarīto pārestību.

Īpaši taktiski un korekti jāizturas pret psihastēniskiem slimniekiem, kuri arī paši ir uzsvērti pieklājīgi un gaida to pašu pretī. Šādi slimnieki reizēm ilgstoši pārdzīvo to, ja viņi paši kādu vai citi viņus nepelnīti, pat nejauši aizvainojuši.

Paranojālie psihopāti parasti prasa priekšlaicīgu izrakstīšanu. Ja slimniekam tomēr ir nepieciešama stacionāra ārstēšana, tad tā iespējami pilnīgi jāmotivē, vislabāk ar nepieciešamību ārstēties somatiskas blakusslimības dēļ, kam slimnieki parasti arī piekrīt.

Uztveres traucējumi. Verbālās halucinācijas var būt par iemeslu slimnieka nepareizai uzvedībai – sevišķi bīstami ir stāvokļi, kad slimnieki dzird imperatīva rakstura dzirdes halucinācijas un tām pakļaujas. A. Megrabjans apraksta slimnieku, kas imperatīvu halucināciju iespaidā, paklausot «kaķa balsij», nogalināja savu radinieku, izcepa viņa sirdi un atdeva to melnajam kaķim apēst. Tik smagas sekas halucināciju gadījumos novēro reti, parasti slimnieki tik bīstami nav, tomēr līdzīgos gadījumos nepieciešams slimnieku stacionāra apstākļos ilgstoši uzraudzīt un nevajag steigties ar izrakstīšanu, kamēr nav pilnīgas pārliecības, ka halucinācijas izbeigušās.

Slimnieki ar senestopātijām nereti ilgi nenokļūst pie psihiatra, jo uzskata, ka sajūtas ir kādas somatiskas slimības rezultātā. Šādus slimniekus nevajag pārlieku steidzināt iestāties psihiatriskajā stacionārā, jo parasti arī slimnīcas apstākļos terapijas efekts neiestājas ātri. Šādi slimnieki, kuriem ir saglabātas spriešanas spējas un kuri ir «pierunāti» griezties pie psihiatra, lai gan viņi paši vēlas ārstēties pie terapeita, neuzticīgi izturas pret psihiatriju.

Ja somatiskā ārstēšana ilgstoši nedod rezultātus, tas slimnieku psihoterapeitiski pieradina pie domas, ka ārstēšana terapeitiskajā stacionārā nepalīdz un tādēļ nepieciešama psihiatra palīdzība. Slimnieks pēc tam labprātāk ārstējas, ārstēšanos nepārtrauc un labāk izpilda ārsta norādījumus nekā tad, kad psiholoģiski slimnieki šādu terapiju jūt kā uzspiestu.

Bez tam visos gadījumos, kad slimniekam ir senestopātijas, viņam nepieciešama rūpīga somatiskā izmeklēšana.

Afektīvie traucējumi. Depresīviem slimniekiem nereti ir pašapsūdzības domas, tādēļ viņi nepārtraukti lūdz dot viņiem darīt kādu darbu. Daļa slimnieku to motivē tādējādi, ka bezdarbība viņu stāvokli pasliktinot, it īpaši tādēļ, ka visu laiku bezdarbībā viņus mokot nepatīkamas domas. Citi slimnieki uzskata, ka nav pelnījuši ne ēdienu, ne medicīnisku palīdzību, un ar darbošanos mēģina savu šķietamo vainu izpirkt. Šādos gadījumos slimniekiem nevajag atļaut pārāk lielu slodzi. Slimniekiem var ļaut lasīt vai kaut ko darīt, vienlaicīgi iesakot slimības laikā nepūlēties vairāk nekā viņi paši vēlas, paskaidrojot, ka depresija ar labu gribu vien nav likvidējama.

Ārsts pēc slimnieka veikta dienas darba varēs vērtēt arī slimības dinamiku: slimnieka stāvokļa izmaiņas būs redzamas, piemēram, pēc tā, cik daudz slimnieks katru dienu, salīdzinot ar iepriekšējo dienu, būs izlasījis. Ja interese par lasīšanu katru dienu palielinās, ja slimnieks var ilgāk koncentrēties, skaidrāk saprot vielu un no izlasītā var vairāk atcerēties, tad tā prognostiski ir laba pazīme.

Maniakālā stāvoklī slimnieks visu laiku ir uzbudināts, kustīgs, daudz runā un ar savu uzvedību traucē personālu, nodaļas kārtību un pārējos slimniekus. Slimnieks jāierosina veikt tādus darbus, kurus darot viņš citus netraucē. Nedrīkst ar slimnieku strīdēties un viņu pārliecināt, jo tas viņu tikai vēl vairāk uzbudina, un viņš vēl karstāk sāk strīdus, lai pierādītu savu šķietamo patiesību.

Neskaidras apziņas un plānprātības gadījumos slimniekiem realizējama tāda kopšana un uzraudzība, kāda nepieciešama uzbudinātiem un fiziski vājiem slimniekiem.

<u>Īpaši slimnieku kopšanas un uzraudzības gadījumi</u>. Uzbudināti slimnieki. Motori uzbudinātus slimniekus parasti ievieto īpašā, t.s. nemierīgo slimnieku nodaļā, kur tiem var nodrošināt piemērotu uzmanību un uzraudzību. Ar mūsdienu psihofarmakoloģiskiem līdzekļiem parasti uzbudinājumu var diezgan ātri kupēt.

Slimnieka uzbudinājuma laikā personālam jāpaliek mierīgam, vienmēr lietišķam, viņam jāmāk šādās situācijās ātri un pareizi rīkoties.

Ja nemierīgs slimnieks iestājas uzņemšanā, kur ne vienmēr ir pietiekami daudz sanitāru, lai slimnieku saturētu, tad talkā nāk sanitāri no ātrās medicīniskās palīdzības vai citām nodaļām. Sanitārus lūdz ierasties slimnīcas personāls slimnieka klātbūtnē, zvanot uz nodaļu, tādēļ sarunā jāizmanto norunāti apzīmējumi, lai slimnieks to nesaprastu.

Uzbudināts slimnieks, kam ir skaidra apziņa, kļūst paklausīgāks, tikko viņam no visām pusēm pieiet vairāki fiziski spēcīgi sanitāri, kaut arī tie slimniekam pat nepieskaras. Uzbudināts slimnieks ir jāsatur. Nodaļā to dara četri sanitāri, pa divi gultas katrā pusē. Divi satur slimnieka rokas, divi – kājas. Slimnieka rokas tur, saņemot ar vienu roku augšdelmu zem plecu locītavas, ar otru – apakšdelmu virs plaukstas. Kājas fiksē gurnu rajonā un apakšstilba rajonā. Mazāk spēcīgiem slimniekiem kājas var saturēt arī viens sanitārs.

Jāraugās, lai slimnīcas nemierīgo slimnieku nodaļās gultas būtu pietiekami smagas, lai slimnieks tās nevarētu pacelt. Tāpat ķeblīši nedrīkst būt viegli salaužami vai izlietojami par ieroci.

Slimniekam tiek tūlīt nozīmēta medikamentoza terapija injekcijās, tādēļ uzbudinājums parasti ilgst ne vairāk kā dažas stundas, reti – dienas un pēc tam izbeidzas. Reizēm saturēts slimnieks nomierinās tūlīt pēc tam, kad viņu atlaiž vaļā.

Slimniekam var rasties uzbudinājums, arī atrodoties mierīgo slimnieku nodaļā. Tas jākupē vai, retāk, slimnieks jāpārved uz nemierīgo slimnieku nodaļu. Slimnieku pārved divi sanitāri, katrs savā pusē, turot pie rokām un uzmanoties, lai slimnieks viņiem nevarētu iespert.

Slimnieki ar pašnāvības domām. Jāatceras, ka slimnieki par savām pat ļoti aktuālām pašnāvības domām ne vienmēr stāsta, tās ne tikai neatklāj, bet pat disimulē. Par gatavošanos pašnāvībai var liecināt slimnieka nejauši izteicieni, vēstules, ko viņš adresē piederīgajiem, slimnieka uzvedība, piemēram, viņš vāc medikamentus, lai tos vēlāk uzreiz lielā devā izdzertu. Vieglāk ir uzraudzīt tos slimniekus, kuri par savām pašnāvības domām stāsta un kuri paši baidās, ka varētu notikt «īssavienojums», kad šīs domas realizēsies. Tādi slimnieki paši nereti lūdz viņiem palīdzēt un viņus uzraudzīt. Grūtāk ir uzraudzīt slimniekus, kuri pašnāvības domas slēpj. Šie slimnieki ir vairāk jāuzmana, viņus nedrīkst priekšlaicīgi izrakstīt, kamēr nav pārliecības, ka depresija pārgājusi un pašnāvības domas pilnīgi izzudušas.

Dažreiz nejauši atklājas, ka pašnāvības domas ir slimniekiem, kas neatrodas uzraugāmo slimnieku palātā. Ārstam konkrētā gadījuma jāizlemj, vai slimnieku pārvest vai arī vajadzīgo uzraudzību iespējams

realizēt uz vietas. Jāatceras, ka slimnieka pēkšņa pārvešana uz uzraugāmo slimnieku palātu var būt psihotrauma, tādēļ iespēju robežās uzraudzība jārealizē uz vietas. Palātā, kurā atrodas uzraugāmais slimnieks, biežāk jāieiet, ar slimnieku biežāk jāsatiekas un jāaprunājas, jāseko, vai neiestājas slimnieka psihotiskās simptomātikas padziļināšanās.

Slimnieki ar pašnāvības domām visu laiku stingri jāuzrauga, piemēram, ja slimnieks iet uz tualeti, tad sanitārs viņu pavada. Naktī šie slimnieki nedrīkst gulēt ar apsegtu galvu, jo viņi var mēģināt nožņaugties dvielī, ar palaga strēmeli, sievietes – ar gariem matiem. Jāseko, lai depresīvi slimnieki kaut kādā veidā nevarētu sakrāt medikamentus, piemēram, miega līdzekļus.

Tāpat jāuzmana, lai slimnieki nesaņemtu no piederīgajiem mantas, ko nodaļā aizliegts ienest un ko slimnieki vēlāk var izmantot pašnāvības nolūkā, piemēram, žiletes bārdas skūšanai. Paši slimnieki var savākt stikla gabaliņus, kas atrasti pastaigas laikā pagalmā, kādus metāla gabaliņus darba terapijas darbnīcās un ar tiem mēģināt pārgriezt sev vēnas. Slimnieka gulta, naktsgaldiņš, drēbes un kabatas periodiski, it īpaši pēc pacienta atgriešanās nodaļā, jāpārbauda. Pārbaudi vajag darīt neuzkrītoši, slimnieka prombūtnē (slimnieku var uzaicināt uz ārstu istabu pārbaudīt asinsspiedienu utt.).

Slimniekus nodaļā skuj frizieris, vai arī slimnieki izmanto elektriskos bārdas dzenamos aparātus. Frizierim jāraugās, lai žiletes visu laiku atrastos pie viņa un tās neiegūtu slimnieks.

Jāatceras, ka slimniekiem depresija ar pašnāvības domām var uznākt arī negaidīti, piemēram, pēc tikšanās ar piederīgajiem, kad saņemta bēdīga ziņa, pēc tam, kad slimnieks bijis pie konsultanta un uzzinājis par kādu blakus slimību. Depresija var sākties pat pēc strīda nodaļā ar citu slimnieku.

Slimnieki, kam ir pašnāvības domas, tās reizēm pēkšņi mēģina realizēt melanholiskā raptusa laikā: viņi sitas ar galvu pret sienu, metas loga rūtī, mēģina izlēkt pa atvērtu logu, ejot pastaigā, ielēkt kāpņu šahtā, ēdot nolauzt karotei galu un to norīt, mērot temperatūru, nolauzt termometram galu un to vai arī dzīvsudrabu norīt, sasist kādu stikla priekšmetu un apēst tā lauskas, apēst kādus netīrumus, inficēt sev brūces, lai saslimtu un nomirtu, utt.

Ja slimniekam ir depresija un viņu atlaiž uz māju atvaļinājumā, tad piederīgie jābrīdina par to, ka slimniekam ir pašnāvības domas, viņiem jāzina, ka slimnieku noteikti nedrīkst atstāt vienu (kaut arī paši slimnieki to vēlas, motivējot ar vēlēšanos atpūsties vienatnē vai citādi).

Slimnieki ar epileptiskām lēkmēm. Epileptiska lēkme ne ar kādu ārējo iedarbību nav pārtraucama, tādēļ terapijas pasākumi lēkmes laikā virzāmi uz to, lai slimnieks sevi pēc iespējas mazāk fiziski traumētu. Ja slimnieks lēkmes klonisko krampju laikā sitas ar galvu pret zemi, tad zem galvas jāpaliek mīksts spilvens, sega, drēbju vīstoklis. Ja personāls ir klāt lēkmes sākumā (piemēram, izraisot mākslīgu epileptisko lēkmi elektrošoka laikā), tad toniskās fāzes laikā slimniekam mutē ieliek dvieli, lai viņš kloniskās fāzes laikā nesakostu mēli. Var lietot arī ar dvieli aptītu metāla špāteli, bet ne koka špāteli, jo to slimnieks var pārkost.

Jāuzmanās, lai slimnieks lēkmes laikā nenosmaktu, aizrijoties ar ūdeni, ja lēkme sākas vannā, ar barību, ja lēkme sākas ēdot, vai arī iekrītot gultā ar seju spilvenā.

Slimnieki, kas atsakās no ēdiena. Atteikšanās no ēdiena var būt šādos gadījumos.

1. Slimniekiem ar depresiju, ja viņi uzskata, ka nav pelnījuši ēdienu vai arī mēģina izdarīt pašnāvību, nomirstot badā.
2. Slimniekiem ar hipohondriskām domām, kad viņi uzskata, ka ēdiens vispār vai kāds konkrēts ēdiens viņiem ir nepiemērots vai pat kaitīgs. Slimnieki ar fantastiskiem depresīva satura murgiem (Kotāra sindroma gadījumā) atsakās no ēdiena, jo domā, ka viņiem nav kuņģa, nav zarnu un ēdiens pūst un indē organismu.
3. Murgu dēļ, baidoties no indēšanas.
4. Slimnieki ar ožas halucinācijām, ja viņi jūt no ēdiena nepatīkamu smaku.
5. Dzirdes halucināciju dēļ, ja tās «ziņo par indēšanu» vai arī imperatīvi «neļauj ēst».
6. Stupora laikā apgrūtināto kustību dēļ.
7. Negatīvisma laikā katatonā sindroma gadījumā.

Slimnieks vispirms jāmēģina pārliecināt paēst, pie tam saruna prasa laiku un pacietību. Ja slimnieks nepaklausa personālam, tad var aicināt talkā tos slimnieka piederīgos, kurus slimnieks uzklausa, kuriem viņš ir pieķēries. Slimniekam ar murgainiem apsvērumiem var atļaut pašam izvēlēties ēdienu, piemēram, ieliet sev no kopīgās bļodas un «nepaļauties uz personāla pienesumu». Var atļaut lietot piederīgo pienesto ēdienu, ja slimniekam ir «aizdomas pret slimnīcas virtuvi» – un otrādi – atteikties no pienesumiem, ja murgi attiecas uz slimnieka piederīgajiem, bet neattiecas uz slimnīcu.

Slimniekiem, kas atsakās no ēdiena sliktas ēstgribas dēļ, var nozīmēt medikamentus, kas ēstgribu pastiprina, piemēram, mazās devās (2–4–6 vienības) insulīna. Sākot terapiju, jāatceras, ka retos

gadījumos arī no tik mazām insulīna devām var rasties negaidīta hipoglikēmiskā koma, un tādēļ jābūt gataviem to kupēt. Insulīnu ievada 1 – 1,5 stundas pirms pusdienām.

Var pielietot arī atkavēšanas mēģinājumu (sk. nodaļu par psihisko slimnieku izmeklēšanu), jo pēc kofeīna un barbamila ievadīšanas slimnieki kļūst pieejamāki un tos vieglāk pabarot.

Depresīvi slimnieki, kas atsaucas uz to, ka nav ēstgribas, pierunājami, izskaidrojot, ka ēšana pašreizējā stāvoklī ir absolūti nepieciešama. Tādi slimnieki var ēst vairākas reizes dienā un mazākām porcijām vai arī ēst tikai pienesumus, ja var ieēst tikai kaut kādus īpašus ēdienus. Slimnieku ar negatīvismu neizdodas pabarot ar norādījumu paēst, bet šādi slimnieki reizēm rīkojas pretēji instrukcijām un paēd, ja viņiem liek neēst. Dažreiz slimnieki ar negatīvismu neēd personāla klātbūtnē, bet paēd, kad paliek vieni un ēdiens tiek atstāts. Slimniekam, kuram liekas, ka uz ēdiena nokļuvušas kaitīgas vielas, dod ēdienu, uz kura «indīgie putekļi» nevarētu kļūt, – olas, kam uz vietas pats slimnieks noloba čaumalu, nemizotus augļus, konservus no tikko atvērtas kārbas utt.

Ja slimnieks nav pierunājams ēst, tad viņš jābaro ar karoti. Šais gadījumos vēlams, lai slimniekam nostātos apkārt vairāki medicīnas darbinieki. Slimnieku nosēdina vidū un viņam sniedz ēdienu ar karoti tā, lai slimniekam tikai atliktu atvērt muti un ēdienu norīt. Ja slimnieks atsakās ēst no personāla pasniegtās karotes, bet pieņem no piederīgajiem, tad tie uzaicināmi nākt regulāri slimnieku pabarot, atļaujot viņiem ienākt tieši palātā pie slimnieka gultas.

Atteikšanos no ēdiena var novērot arī akūtos stāvokļos – akūtās psihotiskās simptomātikas rezultātā. Tad lietojama medikamentoza terapija, kas ne tikai samazinās psihiskos traucējumus, bet arī padarīs slimnieku pieejamāku. Pats slimnieks parasti pēc dažām dienām sāk ēst.

Ja slimnieks pilnīgi neēd un nedzer šķidrumu un visi mēģinājumi slimnieku pabarot ir nesekmīgi, tad trešajā dienā (bet, ja slimnieks gan neēd, bet šķidrumu uzņem, – tad piektajā dienā) slimnieku jāsāk barot caur zondi. Slimnieku nogulda, pietur rokas un caur muti vai degunu ievada ar vazelīnu apziestu zondi. Noteikti jāpārliecinās, ka zonde atrodas kuņģī, bet ne elpošanas ceļos. Par to liecina tas, ka slimniekam nav vietēja kairinājuma un nesākas klepus, nerodas cianoze un elpošanas grūtības. Vēl izdara īpašu pārbaudi – ar šļirci iepūš pa zondi gaisu. Ja zonde atrodas kuņģī, tad auskultējot būs dzirdama urkšķēšana.

Pēc tam kad ārsts ir pārliecinājies, ka zonde atrodas kuņģī, lēnām ievada nedaudz šķidruma (arī tas būs papildu mēģinājums, lai pārbaudītu, vai zonde ir kuņģī). Ja slimnieks nesāk klepot un viņam nav elpošanas grūtību, tad lēnām ievada siltu (bet ne karstu) barojošu maisījumu, kas sastāv no piena, buljona, olas dzeltenuma, sviesta, cukura un citām barības vielām. Vajadzības gadījumā maisījumam pievieno medikamentus. Parasti baro vienu reizi diennaktī, ievadot ne vairāk kā 1 litru šāda maisījuma.

Barošana caur zondi slimniekam ir ļoti nepatīkama procedūra, tādēļ to izmanto tikai īpašos gadījumos, kad citādi slimnieku pabarot nav iespējams. Parasti tas nav jāatkārto daudzas reizes, jo slimnieks sāk ēst pats.

Slimnieki ar tieksmi uz bēgšanu. Tieksme uz bēgšanu visbiežāk ir slimniekiem, kas atrodas vai nu piespiedu ārstēšanā un ārstēšanās nepieciešamību un psihotisko stāvokli nenovērtē, vai arī slimniekiem, kas murgaini vērtē nodaļas situāciju un izturēšanos pret sevi.

Tādi slimnieki ir ievietojami uzraugāmo slimnieku palātā un pastāvīgi jānovēro. Labāk, ja slimnieki ar bēgšanas domām ir ievietoti nodaļā, kas atrodas nevis pirmajā stāvā, bet augstāk. Tomēr arī tad slimnieki reizēm mēģina telpu vēdināšanas laikā izlīst pa vēdlodziņu vai norāpties lejā pa notekcaurulēm utt.

Slimniekiem ar iespējamiem bēgšanas mēģinājumiem, ejot pastaigāties, visu laiku jāatrodas personāla tuvumā, lai vajadzības gadījumā bēgšanu varētu aizkavēt. Dažreiz slimnieki nemanot mēģina aiziet no kopējās grupas, tādēļ slimnieki vēl nodaļā pirms pastaigas noteikti jāsaskaita un pastaigas laikā atkārtoti jāpārskaita. Skaitīt slimniekus vajag neuzkrītoši, tā, lai slimnieki to nepamanītu. Reizēm arī slimnieku piederīgie izturas pret pacientu nekritiski un var palīdzēt bēgšanu organizēt, pienesot drēbes vai lūdzot ļaut slimniekam pastaigāties atsevišķi no citiem slimniekiem. Šiem slimniekiem jāorganizē arī pietiekama uzraudzība, ja viņi iet uz citiem kabinetiem vai atrodas darba terapijas darbnīcās.

Atsevišķos gadījumos slimnieki mēģina izgatavot atslēgas, tādēļ nodaļās, kurās ir slimnieki, kas noskaņoti bēgšanai, durvis jāaizslēdz ar divām atšķirīgām atslēgām. Personālam jāseko, lai slimnieki nejauši nepaņemtu viņu atslēgas vai arī tās neizgatavotu darbnīcās darba terapijas laikā. Ja slimnieks tomēr aizbēdzis, personālam jāorganizē viņa meklēšana. Vispirms jāsāk meklēt tajās vietās, kur visticamāk slimnieks atrodas. Ja bēgšana ir impulsīva un nevis apdomāta, ar citu cilvēku palīdzību organizēta, tad parasti slimnieki drīz tiek aizturēti, tikko viņi parādās uz ielas slimnīcas apģērbā, tā pievēršot apkārtējo cilvēku uzmanību. Visbiežāk slimnieki dodas uz māju, kur arī parasti viņi ir atrodami, vai arī viņus atpakaļ atved piederīgie. Citreiz slimnieki mēģina atrast patvērumu pie cilvēkiem

(piederīgiem, citiem slimniekiem), kas pret izbēgušā slimību izturas nepietiekami kritiski, bēgšanu atbalsta un palīdz slimniekam slēpties. Ja slimnieka bēgšana saistās tikai ar murgainām domām, tad pēc kāda laika slimnieki atkal nokļūst stacionārā. Nepatīkami ir gadījumi, ja bēgšana saistīta ar pašnāvības domām, jo tās aizbēgušie pacienti arī mēģina realizēt.

Uzraudzība pastaigu laikā. Slimnieki reizēm atsakās no pastaigas – gadījumos, kad pacientam ir murgi, smaga depresija, astēnija. Jautājumu, vai šāds slimnieks pastaigāties jāved, izšķir ārsts. Parasti akūtos stāvokļos slimnieku nemēģina pierunāt, bet hroniskos gadījumos to dara.

Reizēm slimniekiem neļauj iet pastaigāties pirmajās dienas pēc iestāšanās, kamēr vēl turpinās izmeklēšana un jaunie slimnieki personālam vēl ir maz pazīstami. Tos, kuri var iet pastaigāties, nosaka ārsts. Personālam pirms pastaigas slimnieki jāsaskaita, kā arī jāseko, lai no nodaļas neizietu pacienti, kuriem pastaigāties nav atļauts. Pastaigas laikā slimnieki atkārtoti jāpārskaita. Dežurējošam personālam (sanitāriem), kas pavada slimniekus pastaigā, jāzina, kādi slimnieki ir grupā, kuriem slimniekiem ir bēgšanas, kuriem pašnāvības domas, kuriem var būt epileptiskas lēkmes. Tādi slimnieki jāpatur stingrākā uzraudzībā – personāla tuvumā, neļaujot viņiem pārāk attālināties no grupas. Slimniekus, kam ir pašnāvības domas, kāpjot pa kāpnēm, vislabāk vest pie rokas, lai izslēgtu impulsīvas pašnāvības iespējas. Pastaigas laikā jāskatās, lai slimnieki neuzlasītu stikla gabalus, metāla priekšmetus, ko vēlāk ņemtu līdzi nodaļā. Ja pastaiga notiek pagalmā, kur slimnieki pastaigas laikā var satikt piederīgos, tad piederīgajiem jābūt informētiem, kā izturēties pret slimniekiem (sk. tālāk).

Jāseko, lai slimnieks pastaigas laikā nesatiktos ar nepiederošiem cilvēkiem, piemēram, narkomāni no paziņām var saņemt narkotiskās vielas.

Ja slimnieki dienā strādā darba terapijas darbnīcās, tad viņus kā uz darbnīcām, tā vēlāk, darbu beidzot, atpakaļ uz nodaļu pavada personāls, kas nodrošina slimnieka uzraudzību. Darbnīcās jābūt pietiekamai uzskaitei par instrumentiem, detaļām, lai nekas no darbnīcas nemanot netiktu ienests nodaļā. Jāraugās, lai darbnīcās paslepus nevarētu izgatavot atslēgas.

Slimnieki vannā. Telpā, kurā slimnieki iet vannā, vienmēr atrodas sanitārs, kurš vajadzības gadījumā, piemēram, sākoties epileptiskai lēkmei, var sniegt palīdzību. Slimnieki vannā iet reizi nedēļā. Vannu pirms katra slimnieka mazgā un dezinficē. Ūdens temperatūru vannai izvēlas katram cilvēkam piemērotu, vispirms ielaižot aukstu ūdeni, bet pēc tam papildinot ar vajadzīgo daudzumu karsta ūdens.

Fiziski vāju un netīrīgu slimnieku kopšana. Ja slimnieks ir fiziski vājš, bet tomēr var patstāvīgi pārvietoties, tad viņu pieturot pavada nomazgāties un uz tualeti. Viņam jāpalīdz nomazgāties, paēst, kā arī sevi apkopt.

Vājus, gulošus slimniekus apkopj, ēdina un mazgā gultā, ievērojot vispārējos noteikumus. Slimniekus baro ar karoti lēni, pārsvarā ar šķidru barību, lai slimnieki neaizrītos. Slimnieki ar smagu plānprātību un parēzēm, paralīzēm var būt netīrīgi. Tādēļ ik pēc neilga laika, parasti reizi 2–3 stundās, viņiem jāatgādina, ka jāizdara dabiskās vajadzības, – jāatnes viņiem šīberis vai viņi jāpavada uz tualeti. Ja slimniekiem neiziet vēders, tad pēc ārsta norādījuma viņiem izdarāms klistīrs.

Slimniekiem, kuri ir netīrīgi gultās, zem palaga paklāj vaska drānu, kas bieži jāmazgā.

Fiziski vājiem un gulošiem slimniekiem viegli rodas izgulējumi, tādēļ šādi slimnieki biežāk jāapmazgā, viņiem jāmaina gultā poza, lai viena un tā pati ķermeņa daļa nebūtu ilgu laiku piespiesta pie matrača. Jāseko, lai sega, veļa, palagi zem slimnieka nebūtu sakrokojušies.

Lai samazinātu ķermeņa svara spiedienu, slimniekiem zem krustiem novieto gumijas riņķi. Ja ir vietas, kur sāk veidoties izgulējumi, tās norīvē ar kampara spirtu, kas reizē dezinficē un uzlabo asinsriti. Ja izgulējumi jau radušies, tie jāārstē, apziežot ar antiseptiskiem līdzekļiem (briljantzaļo, Višņevska ziedi). Jāseko šo slimnieku ādas tīrībai, kā arī mutes dobuma higiēnai, veļas tīrībai, matiem, nagiem, ādai.

Kas jāzina slimnieku piederīgajiem. Piederīgie piedalās slimnieku ārstēšanā ar savu pareizo izturēšanos, vienlaicīgi uzturot kontaktu ar slimnieku un personālu. Slimnieku piederīgie jāiepazīstina ar slimnīcas iekšējās kārtības noteikumiem, pie tam jāatceras, ka reizēm slimnieku piederīgie tos neievēro apzināti. Tas notiek tad, ja viņi nepietiekami novērtē psihiatrisko slimnīcu specifiku vai arī pret slimnieku stāvokli nav pietiekami kritiski. Tādos gadījumos arī piederīgie parasti nav psihiski veseli.

Slimnieku apmeklēšanas noteikumi jāizliek redzamā vietā un vajadzības gadījumā vēl īpaši jāpaskaidro (par pastaigām, vēstulēm, atvaļinājumiem, sarunām). Piederīgie var slimniekiem pienest produktus pēc ārsta norādījuma, ievērojot arī īpašus gadījumus, kad slimniekiem jāsaņem īpaša diēta. Produkti tiek glabāti nodaļā īpašā skapī, katram slimniekam atsevišķā nodalījumā, un tiek izsniegti ēdienu reizēs, kā arī pēc slimnieku vēlēšanās vai personāla norādījuma. Pienesumi slimniekam jānodod personālam.

Slimniekam nedrīkst nodot stikla traukus, sērkociņus, asus priekšmetus (nažus, dakšiņas). Slimniekam domāto naudu nodod nodaļas vecākajai medicīnas māsai, kura naudas summu reģistrē īpašā žurnālā un izsniedz slimniekam personiski vai arī izlieto pēc slimnieka vai viņa piederīgo norādījuma. Tāpat slimnieks pie personāla glabā elektrisko bārdas skūšanas aparātu, kuru saņem lietošanai no rīta un vēlāk nodod atpakaļ.

Piederīgie nedrīkst pieņemt no slimnieka nekādas vēstules vai zīmītes. Kā piederīgo vēstules slimniekam, tā slimnieka vēstules ārstējošais ārsts iepriekš izlasa un tikai pēc tam nosūta, nodod pēc piederības vai arī atstāj slimības vēsturē, piemēram, murgaina rakstura sūdzības iestādēm, atvadu vēstules piederīgajiem smagu depresiju gadījumos u. tml. tiek atstātas slimības vēsturēs.

Slimnieku piederīgajiem jāzina, ka sarunām ar slimnieku dažreiz jānotiek personāla klātbūtnē. Ja sarunu saturs ir nozīmīgs un to personāls nedzird, tad par to personāls jāinformē, pie tam piederīgajiem jāzina, ka sarunas saturs netiks izpausts nevienai nepiederošai personai. Tādā veidā slimnieku piederīgie aktīvi palīdz slimnieku kopšanā un ārstēšanā.

Ziņas par slimnieku stāvokli un ārstēšanu sniedz tikai ārsts. Ja piederīgie reizēm notic slimnieka nepamatotajiem apgalvojumiem (par indēšanu, sliktu apiešanos utt.), tad personālam jāizskaidro viņu maldīšanās. Vajadzības gadījumos slimnieka piederīgajiem jāizskaidro arī slimnieka stāvokļa un slimības izpausmes īpatnības.

Vai slimnieka piederīgos informēt par slimnieka diagnozi, tas izšķirams katrā konkrētajā gadījumā individuāli atkarībā no tā, vai diagnozes zināšana var slimniekam palīdzēt vai kaitēt. Iespējami gadījumi, kad piederīgie slimnieka diagnozi izmanto nelabvēlīgos nolūkos, piemēram, konflikta situācijās ģimenē slimnieka kompromitēšanai un konfliktu izraisīšanai. Šādos gadījumos diagnozi labāk neteikt. Psihiatriskās slimnīcas noteiktā diagnoze obligāti jāizpauž tikai tiesai, kara komisariātam un ārstu konsultatīvai komisijai (ĀKK).

Slimnieku piederīgajiem jāzina, ka viņi ne visas ziņas drīkst teikt slimniekam, jo slimniekam akūtā stāvoklī ne viss ir stāstāms, piemēram, pēc noteiktām ziņām slimnieka stāvoklis var arī pasliktināties.

Imants Eglītis

PSIHIATRIJA

Vāku zīm. *A. Lubgāne.*
Redaktors *J. Zalcmanis.*
Māksl. redaktore *A. Lubgāne.*
Tehn. redaktore *V. Irbe.*
Korektore *A. Rusāne.*

Nodota salikšanai 1974. g. 20. maijā. Parakstīta iespiešanai 1974. g. 27. septembrī. Papīra formāts 60×84/16. Tip. papīrs Nr. 2. 20,25 fiz. iespiedl.; 18,83 uzsk. iespiedl.; 22,68 izdevn. l. Metiens 10 000 eks. Maksā 65 kap. Izdevniecība «Zvaigzne» Rīgā, Gorkija ielā 105. Izdevn. Nr. 2915/HD-89. Iespiesta Latvijas PSR Ministru Padomes Valsts izdevniecību, poligrāfijas un grāmatu tirdzniecības lietu komitejas Rīgas Paraugtipogrāfijā Rīgā, Vienības gatvē 11. Pasūt. Nr. 927.

VEcordia ir Valda Egles elektroniska literāra dienasgrāmata, kurā viņš ir citējis arī daudzus citu autoru tekstus. Vekordija dibināta 2006.gada 30.jūlijā un sākotnēji sastāvēja no lineāri numurētiem sējumiem, katrs apmēram 250 lappušu apjomā A4 formātā, taču vēlāk par galveno izdevuma eksistences formu kļuva «izvilkumi». Vekordijas izvilkums ir fails, kurā atkārtots viena vai vairāku Vekordijas iecirkņu teksts bez lineāras numerācijas un bez iepriekš uzdota apjoma. Izvilkums parasti reproducē kādu Valda Egles vai cita autora grāmatu vai brošūru. Izvilkuma faila nosaukumā pirmais burts «L» nozīmē, ka grāmatas pamatteksts ir dots latviski, burts «E», ka angliski, burts «R», ka krieviski, un burts «M», ka jaukts. Burts «S» nozīmē, ka fails ir sagatave, kura vēl tiks stipri modificēta, bet burts «X» apzīmē faksimilus. Dienasgrāmatas VEcordia oriģinālos un izvilkumu failus Jums **ir tiesības** kopēt, pārsūtīt pa e-pastu, ievietot WWW serveros, izdrukāt un nodot citām personām bez maksas informatīvos, estētiskos vai diskusiju nolūkos. Bet, pamatojoties uz LR un starptautiskajām autortiesībām, **ir aizliegta** šī faila jebkura veida komerciāla izmantošana bez Dienasgrāmatas autora rakstiskas atļaujas, un **ir aizliegts** šos failus jebkurā veidā modificēt. Ja attiecībā uz šeit doto tekstu bez Dienasgrāmatas autora tiesībām darbojas vēl citas autortiesības, Jums jārespektē arī tās.

Šī sējuma izdošanas brīdī (kurš titullapā apzīmēts ar vārdu «Versija:») Vekordijas galvenās pārstāvniecības Internetā bija vietnes: http://vekordija.blogspot.com/ – latviešu grāmatām; http://vecordija.blogspot.com/ – krievu grāmatām.

Satura rādītājs

VEcordia 1
Izvilkums L-EGLIT 1
Imants Eglītis 1
PSIHIATRIJA 1
Ievads 2
Sākuma priekšvārds 2
Beigu priekšvārds 3
Imants Eglītis. «Psihiatrija» 4
Priekšvārds 4
Psihiatrijas priekšmets 5
Starptautiskā psihisko slimību klasifikācija (stājusies spēkā 1968.gadā) 7
Psihiatrijas vēsture 11
Simptomi 14
Uztvere un tās traucējumi 14
Emociju traucējumi 22
Domāšanas traucējumi 23
Uzmācības 30
Uzmanības traucējumi 32
Traucējumi gribas un kustību sfērā 33
Impulsīvas darbības un dziņas 34
Traucējumi sevis apzināšanā. Derealizācija. Apjukums 34
Atmiņas traucējumi 36
Miega traucējumi 37
Sindromi 38
Neirotiskie un neirozei līdzīgie sindromi 38
Afektīvie sindromi 40
Murgu sindromi 43
Katatonais sindroms 47
Aptumšotas apziņas sindromi 50
Lēkmes 54
Plānprātības sindromi 54
Organiskais psihosindroms (psihoorganiskais sindroms) 56
Korsakova sindroms (amnēziskais simptomu komplekss) 56
Slimnieku izmeklēšana 57
Šizofrēnija 61
Maniakāli depresīvā psihoze 71
Epilepsija 75

Psihiskie traucējumi dažu somatisku slimību gadījumos 81
Infekciju psihozes 82
Psihiskie traucējumi somatisku neinfekcijas slimību un endokrīnu slimību gadījumos . 84
Psihiskie traucējumi, kas radušies sifilisa infekcijas rezultātā 85
Smadzeņu sifiliss 85
Progresējošā paralīze 89
Psihiskie traucējumi slimniekiem, kas pārcietuši galvas smadzeņu traumas 91
Hroniskais alkoholisms 96
I. Sadzīves alkoholisms 96
II. Hroniskais alkoholisms 96
Narkomānijas 106
Psihiskie traucējumi saindēšanās gadījumos ar medikamentiem un rūpnieciskām indēm 109
Psihiskās slimības involūcijas periodā un vecumā 112
Psihisko slimību īpatnības involūcijas periodā un vecumā 112
Involūcijas psihoze (presenilā psihoze) 112
Psihiskie traucējumi asinsvadu slimību rezultātā 115
Vecuma (senilās) psihozes 119
Presenilie atrofiskie procesi 121
Psihopātijas 124
Neirozes 132
Reaktīvs stāvoklis (psihogēna reakcija) 138
Iedzimtā plānprātība 142
Psihisko slimnieku ārstēšana 147
Insulīna terapija 147
Krampju jeb konvulsīvā terapija 148
Psihofarmakoterapija 148
Psihoterapija. Psihohigiēna. Psihoprofilakse 153
Psihiatriskās palīdzības organizācija 157
Ambulatora psihiatriskā palīdzība 158
Stacionāra psihiatriskā palīdzība 159
Daži nepareizi priekšstati par psihiatrisko slimnīcu un psihiatriju 161
Psihisko slimnieku ekspertīze 161
Psihisko slimnieku kopšana un uzraudzība 162
Satura rādītājs 178