

გიორგი ნანეიშვილი

ფსიქიატრიის მოკლე კურსი

სახელმძღვანელო ექიმებისა და სტუდენტებისათვის
(მეოთხე გამოცემა)

თბილისი 2008

6.149173
16.8(075.8)
.2.11

წინამდებარე წიგნში შედარებით მოკლედ და მი-
აწვდომი ენით მოცემულია ზოგადი ფსიქოპათოლოგიის და
კლინიკური ფსიქიატრიის ძირითადი საკითხები. მოყვანი-
ლია თანამედროვე ცნობები ფსიქიკურ დაავადებათა
სისტემატიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ.

თბილისის ივ. ჯავახიშვილის სახ. სახელმწიფო უნი-
ვერსიტეტის ბიოლოგიისა და მედიცინის ფაკულტეტის სა-
მეცნიერო საბჭოს მიერ ნაშრომი რეკომენდებულია სახელ-
მძღვანელოდ სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტებისა და
რეზიდენტებისათვის. საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგა-
დოების მიერ იგი ასევე რეკომენდებულია ექიმ-ფსიქიატ-
რებისათვის პროფესიონალური ცოდნის გაღრმავებისა და
სრულყოფის მიზნით.

რედაქტორი: რ. შაქარაშვილი, მედ. მეც. დოქტორი, პროფესორი

რეცენზენტები: გ. ჩაფიძე, მედ. მეც. დოქტორი

ა. მამარდაშვილი, მედ. მეც. კანდიდატი

© მე-4 სტერეოტიპული გამოცემა, თბილისი 2008

© „მეცნიერება“, თბილისი 1998

6 $\frac{0303020000}{M607(06)-98}$

ISBN 99940-36-86-6

შესავალი	
თავი I. ფსიქიატრიის საგანი და ამოცანები.	
თავი II. ფსიქიატრიის ისტორიის ძირითადი ეტაპები.	11
თავი III. ზოგადი ფსიქოპათოლოგია და ფსიქიკურ აშლილობათა სიმპტომატიკა.	17
თავი IV. ცნება ფსიქიკური დაავადების შესახებ და ძირითადი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები.	41
თავი V. ფსიქიკურ დაავადებათა კელეკსა და მკერნალობის მეთოდები.	47
თავი VI. ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია.	63
თავი VII. ფსიქიკურ აშლილობათა კლინიკიკაცია.	68
თავი VIII. ენდოგენური ბუნების ფსიქიკური აშლილობანი. შიზოფრენია და მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი.	73
თავი IX. ორგანული ბუნების ფსიქიკური აშლილობანი. ტრავმული და სისხლძარღვოვანი ფსიქოზები. ეპილეფსია.	86
თავი X. ინფექციური და ინტოქსიკაციური ფსიქოზები. სომატოგენური და ენდოკრინოპათიები.	95
თავი XI. ალკოჰოლიზმი და ნარკოზომია.	105
თავი XII. ფსიქოგენური, სტრესთან დაკავშირებული აშლილობანი. ნევროზები.	117
თავი XIII. ფსიქოპათია და პათოქარაქტეროლოგიური განვითარება. ქიკეისი აშლილობანი.	127
თავი XIV. გონებრივი ჩამორჩენილობა.	132
თავი XV. ფსიქიკურ აშლილობათა თავისებურებანი ბავშვთა ასაკში.	135
თავი XVI. ფსიქიკური აშლილობანი სეოლეუიურ და მოსვენებულ ასაკში.	140
თავი XVII. ფსიქიკური აშლილობები, რომლებიც საჭიროებენ სასწრაფო ჩარევას. კრიზისული ფსიქიატრია.	145

ფსიქიატრიის საგანი და ამოცანები

ფსიქიატრია (*psyche* – სული, *iatreia* – მეკურნალობა) მედიცინის დარგია, რომელიც სწავლობს ფსიქიკურ დაავადებათა ეთიოლოგიას, პათოგენეზს, კლინიკას, მიმდინარეობას, მეკურნალობასა და პროფილაქტიკას. გარდა ამისა, ფსიქიატრია შეისწავლის ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციის, მეკურნალობისა და პროფილაქტიკის მეთოდოლოგიურ პრინციპებს, სულით დაავადებულ პირთა საზოგადოებრივი და შრომითი რეაბილიტაციის საკითხებს და ამ პრობლემებთან დაკავშირებულ სოციალურ და სამართლებრივ ასპექტებს.

კლინიკურ ფსიქიატრიას, მედიცინის სხვა დარგებისაგან განსხვავებით, გარკვეული სპეციფიკა ახასიათებს. ეს სპეციფიკა, უპირველეს ყოვლისა, ემყარება ამას, რომ ფსიქიკური დაავადება ადამიანის სულიერი ცხოვრების, მისი არსებობის ერთ-ერთი ფორმაა და მისი განხილვა ვიწრო სამედიცინო კუთხით არ ასახავს ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული პათოლოგიური მდგომარეობის მთელ სირთულესა და სიღრმეს. ერთი მხრივ, სულიერი დაავადების გამოვლინებანი მჭიდროდაა დაკავშირებული ორგანიზმის, განსაკუთრებით კი თავის გვინის ფუნქციის მოშლასთან – ესაა მათი პათოგენეზური საფუძველი. ამის აშკარა დადასტურებაა ცენტრალური ნერვული სისტემის ანატომიური, ფიზიოლოგიური, ბიოქიმიური და სხვა პარამეტრების ორგანული თუ ფუნქციური ცვლილებები ფსიქიკურ აშლილობათა შემთხვევებში. მეორეს მხრივ, სულით დაავადება წარმოადგენს ფსიქოლოგიურ ფენომენს – ადამიანის ფსიქიკური ფუნქციების პათოლოგიური ცვლილებებით გამოწვეულ ქცევის მოშლას, რომელიც გამოიხატება მისთვის ჩვეულ, სოციალურ გარემოში დეზადაპტაციით. ამის შედეგია არასრულყოფილი, არასაკმარისი, არაადეკვატური ან რიგ შემთხვევებში გარშემომყოფთათვის ზოგჯერ საშიში მოქმედებები. დესოციალიზაცია ანუ სოციალური ერთიერთობების დარღვევა, საკუთარი თავისა და გარემოს არასწორი შეფასება წარმოადგენს სულით დაავადებების ძირითად არსს. ამ მოსაზრებებს ემყარება სულიერი ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური დაავადების მიღებული კონცეფციები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა – ესაა მდგომარეობა, რომლის დროსაც ადამიანი მკაფიოდ გრძნობს საკუთარ ფიზიკურ და სულიერ კეთილდღეობას, ღრუბლას და მნიშვნელობას; გააჩნია უნარი კონკრეტული გაუწიოს საკუთარ ძალებს და მოქმედებებს; გადალახოს ყოფითი სიძნელეები და საკუთარ თავზე იღოს გარკვეული პასუხისმგებლობა; დაამყაროს, შეინარჩუნოს და განავითაროს ურთიერთობები სხვა ადამიანებთან. ამ მდგომარეობის დარღვევა – ფსიქიკური დაავადებაა. ამასთან ერთად უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ფსიქიკური დაავადების დიაგნოსტიკის ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს ადამიანის ფსიქიკის ფუნქციის მოშლა და არა მისი ქცევის სოციალური შეფასება. წინააღმდეგ შემთხვევაში საზოგადოების ფართო წრეებისათვის მიღებული ან დასაძრახი ნებისმიერი ქცევა (ასოციალური, ანგისოციალური, ანტი-სოციალური თუ აშორალური) განიხილება როგორც ფსიქიკური დაავადება. მესმის მცდარი დამოკიდებულების სავალალო შედეგი იყო ფსიქიატრიის

ბოროტად, პოლიტიკური ზეწოლის მიზნით გამოყენების მაგალითები გოტალიტარული რეჟიმის ქვეყნებში (სსრკ, რუმინეთი, კუბა, ჩილე და სხვა).

ფსიქიატრია, როგორც კლინიკური დისციპლინა ორი ძირითადი ნაწილისაგან შედგება. *მოგადი ფსიქოპათოლოგია* შეისწავლის სულით დაავადებების დროს არსებული ფსიქიკური სფეროს დარღვევის სიმპტომებსა და სინდრომებს, მათ ურთიერთკავშირს და განვითარების კანონზომიერებებს. *კერძო ფსიქიატრიის* მიზანია ფსიქიკურ დაავადებათა კლინიკის, მიმდინარეობის, დიაგნოსტიკის საკითხების, დაავადებათა ეთიოლოგიისა და პათოგენეზის შესწავლა. ფსიქიკური დაავადებების კლინიკური კვლევის ძირითად მიმართულებას *აღწერილობითი მეთოდი* წარმოადგენს, რომელიც ეყრდნობა ავადმყოფთან ექიმის საუბარსა და მასზე დაკვირვებას. ავადმყოფთან ხანგრძლივი კონტაქტი, საუბარი, მის ქსევებზე დაკვირვება გვაძლევს საშუალებას ჩავწედეთ სულით დაავადების ძირითად არსს – პაციენტის პიროვნებას და მის კავშირს პათოლოგიური პროცესის გამომწვევ ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და ბიოლოგიურ მიზეზებთან. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ პიროვნება წარმოადგენს რთულ ბიო-სოციალურ სტრუქტურას, რომელშიაც აისახება არა მხოლოდ ინდივიდუალური ცხოვრების განუმეორებელი ქარგა, არამედ მემკვიდრეობითი, გენეოლოგიური ისტორია.

გამომდინარე აქედან, ფსიქიატრია ყოველთვის იყენებდა და იყენებს *ფსიქოლოგიის* ძირითად დებულებებს, ამ დისციპლინის მიერ მოპოვებულ მეცნიერულ ფაქტებს, ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური კვლევის მეთოდებს, სხვადასხვა ფსიქოლოგიური სკოლების კონცეფციებს. ამავე დროს, ფსიქოლოგიაც სარგებლობს ფსიქიატრიული პრაქტიკით მიღებული ფაქტებით, ფსიქიკური მოქმედების სხვადასხვა ფორმების (მათ შორის პათოლოგიურის) შესასწავლად.

გარდა ამისა, ფსიქიატრია მაქსიმალურად იყენებს თანამაგროვე ფუნდამენტური ბიოლოგიური მეცნიერებების მიღწევებს – ფსიქიკურ დაავადებათა ეთიო-პათოგენეზური საწყისის, ბიოლოგიური მექანიზმების დასადგენად, მკურნალობის მეთოდების შესასწავლად. ამ მიზნით ფართოდ გამოიყენება ფიზიოლოგიური (მაგალითად ელექტროფიზიოლოგიური) და პათოლოგიური (პათომორფოლოგიური, პათობიოქიმიური, პათოჰისტოქიმიური, პათომუნოლოგიური, პათოფარმაკოლოგიური) მეთოდები. ფსიქიატრიული მეცნიერების ამ მიმართულებას *ბიოლოგიური ფსიქიატრია* ეწოდება.

ფსიქიკური დაავადებების გამომწვევი მიზეზებიდან ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესს *სოციალური ფაქტორები* შეადგენს. საყურადღებოა, რომ კავშირი სოციალურ ფაქტორებსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის ორმხრივია. ცხოვრების პირობები, ყოფილი და გაეროშიც სიტუაცია ხშირად ხდება სულით დაავადებების მიზეზი. უკანასკნელ წლებში საგრძნობლად გაიზარდა სოციალური სტრესული ფაქტორებით განპირობებული ფსიქიკური აშლილობების რიცხვი. ~~გამსაკვეთად ამავე ახალი მდგომარეობების რიცხვმა,~~ ყოფილი სოციალისტური ორიენტაციის ქვეყნებში, სადაც ძველი ფორმაციის რღვევას მოჰყვა ძირეული პოლიტიკური და სოციალურ-ეკონომიკური ცვლილებები. ამან გაართულა ადამიანების ადაპტაციის პროცესი ახალ, უძველეს პირობებთან და გაზარდა სულით დაავადების მიზეზი. აღსანიშნავია

ისიც, რომ პოპულაციაში სულით დაავადებების ზრდა (საერთაშორისო ორგანიზაციების მონაცემებით ფსიქიკურ აშლილობებზე მოსახლეობის ავადობის 10,5% მოდის) საგრძნობ გაელენას ახდენს სახელმწიფოს სოციალურ და ეკონომიკურ სტაბილურობაზე. თვითმკვლევლობების მაღალი რიცხვი საფრთხეს უქმნის საზოგადოების გენოფონდს; ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის არასწორი ორგანიზაცია დაბლა სწევს შრომის ეფექტურობას საწარმოებში, იწვევს გაუთვალისწინებელ ავარიებსა და უბედურ შემთხვევებს; ნარკომანიის წინააღმდეგ მიმართული ღონისძიებების დისკოორდინაცია და მოზარდ თაობაში ტოქსიკომანიისა და სხვა ფსიქიკური დაავადებების პრევენციის არარსებობა ზრდის კრიმინალური დანაშაულებების რიცხვს, საფრთხეს უქმნის ქვეყნის მოსახლეობას. ყველა ეს ფაქტორი მნიშვნელოვნად წარმოაჩენს ფსიქიატრიის ფუნქციასა და როლს საზოგადოებაში. *სოციალური ფსიქიატრია* – ფსიქიატრიის ის სფეროა, რომელიც სწავლობს ფსიქიკურ აშლილობებთან დაკავშირებულ სოციალურ პრობლემებს, სულით დაავადებათა განვითარების საზოგადოებრივ, ეთნო-კულტურალურ, დემოგრაფიულ, ეკონომიკურ ასპექტებს, შეიმუშავებს მოსახლეობის სულიერი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის სტრატეგიას.

უკანასკნელ პერიოდში განსაკუთრებულად გამოიკვეთა ფსიქიკურ დაავადებათა პრევენციის, პროფილაქტიკის, მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ტენდენციები. ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციაში სულ უფრო დიდი აქცენტი კეთდება *ფსიქოპიგიური* და *ფსიქოპროფილაქტიკური* მიმართულებების განვითარებაზე. ეს მიმართულებები ფსიქიატრიაში გამორჩეულ ადგილსა და მნიშვნელობას ღებულობენ.

ფსიქიკურ აშლილობებს ძირითადად მიეკუთვნება: *ფსიქოზი* – გარემოში ადაპტაციის მოშლის ღრმა სახე, რომლის დროსაც დარღვეულია გარემოს აღქმატური, სწორი აღქმა, მკვეთრად შეცვლილი ემოციური ფონი, აზროვნული პროცესები, მოშლილია ქცევა. *ნევროზი* – ფსიქიკური ფუნქციების შედარებით იოლი შეცვლა, სადაც წამყვანია ე.წ. ნევროზული რეგისტრის სინდრომები (აკვიატებული აზრები, დეპრესიული აფექტი, გამღიზიანებლობა, უძილობა და ა.შ.). *ტოქსიკომანია* – ნარკოტიკული ნივთიერებების, ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ნეიროტროპული ნივთიერებების ჭარბი მიღებით განპირობებული ფსიქიკური აშლილობანი. *ფსიქოპათია* – პიროვნების ანომალური ქარაქტეროლოგიური ცვლილებები, რომლებიც გამოვლინდებიან ქცევის მოშლაში. ამ პრინციპული დიფერენციაციიდან გამომდინარე კლინიკურ ფსიქიატრიაში გამოპყოფენ ე.წ. “*დიდ ფსიქიატრიას*”, რომელიც შეისწავლის ფსიქოზური ბუნების სულით დაავადებათა ეთიო-პათოგენეზს, კლინიკასა და მკურნალობას; “*მცირე ფსიქიატრიას*”, რომლის ინტერესების სფერო შემოიფარგლება ნევროზების, პიროვნული ანომალიების კვლევით და “*ნარკოლოგიას*”, რომელიც შეისწავლის ნარკომანიას, ალკოჰოლიზმს და მასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. გარდა ამ ქვედანაყოფებისა, კლინიკური ფსიქიატრიის, როგორც სამედიცინო დისციპლინის, მნიშვნელოვან დამოუკიდებელ ნაწილებს შეადგენენ *ბავშვთა ფსიქიატრია*, *გერონტოფსიქიატრია* და *სასამართლო ფსიქიატრია* აღნიშნული დიფერენციაცია განპირობებულია პრობლემათა აქტუალობითა და სპეციფიკურობით.

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიატრია მედიცინის ერთ-ერთ ნაწილს, მის დარგს წარმოადგენს, მისი კვლევის საგანი სცდება ბიოლოგიური და

სამედიცინო მეცნიერებებით შემოფარგლულ მოვლენებს, ფენომენებსა და ცნებებს. სავსებით მართალია ცნობილი ფსიქიატრი ფრანც ალექსანდერი, როდესაც, ფსიქიატრიის განვითარებაში გამოჰყოფს სამ ძირითად მიდგომას ან ტენდენციას, რომელიც შესაძლოა განიხილებოდეს, როგორც ამ დისციპლინის განვითარების ეტაპები: *მაგიური* მიდგომა, *დამყარებული ფსიქიკური ფუნქციების*, როგორც *გებუნებრივი*, *მისტიკური* მოვლენების *განხილვაზე*; *ორგანული*. მიდგომა – ფსიქიკურ დაავადებათა ახსნა ფიზიკური, სომატური მიზეზებით და *ფსიქოლოგიური* მიდგომა, სადაც ფსიქიკური დარღვევების საფუძვლად და მიზეზად ფსიქოლოგიური ფაქტორები გვევლინება. ფსიქიატრიის განვითარების და მისი დამოუკიდებელ მეცნიერებად ჩამოყალიბების პროცესში აშკარად გამოიკვეთა *ორგანული და ფსიქოლოგიური მიდგომების ანუ ტენდენციების შერწყმა*. *კომპლემენტაცია*, მისი განთავისუფლება მისტიკური, დემონოლოგიური კონცეპციებისაგან. თანამედროვე ეტაპზე ეს ინტეგრაცია გვესახება როგორც *ნეირობიოლოგიის, ფსიქოლოგიისა და სოციოლოგიის ნაყოფიერი კავშირი*.

XX საუკუნე გახდა ფსიქიატრიის როლისა და მნიშვნელობის აღიარების ხანა. ამის მიზეზი გენიალური მეცნიერისა და მოაზროვნის ზიგმუნდ ფროიდის მიერ ფსიქოანალიზის თეორიის შემუშავებაა, რამაც ფსიქიატრია გადააქცია მედიცინის ერთ-ერთ უპირველეს, უმნიშვნელოვანეს დარგად. ფსიქოანალიზმა კარდინალურად შეცვალა ადამიანის სულიერი პროცესების კვლევის ძირითადი ექვტორი – კლასიკური ფსიქოფიზიოლოგიური მეთოდები გამდიდრდა პაროვენების ცნობიერების სიღრმეში მიმდინარე პროცესების კვლევით. ფსიქოანალიზის თეორია იყო მძლავრი იდეოლოგიური რევოლუცია, რომელმაც თავისი ასახვა პოვა არა მხოლოდ ფსიქიატრიასა და ფსიქოლოგიაში, არამედ ლიტერატურასა და ხელოვნებაში, ფილოსოფიასა და სოციოლოგიაში, რადიკალურად შეცვალა თანამედროვე ცივილიზაციის სახე. ახლებურად იქნა გააზრებული ფსიქიკური პროცესების როლი ადამიანის და საერთოდ ერის სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობის საკითხებში.

ფსიქიატრია თანამედროვე მეცნიერებებს შორის ერთ-ერთი ყველაზე დინამიკური, პროგრესული და ყოვლისმომცველი დისციპლინაა. იგი მოითხოვს პაროვენების გლობალურ და ამავე დროს ყოველმხრივ, დიფერენციულ შესწავლას. ფსიქიატრია მჭიდროდაა გადახლართული მედიცინის, ფსიქოლოგიის და სოციოლოგიის სხვადასხვა განხრებთან.

ამ გარემოებებმა საგრძნობლად გაზარდა მოთხოვნები ფსიქიატრიის სწავლებისადმი უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში. დასავლეთი ევროპისა და ამერიკის უნივერსიტეტებში, თავისი მოცულობითა და მნიშვნელობით მას მკორე-მესამე პოზიცია უჭირავს თერაპიისა და ქირურგიის შემდეგ. ჩვენს ქვეყანაშიც შეიმჩნევა ფსიქიატრიის დარგში დაოსტაგებისადმი საგრძნობი ინტერესი. შესაბამისად იცვლება სწავლების ფორმები და სასწავლო პროგრამები.

თანამედროვე ფსიქიატრიაში ბევრია შესასწავლი, დასადგენი მრავალი საკითხი ხდება აქტიური დისკუსიის საგანი. დიდი ფსიქიატრი და ფილოსოფოსი კარლ გუსტავ იუნგი ამბობდა: “ჩვენი ფსიქიკა მხოლოდ ბუნების ნაწილია, მისი საიდუმლოება კი უსაზღვროა...”.

ფსიქიატრიის ისტორიის ძირითადი ეტაპები

პიპოკრატიკა (460-377 ძვ.წ.) - “ მედიცინის მამად” წოდებული, ანტიკური მედიცინის კლასიკური ნაშრომის “Corpus Hippocraticus” ავტორმა. აღწერა მრავალი ფსიქიკური დაავადება და შემოიგანა დღემდე მიღებული ტერმინები: მანია, მელანქოლია, დელირი, სენილური დემენცია, ისტერია, ფობია და სხვა. ჩამოაყალიბა ე.წ. “ჰუმორული თეორია” ადამიანის ტემპერამენტისა და სხეულის აღნაგობის ურთიერთკავშირის შესახებ და გამოჰყო ოთხი კლასიკური კონსტიტუციური ტიპი: სანგვინიკი, ქოლერიკი, ფლეგმატიკი და მელანქოლიკი.

არეთეუსა (50-130 ჩვ.წ.) აღწერა ავადმყოფობა, რომელიც ხასიათდებოდა მანიისა და მელანქოლიის პერიოდული მონაცვლეობით. პირველმა მიაქცია ყურადღება პრემორბიდული თავისებურებების მნიშვნელობას ფსიქიკური სნეულებების დროს.

წმ. ავგუსტინე (354-430) “აღსარებაში”, თვით ანალიზის ბრწყინვალე ნიმუშში, წარმოაჩინა აღრეული მოგონებების, ემოციური კონფლიქტებისა და გაუცნობიერებელი გრძნობების როლი ადამიანის სულიერ ცხოვრებაში.

ბაღდადში 705 წელს ჩვ.წ. დაარსდა ისტორიაში პირველი თავშესაფარი სულით ავადმყოფებისათვის, სადაც მათ შედარებით ჰუმანურად ეპყრობოდნენ და მკურნალობდნენ იმ დროისათვის მიღებული მეთოდებით.

ვალენსიაში (1409 წ.) აშენდა ევროპაში პირველი თავშესაფარი ფსიქიკურ ავადმყოფთათვის. აქვე, 1545 წელს შეიქმნა დამოუკიდებელი განყოფილება ბავშვებისათვის.

“Malleus Maleficarum” - (“აღქაჯთა ურო”). გერმანელი იეზუიტების ინსტიტორისის და შპრენგერის წიგნი (1487), რომელიც გახდა სახელმძღვანელო შუა საუკუნეების ინკვიზიციისათვის მის სასტიკ საქმიანობაში. ინკვიზიციის მსხვერპლი მრავალი ათასი უდანაშაულო სულით ავადმყოფი გახდა.

ბეთლემის საავადმყოფო (Bethlehem Hospital) ლონდონში 1547 წ., მეფე ჰენრი VIII-ს ბრძანებით, გადაკეთდა საავადმყოფოდ “მთვარეულიათვის”. მოქალაქეებს, შესაბამისი საზღაურის ფასად, შეეძლოთ დაეთვალიერებინათ ეს დაწესებულება და მათი “ბინადარნი”. საუკუნეების განმავლობაში სიგჳვა “ბელლამი” იმ არაადამიანური პირობების გამომხატველი იყო, რაც სუფევდა შუა საუკუნეების ევროპის მსგავს დაწესებულებებში.

ფ. პლატერმა (1536-1614) ფსიქიკური დაავადებების შესწავლისას პირველად მიანიჭა პრიორიტეტი კლინიკურ აღწერას და შეცვალა ამ მეთოდით

სულიერ აშლილობათა სპეკულაციური, ძირითადად ინგროსპექციური ანალიზი. მას ეკუთვნის ფსიქიკურ დაავადებათა კლასიფიკაციის პირველი ცდა.

კ. კელენმა (1710–1790) შემოიგანა ფსიქიატრიაში ტერმინი “ნეეროზი”, რითაც გამიჯნა “ნერვული სისტემის მწყობრიდან გამოსვლით” გამოწვეული დაავადებები ცხელებით ან თავის ტვინის ლოკალური ღამიანებით გამოწვეული აშლილობებისაგან.

ფ.ა. მესმერმა (1733–1815) აღმოაჩინა ე.წ. “ცხოველური მაგნეტიზმი”, რომელსაც შემდეგში ჰიპნოზის ფენომენის სახელით გახდა ცნობილი.

ფილიპ ჰინელმა (1745–1826) ფრანგმა ექიმმა, “ თანამედროვე ფსიქიატრიის მამა”. 1793 წელს ბისეგრის კლინიკაში მოახდინა ისტორიული რეორგანიზაცია. გააუქმა შეზღუდვათა უმძიმესი ფორმები, სულით ავადმყოფთა იზოლაციის ციხის რეჟიმი, რითაც საფუძველი ჩაუყარა პირველ ცვლილებებს ფსიქიატრიაში. მოგვიანებით მან ამ ტიპის რეორგანიზაცია მოახდინა სალპეტრიერის კლინიკაშიც. ჰინელის მიმდევრები გახდნენ: *კ.კიარუჯი* (იტალიაში), *კ.ტიუკი* (ინგლისში), *კ.ჟისლენი* (ბელგიაში) და *ბ.რაში* (აშშ-ში).

კ.ედ. ესკიროლმა (1772–1840) ჰინელის მოწაფემ, გააგრძელა რეფორმები ფსიქიატრიაში. ავტორია წიგნის – “სულით დაავადებათა სამედიცინო, ჰიგიენური და სამართლებრივი ასპექტები”, სადაც მოგვცა ფსიქიკურ დაავადებათა კლინიკური დახასიათება, მეურნალობის იმ დროისთვისა მძლავრ მეთოდების აღწერილობა და ორიგინალური კლასიფიკაცია. პირველმა დააყენა ფსიქიატრიული სასამართლო ექსპერტიზის და სულით ავადმყოფთა იურიდიული პასუხისმგებლობის საკითხი.

კ. ფალრემ (1794–1870) ჩამოაყალიბა და განავითარა ფსიქიატრიული კლინიკური საუბრის ტექნიკა, ანამნეზის, ფსიქიკური სტატუსის სტანდარტული მოდელი. საფუძველი ჩაუყარა კლინიკურ კვლევებს სუიციდოლოგიაში.

ბ. მორელი (1809–1873) ფსიქიკურ აშლილობათა განვითარებაში განსაკუთრებულ ყურადღებას ანიჭებდა მემკვიდრეობით ფაქტორებს. იგი თვლიდა, რომ უმნიშვნელო გენეტიკური აბერაციები გადადის მემკვიდრეობით, რაც შემთხვევებში პროგრესირებს თაობიდან თაობაში და გამოვლინდება სხვადასხვა ფსიქიკური დაავადებების სახით. მორელი მიიჩნევდა, რომ გადაგვარების, “დეგენერაციის” პროცესი მძიმდება ინტოქსიკაციური, ინფექციური, ორგანული და სოციალური ფაქტორების ზეგავლენით. “სწავლება დეგენერაციის შესახებ” ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული ფსიქიატრიული თეორია იყო XIX საუკუნის მეორე ნახევარში. მორელმა აღწერა ავთვისებიანად მიმდინარე დაავადება “Demence Precoce” (“ ნაადრევი ჭკუასუსტობა”).

კილაპელმ გრიზინგერმა (1817–1868) სახელმძღვანელოში “სულიერის პათოლოგია და თერაპია” (1845) ჩამოაყალიბა ფსიქიკური დაავადებებისადმი საბუნებისმეტყველო, ბიოლოგიური მიდგომის პრინციპები. სულით

დაავადებათა მიზეზად იგი გვინის დაზიანებას მიიჩნევდა. შეიმუშავა ფსიქიკურ დაავადებათა ორიგინალური კლასიფიკაცია.

ი. მ. ბაღინსკის (1827–1902) ხელმძღვანელობით სანქტ–პეტერბურგის მედიკო–ქირურგიულ აკადემიასთან, 1857 წ., ჩამოყალიბდა პირველი ფსიქიატრიული კათედრა რუსეთის იმპერიაში.

კ. კალაუშვი (1828–1899) აღწერა და დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულად გამოჰყო კატატონია და ჰეპერენია (ჰეპერთან ერთად). საფუძველი ჩაუყარა დაავადებათა კლასიფიკაციის ნოზოლოგიურ პრინციპს. ფსიქიატრიაში შემოიტანა ტერმინი “სიმპტომოკომპლექსი”.

ჩემარე ლომბროზო (1835–1909) ჩამოაყალიბა ანტროპოლოგიური მიმართულება ფსიქიატრიასა და კრიმინალისტიკაში. მისი თეორიის მიხედვით ანტისოციალური და დანაშაულებრივი ქმედებების საფუძველი თანდაყოლილი ბიოლოგიური დეტერმინანტებია, რომელთაც აქვთ თავისი ფიზიოლოგიური სტიგმატები.

ე. მანიანი (1835–1915) საფუძველს უყრის ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის კლინიკურ შესწავლას. აღწერა ფებრილური ალკოჰოლური დელირი, კოკაინური დელირი. პირველმა შემოიტანა საუნივერსიტეტო სწავლების პროცესში სულით ავადმყოფების დემონსტრაცია.

იან მარტენ შარკო (1825–1893) – ფრანგი ფსიქონევროლოგი. იკვლევდა ც.ნ.ს. ორგანულ დაზიანებებს. ისტერიის, როგორც ფსიქიკური ფენომენის კლინიკური შესწავლის პიონერია. პირველად გამოიყენა ჰიპნოზი სულით დაავადებათა მკურნალობაში.

ქ. თბილისში 1869 წელს გაიხსნა საქართველოში პირველი სპეციალიზებული ფსიქიატრიული საავადმყოფო 24 საწოლზე.

რ. ფონ კრაფტ–ებინგმა (1840–1902) თავის წიგნში “სექსუალური ფსიქოპათია” (1886) ჩამოაყალიბა თანამედროვე სექსოლოგიის საფუძვლები, დაამუშავა და განავრცო სექსოპათოლოგიურ დარღვევათა სისტემატიკა. შეიმუშავა, სინდრომოლოგიურ პრინციპზე დაფუძნებული, ფსიქიკურ დაავადებათა ორიგინალური კლასიფიკაცია.

ს. ს. კორსაკოვი (1854–1900) - გამოჩენილი ნევროლოგი. რუსული კლინიკური ფსიქიატრიული სკოლის ფუძემდებელი აქტიურად იბრძოდა რუსეთში პროგრესული ფსიქიატრიული რეფორმების გასატარებლად. აღწერა ამნეზიურ-კონფაბულაციური ამლილოზებით მიმდინარე ალკოჰოლური პოლინევრიტი, რომელსაც შემდგომში მისი სახელი უწოდეს (“კორსაკოვის დაავადება”).

ემილ კრეპელინი (1856–1926) - თანამედროვე ნოზოლოგიური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი ფუძემდებელი, კლასიკური სახელმძღვანელოს

ავტორი უსიქიატრიაში: "Psychiatrie: Ein Lehrbuch" (1910-1915), რომელიც "უსიქიატრიულ ბიბლიად" არის ცნობილი. მან გაამდიდრა უსიქიატრია ექსპერიმენტული მეთოდებით. შეიმუშავა ნოზოლოგიური კლასიფიკაცია, რომელიც საფუძვლად დაედო სულით დაავადებათა ყველაზე გავრცელებულ სისტემატიკას. აღწერა და ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად გამოჰყო "ნაადრევი ჭკუასუსტობა" და "ცირკულარული უსიქოზი". აღწერა მრავალი უსიქოპათოლოგიური სიმპტომი და სინდრომი. გაამდიდრა უსიქიატრიული პრაქტიკა კვლევის ექსპერიმენტულ-უსიქოლოგიური და ფარმაკოუსიქოლოგიური მეთოდებით.

ეუგენ ბლეილერი (1857-1939) იყო პირველი უსიქიატრი-კლინიკისტი, რომელმაც აქტიურად დაუჭირა მხარი უსიქიანალიზმურ თეორიას და გამოიყენა ფროიდის სწავლების ძირითადი პრინციპები სულით დაავადებათა პათოგენეზური მექანიზმების, მიმდინარეობის თავისებურებათა ასახსნელად და მკურნალობისათვის. შეიმუშავა "შიზოფრენიის" კონცეპცია. ნოზოლოგიურ პრინციპზე დაყრდნობით, ამ დაავადების განმსაზღვრელად, მიმდინარეობის კრიტერიუმის ნაცვლად, მიიჩნია უსიქიკური პროცესების "გახლეჩა", დისკოორდინაცია – "სხიზისი". შიზოფრენიის კლინიკურ სურათში გამოჰყო ძირითადი და დამატებითი სინდრომები. დიდ ყურადღებას უთმობდა სოციალური უსიქიატრიის საკითხებს: შრომათერაპიისა და პატრონაჟის პრობლემებს, სულით ავადმყოფთა რეადაპტაციას და ალკოჰოლიზმთან ბრძოლის ორგანიზაციულ მხარეს.

ბიერ ჯანეს (1859-1947) დიდი როლი მიუძღვის უსიქოგენური დაავადებების, კერძოდ კი ნევროზების ეთიო-პათოგენეზის, კლინიკური აღწერის და სისტემატიკის შემდგომ დახვეწაში. "ნევროზოლოგიის" ერთ-ერთი დამფუძნებელია. შეიმუშავა სწავლება უსიქასთენიის შესახებ. ცნობილია მისი შრომები აკეიატებულ მდგომარეობათა და უსიქასთენიის საკითხებზე.

გიგმუნდ ფროიდი (1856-1939) – კაცობრიობის ისტორიაში ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინტელექტუალური რევოლუციის ავტორია. შექმნა და განავითარა მოძღვრება "უსიქიანალიზმის" შესახებ, სადაც აჩვენა, რომ ადამიანის სულიერი ცხოვრების წარმმართველი, ცნობიერ, რაციონალურ უსიქიკურ ფუნქციებთან ერთად, არის ცნობიერებიდან განდევნილი, დაფარული, ირაციონალური ემოციური განცდები და მოტივები. მათი რთული ურთიერთობა გამოხატულია უსიქიკის პირობით შრეობრივ დაყოფაში "ეგო"-დ ("მე"), "სუპერ-ეგო"-დ ("ცენზურა") და "იდ"-ად ("არაცნობიერი"). შექმნა უსიქიანალიზმური თერაპიის პრინციპები უსიქიკური დაავადებების დროს. ჩამოაყალიბა უსიქიანალიზმური თეორია, როგორც ადამიანის სულიერი სამყაროს, ისტორიული და კულტურული ევოლუციის, რელიგიური აზროვნების პრობლემების ახსნის უნივერსალური მეთოდოლოგიური საფუძველი.

მისმა მრავალმა მოწაფემ და თანამოაზრემ, რომელთაგანაც განსაკუთრებით ცნობილი არიან: *კ. იუნგი*, *ა. ადლერი*, *ე. ჯონსი*, *ა. მაიერი*, *ე. ფრომი*, განავითარეს და გააღრმავეს უსიქიანალიზმური თეორიის ძირითადი პრინციპები, თვისობრივად ახალი კონცეპციებითა და მოსაზრებებით.

აღლოფე მაიერმა (1866–1950) საფუძველი ჩაუყარა თანამედროვე ფსიქოპათიოლოგიასა და ფსიქოპროფილაქტიკას. ნომოლოგიური პრინციპის საწინააღმდეგოდ შექმნა “ერგაზიოლოგიური კონცეპცია”, რომლის შესაბამისად ფსიქიკური პათოლოგია ორგანიზმზე მავნე ფაქტორებისა და პიროვნული კონფლიქტების გემოქმედებათა ჯამია და ერთ-ერთ, ცალკე აღებულ ეთიოლოგიურ ფაქტორს არ შეიძლება მიენიჭოს გადამწყვეტი როლი ფსიქიკური დაავადების განვითარებაში.

კ. ბონპოფერმა (1868–1948) შეიმუშავა სწავლება ეკმოგენური ტიპის რეაქციების შესახებ, რომლის მიხედვითაც ეკმოგენურ ფაქტორთა დიდი ჯგუფი (ინფექცია, ინტოქსიკაცია, სომატოგენია) იწვევს “ღერძული სიმპტომის” – ცნობიერების პათოლოგიის გარშემო გაერთიანებული განსაზღვრული ტიპის რეაქციებს.

პ. განნუშკინი (1875–1933) – გამოჩენილი რუსი ფსიქიატრია, რომელიც ცნობილი გახდა ფსიქოპათიის კლინიკური კვლევებით. ჩამოაყალიბა ფსიქოპათიის დინამიკისა და სტატიკის კონცეპცია. განსაკუთრებული როლი მიუძღვის სოციალური და ორგანიზაციური ფსიქიატრიის განვითარებაში. მისი უშუალო ხელმძღვანელობით საბჭოთა კავშირში შეიქმნა ფსიქიატრიული ამბულატორიული დახმარების ახალი სისტემა – ფსიქონევროლოგიური დისპანსერების ქსელი.

კარლ იასპერსი (1883–1969) – გამოჩენილი გერმანელი ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი და ფილოსოფოსი, ეკმისტენციალური ფილოსოფიის ერთ-ერთი შემქმნელია. ჩამოაყალიბა სინდრომოლოგიური მიმართულება ფსიქიატრიაში. მას ეკუთვნის კლასიკური ნაშრომი ზოგად ფსიქოპათოლოგიაში “Allgemeine Psychopathologie”.

ე. ერეშმერი (1888–1964) ცნობილია კვლევებით ფსიქო-ფიზიკური კონსტიტუციის როლის შესახებ ზოგიერთი ფსიქიკური დაავადების განვითარებაში. აღწერა კორელაცია ფიზიკურ ტიპებსა (პიქნიურილექტოსომური, ათლეტური, დისპლასტური) და ფსიქოლოგიურ კონსტიტუციას (შიშობილური, ციკლოიდური, ასთენიური, ეპილეფტოიდური) შორის. ჩამოაყალიბა კონცეპცია ტემპერამენტის პროპორციების, ბირთვული და მოსაზღვრე ფსიქოზების, ისტერიის კონსტიტუციურ-ბიოლოგიური საფუძვლების შესახებ.

ი. ეაგნერ ფონ იაურეგმა (1857–1940) – პროგრესული დამბლას მკურნალობისათვის გამოიყენა მალარიოთერაპიის მეთოდი და პირველმა ფსიქიატრთა შორის 1927 წელს მიიღო ნობელის პრემია.

ლადისლას მედუნა (1896–1964) – ქაფურით და ქაფურის სინთეზური პრეპარატებით (კარლიამოლი, მეტრომოლი) ფსიქოზების მკურნალობის მეთოდის ავტორია. ეს მეთოდი განავითარა უგო ჩერლეგიმ (1877–1963) და 1938 წელს შეიმუშავა ელექტრო-კრუნჩხვითი თერაპიის მეთოდი.

ანტონიო კაეტანო ეგამ მონიში (1874–1955) – ფსიქოქირურგიის პიონერია. მოაწოდა ლობოტომიური და ლობექტომიური ოპერაციები, როგორც

ფსიქოზითა მკურნალობის საშუალება. ამ დარგში მიღწევებისათვის 1955 წელს მიენიჭა ნობელის პრემია.

მიხეილ ასათიანი (1881–1938) – ცნობილი ქართველი ფსიქიატრი. 1920 წელს სათავეში ჩაუდგა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის კათედრას. მისი დიდი რუდუნებითა და ინიციატივით 1925 წელს დაარსდა ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, რომელსაც იგი ხელმძღვანელობდა გარდაცვალებამდე. განავითარა ფსიქოფიზიოლოგიური მიმართულებანი ფსიქიატრიაში. შეიმუშავა ორიგინალური ფსიქოთერაპიული მეთოდები.

ქან დელეიმ (1907–) – პირველმა, 1952 წ., გამოიყენა ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფენოთიაზინის დერივატი “ქლორპრომაზინი” და ამით საფუძველი ჩაუყარა ფსიქოტროპული პრეპარატების ინტენსიურ სინთეზსა და ფართო გამოყენებას ფსიქიატრიაში.

აელი ჰი ბერაბაშვილი (1902–1994) – გამოჩენილი ქართველი ფსიქიატრი და საზოგადო მოღვაწე. საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიისა და რუსეთის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი. 1938–1988 წლებში ხელმძღვანელობდა მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტს. საფუძველი ჩაუყარა ფუნდამენტურ კვლევებს ნეირომორფოლოგიასა და თავის ტვინის პათოციტოარქიტექტონიკაში. შეიმუშავა ფსიქოლოგიური ტესტირების – ასოციაციური ექსპერიმენტის ორიგინალური ვარიანტი. მსოფლიოში ცნობილია, როგორც პერსონოლოგიური და პათოპერსონოლოგიური კვლევების ავტორი. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისი შრომები, სადაც მოცემულია რუსთაველის, ბარათაშვილის, ილია ჭავჭავაძის, ვაჟა ფშაველას და სხვა ქართველი-მსოფლიო ლიტერატურის კლასიკოსთა შემოქმედების ორიგინალური პერსონოლოგიური ანალიზი.

თავი III

ზოგადი ფსიქოპათოლოგია და ფსიქიკურ აშლილობათა სიმპტომატიკა

ფსიქიკა – ეს არის გვინის, როგორც მაღალორგანიზებული მაგერიის, უნარი ასახოს სამყარო, ობიექტური რეალობა და მოახდინოს სრულყოფილი შეგუება, ადაპტაცია გარემოში. გარემოს ასახვის პროცესები ფსიქიკური ფუნქციების სახით გამოვლინდება (აღქმა, აზროვნება, მეხსიერება, ემოციური განცდა და სხვა) და მთლიანობაში ადამიანის სუბიექტურ (შინაგან) სამყაროს ქმნის. ასახვის ობიექტურობისა და რეალობის კრიტერიუმს პრაქტიკა, ცხოვრებისეული გამოცდილება წარმოადგენს. ფსიქიკური მოქმედების თანდაყოლილი თვისებები ბიო-სოციალური ადაპტაციის პროცესში სრულყოფას, დახვეწასა და განვითარებას განიცდის. აღზრდის, სწავლებისა და სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის დროს ყალიბდება ადამიანის რთული და მრავალწახნაგოვანი ფსიქიკური მოქმედება, იქმნება *პიროვნება*.

ადამიანის ფსიქიკური მოქმედება ერთიანი და მთლიანი ფენომენია. ზრდავე დროს *ფსიქიკაში* შესაძლებელია გამოვყოთ ცალკეული *სფეროები*, რომლებიც გარკვეულად განსხვავებულ, დიფერენცირებულ ფუნქციებს ასრულებენ. ესაა: *ინტელექტი, ემოცია, ნებელობა* და *ცნობიერება*.

ინტელექტი წარმოადგენს ადამიანის მიერ მიღებული ცოდნისა და გამოცდილების ჯამს, მათი პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების და შემდგომი გამდიდრების უნარს. ეს რთული ფსიქიკური ფუნქცია უშუალოდ და დაკავშირებული აღქმასთან. მეხსიერებასთან, ყურადღებასთან და აზროვნებასთან. *ემოცია* ანუ *გრძნობა* გარემოდან მიღებული ინფორმაციის სუბიექტური შეფასებაა. *ნებელობა* ანუ *ნებისყოფა* – მიზანდასახულ მოქმედებათა ინდივიდური შესაძლებლობის უნარს წარმოადგენს. *ცნობიერება* რთული, აქტიური და მიზანდასახული ფსიქიკური მოქმედების შედეგია და გამოიხატება გარე სამყაროსა და საკუთარ თავში ორიენტაციის უნარით.

აღქმის პათოლოგია

| *აღქმა* რთული ინტელექტური აქტია, რომლის საშუალებით ხდება გარე სამყაროდან მიღებული ინფორმაციის საგნებისა და მოვლენების სახით ასახვა. იგი რეალური, ობიექტური ფსიქიკური პროცესია და მისი რეალიზაციისათვის აუცილებელია გამდიდრებული საგნის ან მოვლენის არსებობა. აღქმის შემადგენელი ნაწილია *შეგრძნება*. რომელიც უმარტივეს ფსიქიკურ პროცესს წარმოადგენს და ჩნდება სენსორულ აპარატზე გამდიდრების უშუალო გემოქმედების შედეგად. აღქმა შეგრძნებებისა და წარმოადგენის კომპლექსია. მისი ძირითადი თვისებებია: საგნობრივობა (მიღებული ინფორმაციის არა დანაწევრებული, არამედ მთლიანი, კომპლექსური, საგნობრივი ასახვა). კონსტატურობა- (მყარი, სტაბილური კავშირი ფსიქიკურ აქტსა და ფიზიკურ გამდიდრებელს შორის) და მთლიანობა ანუ “გეშტალტურობა” (აღქმის მთლიანობის პირველადი, იმანენტური ბუნება).

სენესტოპათიები მიეკუთვნება უპირატესად მეგრძნებულის დარღვევათა ჯგუფს და გამოიხატება მგრძნობელობის ზღურბლის შეცვლით ან უსიამოვნო, პოლიმორფული შეგრძნებების არსებობით სხეულის სხვადასხვა ნაწილში. *ჰიპერესთეზია* – ნორმალურ ვითარებაში, ნეიგრალურ გარეშე გამღიზიანებლებზე მომატებული მგრძნობელობით გამოიხატება. ოთახის განათება თვალს ჭრის, საგანთა ფერები ზედმეტად კაშკაშა და კონტრასტული, ქუჩიდან შემოსული ხმები გამაყრუებელი, ტანსაცმელი სხეულთან შეხებისას უხეში. *ჰიპესთეზია* – მგრძნობელობის შესუსტებაა, როდესაც ჩვეული გამღიზიანებლები ვერ იწვევენ აღეკვადურ და სრულყოფილ შეგრძნებებს. *ანესთეზია* მგრძნობელობის უარსებობაა. შეგრძნებების დარღვევა შესაძლოა გამოვლინდეს *პარესთეზიების* სახით - წვის, დაჭიმვის, დაბუყების გრძნობის სახით, რომელთაც ძირითადად ფუნქციური ბუნება აქვთ. *სენესტოპათიები* – თავისი მრავალფეროვანი ვეგეტატიური სიმპტომატიკით (უსიამოვნო შეგრძნებები სხეულის სხვადასხვა ნაწილში – წვის, დაჭიმვის, ქავილის, დაბუყების გრძნობა და ა.შ.), ბევრი თერაპიული, ენდოკრინული, ნევროლოგიური და ფსიქიკური დაავადების თანამგზავრია.

2. ილუზია რეალურად არსებული საგნის მცდარი, დამახინჯებული აღქმაა. იგი შეიძლება იყოს ფიზიკური, ფიზიოლოგიური, აფექტური და პარეიდოლიური. *ფიზიკური ილუზია* გამოწვეულია ოპტიკური ფენომენებით, სინათლის სხივის გარდატეხის ფიზიკური კანონებით და არ არის დაკავშირებული ადამიანის ფსიქიკურ მდგომარეობასთან. ასეთია – საგანთა შეცვლილი ფორმა და ზომა წყალში, მირაჟი და სხვა მსგავსი ფენომენები. *ფიზიოლოგიური ილუზიის* მიზეზია სენსორული ორგანოების ფუნქციური თავისებურებებით გამოწვეული დარღვევები, მაგალითად “მიულერის ილუზია”: ორი ერთი სიგრძის ხაზის არათანაბრად აღქმა, როდესაც ისინი სხვადასხვა მიმართულების ისრებით ბოლოვდებიან. *აფექტური ილუზია* განპირობებულია პიროვნების ემოციური წინასწარგანწყობით: შიშის, შფოთვის, მოლოდინის განცდით. *ვერბალური (ვერბული) ილუზიები* წარმოადგენენ აფექტური ილუზიის ვარიანტს და ჩნდებიან ეჭვიანი დაძაბულობის, შიშის ფონზე. ამ დროს უცხო ადამიანთა საუბარში პიროვნებას ესმის მუქარა, დაცინვა, ბრალდებები მისი მისამართით. *პარეიდოლია* – სუსტად სტრუქტურირებული ობიექტის ილუზორული აღქმაა, აფექტის შეცვლის გარეშე. მაგალითად: ლაქები კედლებზე ან ხალიჩაზე, ღრუბლები, მუქ-ჩრდილები ტყეში აღიქმება ფანტასტიკურ პეიზაჟებად, ცხოველებად, მცენარეებად ან არაბუნებრივ, ზღაპრულ საგნებად.

ილუზიები არ წარმოადგენენ სულით დაავადების ძირეულ ნიშანს, თუმცა ხშირად ერთვებიან სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობების ფსიქოპათოლოგიურ სურათში. პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანი, როგორც წესი, კრიტიკულად აფასებს ილუზიების არსებობას და დროულად ახდენს ქცევის კორექტირებას, მაშინ როდესაც სულით დაავადების დროს დამოკიდებულება აღქმის ამ დარღვევის მიმართ მოკლებულია კრიტიკას.

3. ჰალუცინაცია – უობიექტო აღქმაა. ამ ფენომენის დროს აღქმა ვითარდება ობიექტური საგნის უარსებობის ფონზე, როდესაც წარმოდგენები

იკავებენ დომინირებულ პოზიციას ფსიქიკაში და ინტენსიუობით უტოლდებიან რეალურ შეგრძნებებს. როგორც წესი პალუცინაციას თან ახლავს განცდა, რომ ობიექტი, მოვლენა რეალურად არსებობს დროის აღნიშნულ მომენტში და სრულყოფილად აღიქმება. პალუცინაციები შეიძლება იყოს მხედველობითი, სმენითი, ყნოსვითი, გემოვნებითი, ტაქტილური და ვისცერალური.

მხედველობითი პალუცინაციები არის ელემენტური და რთული. *ელემენტურ* პალუცინაციებს მიეკუთვნება *ფოტოფსიები ანუ ფოსფენები*, რომლებიც უფორმო, არადიფერენცირებულ და გაურკვეველ მოჩვენებებს წარმოადგენენ: ცეცხლის ალი, ბოლი, უფორმო ფიგურები და სხვა. *რთული* პალუცინაციების შემთხვევაში თვალთმოჩენებები მრავალი საგნითა და მოვლენითაა “წარმოდგენილი”. გარდა “ნატურალური” ზომისა მხედველობითი პალუცინაციები შეიძლება იყოს *მიკროფსიული* (შემცირებული ზომის საგნები) და *მაკროფსიული* (საგანთა ზომა გადიდებულია რეალურთან შედარებით). პალუცინაციები გვხვდება *სტაბილური*, როდესაც მოვლენები არ იცვლება და *სცენისმაგვარი*, რომელთა დროს თვალთმოჩენებები სწრაფად მიმდისარე მოვლენებს ასახავს. არის შემთხვევები, როდესაც პალუცინაციური ხატი მხედველობის ველის მიღმა (უკან ან გვერდით) ჩნდება. მათ *ექსტრაკამპიურ* პალუცინაციებს უწოდებენ.

სმენითი პალუცინაციები იყოფა *აკოაზმებად* (ზარის, მოგორის, სროლის ხმა) და *ფონემაბად* ანუ *ვერბალურ პალუცინაციებად* (ცალკეული სიტყვები, საუბარი, “ხმები”). სმენითი პალუცინაციები შეიძლება ატარებდნენ როგორც მუქარის, დაცინვის, შეურაცხყოფის, ასევე ქების, გამაფრთხილებელ ხასიათს ან შინაარსით ნეიტრალურიც იყოს. “ხმები” შესაძლოა იყოს ნაცნობი ან უცნობი. ატარებდეს გრძელი მონოლოგის, ორი ხმის დიალოგის ან რთული დისკუსიის ხასიათს. არჩევენ *კომენტარის* შინაარსის პალუცინაციებს, როდესაც “ხმა” გამოითქვამს თავის აზრს ავადმყოფის ქცევაზე. კლინიკური და სოციალური თვალსაზრისით მეტად საყურადღებოა *იმპერატიული* პალუცინაციები – ბრძანების ხასიათის ხმა ან ხმები, რომელთა ზემოქმედებით ავადმყოფი ხშირად სჩადის საშიშ ქმედებას.

ყნოსვითი პალუცინაციები წარმოდგენილია რეალურად არარსებულ სუნთა ღიღი ღიაპაზონით – სუსტი ბოლის ან გაზის სუნით გამოწვეული სუსტი შეგრძნებიდან ღპობის ან ხრწნის მძაფრ, მომგუდველ განცდამდე.

გემოვნებითი პალუცინაციები იზოლირებულად პრაქტიკულად არ გვხვდება. ისინი, როგორც წესი კომპლექსშია ყნოსვით პალუცინაციასთან და გამოიხატება საკვების ან სასმელის უცნაურ, უჩვეულო გემოს შეგრძნებაში.

ტაქტილური პალუცინაციები გვხვდება სხეულის ზედაპირზე მწერების, ჭიების ან პატარა ცხოველების მოძრაობის განცდის, კანქვეშ ან სხეულის ზედაპირზე უცხო საგნების შეგრძნების სახით.

ვისცერალური პალუცინაციები წარმოდგენილია სხეულში, ძირითადად მუცელში ან გულმკერდში უცხო საგნების, მოძრავი ცოცხალი არსებების შეგრძნებაში. რიგ შემთხვევებში მეტად რთულია მათი დიფერენციაცია სენესტოპათიისაგან. განსხვავება იმაშია, რომ სენესტოპათიური განცდა უსაგნოა, დიფუზური, ხოლო ვისცერალურ პალუცინაციას ახასიათებს საგნობრივობა – ავადმყოფური განცდა მკაფიოა და სხეულოვანი.

პალუცინაციები შეიძლება იყოს *რთული ანუ კომპლექსური*, როდესაც ერთდროულად წარმოდგენილია სხვადასხვა სახის პალუცინაციები: სმენითი,

მხედველობითი და ყნოსვითი; ყნოსვითი და გაქტილური; მხედველობითი და ყნოსვითი და ა.შ.

სტრუქტურის მიხედვით არჩევენ პალუცინატორულ განცდათა რამდენიმე ვარიანტს: *ჰიპნოგოგიური* პალუცინაციები ჩნდება დაძინების პროცესში. *ჰიპნოპომპიური* – გაღვიძების დროს. *რეფლექსური* პალუცინაციების განვითარების წინაპირობაა რეალურად არსებული გამღიზიანებელი, რომლის გაქრობასთან ერთად ქრება ამ ტიპის პალუცინაცია. თუ ამ სახის პალუცინაცია ერთი ანალიზატორის ფარგლებში ვითარდება, მას *ფუნქციურს* უწოდებენ.

არჩევენ *ჭეშმარიტ და ფსევდო-პალუცინაციებს*. *ჭეშმარიტი* პალუცინაციები აღიქმებიან ავადმყოფების მიერ, როგორც გარე სამყაროდან მოსული (აქეთ პროექცია გარემოში) და თან ახლავთ ობიექტური რეალობის განცდა. ამასთან ერთად ამ ტიპის პალუცინაცია ყოველთვის დაკავშირებულია შესაბამის გრძნობის ორგანოსთან. მაგალითად: ავადმყოფებს “ხმები” ესმით ყურში, თვალით “ხედავენ” არარსებულ საგნებს, პირში გრძნობენ უცნაურ გემოს და ა.შ. *ფსევდოპალუცინაციებს*, მიუხედავად სიცხოველისა, არა აქვთ ზუსტი ლოკალიზაცია სივრცეში, ძირითადად განიცდებიან, როგორც შიგნიდან, საკუთრივ სხეულიდან მომავალი და ყოველთვის ახლავთ “ნაძალადეობის”, “გაკეთებულობის”, გარეშე “ძალით” თავს მოხვეულობის შეგრძნება. პაციენტები აცხადებენ, რომ მათ “მუცელში აქვთ რაცია, რომლითაც გადასცემენ ბრძანებებს”, “თავში უდებენ აზრებს, რომლებიც შემდეგ ხმაოდ ესმით” და სხვა.

ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფს უყალიბდება კრიტიკული დამოკიდებულება პალუცინაციების მიმართ. ასეთ ფენომენს *პალუცინოიდი* ეწოდება.

ფსიქოსენსორული აშლილობანი ვითარდება აღქმის პროცესში ინფორმაციის გადამუშავების, ინტეგრაციის და სინთეზის (ამ პროცესს ფსიქოსენსორული სინთეზი ჰქვია) ლეფექტის შემთხვევაში და გამოვლინდება რამდენიმე სახით:

დეპერსონალიზაცია საკუთარი სხეულისა და პიროვნების სრულყოფილი აღქმის დარღვევაა. მისი ერთ-ერთი ფორმაა “*სხეულის სქემის მოშლა*”, რომლის დროსაც ხდება სხეულის ან მისი ცალკეული ნაწილების შეცვლილი, დამახინჯებული ფორმით, ზომით, რაოდენობით და კონსისტენციით აღქმა. დარღვეულია წონისა და სივრცეში ლოკალიზაციის განცდაც. ჩნდება სხეულის ნაწილების გაზრდის, დაპატარავების, პროპორციების შეცვლის მტანჯველი გრძნობა. *ორეულის სიმპტომის* დროს ავადმყოფი თავს ორ დამოუკიდებელ პიროვნებად აღიქვამს, ორ ნაწილად გაყოფილი აზრებით, განცდებით, სურვილებით.

დერეალიზაციის დროს დარღვეულია გარე სამყაროდან მომავალი ინფორმაციის სინთეზი, რაც გამოიხატება *სივრცის, დროის და გარე წრის დინამიკურობის* აღქმის შეცვლაში. *სივრცის აღქმის* დარღვევებიდან აღსანიშნავია *მიკროფსია* (საგნების შემცირებული, დაპატარავებული სახით აღქმა), *მაკროფსია* (საგნების გადიდებულად, ხშირად გიგანტურ ზომამდე

გაზრდილად აღქმა) და *დისმეგალოფია* (საგანთა პროპორციების შეცვლა: გასქელება, დაგრძელება, დაღუნება და ა.შ.). *პოროფსიის* დროს საგნები მოჩანს უსასრულოდ გრძელი, სივრცეში გადაჭიმული. *დროის აღქმის დარღვევაში* არჩევენ ორ განსაკუთრებულ ფენომენს: “*deja vu*” – “უკვე ნანახი” და “*jamais vu*” – “არასდროს ნანახი”. “*deja vu*” – ს დროს ახალი, უცნობი სიტუაცია აღიქმება როგორც უკვე განცდილი, ნანახი. “*jamais vu*” – ნაცნობი სიტუაციის უცნობად, პირველად ნანახად აღქმაა. *გარე წრის დინამიკურობის დარღვევა* გამოიხატება მეტად რთულ სიმპტომებში. მაგალითად უძრავი ლანდშაფტი: მთები, ხეები, სახლები, აღიქმება ერთიან მოძრაობაში ან ქარიშხლისებურ ბრუნვაში (“*ოპტიკური ქარიშხალი*”).

აგნოზიის დროს სენსორული აპარატის ნორმალურად ფუნქციონირების დროს, როდესაც საგანი შეიგრძნობა, არ ხდება მისი შეცნობა ანუ საგნობრივი აღქმა. *ოპტიკური აგნოზიის* შემთხვევებში ავადმყოფი ვერ ცნობს საგანს, თუმცა ხელავს მას. *სმენითი აგნოზიისას* ბგერები შეიგრძნობა, მაგრამ არ ხდება მათი ლიფერენციაცია. *ტაქტილური აგნოზიის* (*ასტერეოგნოზიის*) შემთხვევაში ადამიანი მოკლებულია უნარს შეხებით აღიქვას საგანი. *აუტოგოპაგნოზია* – საკუთარი სხეულის ნაწილების შეუცნობლობაა. ამ ფენომენთან ახლოს დგას *ანოზოგნოზიის* (პარალიზებული ან ფუნქციადაკარგული სხეულის ნაწილის ჯანსაღად განცდა) ერთ-ერთი სახე, ე.წ. *ფანტომის ნიშანი*, რომლის დროსაც ავადმყოფი ვერ შეიგრძნობს კიდურის ამპუტაციას და მცდარად აღიქვამს მას, როგორც არსებულს.

3 მეხსიერების პათოლოგია

მეხსიერება ფსიქიკის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა. *მეხსიერების საშუალებით ხდება გარე სამყაროდან და საკუთარი სხეულიდან მომავალი ინფორმაციის მიღება* (*ფიქსაცია*), *შენახვა* (*რეტენცია*) და *საჭიროების შემთხვევაში მისი გამოყენება* (*რეპროდუქცია*). არჩევენ მეხსიერების სხვადასხვა ტიპს: ზოგიერთ ადამიანში ჭარბობს *გრძნობით-ხაგოვანი მეხსიერება*, ზოგში – *ასოციაციურ-ლოგიკური*. გრძნობათა ორგანოების მიხედვით არჩევენ *მხედველობით, სმენით, იშვიათად ყნოსვით, გემოვნით* (მაგალითად, ღვგუსტატორებში), *მოგორულ* და სხვა სახის მეხსიერებას. ფუნქციის მიხედვით იგი იყოფა *ოპერატულ* ანუ *მოკლევადიან* და *გრძელვადიან* მეხსიერებად.

მეხსიერების ფუნქციის სრულყოფილად რეალიზაციისათვის აუცილებელია ფსიქიკური პროცესების ორიენტაცია, მათი აქტიური მიმართვა საგნებსა და მოვლენებზე. ამ ფუნქციას *ყურადღება ეწოდება*. *პასიური ყურადღება* საშუალებას აძლევს ადამიანს გაერკვეს მის გარშემო მიმდინარე მოვლენებში და აღეკვადური რეაგირება მოახდინოს სიტუაციის ცვლილებაზე. *აქტიური ყურადღების* საშუალებით ხდება ინტელექტური პროცესების ნებითი, მიზანმიმართული კონცენტრაცია პიროვნებისთვის მნიშვნელოვან ობიექტზე. მეხსიერებასთან ერთად ინფორმაციის მიღების და გადამუშავების პროცესებში უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს ყურადღებაც.

მეხსიერების რაოდენობრივ ცვლილებებს მიეკუთვნება: ჰიპომენზია ანუ ღისმენზია – მეხსიერების დაქვეითება, შესუსტება (შეიძლება იყოს თანდაყოლილი, ინტელექტის საერთო განუვითარებლობასთან ერთად, და ასთენიის ფონზე, ძირითადად ქრონიკულად მიმდინარე სომატური დაავადებების დროს) და ჰიპერმენზია – მეხსიერების გამახვილება, გაძლიერება, მისი მოცულობის გაზრდა (თანდაყოლილი, ზოგჯერ განსაკუთრებული ფენომენის სახით გამოვლენილი: ფსიქო-მოტორული აგზნების დროს და ფებრილიტეცით მიმდინარე სომატური დაავადებების შემთხვევებში).

ამნეზია – მეხსიერების არარსებობაა. ამნეზია კლინიკური ვარიანტების მიხედვით შეიძლება იყოს: რეტროგრადული – როდესაც ამნეზირებულია მოვლენები, რომლებიც დროში წინ უსწრებდნენ ავადმყოფური მდგომარეობის განვითარებას; ანტეროგრადული – დავიწყებულია ავადმყოფური მდგომარეობის შემდგომი მოვლენები; ანტერო-რეტროგრადული – ორი ზემოთ აღნიშნული ვარიანტის კომბინაცია; ფიქსაციური – დამახსოვრების უნარის დაკარგვა, როდესაც პაციენტი ვერ აფიქსირებს მიმდინარე მოვლენებს; რეტარდაციული ამნეზია – რომლის დროსაც ამნეზია ეითარდება ავადმყოფური მდგომარეობის ჩამთავრებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ; პროგრესული ამნეზია – როდესაც თანდათანობით ხდება მეხსიერებაში არსებული ინფორმაციის წაშლა. ამ დროს პირველ რიგში ქრება უკანასკნელი, ახლო წარსულში მიღებული ინფორმაცია, ხოლო ძველი მოვლენები და დაგროვილი გამოცდილება გაცილებით დიდი ხანი ინახება. მეხსიერებაში არსებული ცოდნისა და გამოცდილების მარაგის ახლიდან – ძველისკენ, შეთვისების უკუპროპორციულად დაკარგვის კანონზომიერებას რიბოს კანონი ეწოდება.

გოტალური ამნეზიის შემთხვევაში ხდება მეხსიერების დაკარგვა მთლიანად, სრული მოცულობით დროის მნიშვნელოვან მონაკვეთზე. ამნეზიის ეს ერთ-ერთი უმძიმესი ფორმა გვხვდება თავის გვინის მძიმე ორგანული და ატროფიული პროცესების დროს. პარციალურ ანუ ლაკუნარულ ამნეზიას ასახაიათებს მეხსიერებაში დავიწყებული პერიოდის ზოგიერთი მოვლენების შენარჩუნება. პალიმპსესტარის, ძირითადად, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის შედეგად, მომხდარი მოვლენების ცნობიერებაში სრულყოფილი აღდგენის უნარის დაკარგვა.

თავისი ბუნებით ამნეზიები იყოფა ორგანულ, აფექტოგენურ, ფსიქოგენურ და ფუნქციურ ამნეზიებად. ორგანული ამნეზიის მიზეზია თავის გვინის ქერქის ნეირონების სხვადასხვა სახის დაზიანება: უშუალო ფიზიკური ტრავმა, სისხლჩაქცევა, ქერქის უჯრედების განლევა და კვდომა ატროფიული პროცესების დროს, სიმსივნური წარმონაქმნი თავის გვინში, ლუესური ეთიოლოგიის გუმა და სხვა. აფექტოგენური ამნეზია დაკავშირებულია ასეთი ფაქტების დავიწყებასთან, რომლებიც დროში ემთხვევა პიროვნებისათვის მძიმე, ემოციურად დაგვირთულ მოვლენებს. მისგან განსხვავებით ფსიქოგენურად (ისტერიული, სისტემური) ამნეზია თავისი შინაარსით შერჩევითია, სისტემური, ვრცელდება მხოლოდ ავადმყოფისთვის “მიუღებელ”, არასასიამოვნო მოვლენებზე და გამოწვეულია ისტერიული “დაცვითი მექანიზმების” აქტივაციებით. ფსიქოგენური ამნეზია ყოველთვის კავშირშია ფსიქომატრაქიზირებელ სიტუაციასთან და მკურნალობის პროცესში (ერთ-ერთი ეფექტური მეთოდია – ფსიქოანალიზური ფსიქოთერაპია) იხსნება.

ფუნქციური აზნებია ძლიერი ასთენიის, ფსიქო-ფიზიკური განღვების შედეგია და ძირითადად ყურადღების კონცენტრაციის მკვეთრი დაქვეითების და რეპროდუქციის პროცესების შესუსტების შედეგია.

პარამენიებს ანუ მეხსიერების გაუკუღმართობას მიეკუთვნება: ფსევდორემინისცენიები, კრიპტომენიები და კონფაბულაციები. ფსევდორემინისცენიები ანუ “მეხსიერების ილუზიები” – რეალურად მომხდარი და გაღატაკილი მოვლენების დროში არასწორი გახსენებაა. ავადმყოფები მრავალი წლის წინათ მომხდარ ფაქტებს განიცდიან როგორც ახალს. მიმდინარე ამბებს და დარწმუნებულები არიან თავიანთი სისწორეში. კრიპტომენიების დროს ხდება მეხსიერებაში არსებული ინფორმაციის დამახინჯება. ერთმანეთში ირევა ძველი და ახალი მოვლენები, პირადი მოგონებანი და გაგონილი ან წაკითხული ინფორმაცია, ერთხელ მომხდარი მოვლენა ან ერთხელ ნახაბი პიროვნება რამდენიმე დამოუკიდებელ შემთხვევად ან ადამიანად აღიქმება. ავადმყოფი საკუთარ თავს მიაწერს სხვის აზრებსა და გამოჩნატევაძებს. კონფაბულაციებს – “მეხსიერების პალეცინაციებს” უწოდებენ. მეხსიერების დარღვევის ამ ტიპის დროს ამნეზიურ დარღვევებთან ერთად ჩნდება ცრუ მოგონებანი. რიგ შემთხვევებში მეხსიერებიდან წაშლილი “სივრცე” ივსება ავადმყოფის რეალურ საქმიანობასთან ან ყოფით მოვლენებთან დაკავშირებული ცრუ მოგონებებით (შენაცვლებითი კონფაბულაცია), ზოგჯერ ინფორმაციული “სიცარიელის” აღვალს იტერს არარეალური, ფანტასტიკური, ზღაპრული მოვლენები, რომელთა შესახებ ავადმყოფი სრული დარწმუნებით საუბრობს (ფანტასტიკური კონფაბულაცია). კონფაბულაციების ინტენსიურმა წარმოჩენამ დაავადების კლინიკურ სურათში შეიძლება გამოიწვიოს ღებორიენტაცია გარემოში (მაგალითად, საავადმყოფოს საკუთარ სახლად აღქმა), გარშემომყოფთა ცრუ აღქმა (უცნობი პირების ახლობლებად შეცნობა, გარდაცვლილ ადამიანთა “ამოცნობა” შემთხვევითი შემხვედრებში და სხვა). ამ ფენომენს კონფაბულატორული აბრევა ეწოდება.

4 აზროვნების პათოლოგია

აზროვნება რიული ინტელექტური პროცესია, იბიექტური რეალობის ასახვის უმაღლესი ფორმა, რომლის საშუალებით ხდება სავანთა და მოვლენათა შორის შინაგანი კანონზომიერებების დამყარება, მათ არსში წვდომა, განზოგადებული შეშეცნება, ცნებების ჩამოყალიბება და დასკვნების გაზოგანა.

აზროვნება სამოგადოებრივი განვითარების პროდუქტია, თუმცა მისი ჩამოყალიბება ბევრადაა დამოკიდებული ინდივიდურ და სუბიექტურ ფაქტორებზე, უმაღლესი ნერვული სისტემის პოტენციალზე და ცხოვრების პირობებზე. ადამიანის აზროვნების სპეციფიკურობა მეტყველებაშია. მეტყველებას აქვს კომუნიკაციური (ადამიანთა შორის ურთიერთობის), ექსპრესიული (სუბიექტის განცდის გამოხატველი), სიგნიფიკაციური (საგნებისა და მოვლენების აღმნიშვნელი) და აზრდებითი (სიტყვისათვის კონკრეტული შინაარსის მიცემა) ფუნქცია.

აზროვნების პროცესებს, ცნებათა წარმოქმნისა და შეშეცნების პროცესებს.

საუფქელად უღევს განვითარების გარკვეული სტერეოტიპები, "მოქმედების სქემები". *ახალიზი* ესაა საგნის ან მოვლენის მთლიანობიდან იალკეული შეკადრებული ნაწილების, ნიშნების, თვისებების გამოყოფის პროცესი. *ხიზიუზი* – იალკეული ნაწილების ერთ კანონზომიერ მთლიანობაში გაერთიანებაა. ეს ორი ერთიერთისაწისაადმდევი აზროვნეული პროცესი მჭიდრო კავშირში იმყოფება. *მელარება* – ობიექტთა მსგავსების ან განსხვავების ღაღეკის პროცესია. *განზოგაღება ანუ აბსტრაქცია* – საგნებისა ღა მოვლენების გაერთიანებაა, მათი შორის, საერთო თვისებების საუფქელზე. *კონკრეტიაიზია* – ზოგადი კანონზომიერების ღანახე ღა ზეენება კონკრეტული, რეალური საგნის ან მოვლენის მავალითზე. აზროვნების პროცესის ძირითადი აქტი *მსჯელობა* ღა საბოლოოდ – *ღასკენაა*. *ღასკენა* მსჯელობის ფორმაა, აზროვნების შეღევი – მიზეზ–შეღევიობრივი კევიშრის ღაღეკა გარკვეულ მოვლენების ან საგნების შორის. ღასკენამდე მსვლა შეიღლება *იღეუქიერი* (კერძო მსჯელობათა განზოგაღებით) ან *ღეღეუქიერი* (ზოგადი ღეღეულებიღან კერძო ღღსკენის გავრღანა) გზით. იალკეული აზრები, მსჯელობანი, წარმოღეკენები, მოგინებანი შეკავშირებული არიან *ასოციაციებში*. *ასოციაციათა* ზამოყაღბების პროცესი ძირითადი ღა წამეკანია ისტელექტუალურ ფუნქციათა შორის. აზროვნების პროცესი ასოციაციათა თანმიღღეღერულ, ღლიღეკური ანუ ძირითადი მიზეზშეღევიობრივი ერთიერთკევიშრით შეკრულ ჯაღეს წარმოაღეკნს.

აზროვნეული პროცესების პათოლოგია შეიღლება გამოვლისღეს ასოციაციათა გეკმის, წყობის ან მიღანმიღართელების მომღით ღა მსჯელობათა გაუქელმართებით.

ასოციაციერ პროცესთა აზქარების ღრის აზრები სწრაფად ევღიან ერთიმასკით. ამასთან ერთაღ, თვისობრივად არ იეღლება მათი შინაარსი. იეღეკა სშირ შემთხეეეებში ასოციაციები, ზეეღებებრივთან შეღარებით, უურო ზეღაღირულია, შემთხეეევით ღლიღეკურ კავშირებზე აეეღული. აზრთა გეკმის აზქარებამ შესაღლა მეკაღ ღიღ სისწრაფეს მიაღწიოს, მიიღოს ასოციაციათა ქარიშიღლის – "Fuga Idearum"-ის სახე. *ასოციაციათა მეენეღება* გამოთხაეება აზრთა ღსნების ღამუხრეეებით. გაღნეღებელია ღლიღეკურ კავშირთა ღა წარმოღეკნათა შექმნა, ასოციაციები ერთფერიღანი, შინაარსობრივად ღარიბია. რიგ შემთხეეევამი ზსღება "Sperrung"-ის ფენიამენი - ასოციაციური პროცესი ხანმოკლე ღრითი საერთოდ წეღება. *წეეეეიღი აზროვნება* – ღლიღეკური, შინაარსობრივად ღაკავშირებული ასოციაციების წარმოქმნის უნარის ღაკარგეაა. აეაღმყოფის აზროვნება ღა შესაღამისაღ მეეეეეღება კარგაქს სტრექტურას ღა ღეუკავშირებელ, უენაურ, შემთხეეევით წინაღაღებათა ღა სიეეეეათა თანმიღღეღერობაღ იქეეეე. ქათსური აზროვნება შეიღლება სიეეეეათა ღეუკავშირებელ ნაკაღად იქეეს. ამ ფემომენს *იქიოქერენია ანუ სიეეეეიერი სიაღათი* ეწოღება. ხოლო უაზრო, წეეეეიღი ფრაღებით მეეეეეეღებას *ეერბიგერაიია*. *გაჭიანურებული აზროვნება* – ახაღ ასოციაციათა წარმოქმნის შეენეღებაში, მოვლენათა მეორეხარისხოვან, არაარსებით ღეეაღებზე ეურაღღების გაღახიღებაში, ზეღმეკი ღეეაღიზიაციით გამოთხაეება. აეაღმყოფს უჭირს ძირითაღისა ღა პირველხარისხოვანის გამოყოფა, საუბრისას მოჰყავს მრავაღი უკნისშენეღო ღეეაღი, რის გამოც ეერ აზერხებს აზრის გაღმოცეკმას ღა სრულყოფიღი ღასკენის გამოგანას. *მერსევერეიია* – ერთი ასოციაციის

ან ერთი აზრის ხანგრძლივი დამყარებაა, რის გამოც საუბრისას წარმოთქმული პირველი ფრაზა მეორეზე შემდგომი შეკითხვების პასუხად.

ასოციაციური პროცესის თავისებურ ღარღეუვას წარმოადგენს აუტისტური აზროვნება. ეს არის აზროვნების ისეთი ფორმა, რომლის დროსაც ასოციაციების წარმოქმნა და შემეცნებითი პროცესები ეკრძნობა არა თბიქტური გარემოდან მიღებულ რეალურ ინფორმაციას, არამედ არაეცნობიერ ემოციურ განცდებს და სურვილებს. ხდება გარე სამყაროდან “გარიყვა”, ფიქტია მისაგან განცდებზე, საკუთარ თავში ჩაკეცა, ემოციური კონტაქტის დაკარგვა აღამახებითა. რეზინიურილი აზროვნებისათვის დამახასიათებელია მდრეკილება ფეჭი, უმისი ბრძნობისადმი. პარალიოიური აზროვნების დროს ხდება აზროვნების ლოლიკური კანონების იგნორირება, შესარჩეხებელია მხოლოდ ფორმალური მხარე, რასაც შელეგალ დაუხაბუიებელი და მელარი დასკენები მოსდექს.

აზროვნების თესიბრივ ღარღეუვას მიეკუთვნება ზელრებულოვანი იდეები, აკეიაგებული აზრები და ბოლვითი იდეები.

ზეღარებულოვანი იდეები რეალური, თბიქტური მოვლენების საფუქტლზე აღმოყენებული ექიყურად მოყურადებული მექსაბაზი, მელარი აზრები, რომლითაც პაროვნება გმზაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს. მელარი დასკენების საფუქტლზე ხდება რეალური მოვლენების გადაფასება, უმნიშვნელო ფაქტებისათვის არააღექვტურად პრირიტეკული როლის მისიჭება და ღრმა ღარწმუნება მათ სისწორეში. ამასთან ერთად, მოხეღავად ემოციური დამოკიდებულებისა და ღარწმუნებისა საკუთარ დასკენათა მართებულობაში, შესაძლებელია ლოლიკური, რაციონალური არგუმენტაციით კრიტიკული დამოკიდებულების ჩამოყალიბება. როგორც წესი, ზელრებულოვანი იდეები რეაქტია უმნიშვნელო წყენაზე ან უსამართლობაზე. ღრითა განმავლობაში, ეს წყენა კი არ ქრება, არამედ მყარდება და “მძიმდება” ახალ-ახალი “დასკენებით”. ზოგ შემთხვევებში, რაიმე ორიგინალური გადაწყვეტა შემდგომში პაციენტის მიერ განიხილება როგორც გენიალური და განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონე აღმოჩენა. ან, წარსულში ჩადენილი რაიმე უმნიშვნელო საქციელი განიცდება როგორც დიდი შეელომა ან ცოღვა. როგორც წესი, ღრითა განმავლობაში, ზელრებულოვანი იდეები კარგავენ აქტუალობას.

აკეიაგებული-აზრები ანუ თბხეხიები ეწოდება ისეთ აზრებს, რომლითაც აქვთ ნაძალადეობის, თავს მოხვეეის და ამასთან ერთად პაროვნებისათვის ეეხოობის განეღა. აღამიანი გრძნობს ამ აზრთა უმართებულობას, ძალღაგანებით და აეადმყოფურ ხასიათს, კრიტიკულად არის განწყობილი მათ მიმართ და ცდილობს მოიშოროს ისინი. აკეიაგებულ აზრთა იოლი გამოვლინებისას იალკეული აზრები, ფრაზები, მელოლია ან წარმოდგენა გაიცხოველდება ცნობიერებაში, მაგრამ არ აღწევს გაბაგონებულ ხასიათს, რის გამოც აღვიღალ ხდება მათი მოშორება და ასოციაციათა სწორი მიმართულების აღღგენა. მკაფიოდ გამოხატული აკეიაგებული აზრები ანუ თბხეხიები, მათადმი კრიტიკული დამოკიდებულების მოხეღავად, ვერ განიღვენებთან ცნობიერებიდან, ხელს უშლიან აზროვნების ნორმალურ პროცესებს და მოლიანად “იპერობენ” ფსიქიკას. აკეიაგებულ

აზრებითან ერთად გვხვდება აკვიატებულ მდგომარეობათა ფართო ღიაპაზონი, რომელიც აზროვნების გარდა მოიცავს ემოციურ და ნების სფეროსაც. ფენომენოლოგიური მსგავსებისა და კლინიკურ სურათში ერთიან კომპლექსში წარმოჩენის გამო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მათი ერთად განხილვა.

არჩევენ აკვიატებულ მდგომარეობათა შემდეგ სახეებს:

1. განყენებული აკვიატებები, რამდენადაც შეიკუთვნება უნაყოფო ბრძნობა – ძალდატანებითი ფიქრი აბსტრაქტულ, ხშირად უაზრო პრობლემებზე (მაგალითად: რატომ არის დედამიწა მრგვალი და რა იქნებოდა ის რომ კონუსის ფორმის იყოს, რატომ აქვს ადამიანს ხუთი თითი და არა ექვსი და ა.შ.), არიოზოშანია – აკვიატებული თვლა (მაგალითად: კიბის საფეხურების, სიგევაში ასოების რაოდენობის და ა.შ.), აკვიატებული მოგონებები – სხვადასხვა მოუღენების, პირების, ტერმინების, მუსიკალური თემების ძალდატანებითი გახსენება.

2. ხაგოვანი ანუ გრძნობადი აკვიატებების ჯგუფში გაერთიანებულია: სირცხვილის, სინანულის, დანაშაულის ემოციური განცდით შეუყრილი არასისამოვნო, სამარცხვინო აკვიატებული განცდები, ახლობელი და პატივსაცემი პიროვნების მიმართ უნებლიედ და უმიზეზოდ გაჩენილი აკვიატებული ანტიპათია, კომპულსიები ანუ აკვიატებული მიმიკულულობანი – ადამიანის ნების გარეშე დაბადებული სურვილი შეასრულოს რაიმე უაზრო, საშინო ან მისთვის მიუღებელი საქციელი, რომელიც, როგორც წესი არ ხორციელდება, მაგრამ იწვევს შიშს და დაძაბულობას.

3. აკვიატებული მდგომარეობებიდან ყველაზე გავრცელებული და მრავალმხრივი ფობიები ანუ აკვიატებული შიშებია. ამ დროს ავადმყოფს აქვს ყოვლისმომცველი, ინტენსიური და გადაულახავი შიში, რომელიც მთლიანად იპყრობს მის გონებას და მიუხედავად შიშის უსაფუძვლობის და აბსურდულობის განცდისა, ვერ ხერხდება მისი მოშორება და კორეგირება. ფობიების, ისევე როგორც ადამიანის წინაშე მდგარი რეალური საფრთხის ღიაპაზონი და შინაარსი დიდია. მათ შორის აღსანიშნავია: აგროფობია – გაშლილი სივრცის, ბოედნის, ქუჩის შიში, კლაუსტროფობია – დახურული სივრცის შიში, ანტროპოფობია – ადამიანთა შორის ყოფნის შიში, ნომოფობია – დაავადების შიში (საკუთარი კანცეროფობია, სიფილოფობია და სხვა), თანაგოფობია – სიკვდილის შიში, ფობოფობია – შიშის შიში და სხვა. განსაკუთრებით საყურადღებოა აკვიატებული შიშისა და დეპერსონალიზაციური განცდის თავისებური კომბინაცია – დისმორფოფობია. ამ დროს ადამიანს აქვს გრძნობა, რომ მისი სხეულის ცალკეული ნაწილები, განსაკუთრებით სახის ნაკეთები შეცვლილია, დამახინჯებული.

4. აკვიატებული ეჭვების დროს ავადმყოფს ეჭვი ეპარება ჩვეული, ავტომატიზმამდე მისული მოქმედებების შესრულებაში. ასეთი სახის დაურწმუნებლობა შესაძლოა გამოიხატოს პროფესიულ აბულიაში, რომლის დროსაც ავადმყოფი ვერ ახერხებს თავისი პროფესიული საქმიანობის შესრულებას. ხშირად აკვიატებული ეჭვების მიზეზით ვითარდება სქესობრივი უძლეურება.

5. აკვიატებული მოქმედებებიდან საყურადღებოა რეგულები – აკვიატებული მოძრაობები ან ქვევები, რომლებიც, როგორც წესი, ჩნდება

უობიებთან ერთად და აგარებს ფსიქოლოგიური დაცვის ფუნქციას. უბრალო ცრურწმენისაგან განსხვავებით ავადმყოფური რიტუალის მიმართ არის კრიტიკა, თუმცა მისი შესრულების შემთხვევაში ავადმყოფი შეეხება გრძნობს.

5 ბოლვა არის ავადმყოფურ, პათოლოგიურ ნიადაგზე აღმოცენებული მცდარი მსჯელობა, რომელიც არ შეესაბამება სინამდვილეს, არ ექვემდებარება კორექციას და მის მიმართ კრიტიკა არ არის. აზრი ითულება ბოლვითად მაშინ, როდესაც იგი წინააღმდეგობაშია რეალურ სიტუაციასთან, გამომდინარეობს მცდარი მსჯელობიდან, რეზისტენტულია ლოლიკური არგუმენტების მიმართ და მის წარმოშობას აქვს გარკვეული პათოლოგიური საფუძველი – დამოკიდებულების რადიკალური შეცვლა გარე სამყაროსთან, საკუთარ თავთან, რაც მთლიანად ცვლის ადამიანის ურთიერთობის ადრინდელ, ჩვეულ სტერეოტიპებს. ამით ბოლვითი აზრები განსხვავდება მცდარი მსჯელობისგან, რომლის ჩამოყალიბება მჭიდროდაა დაკავშირებული ობიექტურ ვითარებასთან და არ იწვევს ძირითადი პიროვნული თავისებურებების შეცვლას.

სტრუქტურის მიხედვით გამოპყოფენ ორი სახის ბოლვას: *პირველად ანუ ინტერპრეტაციულ ბოლვას და მეორედ ანუ ხატოვან ბოლვას.*

პირველადი ანუ ინტერპრეტაციული ბოლვა – ფითარდება პირველადად, სპონტანურად, გარე სამყაროს და საკუთარი განცდების არასწორი ანალიზის შედეგად. ადრე ამ ტიპის ბოლვას “ინტელექტურ მონომანიას” უწოდებდნენ. ამ დროს მცდარი მსჯელობა ვითარდება რაციონალური, ლოლიკური აზროვნების დამახინჯების ხარჯზე, მაშინ როდესაც გრძნობადი, ხატოვანი შემეცნება არ არის დაკნინებული. *პირველადი ბოლვის განვითარებაში* არჩევენ რამდენიმე ეტაპს, ესაა: *ბოლვითი აღქმა* (საგნები და მოვლენები ხდება უცნაური, სახიფათო, ღებულობს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას), *ბოლვითი წარმოდგენა* (ჩვეული მოვლენები ღებულობს ახალ მნიშვნელობასა და შინაარსს) და *ბოლვითი შეცნობა* (ავადმყოფის გარშემო მომხდარი და მიმდინარე მოვლენების “არსში წვდომა”, მათი “ჭეშმარიტი აზრის” გაგება). ბოლვის ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია მონოთემატურობა და სისტემატიზაცია – ავადმყოფური მსჯელობა ყალიბდება, როგორც ერთიანი, მყარი, ჩამოკეტილი აზრი და როგორც წესი გამოხატავს ერთ შეხედულებას, მოსაზრებას ან დასკვნას. შინაარსის მიხედვით პირველად ბოლვას მიეკუთვნება: *გამომგონებლობის, რეფორმატორობის, უცხო წარმოშობის, სიყვარულის ანუ ეროტიკული, დამოიანობის ანუ ცოლ-ქრული ეჭვიანობის, მოღავეობის ანუ კევრულიანტური, დევნის* (მათ შორის “დევნილი მღვანელის”) და *ჰიპოქონდრიული ბოლვები*. ჰიპოქონდრიული ბოლვის ერთ-ერთ ვარიანტს წარმოადგენს *დისმორფოზანია* – სხეულის ნაწილების ან სახის ნაკვთების შეცვლაში, ფიზიკურ დამახინჯებაში ბოლვითი, კრიტიკისა და კორექციის მოკლებული დარწმუნება.

გრძნობად ანუ ხატოვან ბოლვას ახასიათებს შედარებით რთული სტრუქტურა და იგი თავიდანვე ვითარდება პალუცინაციებთან, ემოციურ და სხვა რეგისტრის აშლილობებთან ერთად. ხატოვანი ბოლვა, როგორც წესი, *მეორადია* და პირველადი ბოლვისაგან განსხვავებით არ ემყარება “გაუკუღმართებული ლოლიკის” შედეგად ჩამოყალიბებულ მსჯელობას. იგი ემოციურად დატვირთული პლასტიკური, “თვალსაჩინო” წარმოდგენების, ფანტაზიების შედეგია, რომლებიც ხშირად კალეიდოსკოპიური სურათების

ხასიათს ატარებს. მეორადი ბოღვა თავიდანვე ჩნდება პალუცინაციურ და ილუზორულ, ემოციურ და მოგორულ დარღვევებთან კომპლექსში. მას ხშირად თან ერთვის ძლიერი შფოთვა, დაძაბულობა, დაბნეულობა და დემორიენგაცია. გრძნობადი ბოღვის შინაარსი შეიძლება იყოს ყოფითი, ყოველდღიური ურთიერთობებისა და ვითარებების გამომხატველი ან ფანტასტიკური.

ფანტასტიკური ბოღვა “ასახავს” მსოფლიო, კოსმოსური მაშგაბის მოვლენებს, რომელთა ეპიცენტრში თვით ავადმყოფია. ავადმყოფზეა დამოკიდებული უმნიშვნელოვანეს მოვლენათა განვითარების გზები, კაცობრიობის ბედი. ყველაფერს ორმაგი მნიშვნელობა აქვს: მკურნალი ექიმი ამაღდროულად საიდუმლო სამსახურის აგენტია, მეუღლე – მებუხნბრძოლი ძალის მქონე ჯაღოქარი და ა.შ. რიგ შემთხვევებში ამ ტიპის ბოღვა *ანტაგონისტური ბოღვის* შინაარსს ღებულობს (ორი მტრული ბანაკის, ორი გრანდიოზული ძალის დაპირისპირება), საიდანაც განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია ე.წ. *მანიქეისტური ბოღვა*. “მანიქეიზმი” – აღრეული ქრისტიანობის ეპოქის არაოროთოდოქსული მოძღვრებაა, რომლის მიხედვითაც სამყაროს წარმართავს ორი ძალის – კეთილისა და ბოროტის, სინათლისა და სიბნელის ბრძოლა. ავადმყოფი თავის ბოღვით განცდებში ამ ბრძოლის შუაგულშია, თავს მიაკუთვნებს ჭეშმარიტების, სიპართლის, აბსოლუტური პარმონიისათვის მებრძოლ უდიდეს პიროვნებათა რიცხვს. მიაჩნია, რომ განიცდის სისტემატიურ ღვენასა და მტრობას ბოროტი ძალების მხრიდან. ფანტასტიკური ხატოვანი ბოღვის სხვა შემთხვევაში ავადმყოფები გამოთქვამენ ძლევაშოსილების, ფანტასტიკური სიმღიღრის, გენიალური თვისებების და არაადამიანური ძალის არსებობის იღებებს. ამ ბოღვას – *ექსპანსიური ეწოდება*. ბოღვათა აღნიშნულ ჯგუფს მიეკუთვნება აგრეთვე *ინსცენარების ბოღვა* (მოვლენები ვითარდება სპეციალურად დადგმული სცენარის მიხედვით), *მეტამორფოზის ბოღვა* (აშრები სხვა არსებად გადაქცევის შესახებ), *შეპყრობილობის ბოღვა* (ავი სულის ჩასახვა) და სხვა.

ხატოვანი ბოღვის ვარიანტს წარმოადგენს *აფექტური ბოღვა*. რომელიც ყოველთვის ინტენსიურ ემოციურ განცდებთან ერთად ჩნდება. მანიაკალურ ემოციურ ფონს ამ შემთხვევებში თან ერთვის *განღიღების ბოღვითი იღებები* (უპირატესობის, განსაკუთრებული ნიჭის, ღიდი ფიშიკური ძალის). *ღებრესიულ ბოღვებს* ახასიათებთ თვითღამცირების, თვითბრალღების, ცოდვიანობის მცდარი, რეალურ საფუძველს მოკლეუღი იღებები. ღებრესიულმა ბოღვამ შეიძლება მიაღწიოს ფანტასტიკურ მასშგაბებს, როღვსაც ავადმყოფები ბრალს სღებენ საკუთარ თავს არარეალურ, განსაკუთრებულ დანაშაულში, მიუღვეებელ ცოდვებში, თვღიან თავს უმღიღესი სენით დაავადებულად, მიაჩნიათ რომ დაულპათ, გაუქრათ შინაგანი ორგანოები (*ნიჰიღისტური ბოღვა*). ცოდვიანობის განცდა გიგანტურ მაშგაბებს ღებულობს *კოტარის ბოღვის* ღროს: ავადმყოფებს მიაჩნიათ, რომ განწირულნი არიან ცოდვებისათვის საკუენები იგანჯონ ფიშიკურად და სულსურად, მაგრამ მათ აღარ ეღირსებათ სიკვდილი (“მგანჯველი უკვღავების” განცდა). აფექტური ბოღვა პირველად ბოღვასთან შეღარებით ღაბიღურია, ნაკლებად ღრმა და შეუღლებული პიროვნების ძირითად სტრუქტურებთან, რის გამოც აღვიღად ექვემღებარება უკუგანვითარებას.

ბოლევითი სიმპტომატიკის უკუგანვითარების პროცესში შესაძლოა ჩამოყალიბდეს *რემიდეალური ბოღვა*, რომელიც გარკვეული დროის განმავლობაში წარმოდგენილია წაშლილი, აქტუალობას მოკლებული, კრიტიკის ელემენტების მქონე მონოსიმპტომის სახით.

თავისებური ფენომენია *ინდუქციური ბოღვა*, რომელიც ვითარდება ბოლევითი ავადმყოფის ახლობელ პირებში, მასთან ხანგრძლივი კონტაქტისა და გარკვეული ფსიქოლოგიური განწყობის პირობებში. შინაარსით ინდუქციური ბოღვა საწყისი (ძირითადი) ბოღვის სიუჟეტს წააგავს ან მისი სრული ასლია.

6 ინტელექტური სფეროს პათოლოგია

საკუთრივ ინტელექტი წარმოადგენს ცხოვრების პროცესში მიღებული ცოდნისა და გამოცდილების მარაგს და ამ მარაგის შემდგომი გამდიდრების უნარს.

ინტელექტური ფუნქციების – აღქმის, აზროვნების, მეხსიერების საშუალებით ხდება ადამიანის მიერ მთავებუდილებებისა და განცდების ანალიზი, განსჯა, კრიტიკული შეფასება და გადაწყვეტილების მიღება. ერთ-ერთი ძირითადი ინტელექტური პროცესია *ცნებათა* ჩამოყალიბება. *ცნება – საგნებისა და მოვლენების გოგადი და თვისობრივი ნიშნებით გამოყოფისა და გაერთიანების უნარია.* ცნება სიგყვით აღინიშნება და სიგყვის გარეშე არ არსებობს. არჩევენ ცნების სამ გიჰს:

უმარტივესი ანუ ძირითადი ცნება – საგნებისა და მოვლენების განზოგადების უნარია ძირითადი თვისებების მიხედვით და შესაბამისად წარმოდგენაა დიდსა და პატარაზე, სინათლესა და სიბნელეზე, წელიწადის დროზე, საგანთა რაოდენობაზე (ბევრი-ცოტა) და ა.შ.

საგნობრივი ანუ კონკრეტული ცნება გულისხმობს საგნებისა და მოვლენების გაერთიანებას გარკვეული საერთო ნიშნის, ფუნქციის ან დანიშნულების მიხედვით. ასეთია “შინაური ცხოველების”, “ავეჯის”, “ტრანსპორტის” ცნება.

განყენებული ანუ აბსტრაქტული ცნება – კონკრეტული საგნისა და მოვლენის სახით არარსებული, განყენებული, მაგრამ სოციალურ გარემოში ადაპტაციისათვის საჭირო წარმოდგენის შემუშავების შედეგია. ასეთია ცნებებია – წარმოდგენა სიკეთის, ბოროტების, პატრიოტიზმის, ზნეობის არსზე და ა.შ.

ინტელექტის დაქვეითებას *ჰკუასუსტობა* ეწოდება. *ჰკუასუსტობა –* ფსიქიკური მოქმედების მყარი, პრაქტიკულად შეუქცევადი დაქვეითებაა იგი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი (*ოლიგოფრენია*) და შეძენილი (*დემენცია*).

ოლიგოფრენიას სამი ხარისხი აქვს: *იდიოტია* – ყველაზე ღრმა ხარისხი, რომლის დროს ცნებების განვითარება არ ხერხდება, მეხსიერება, აზროვნება და მეტყველება არ არის განვითარებული; *იმბეცილობა* – ელემენტარული ცნებებისა და ჩვევების განვითარების დონე და *დებილობა* – ჰკუასუსტობის იოლი ხარისხი, რომლის დროს განვითარებულია ძირითადი და კონკრეტული ცნებები.

დემენცია სხვადასხვა ავთვისებიანი და პროგრესირებადი ფსიქიკური დაავადებების დროს ვითარდება. მისი სიმძიმე და კლინიკური ფორმა დაკავშირებულია ავადმყოფური პროცესის ეთიო-პათოგენეზზე, სიღრმეზე და

სხვა პარამეტრებზე. დამიანების ხარისხის მიხედვით არჩევენ *პარციალურ* და *გლობალურ ანუ გოტალურ* დემენციას.

პარციალური დემენცია ნაწილობრივია, არათანაბრად მოიცავს სხვადასხვა ფსიქიკურ ფუნქციებს, რის გამოც პიროვნების ძირითადი ბირთვი გარკვეულად შენახულია. ასეთია: *მიმოფრენიული ჭკუასუსტობა* – აპათო-აბულიური მდგომარეობის ფონზე ინტელექტურ-მნესტიური ფუნქციების გამოხატული შენარჩუნებით; *ეპილეფსიური ჭკუასუსტობა* – აზროვნულ პროცესებში კონკრეტული, “წებოვანი” ასოციაციების დომინირებით; *დისმნემიური ჭკუასუსტობა* – ჰიპომნემიით და ემოციური ლაბილობით, კრიტიკული დამოკიდებულებისა და ძირითადი პიროვნული თავისებურებების შენახვით.

გოტალური დემენციის დროს მთლიანადაა დაქვეითებული და დაკნინებული შემეცნებითი, ემოციური და ნებითი სფეროები, დაკარგულია ფსიქიკური აქტივობა, ნიველირებულია პიროვნული, ინდივიდუალური მახასიათებლები. ამ ტიპის ჭკუასუსტობას მიეკუთვნება *სენილური (მოხუცებულობითი), პარალიტიური* (ლუესური ეგიოლოგიის) და *ორგანული დემენცია*.

9 ემოციური სფეროს პათოლოგია

ემოცია – *ობიექტურ სამყაროსთან დამოკიდებულების ერთ-ერთი გამოხატულებაა და გულისხმობს მიღებული ინფორმაციის ინდივიდური, სუბიექტური მეფასების უნარს*. ადამიანის ფსიქიკურ პროცესებს – აღქმას, აზროვნებას ყოველთვის თან ახლავს ესა თუ ის განცდა, გრძნობა. არსებობს ბაზისურ ემოციურ რეაგირებათა სისტემატიკის მრავალი ცდა, რომელთაგანაც განსაკუთრებით საყურადღებოა ეუდვორტისა და იზარდის კლასიფიკაციები.

ეუდვორტის სახის გამომეტყველების ანალიზის მიხედვით გამოიყოფს 6 ბაზისურ ემოციურ რეაგირებას: 1. სიყვარული, სიხარული, ბედნიერება; 2. განცვიფრება; 3. შიში, ტანჯვა; 4. მრისხანება; 5. ზიზღი; და 6. სიძულვილი.

იზარდმა შემოიტანა ე.წ. “ფუნდამენტური ემოციების” ცნება და მათ მიაკუთვნა: 1. ინტერესი-აღელვება, 2. სიხარული, 3. გაკვირვება, 4. დარდი-ტანჯვა, 5. მრისხანება, 6. ზიზღი, 7. სიძულვილი, 8. შიში, 9. სირცხვილი და 10. ცოდვიანობის-დანაშაულის გრძნობა.

ემოციურ განცდათა ინტენსივობა არაერთგვაროვანია. იგი ყალიბდება, როგორც გარემოდან მიღებული ინფორმაციის ზემოქმედებით, ისე ორგანიზმის ფიზიკური მდგომარეობის ზეგავლენით – საერთო ტონუსის, შინაგანი ორგანოებიდან მომავალი შეგრძნებების (მაგალითად: სიმძიმის განცდა გულის არეში, სახსრების ტეხვის გრძნობა, გულის რევის შეგრძნება და სხვა.) ხარჯზე. ეს ფენომენები მონაწილეობენ *თვითგრძნობის* ემოციური განცდის ჩამოყალიბებაში. თვითგრძნობა კი, გარემოდან მიღებული შთაბეჭდილებების შეფასებასთან ერთად წარმოადგენს გუნებგანწყობის საფუძველს.

გუნებგანწყობა – მცირე ინტენსივობის და ღიდი ხანგრძლივობის ემოციური განცდაა, რომელიც დღის განმავლობაში მიღებული შთაბეჭდილებებისა და ფიზიკური თვითგრძნობის საფუძველზე ყალიბდება.

აფექტი – ხანმოკლე და ძლიერი ემოციური განცდაა, რომელსაც, როგორც წესი, თან ახლავს გამოხატული მოტორული და ვეგეტატიური კომპონენტები.

გუნებგანწყობის ტონის მიხედვით აფექტი შეიძლება იყოს *სთენიური* (დადებითი ტონის ძლიერი განცდა, მაგალითად: ექსტაზი, აღტაცება), *ასთენიური* (შიში, ბოღმა, სევდა) და *შერეული* , რომელშიაც შერწყმულია როგორც სთენიური, ასევე ასთენიური განცდის ელემენტები (მოლოდინი, მრისხანება).

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის კუთხით დიდი მნიშვნელობა აქვს აფექტის ორი სახის, ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური აფექტის დიფერენციაციას. *ფიზიოლოგიური აფექტი* ხასიათდება ემოციური განცდის ადეკვატურობით, ნათელი ცნობიერების ფონზე კრიტიკისა და კონტროლის უნარის შენარჩუნებით, რის გამოც პიროვნება პასუხს აგებს აფექტში ჩაღწეულ ქმედებებზე და შერაცხადად ითვლება. აფექტური რეაქცია თავდება რეაქციული სისუსტით და მოგონებების შენარჩუნებით მომხდარ ფაქტებზე. *პათოლოგიური აფექტი* ვითარდება ცნობიერების შეცვლის (შევიწროვებიდან – ბინდისმიერ მდგომარეობამდე) ფონზე. ხასიათდება გამომწვევ მიზეზთან შეუთავსებელი, არაადეკვატური რეაქციით. ემოციური განცდა შეუფერებლად ძლიერია, ქცევები უაზრო სისასტიკით გამოირჩევა. ავადმყოფს არ შეუძლია ანგარიშის მიცემა, თავისი ქცევების კორექცია და მიიჩნევა შეურაცხადად. პათოლოგიური აფექტი თავდება პათოლოგიური ღრმა ძილით და ახასიათებს სრული ამნეზია მომხდარ მოვლენებზე. პათოლოგიური აფექტი გვხვდება ეპილეფსიის, თავის ტვინის ორგანული დაავადებების და ღრმა ფსიქოპათიის დროს. მისი პროვოკაციის ფაქტორები შეიძლება იყოს მცირე რაოდენობით ალკოჰოლი ან უმნიშვნელო, ხშირად არაადეკვატური ფსიქიკურ-სტრესული სიტუაცია.

ემოციური რეაქციები შეიძლება გამოიხატოს აგრეთვე ვნებების სახით. *ენება* – ძლიერი ინტენსივობის, საკმაოდ ხანგრძლივი განცდაა, რომელიც მთლიანად მოიცავს ადამიანის პიროვნებას და წარმართავს მის მიზანდასახულ მოქმედებას შეასტყვის მიმართულებით.

ემოციური სფეროს პათოლოგია ძირითადად გვხვდება გუნებგანწყობის აწევის (*ჰიპერთიმია*), გუნებგანწყობის დაწევის (*ჰიპოთიმია*), ემოციური შეფასების გაუკუღმართების (*პარათიმია*) და არარსებობის (*აპათია*) სახით.

ჰიპერთიმიას მიეკუთვნება:

1. *ეიფორია* – აწეული, მხიარული გუნებგანწყობა. ამ მდგომარეობაში ადამიანი ყველაფერს “ეარდისფერ ფერებში” ხედავს, არაადეკვატურად უდარდელია, განიცდის ძალების მოზღვაებას, არ იძლევა რეაქციას ნეგატიური შინაარსის მოვლენებზე და სავსეა უსაფუძვლო ოპტიმიზმით.

2. *მორია* - აწეული გუნებგანწყობის ეს გიჟი შედის ფსიქოორგანული სინდრომის სტრუქტურაში და ხასიათდება აწეული გუნებგანწყობის ფონზე არაადეკვატური ჯამბაზური და სულელური ქცევებით, გამომწვევი მხიარულებით, აზროვნების გაზერელებითა და სრული უკრიტიკობით.

3. როდესაც მორიატივულ გუნებგანწყობას ემატება ბავშვური სიცელქის მსგავსი ქცევები და მანერულობა, რომელსაც უცნაური ემოციური “სიცივე” ახლავს თან – საქმე გვაქვს *ჰებეფრენიულ მდგომარეობასთან*.

4. *მანიაკალური მდგომარეობა* - ჰიპერთიმიის ერთ-ერთი ძირითადი სახეა. კლასიკური მანიაკალური სინდრომი ხასიათდება სიმპტომთა ტრიადით: აწეული გუნებგანწყობა, ასოციაციური პროცესების აჩქარება და მოგორული აგზნება. მანიაკალურ სინდრომს არაიშვიათად თან ახლავს განდიდების, ექსპანსიური ბოღესითი იდეები – “*ბოღესითი მანია*”. ზოგ შემთხვევაში

გუნებგანწყობის აწვევა შესაძლოა დომინირებდეს ასოციაციურ და მოტორულ კომპონენტზე – “*მზიარული მანია*”, ან მანიაკალურ მდგომარეობას თან ერთოდეს გაღიზიანება – “*გაბოროტების მანია*”. მანიაკალური მდგომარეობის ინტენსივობამ შეიძლება მიაღწიოს ე.წ. “*Furor Maniacalis*”-ს ხარისხს, როდესაც მკვეთრად გამოხატული ფსიქო-მოტორული აგზნების ფონზე აღინიშნება მრისხანება და აგრესიული ქცევები.

5. ჰიპერთიმიული ემოციური მდგომარეობის თავისებურ გამოვლინებას წარმოადგენს *ექსტაზი*, რომელიც ხასიათდება უკიდურესად ზეაწეული გუნებგანწყობით, აღფრთოვანების და გასხივოსნების განცდით, რასაც ხშირად თან ერთვის ცნობიერების პათოლოგია – ობნუბილაციის, ცნობიერების ონეიროიდული ან ბინდისმაგვარი შეცვლის სახით.

გუნებგანწყობის დაქვეითება ანუ *დეპრესია* მელანქოლიური, დაწეული, სევდიანი განწყობილებაა, დარდი მომავალი საფრთხის დიფუზური განცდით, ფიზიკური დაძაბუნების შეგრძნებით. დეპრესიის დროს არაფერს არ მოაქვს სიხარული, ხალისი. აწმყო და მომავალი შავ ფერებში ჩანს, წარსული აღიქმება, როგორც შეცდომებისა და ცოდვების ჯაჭვი. ქვეითდება მაღა და ირღვევა ძილი. გარდა ამ ძირითადი ნიშნებისა დეპრესიულ რეაქციას ახასიათებს მდგომარეობათა ფართო სპექტრი, საიდანაც განსაკუთრებით საყურადღებოა:

1. *კლასიკური დეპრესია*, რომელიც შედის კლასიკური დეპრესიული სინდრომის (“ტრიადის”) შემადგენლობაში: გუნებგანწყობის დაწვევა, ასოციაციათა შენელება და მოტორული შეკავება. ეს მდგომარეობა მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დეპრესიული ფაზისთვისაა დამახასიათებელი. ღრმა დეპრესიის დროს მოტორული შეკავება სრულ უმოძრაობას აღწევს – *დეპრესიული სტუპორი*. ამ მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია აგრეთვე სულიერი უგრძნობლობის, განცდათა გაქრობის, სიცარიელის მგანჯველი გრძნობა – “*Anesthesia psychica dolorosa*”. კლასიკურ დეპრესიას, როგორც წესი, თან ახლავს დეპრესიული შინაარსის ბოღვითი იდეები: თვითბრალდების, თვითდამცირების, ცოდვიანობის ავადმყოფური აზრები.

2 მძიმე დეპრესიულ აფექტს შეიძლება თან ახლდეს შფოთვა, აფორიაქება, შიში. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს *შფოთვიან, აეიტაციურ დეპრესიასთან ანუ მელანქოლიასთან*, რომელიც ძირითადად ინვოლუციურ ასაკში გვხვდება. მდგომარეობის დამძიმებასთან ერთად ჩამოთვლილ ნიშნებს ემატება ჰიპოქონდრიული, ნიჰილისტური ხასიათის ბოღვითი აზრები. იდეებს სამყაროს დაღუპვის, მგანჯველი უკვდავების, ბოროტი სიდიადის შესახებ, შეფერილი პოლიმორფული სენესტოპათიური შეგრძნებებითა და ჰიპოქონდრიული განცდებით. ეს პათოლოგიური მდგომარეობა *კოტარის სინდრომის* სახით არის ცნობილი.

3. დეპრესიული რეგისტრის ემოციურ რეაგირებას შესაძლოა თან დაერთოს სხვადასხვა შინაარსისა და სტრუქტურის ბოღვითი იდეები, რაც წარმოჩინდება რთულ ფსიქოპათოლოგიურ კომპლექსებში. ესაა: *დეპრესიულ-პარანოიდული მდგომარეობანი* – დევნისა და დანაშაულის, ბრალდების, მემოქმედების ბოღვითი იდეები, თანდართული შიშისა და

მყოფეთასთან, ინსცენირების გრძნობასთან, მდგომარეობის მწვერვალზე განვითარებული ცნობიერების სიზმრისმაგვარი, ონეიროიდული შეცვლით.

4. *ასთენიური დეპრესია* – გუნებგანწყობის დაქვეითებას თან ერთვის გამოხატული ფიზიკური სისუსტე, განღვებლობა, ჰიპერესთეზიები და ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება.

5. *აღინამიური დეპრესია* ხასიათდება გუნებგანწყობის დაქვეითებასთან თანდართული აპათიით, მოღუნებით, საერთო ტონუსის დაქვეითებით, გარემოს მიმართ ინტერესის დაკარგვით.

6. *ფარულ, მასკირებულ ანუ ლავირებულ დეპრესიებს* მიეკუთვნება ჰიპოთიმიის ისეთი სახეები, რომელთა დროს წინა პლანზე გამოდის პოლიმორფული სომატო-ვეგეტატიური აშლილობანი, ტკივილი და არასასიამოვნო შეგრძნებები სხეულის სხვადასხვა ნიწილებში. ისინი ფარავენ, “შლიან” ემოციური ტონის დაქვეითებას და ღომინირებულ ადგილს იჭერენ კლინიკურ სურათში, რაც ართულებს დიაგნოსტიკას.

7. *სუბდეპრესია* – სუსტად გამოხატული გუნებგანწყობის დაქვეითებაა, რომლის დროსაც დეპრესიისათვის დამახასიათებელი ყველა ნიშანი უმნიშვნელოდაა გამოხატული.

დეპრესიული აშლილობანი გამოირჩევიან განსაკუთრებულად დიდი დიაპაზონით და შეიძლება მიიღონ *ირონიული* (*მომღიმარი*) (ირონიული, სარკაზმული დამოკიდებულება მელანქოლიის ფონზე), *ერემლიანი* (ემოციური ლაბილობა, ერემლიანობა, უსუსურობის განცდა დეპრესიასთან ერთად), *მოწუწუნე ან ბოღმიანი დეპრესიის* სახე.

დეპრესიის კლინიკასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული *სუიციდის* (*თვითმკვლელობის*) პრობლემა. თვითმკვლელობა წარმოადგენს მიზანდასახულ ნებით აქტს, რომლის შედეგად ადამიანი თავისი სურვილით გამოესაღმება სიცოცხლეს. ამ მოვლენის მიზეზთაგან აღსანიშნავია რამდენიმე ძირითადი: 1. სუიციდი, როგორც ანომალური პიროვნების რეაქცია (შემთხვევათა უმრავლესობაში ადგილი აქვს ბოლომდე გაუცნობიერებელ, აფექტურ ფონზე განვითარებულ ქმედებას). 2. მძიმე ცხოვრებისეული ან ფსიქომატრაფიკული სიტუაციით გამოწვეული თვითმკვლელობა (დედა თავს იკლავს შვილის დაღუპვის შემდეგ). 3. ე.წ. “დასკვნითი სუიციდი”, რომელიც გამოუვალი ან უმძიმესი სიტუაციის რაციონალური შეფასების შედეგია (საწოლს მიჯაჭვული სიმსივნით დაავადებულის თვითმკვლელობა). 4. თვითმკვლელობა, როგორც საზოგადოებრივი ტრადიცია (იაპონელ სამურაითა “ხარაკირი”). და 5. სუიციდი, რომლის მიზეზია ფსიქიკური დაავადება (ამ მხრივ განსაკუთრებით საშიშია დეპრესიული მდგომარეობანი). მეტად საყურადღებო ფენომენს წარმოადგენს “სუიციდური აქტივობა” – რომელიც სიკვდილით არ მთავრდება. იგი ძალზე ხშირია სხვადასხვა ეთიოლოგიის დეპრესიების დროს. არჩევენ “ფაქტიურ სუიციდურ აქტივობას” – ობიექტური მიზეზებით განუხორციელებელი თვითმკვლელობა; “მიზანდასახულ სუიციდურ აქტივობას” – როდესაც აღნიშნული ქცევები მიზეზი დახმარების, თანადგომის ან შანტაჟის მიზნითაა ჩადენილი. განსაკუთრებულ ფენომენს წარმოადგენს ე.წ. “იდეალური თვითმკვლელობა”, როგორც მაღალი სოციალური და მორალური ნორმებით ნაკარნახევი მიზანდასახული ქმედება.

პარათიმია - ემოციური რეაგირების გაუკუღმართებაა – ფორმით, ინტენსივობით, ხარისხით და აღექვატურობით გამომწვევ მიზეზთან შეფარდებაში. გუნებგანწყობის დარღვევათა ამ ჯგუფს მიეკუთვნება:

1. *დისფორია* – გაბოროტებულ–სევდიანი მდგომარეობა გაღიზიანებით, შინაგანი დაძაბულობით, უკმაყოფილებისა და ბოღმის განცდით. დისფორია, როგორც წესი, უეცრად ჩნდება, რამდენიმე საათიდან დამდენიმე დღემდე გრძელდება და ხშირად თან ახლავს ცნობიერების შევიწროვება. ეს მდგომარეობა ეპილეფსიისა და თავის ტვინის ორგანული დაზიანებით გამოწვეული დაავადებების დროს გვხვდება.

2. *ემოციური ლაბილობა ანუ სუსტსულოვნება* – წარმოადგენს ემოციური რეაგირების სისუსტეს, როდესაც ერთი გრძნობა სწრაფად იცვლება მეორეთი – გაბრაზება ღიმილითა და გულჩვილობით, რასაც კვლავ ცრემლები ცვლის და ა.შ. ეს მდგომარეობა ძირითადად თავის ტვინის სისხლძარღვოვანი პათოლოგიით გამოწვეული დაავადებებისთვისაა დამახასიათებელი.

3. *ემოციურ ამბივალენტობას* ახასიათებს ორი ურთიერთგამომრიცხველი ემოციის ერთდროული თანაარსებობა. მაგალითად: ავადმყოფს უყვარს დედა, მოუთმენლად ელის მის მოსვლას, მაგრამ შეხვედრაზე უარს აცხადებს და არ ღებულობს დედის მიერ მოტანილ საკვებს.

4. *ბიპოლარული* ემოციური რეაგირების დროს ერთი, მეტწილად დისფორიული აფექტური ფონის არსებობისას გამოხატულია საპირისპირო, დადებითი ემოცია. ემოციურად დაძაბული, ბოღმიანი, გაბოროტებული პიროვნება გამოხატავს უკიდურეს კეთილგანწყობას, სითბოს, სათნოებას და თავმდაბლობას (დამახასიათებელია ეპილეფსიით დაავადებული პიროვნებისათვის).

5. *სუსტსულოვნება ანუ პათოლოგიური გულჩვილობა* ხასიათდება ემოციური რეაგირების ზედაპირულობით და გუნებგანწყობის ადვილი, ხშირად არამოტივირებული ცვალებადობით.

აპათია ხასიათდება სრული განურჩევლობით, მიმდინარე და მოშდარი მოვლენებისადმი ინტერესების გაქრობით. ავადმყოფს დაკარგული აქვს სიამოვნების მიღების, განცდის უნარი – *ანჰედონია*. აპათიას თან ახლავს ნებითი უმოქმედობა – *აპულია* და ეს მდგომარეობა ცნობილია *აპათიკურ–აპულიური სინდრომის* სახელით. ავადმყოფები არიან უკონგაქტონი, განმარტოებულნი, მოკლებულნი ყოველგვარ ინტერესებს, არ უვლიან თავს, ყურადღებას არ აქცევენ საკუთარ გარეგნობას.

1) ნებითი სფეროს პათოლოგია

ნება ანუ ნებელობა შეგნებელი, მიმანდასახული ფსიქიკური აქტივობის ინდივიდური მესაძლებლობის უნარია. ნებითი აქტის ჩამოყალიბება სხვადასხვა სასიცოცხლო ინსტინქტების (სქესობრივი, კვების, თავდაცვის) ბაზაზე ხდება და მისი პირველი ეტაპი სურვილია, რომელიც ცნობიერებაში გარკვეული მიზნის დაკმაყოფილების გზებისა და ხერხების გაფორმებას, ჩამოყალიბებას წარმოადგენს. შემდგომში ხდება მიზნის მიღწევის საშუალებათა გააზრება ანუ *მეცნობა* და ყალიბდება *მოტივაცია*. *მოტივების ბრძოლას* მიჟვავართ გადაწყვეტილების მიღების ეტაპამდე, რომელიც მთავრდება გადაწყვეტილების რეალიზაციით. ამ ფსიქიკური პროცესების შედეგად ადამიანი ახორციელებს

მიზანდასახულ, მოტორულ, მოძრაობით აქტს. ნებითი აქტები სირთულის მიხედვით შესაძლოა დაფიქსირდეს მოძრაობებად, მოქმედებად და ქცევით აქტებად.

მოძრაობათა პათოლოგია გამოიხატება აგზნების ან შეკავების სახით. აგზნებაც და შეკავებაც თავისი ბუნებით შეიძლება იყოს ფსიქოგენური, ფსიქო-მოტორული და მოტორული.

ფსიქოგენური აგზნება ვითარდება ძლიერი ემოციური შოკის შედეგად (სიცოცხლისათვის საშიშ სიტუაციაში) და გამოირჩევა ძლიერი ქაოსური მოტორული აფორიაქებით ცნობიერების შევიწროების ფონზე, რომელსაც თან ერთვის ძლიერი ევგეტატიური რეაქციები. ფსიქო-მოტორული ანუ მანიაკალური აგზნება თან ერთვის გუნებაგანწყობის აწევასა და ასოციაციების აჩქარებას (მანიაკალური სინდრომის სტრუქტურაში) და ხასიათდება მოტორული და მეტყველებითი აგზნებით, გადამეტებული, მაგრამ მიზანმიმართული, ნაკლებად პროდუქციული აქტივობით. მოტორული ანუ კატატონური აგზნება - გვხვდება მხოლოდ შიზოფრენიის დროს და გამოირჩევა უაზრო, უმიზნო, ქაოსური მოძრაობებით და ე.წ. „ექო-სიმპტომებით“, როგორიცაა ექოლავია (მოსაუბრის სიტყვების უაზრო გამეორება), ექოპრაქსია (სხვისი მოქმედების უმიზნო გამეორება), ექომიმია (სხვისი მიმიკის ზუსტი გამეორება).

აგზნების ყველაზე ინტენსიურ ფორმას რაპტუსი ეწოდება. ამ შემთხვევაში ფსიქო-მოტორული აგზნება თავის უკიდურეს გამოვლინებას აღწევს. ავადმყოფები ყვირიან, ტანსაცმელს იგლეჯენ, თავს ურტყავენ კედელს. ასეთი ტიპის აგზნება დამახასიათებელია დეპრესიისათვის და მას - „**Raprus melancholicus**“ ეწოდება. აგზნების სხვა სახეებიდან აღსანიშნავია: ირიტაციული აგზნება - უმიზნო, იმპულსური აგზნება, აგრესიული ტენდენციებით ოლიგოფრენიის დროს; ეპილეპტიფორმული აგზნება - დისფორიის ფონზე, აგრესიული ტენდენციებითა და ცნობიერების შეცვლით და პალუცინაციული აგზნება.

ფსიქოგენური შეკავება ანუ - სტუმორი შოკური რეაქციის სახეა. ხასიათდება სტრესულ ვითარებაში სრული მოტორული შეკავების განვითარებით, მუტიზმით და ევგეტატიური გამოვლინებებით. ფსიქო-მოტორული ანუ დეპრესიული სტუმორი - შედის დეპრესიული სინდრომის შემადგენლობაში გუნებაგანწყობის დაწევასა და ასოციაციების შენელებასთან ერთად. მოძრაობები უკიდურესად შენელებული ან საერთოდ გამქრალია, სახეზე დარდიანი, სევდიანი, „ნიღბისებური“, გაშეშებული გამომეტყველება. ავადმყოფი უარს აცხადებს საკვებზე და მიუწვდომელია კონტაქტისათვის. მოტორული ანუ კატატონური სტუმორი შიზოფრენიის კატატონური ფორმისთვისაა დამახასიათებელი და გამოირჩევა სრული მუტიზმით, ამიმიით, და თავისებური ნიშნებით, როგორიცაა: ნეგატივიზმი (აქტიური ან პასიური დაუმორჩილებლობა და წინააღმდეგობა ურთიერთობის დროს), ტეტანია (ემბრიონული პოზა კუნთების დაძაბულობით), კატალეგსია (ცვილისებრი მოქნილობა და მიღებული პოზის ხანგრძლივი დროით შენარჩუნება), კაპიუშონის (თავსაფრის) სიმპტომი (ავადმყოფს საბანი თავსაფარივით აქვს წამოფარებული), დიუპრეს სიმპტომი (მწოდირავ ავადმყოფის თხვსა და ბალიშს შორის მუდმივად არის სივრცე) და სხვა.

შეკავების სხვა ფორმებიდან საყურადღებოა: *სუბსტუპორორული მდგომარეობა* – არასრული შეკავება, მოძრაობათა შენელება, მეტ-ნაკლებად გამოხატული მუტიზმით; *ეპიგენური სტუპორი*, ძირითადად გამოწვეული ინფექციური ან ტოქსიკური აგენტით და *აპათიური სტუპორი*, რომელიც ხასიათდება შეკავების თანდართვით განურჩევლობასთან, ასპონტანურობასა და აბულიასთან.

მიზანდასახულ მოქმედებათა დარღვევა ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში სხვადასხვა სახით ვლინდება. *მანერულობას* ახასიათებს უცნაური, გამომწვევი ქცევები, პრანჟიოზა, დემონსტრაციულობა. თუ ამ მდგომარეობას თან ერთვის მიზანმიმართავი ბავშვური სიცილე ქე, მოძრაობათა სტერეოტიპულობა და ჯამბაზური მიმბაძველობა, მაშინ აღგილი აქვს *კებეფრენიულ* ქცევას. *იმპულსურ მოქმედებებს* და *მიზიდულობებს* ახასიათებთ რაიმე მოქმედების ჩადენის მწკავედ, პერიოდულად გაჩენილი დაუძლეველი არამოტივირებული მოთხოვნილება. ეს მოთხოვნილებანი იმდენად ძლიერია, რომ ახშობენ ყოველგვარ კრიტიკას და საწინააღმდეგო ტენდენციებს. მოგონებები იმპულსურად ჩადენილ ქცევებზე არასრულია და არათანმიმდევრული. იმპულსურ მოქმედებებს შორის გამოირჩევა: *დრომომანია* (ხეგიალის დაუძლეველი მოთხოვნილება), *დიპსომანია* (ალკოჰოლის მიღებისადმი დაუოკებელი ლტოლვა), *კლეპტომანია* (უაზრო ქურდობის დაუძლეველი მოთხოვნილება) და *პირომანია* (ცეცხლის წაკიდების ავადმყოფური სურვილი).

1) *ავტომატიზმი* წარმოადგენს ფენომენს, როდესაც ხდება აზრების, მოძრაობების და ემოციების გაჩენა ავადმყოფის ნება-სურვილის გარეშე. ავტომატიზმის განცდა ყოველთვის გულისხმობს ნაძალადეობის, “გაკეთებულობის”, თავს მოხვევის შეგრძნებას. ავტომატიზმი შეიძლება მრავალი სახის იყოს: *ფსიქიკური ავტომატიზმი* – აზრების, წარმოდგენების, ემოციების, სურვილების, მიზანმიმართული მოტივების “განსხვისების”, “გაუცხოების”, “თავს მოხვევის”, ფსიქიკაზე ზემოქმედების განცდა; *კინესტეტიკური ავტომატიზმი* – ნებითი აქტების შესრულება “სხვისი კონტროლით”, “ავტომატურად”, ავადმყოფის ნების გარეშე; *მეცყველებითი ავტომატიზმი* – მეცყველების ნაძალადეობა, ლაპარაკისას პირისა და ენის მოძრაობებზე “გარეშე კონტროლი”, სიგყვებისა და ფრაგების წარმოთქმა სურვილის გარეშე; *ასოციაციური ავტომატიზმი* – ასოციაციების “წართმევის”, გაწყვეტის, “ნაძალადეოდ ჩადების”, აზრების “გახმოვანების” განცდა, მენტიზმის ფენომენი (ძალიან სწრაფად მიმდინარე უნებლიედ, პიროვნების კონტროლს მოკლებული მოგონებები, წარმოდგენები, ასოციაციები, რომელთა გააზრება არ ხდება აზრთა ნაკადის სისწრაფის გამო), და *სენესტოპათიური ავტომატიზმი* – ნაძალადევი, “თავს მოხვეული”, “უცხო ძილით” გამოწვეული სენესტოპათიური შეგრძნებები.

მიზიდულობათა დარღვევას მიეკუთვნება ძირითადი სასიცოცხლო მიდრეკილებების – კვებისა და სექსუალური ინსტინქტების გაუკუღმართება. კვების ნორმალური ინსტინქტი შეიძლება შეიცვალოს და წარმოჩინდეს შემდეგი სახით:

ანორექსია – შიმშილის გრძნობის შესუსტება ან სრული გაქრობა. *ნერვეული ანორექსიის* (Anorexia nervosa) დროს მაღის გაქრობის მიზეზია

გახდომის ძლიერი სურვილი, განსაკუთრებით ახალგაზრდა გოგონებში. *ფსიქიკური ანორექსია* (*Anorexia psychica*) დეპრესიის, ბოლევითი, კატატონიური ან სხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს გვხვდება.

ბულიმია (პოლიფაგია) მაღის პათოლოგიური მომატებაა. *პოლიდიფსია* – დაუძლეველი წყურვილის გრძნობა, რის გამოც ავადმყოფი გამუდმებით ღებულობს დიდი რაოდენობით სითხეს. *მაღის პათოლოგიური გაუკუღმართება* – არასაკვები საგნების (მიწის, ლურსმნების, ფოლაქების, მათ შორის ექსკრემენტების ჭამა – *კოპროფაგია*.

სექსუალური მიდრეკილების გაუკუღმართება გამოვლინდება მაშინ, როდესაც სექსობრივი ინსტინქტის რეალიზაცია არ მიმდინარეობს ფიზიოლოგიური გზით და სექსუალური აგზნებისა და ორგაზმის მისაღწევად პიროვნება მიმართავს არანორმალურ სექსობრივ კავშირებს ან დამატებით გამაღიზიანებლებს. სექსუალურ პერვერზიებს მიეკუთვნება: *სადიზმი* – სექსობრივი დაკმაყოფილების მიღება პარტნიორისათვის ფიზიკური ტკივილის მიყენებით; *მაზოხიზმი* – ორგაზმისათვის საჭიროა პარტნიორის მიერ ტკივილის მიყენება, დამცირება, შეურაცხყოფა; *კომოსექსუალიზმი* – იგივე სექსისადმი სექსუალური ლტოლვა; *კედოფილია* – ბავშვებისადმი სექსუალური ლტოლვა; *გერონტოფილია* – მოხუცებისადმი სექსუალური ლტოლვა; *ზოოფილია* – ცხოველებთან სექსობრივი კავშირით დაკმაყოფილების მიღება; *ფეტიშიზმი* – რაიმე საგნების, ტანსაცმლის, ფეხსაცმლის ან ადამიანის სხეულთან შეხებაში მყოფი ნივთის გამოყენება, სექსობრივი დაკმაყოფილების მისაღებად; *ტრანსვესტიზმი* – მოპირდაპირე სექსის ტანსაცმლის ტარება, როგორც ამ სექსისადმი მიკუთვნების განცდით სიამოვნების მიღების საშუალება; *ონანიზმი* – მასტურბაციით სექსობრივი დაკმაყოფილების მიღება; *ექსპიზიციონიზმი* – დემონსტრაციული გაშიშვლებით და სექსობრივი ორგანოების სხვებისათვის ჩვენებით სექსუალური სიამოვნების მიღება; *კუაიერიზმი* – სექსობრივი აქტის ფარული თვალთვალთ სექსობრივი აგზნების მიღწევა და *ტრანსსექსუალიზმი* – მოპირდაპირე სექსად გადაქცევის სურვილი, რომელიც ხშირად სექსის გამოცვლის ოპერაციით რეალიზდება.

ზ ცნობიერების პათოლოგია

ცნობიერება – სინამდვილის ასახვის უმაღლესი მიზანმიმართული ფორმაა, რომლის საშუალებით ადამიანი ორიენტაციას ახდენს საკუთარ თავში, გარემოში და დროში. ცნობიერება ადამიანის ფსიქიკურ ფუნქციათა ინტეგრაციის, გარემოდან მიღებული შთაბეჭდილებებისა და შინაგანი განცდების შეცნობის, მათი სინთეზ-ანალიზის, მოქმედების სტიმულად ჩამოყალიბების შედეგია. ცნობიერების ერთ-ერთ ძირითად ფუნქციას ინდივიდუალური, პიროვნების “მე”-ს ჩამოყალიბება, სუბიექტ-ობიექტის განსხვავება, სოციალურ გარემოში გარკვევა და მიზანდასახულ მოქმედებათა დაგეგმვა წარმოადგენს.

ადამიანის ცნობიერება ფსიქო-სოციალური ფენომენია. იგი ადამიანის ისტორიულ განვითარებასთან ერთად ყალიბდება – ინსტინქტური. ბიოლოგიური დონიდან საზოგადოებრივ, სოციალურ დონემდე ცნობიერებას. როგორც ორიენტაციის უნარს, განსაზღვრავს არა მხოლოდ ინდივიდუალური

ცნობიერება, როგორც ცალკეულ ინდივიდთა ფსიქიკური განცდების ერთობლიობა; არამედ საზოგადოებრივი ყოფისა და ურთიერთობების ასახვა – სოციალური ცნობიერება: ეთიკურ–მორალური, რელიგიური, ესთეტიკური, იურიდიული, პოლიტიკური და სხვა კატეგორიები. ცნობიერება ყოველთვის მჭიდროდაა დაკავშირებული ენასთან, მეტყველებასთან. ცნობიერება ყველა შემთხვევაში ცოდნაა, ცოდნა აქტიური და შემოქმედებითი. ცნობიერება გარემოს მიმართ დამოკიდებულებასაც გულისხმობს.

ცნობიერების მაინტეგრირებულ თვისებათა შორის ძირითადია *ორიენტაცია*, რომელიც თავის მხრივ, არის *ინტრაფსიქიკური ორიენტაცია* – ალამიანის მიერ საკუთარი ფსიქიკური ფუნქციების ინდივიდუალობის, განუმეორებლობის, საკუთარი “მე”–ს განცდა; *სომატოფსიქიკური ორიენტაცია* – მთლიანად საკუთარი სხეულის და მისი ნაწილების ზომის, ფორმის, მდებარეობის, ორგანიზმიდან მომავალი სომატო–ვეგეტატიურ შეგრძნებათა განცდა და *ალოფსიქიკური ორიენტაცია* – გარე სამყაროში, მიმდინარე მოვლენებში, ადგილსა და დროში გარკვევის უნარი.

ცნობიერების აშლა – პირველადი პროცესია და ახასიათებს ოთხი ძირითადი ნიშანი: 1. რეალური გარემოდან გარიყვა და მისი ფრაგმენტული ასახვა, აღქმულის ფიქსაციის შესუსტება ან სრული გაქრობა; 2. სხვადასხვა ინტენსივობის დემორიენტაცია ადგილში, დროსა და საკუთარ თავში; 3. ამოვრების პროცესების ინკოპერენცია და 4. მიმდინარე მოვლენებისა და ავადმყოფური განცდების არასრულყოფილი დამახსოვრება (K. Jaspers). ცნობიერების აშლის სახეებია:

გაბრუება, რომელიც გამოიხატება ყველა სახის გამღიზიანებლის მიმართ ზღურბლის მკვეთრ აწევაში, ასოციაციური პროცესების გაძნელებასა და შენელებაში. *გაბრუებას* აქვს ხარისხები: *ობნუბილაცია* – გაბრუების იოლი, გარდამავალი ფორმა, რომელიც ორიენტაციის იოლი დარღვევით ხასიათდება. *სომნოლენცია* – გაბრუების სუსტი სახე, არასრული ორიენტაციით ადგილსა და დროში, კონტაქტის გაძნელებითა და ნაწილობრივი ამნეზიით; *სოპორი*, რომელიც ხასიათდება სრული დემორიენტაციით, რეფლექსების შენარჩუნების ფონზე. გარეშე გამღიზიანებლებიდან რეაქცია მხოლოდ ძლიერ ტკივილზე ხდება, კონტაქტი შეუძლებელია და მოვლენები სრულად ამნეზირებული. *კომა* -- ცნობიერების სრული გამოთიშვა, არეაქციულობა, არეფლექსია და სრული ამნეზია.

დელირი ხასიათდება დემორიენტაციით ან შემცდარი ორიენტაციით დროსა და გარემოში, აუტოფსიქიკური ორიენტაციის (თვითცნობიერების) შენახვის ფონზე – ჭეშმარიტი, ძირითადად სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციებით, ფრაგმენტული ბოლევითი იდეებით და ინტენსიური ემოციური განცდებით – შიშის, გაკვირვების, აღფრთოვანების სახით. ფსიქიკურ დარღვევებს თან სდევს უხვი სომატო–ვეგეტატიური სიმპტომატიკა. აღწერილია დელირის რამდენიმე ვარიანტი, რომელთაგანაც საყურადღებოა: *მუსკიტირებული დელირი*, რომელიც ხასიათდება დისკოორდინირებული, ერთგვაროვანი მოძრაობებით საწოლის ფარგლებში და გარე გამაღიზიანებლებზე რეაქციათა შესუსტებით ან სრული გაქრობით. *პროფესიული დელირის* დროს პარეიდოლიური და ჰალუცინაციური განცდების მოზღვავების ფონზე, ჩვეულებრივთან

შედარებით, გამოხატულია ღრმა დემორიენტაცია მოტორული აგზნებით, რომლის დროსაც ავადმყოფი მისი პროფესიისათვის ჩვეულ ავტომატურ მოძრაობებს იმეორებს.

ონეიროიდი – ცნობიერების სიმშრისმაგვარი, ფანტასტიკურ-ბოლევითი შეცვლა, სრული დემორიენტაციით და ფანტასტიკური ფსევდოჰალუცინაციური განცდებით. ავადმყოფი მთლიანადაა მოწყვეტილი რეალობას და ჩაფლული ავადმყოფურ განცდებში, ხდება სიმშრისმაგვარი, ზღაპრული მოვლენების მონაწილე ან მეთვალყურე. ხშირად საკუთარ თავს ხედავს “გვერდიდან”. ფანტასტიკური განცდების შინაარსიდან გამომდინარე ავადმყოფები შეიძლება იყვნენ აგზნებულნი ან შეკავებულნი. მიუხედავად დემორიენტაციის სიღრმისა სრული ამნეზია არ გვხვდება. ავადმყოფებს, განსაკუთრებით მდგომარეობიდან გამოსვლის პირველ დღეებში, კარგად ახსოვთ გადატანილი განცდები (რეტარდაციული ამნეზია). ხშირად ამნეზია საერთოდ არ ვითარდება.

ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლისთვის დამახასიათებელია ცნობიერების უეცარი, სპონტანური შევიწროება, დისფორიული აფექტი, ბოლევითი და ჰალუცინაციური პროდუქციები და აგრესია. ამ ტიპის ცნობიერების შეცვლა ტრანზიტორულია, სპონტანურად ვითარდება და ასევე სპონტანურად ქრება. არჩევენ ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის რამდენიმე კლინიკურ ვარიანტს:

ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის კლასიკური ფორმა ხასიათდება ღრმა დემორიენტაციით, სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციების (ძირითადად იმპერატიული ხასიათის) მოზღვავებით, ხატოვანი ბოლევით, ძლიერი ფსიქო-მოტორული აგზნებით და დისფორიული აფექტით. ამ მდგომარეობაში ავადმყოფები გამოირჩევიან განსაკუთრებული სისასტიკით, უმიზნო, უაზრო აგრესიით. ცნობიერების აშლის შეტევა კრიტიკულად, უეცრად თავდება და მას ღრმა, პათოლოგიური ძილი მოსდევს. ავადმყოფური მდგომარეობის ეპიზოდი სრულადაა ამნესცირებული. გამოჰყოფენ ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის *ჰალუცინაციურ* (იმპერატიული ჰალუცინაციების დომინირებით, აგზნებით, დამანგრეველი გენდენცებითა და უაზრო აგრესიით), *ბოლევით* (გარეგნულად შედარებით მოწყვსრიგებული ქცევით, მიზანმიმართული, “დაგეგმილი” აგრესიით) და *დისფორიულ* (ბოლევითი იდეებისა და ჰალუცინაციების არარსებობის ფონზე უკიდურესად გამოხატული გაბოროტება, ბოლმა, შიშის განცდა) ვარიანტებს. ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლა შესაძლოა მიმდინარეობდეს ჰალუცინაციების, ბოლვის და ემოციური აფექტის გარეშე. ამ მდგომარეობას *ამბულატორიული ავტომატიზმი* ეწოდება. ამბულატორიული ავტომატიზმის სახეებია: *ფუგა* – ცნობიერების შევიწროების ფონზე ხანმოკლე ქაოსური აგზნება, რომელიც 1-2 წუთი გრძელდება; *გრანსი* – ცნობიერების ბინდისმიერი შეცვლის ფონზე ავადმყოფები აწარმოებენ გამიზნულ მოქმედებებს, ძირითადად გადაადგილდებიან დიდ მანძილზე, ფეხით ან ტრანსპორტის საშუალებით და გარეგნულად ნორმალური, შენარჩუნებული დემორიენტაციის ადამიანების შთაბეჭდილებას ტოვებენ; *აბსანსი* – გონების წამოვარი გამოთიშვა.

ცნობიერების შევიწროვების განსაკუთრებულ ფენომენს წარმოადგენს *ჰომნამბულიზმი* ანუ *ლუნატიზმი*. ცნობიერების სომნამბულური მდგომარეობა

ვითარდება ღრმა, ფიზიოლოგიური ძილის დროს და რიგ შემთხვევებში შესაძლოა ცნობიერების ბინდისმიერი შეცვლის – ამბულატორიული ავტომატიზმის ვარიანტს წარმოადგენდეს. ავადმყოფი გადაადგილება ოთახში, იღებს ნივთებს, იცეამს განსაცემელს და ასრულებს სხვა ელემენტურ მოძრაობებს. მისი ამ მდგომარეობიდან გამოყვანა არ ხერხდება. ფაქტები მთლიანად ამნეზირებულია. *სომნამბულიზმი ანუ ლუნატიზმი* შესაძლოა განვითარდეს, როგორც თავის გვიანის ფუნქციურ-დინამიკური პათოლოგია, ძირითადად ღამის მეორე ნახევარში. ეს მდგომარეობა რამდენიმე წუთი გრძელდება და შესაძლოა შეწყდეს ძალდატანებითი გამოღვიძებით. *ცნობიერების ისტერიული, სომნამბულური მეცვლა* ვითარდება ფსიქოტრაუმულ სიტუაციაში, ისტერიული წრის ფსიქოპათიებში და თავისი ბუნებით ცნობიერების პიპნოზურ მდგომარეობას წააგავს.

ამენცია ცნობიერების აშლის ღრმა ხარისხია, რომელსაც ფსიქიკური პროცესების სრული დემორგანიზაცია ახასიათებს. ამენციის დროს ავადმყოფი დემორიენტირებულია ადგილში, დროში და საკუთარ თავში. ასოციაციები დაუკავშირებელია, ინკოპერენტული, მეტყველება გაუგებარი. მოტორული აკზნება შემოიფარგლება საწოლით ან უაზრო მოუსვენრობით – იაქტაციით. ავადმყოფური პერიოდის ფაქტები ამნესცირებულია.

ცნობიერების აბნევა მეორადი პროცესია და გამოწვეულია იმ ძირითადი მიზეზებით, რომლებიც ხელს უშლიან ინტრაფსიქიკური და ალოფსიქიკური ინფორმაციის სრულყოფილ გადამუშავებას. ფსიქიკის სხვადასხვა ფუნქციების დარღვევის გამო ადგილი აქვს სხვადასხვა სახისა და ინტენსივობის დემორიენტაციას. *ცნობიერების აბნევის სახეები*: *ჰალუცინატორული, ბოლვითი, ასოციაციური, ამნეზიური, დემენციური, აფექტური და მანიაკალური.*

ცნება ფსიქიკური დაავადების შესახებ და ძირითადი
ფსიქოპათოლოგიური
სინდრომები

მედიცინაში, განსაკუთრებით კი ფსიქიატრიაში, ყოველთვის ძნელია ზუსტი, გამოკვეთილი საზღვრების დადგენა ნორმასა და პათოლოგიას, ჯანმრთელობასა და ავადმყოფობას შორის. ამ განსაზღვრებათა შემოგანას, სულით დაავადებათა მიმართებაში, ართულებს ადამიანის ფსიქიკური აპარატის განსაკუთრებული ადაპტაციური დინამიურობა და ლაბილურობა, როგორც ნორმაში, ისე პათოლოგიის დროს. გარდა ამისა, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ეს პროცესი არ არის მყარი, სტაბილური და სტერეოტიპული. იგი ხასიათდება ცვალებადობითა და გარდამავლობით. ფსიქიკურ დაავადებებს, ამ ცნების ფართო გაგებით, მიეკუთვნება: *ფსიქომები* - როდესაც ფსიქიკური რეაქციები უხეშად ეწინააღმდეგებიან რეალურ სინამდვილეს, რაც გამოიხატება ობიექტური სამყაროს ასახვის დარღვევასა და ქცევის დემორგანიზაციაში და ფსიქიკური ადაპტაციის შედარებით ნატიფი ამსილობის, რომლებიც არ იწვევენ ქცევის თვისობრივ ცვლილებებს (სხვადასხვა ეტიოლოგიის *ნევროზული* რეგისტრის სიმპტომატიკა).

ამის გამო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გარკვეულია კლინიკური კრიტერიუმები, რომლებიც საშუალებას იძლევა დასკვნა გაკეთდეს სულით დაავადების არსებობაზე. მთელი რიგი ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობებისა ცნობილია როგორც *სულით დაავადების არსებითი ნიშნები*. მათგან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია: ცნობიერების შეცვლა, პარანოიდული იდეები, პალუცინაციური განცდები, ფსიქო-მოტორული აგზნება, ჭკუასუსტობა, მანიაკალური მდგომარეობა, მძიმე დეპრესია. აქედან გამომდინარე, სულით დაავადების ფორმალური ნიშნების არსებობისას ღვინდება, რომ პიროვნება ფსიქიკურად დაავადებულია. გარდა ამისა, არის ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები, რომელთა გამოჩენა არ მიუნიშნებს სულით დაავადების არსებობაზე და გამოხატავს გარემოსთან ადაპტაციის დარღვევის არაფსიქომურ რეგისტრს. ასეთია: ასთენიური, ჰიპოქონდრიული, ციკლოთიმიური რანგის სინდრომები, ფსიქოგენური რეაგირების იოლი ფორმები და სხვა.

ფსიქიკური სფეროს დარღვევები კლინიკურად წარმოდგენილია ცალკეული ფენომენების, ნიშნების, ე.წ. "*სიმპტომების*" სახით. ფსიქიკური დაავადების ურთულეს სტრუქტურაში თითოეულ სიმპტომს, გაერთიანებული ჯგუფება იგი სხვა სიმპტომებთან სინდრომში, თუ წარმოდგენილი ცალკე - ფენომენის სახით, ყოველთვის აქვს გარკვეული დიაგნოსტიკური "დაგვირგვინი". *სინდრომი* ესაა იდენტური პათოგენური მექანიზმებით გამოწვეული სიმპტომთა მყარი, მდგრადი ერთიანობა, რომელიც ასახავს გარკვეულ ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობას ან დაავადების კლინიკურ სურათს გარკვეულ ეტაპზე.

სიმპტომთა და სინდრომთა დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა არაერთნაირია. ამის გამო პრაქტიკაში შემოგანილია რამდენიმე კლინიკური ცნება მათი ფსიქოზის სტრუქტურაში დეტერმინირებისათვის. ერთ-ერთი ასეთი კრიტერიუმია პათოგენეზური და პათოპლასტიკური სინდრომების (ნიშნების) ცნება. *პათოგენეზური* ის სინდრომები, რომლებიც ძირითადად, პათოგენეზური პროცესების ამსახველია კლინიკურ სურათში. *პათოპლასტიკა* კი ასახავს მეორადი, დამატებითი მიზეზებით შემოგანილ ცვლილებებს.

I გარდა ამისა, სულით დაავადების კლინიკურ სურათში სინდრომების ჯგუფი შეიძლება იყოს *ობლიგატური* ანუ აუცილებელი (“მთავარი” - ამერიკული DSM-IV კლასიფიკაციის მიხედვით) და *ფაკულტატური* ანუ არააუცილებელი (“უმნიშვნელო”). მაგალითად: დეპრესიული მდგომარეობა *ობლიგატორული* ნიშანია ციკლოფრენიისათვის და *ფაკულტატური* შიზოფრენიისათვის. ამ პრინციპით კ. შნაიდერმა გამოჰყო ე.წ. “პირველი” და “მეორე” რანგის სინდრომები შიზოფრენიის დროს. მაგალითად: კანდინსკი-კლერამბოს სინდრომი და დეფიციტური სინდრომები “პირველი რანგის” ნიშნებს მიეკუთვნება, აფექტური სინდრომები ამ დაავადების დროს კი “მეორე რანგისას”.

სინდრომების მეტად საინტერესო კლასიფიკაცია მოგვაწოდა გერმანელმა ფსიქიატრმა კ. კლაისტმა. მან გამოჰყო სინდრომების სამი ჯგუფი: 1. *ჰომონომური* – ნორმალური ფსიქიკური რეაგირებისაგან მხოლოდ ინტენსივობით განსხვავებული. მაგალითად: სევდა დეპრესიის დროს. 2. *ჰეტერონომული* – რომელსაც ანალოგი არა აქვს ჯანსაღ ფსიქიკაში – შიზოფაზიური აზროვნება შიზოფრენიის დროს. 3. *ინტერმედული* – ჯგუფი, რომელსაც შუალედური მდგომარეობა უჭირავს ორ ზემოთ აღნიშნულ მდგომარეობას შორის. მაგალითად, აკვიატებული მდგომარეობანი.

ფსიქიატრიაში ფართოდაა გავრცელებული *პოზიტიური* და *ნეგატიური* სიმპტომების ცნება. ეს დაყოფა ეყრდნობა ჯ. ჯექსონის ე.წ. “ დისოლუციის თეორიას” (მოსაზრება, დარეინის ევოლუციურ მოძღვრებაზე პრინციპების შესაბამისად, ფსიქიკის შრეობრივი აგებულების შესახებ). ამ თეორიის მიხედვით სულით დაავადების დროს პირველ რიგში ზიანდება ფსიქიკური სფეროს ევოლუციურად უფრო მაღალორგანიზებული რეგისტრები, ხოლო შემდეგ დაბალი, ნაკლებად დიფერენცირებული. შესაბამისად, ნეგატიური სიმპტომები გამოიწვეულია თვით დაავადების პათოგენეზური მექანიზმებით. პოზიტიური სიმპტომები კი ავადმყოფური პროცესით დაუზიანებული ნერვული ზონების მოქმედების შედეგია. მიუხედავად იმისა, რომ დროთა განმავლობაში ნათელი გახდა ჯექსონის თეორიის უსაფუძვლობა, ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომთა ამ დიფერენციაციამ გარკვეული ადგილი დაიკავა პრაქტიკაში. *პოზიტიური* (*პროდუქციულ*) სინდრომებს მიეკუთვნება აფექტური, ჰალუცინატორული, ბოდვითი, ჰალუცინატორულ-ბოდვითი, აგზნების, ცნობიერების შეცვლის მდგომარეობანი. *ნეგატიურს* (*დეფიციტურს*) – ამნეზიური, დემენციური, აპათოკურ-აბულიური სინდრომები.

ნებისმიერი დიაგნოზის, მათ შორის ფსიქიატრიულის, გამოტანა ყოველთვის სიმპტომების გამოვლენიდან და მათი განუმეორებელი,

სპეციფიკური ურთიერთკავშირის – “სინდრომის” – აღწერიდან იწყება. ნებისმიერ ფსიქიკურ დაავადებას ახასიათებს სინდრომების გარკვეული ერთობლიობა, რომელიც, პათოლოგიური პროცესის განვითარების შესაბამისად განიცდის აღნიშნული დაავადებისათვის დამახასიათებელ კანონზომიერ ცვლილებას. მაგალითად: შიშოფრენიის პარანოიდული ფორმის დროს, როდესაც პროცესი უწყვეტად მიმდინარეობს, შემჩნეულია ბოლვიით სინდრომების დინამიკა – პარანოიალურიდან პარაფრენულამდე; ინფექციური ფსიქოზებისთვის დამახასიათებელია ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების მონაცვლეობის სტერეოტიპი. გარდა ამისა, მკურნალობას, განსაკუთრებით ფსიქოფარმაკოთერაპიას, შეაქვს მნიშვნელოვანი ცვლილებები სინდრომთა დინამიკის სტერეოტიპში – ე.წ. “ფარმაკოლოგიური პათომორფოზი”.

მნიშვნელოვანი მეთოდოლოგიური სირთულეებიდან გამომდინარე, ფსიქიატრიულ კლინიკაში არ არსებობს სინდრომების ერთიანი კლასიფიკაცია. ყველაზე გავრცელებულია სისტემატიკა ფსიქიკური სფეროს სტრუქტურების დაზიანების სიღრმის მიხედვით. ეს მიდგომა საშუალებას გვაძლევს მეტ-ნაკლები სიმზუსტით ვიმსჯელოთ ფსიქიკური პათოლოგიის სიმძიმეზე და იმ ძვრებზე, რომლითაც ხასიათდება პათოლოგიური პროცესი.

1. ნევროზული ჯგუფის სინდრომებს მიეკუთვნება:

ასთენია, რომელიც ხასიათდება ემოციური ლაბილობით, სენზიტიურობით, ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითებით, ფიქსაციისა და რეპროლექციის პროცესების გაძნელებით, ძილის დარღვევით და სომატო-ვეგეტატიური დარღვევების ფართო სპექტრით. არჩევენ ასთენიის ორ სახეს: ჰიპერსთენიურს – კლინიკურ სურათში გამდიდრებლობათა და ძლიერი სისუსტით, და ჰიპოსთენიურს – ფსიქო-ფიზიკური განღვებულობის და უძლურების განცდით.

აკვიატებული მდგომარეობანი – აკვიატებული შიშების, შოგონებების, წარმოდგენების, რიტუალური ქცევებისა და შფოთვიანობის სახით.

ობსესიური სინდრომი გამოხატულია აკვიატებული აზრების, მოგონებების, აკვიატებული თვლის შერწყმით სუბდეპრესიულ ან ასთენიურ მდგომარეობასთან, ხშირად ვეგეტატური კომპონენტის ჩართვით.

ფობიკურ სინდრომს მიეკუთვნება პოლიმორფული კლინიკური სურათის მქონე აკვიატებული შიშები – *ფობიები*.

ისტერიულ სინდრომებს განეკუთვნებიან ფსიქიკური, ვეგეტატიური, შოგორული და სენსორული დარღვევების ფართო სპექტრი – აფექტური, თეატრალური რეაქციებიდან ფსიქოგენურად განპირობებულ პოლიმორფულ ფუნქციურ დარღვევებამდე.

2. *ფსიქოპათიური სინდრომები*. ამ ჯგუფში შედის პიროვნების კონსტიტუციური ანომალიისათვის დამახასიათებელი პათოქარაქტეროლოგიული სიმპტომოკომპლექსები, რომლებიც ასახავენ პიროვნების ქცევისა და აქტიური სოციალური ადაპტაციის დარღვევას. ასეთია: ჰიპერსენზიტიულობა, ექსპლოზიურობა, პარანოიალობა, ისტერიული ხაზების არსებობა და სხვა.

3. აუქტურ სინდრომებს მიეკუთვნება:

მანიაკალური მდგომარეობა – რომელიც “კლასიკურად” გრიადის სახითაა წარმოდგენილი: გუნებგანწყობის აწვეა, ასოციაციათა აჩქარება და მოგორული აგზნება.

დეპრესიული სინდრომი, კლასიკური სახით, ასევე ნიშანთა გრიადითაა წარმოდგენილი: გუნებგანწყობის დაქვეითება, ასოციაციათა შენელება და მოგორული შეკავება. თუმცა კლინიკურ პრაქტიკაში დეპრესიული სინდრომის მრავალი ნაირსახეობა გვხვდება.

4. დეპერსონალიზაციურ–დერეალიზაციური სინდრომი წარმოადგენს საკუთარი პიროვნების აღქმის დარღვევათა შერწყმას ობიექტური გარემოდან მიღებული ინფორმაციის დარღვევებთან. აღნიშნული სინდრომის კლინიკურ სურათში შეიძლება დომინირებდეს ერთ-ერთი შემადგენელი კომპონენტი – დეპერსონალიზაციური ან დერეალიზაციური განცდა. რიგ შემთხვევებში ეს ფენომენები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს იზოლირებულად. დეპერსონალიზაციურ–დერეალიზაციური სინდრომის ერთ-ერთი სახეა *დისმორფომაზია* – ავადმყოფური, მყარი, მეტწილად კორექციასა და კრიტიკას მოკლებული დარწმუნებაა საკუთარი სხეულის ან მისი ცალკეული ნაწილების, განსაკუთრებით კი სახის ნაკეთების დამახინჯებაში.

5. ჰალუცინოზი – ცნობიერების შენახვის ფონზე ჰალუცინატორული, ძირითადად ვერბალური, განცდების არსებობა. ამ სინდრომებიდან აღსანიშნავია: მწვავე და ქრონიკული *ვერბალური ჰალუცინოზი*. *ბონეს მხედველობითი ჰალუცინოზი* - ძირითადად მიკროფსიური ხატოვანი ჰალუცინაციები, რომელთა მიმართ კრიტიკა შენახულია (ვითარდება 70-80 წლის ასაკში). *ჟან-ვოგტის ჰალუცინოზი* - ახასიათებს ზოოფსიური (მწერები; თევზები, ცხოველები) მხედველობითი ჰალუცინაციები სომნოლენციურ ფონზე. გვხვდება ენცეფალიტების დროს. *ლერმიტის ჰალუცინოზი* - ჩნდება ღამის საათებში. ახასიათებს უფერული, ხშირად მიკროფსიული მხედველობითი ჰალუცინაციები (შუა ტვინის ორგანული დაზიანების შემთხვევებში).

6. ბოღვითი სინდრომები, რომელთაც მიეკუთვნება:

პარანოიკალური სინდრომი ხასიათდება ნათელი ცნობიერების ფონზე მონოთემატური სისტემური დევნის, რეფორმატორობის, გამომგონებლობის, “სიმაართლის მაძიებლობის” ბოღვითი იდეებით, და ილუზორულ-ჰალუცინაციური განცდების გარეშე.

ჰალუცინაციურ-პარანოიკალური სინდრომი წარმოადგენს არასისტემატიზებული, პოლითემატური ბოღვითი იდეების, უხვი ჰალუცინაციული ფენომენების კომპლექსს. თუ დევნისა და გემოქმედების ბოღვით აზრებს თან ერთვის ფსიქიკური ავტომატიზმის ფენომენი, ასეთ მდგომარეობას *კანდინსკი – კლერამბოს სინდრომი* ეწოდება. ჰალუცინაციურ-ბოღვითი სინდრომებიდან საყურადღებოა *კაპგრას სინდრომი* (ე.წ. “ორეულის ილუზია”), რომელიც ოთხი ძირითადი

ვარიაციითაა წარმოდგენილი: 1. "ერუ შეცნობის" ილუმორული ფორმა, 2. ილუმორულ-ბოდვითი, 3. ბოდვითი (მას ეკუთვნის "ირეულის ბოდვა" და ფრეკოლის სინდრომი), 4. "ერუ შეცნობა" ბოდვითა და სენსორული დარღვევებით ("ინტერმეტამორფოზის ბოდვა").

ჰიპოქონდრიულ-ბოდვითი (კოტარის) სინდრომი – განდილების შინაარსის ნიჰილისტური ბოდვითი იდეები. გვხვდება ძირითადად ორი ვარიანტის სახით: 1. ჰიპოქონდრიული, რომელიც ხასიათდება ნიჰილისტურ ბოდვასთან შფოთვიან-მელანქოლიური ემოციური ფონის შერწყმით. 2. დეპრესიული – შფოთვიანი მელანქოლიური აფექტის ფონზე დეპრესიული ბოდვითი იდეებისა და ფანტასტიკური, მეგალომანიური ხასიათის ნიჰილისტური იდეებით.

პარაფრენიულ სინდრომს ახასიათებს დევნის სისტემატიზებული ბოდვებისა და განდილების ფანტასტიკური იდეების შერწყმა ფსიქიკურ ავტომატიზმებთან და ფანტასტიკურ კონფაბულაციებთან.

7. ცნობიერების აშლის სინდრომებს მიეკუთვნება:

ვაბრუება - სხვადასხვა ხარისხის ცნობიერების დაბინდვა, აღქმის ზღვრის აწევით, მის სრულ გამოთიშვამდე. ვაბრუების სახეებია: ობნუბილაცია, სომნოლენცია, სოპორი და კომა.

დელირი – დემორიენტაცია გარემოში აუტოფსიქიკური ორიენტაციის შენახვით, უხვი ჭეშმარიტი (ძირითადად სმენითი და მხედველობითი) ჰალუცინაციებითა და შიშის აფექტით.

ონეიროიდი – ცნობიერების სიმშრისმაგვარი მდგომარეობა სრული დემორიენტაციით და ფანტასტიკური ფსევდოჰალუცინაციური განცდებით.

ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლისთვის დამახასიათებელია ცნობიერების უეცარი, სპონტანური შევიწროვება, დისფორიული აფექტი, ბოდვითი და ჰალუცინაციური პროლექციები და აგრესია. ამ მდგომარეობის ვარიანტებია – ამბულატორიული ავტომატიზმი, გრანსი, ფუგა და სომნამბულიზმი.

ამენცია ცნობიერების აშლის ღრმა ხარისხია, რომელსაც ფსიქიკური პროცესების სრული დემორგანიზაცია ახასიათებს.

8. კატატონიურ (დისკინეზიურ) სინდრომებს მიეკუთვნება კატატონიური ზტუპორისა და აგზნების მდგომარეობანი: გეტანია, კატალეფსია, ნეგატივიზმი, ექო-სინდრომები და ა.შ.

9. ამნეზიური სიმპტომოკომპლექსებიდან საყურადღებოა *კორსაკოვის სინდრომი* - ფიქსაციური ამნეზიის, ადგილში, დროში და გარემოში დემორიენტაციის და კონფაბულაციების ერთობლიობა.

10. გულყრითი სინდრომები პაროქსიზმული კრუნჩხვითი ან სპაზმური, ~~ხასიათდება~~ ხასიათდებიან. მათგან აღსანიშნავია:

~~გულყრითი~~ გულყრა, თავისი შემადგენელი კომპონენტებით - ~~გულყრის~~ დაკარგვა, ტონური, შემდეგ კლონური გულყრები და ატო-

მცირე ეპილეფსიური გულყრა - ცნობიერების ხანმოკლე გამოთიშვა უმნიშვნელო მოტორული კომპონენტით.

ჯექსონის ტიპის გულყრები, რომლებიც მიმდინარეობს ცნობიერების დაკარგვის გარეშე, ნარკოლეფსიური შეტევები და სხვა.

აქვე შეიძლება მოვიყვანოთ ისტერიული გულყრები, რომლებიც მიმდინარეობს ცნობიერების შევიწროვების ფონზე, ქაოსური აგზნებით და გაცილებით ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ისტერიულ ანუ ფუნქციურ გულყრას წინ უძღვის ფსიქოგენური, აფექტოგენური სიტუაცია.

11. ჭკუასუსტობის ჯგუფის სინდრომებში გაერთიანებულია თანდაყოლილი ჭკუასუსტობა ანუ *ოლიგოფრენია* თავისი ხარისხებით (ღებილობა, იმბეცილობა და იდიოტია) და შეძენილი ჭკუასუსტობა ანუ *დემენცია* (შიზოფრენიული, ეპილეფსიური, ალკოჰოლური, მოხუცებულობითი და სხვა).

12. ფსიქოორგანული სინდრომი, რომელიც დიფუზური ორგანული პროცესების მაჩვენებელია. ხასიათდება მეხსიერების დაქვეითებით, ორიენტაციის მძიმე მოშლით და აფექტური შეუკავებლობით (ვალტერ-ბიუელის ტრიადა).

უსიქიკურ დაავადებათა კვლევისა და მკურნალობის მეთოდები

სულით ავადმყოფთა გამოკვლევა

უსიქიკურად დაავადებულ პირთა კლინიკური კვლევის ძირითადი გზებია: ავადმყოფის გამოკითხვა, ობიექტური (ავადმყოფის ახლობლებიდან ან ნაცნობებიდან მიღებული) ინფორმაციის შეკრება დაავადების და მასთან დაკავშირებული ცხოვრებისეული მოვლენების შესახებ, ავადმყოფის უსიქიკური და სომატური მდგომარეობის დადგენა, ექიმისა და სამედიცინო პერსონალის ლაკვირება პაციენტზე და მისი გამოკვლევა ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მიღებული ფსიქოლოგიური და ლაბორატორიული მეთოდებით.

საუბარი ავადმყოფთან უსიქიკური დაავადების დიაგნოსტიკისა და აღეკვბური მკურნალობის დაგეგმვის პროცესში ერთ-ერთი მთავარი და ძირითადი პროცედურაა. საუბრის ტექნიკა მეტად რთული პროცესია და ითვალისწინებს ბევრი აუცილებელი პირობის დაცვას, რაც თავის მხრივ განსაზღვრავს ინფორმაციის ვალიდურობასა და საჭირო მოცულობას.

საუბრის პროდუქციული წარმართვისათვის მეტად მნიშვნელოვანია ადგილის სწორი არჩევა. სადა ოთახი, მშვიდი ატმოსფერო და ექიმის კეთილგანწყობილი დამოკიდებულება ქმნის პირობებს ავადმყოფის პაქსიმალური მობილიზაციისათვის საუბრის დროს. აუცილებელია ექიმის მხრივ ინფორმაციის ფიქსაცია, სანაწერების გაკეთება, რაც შემდგომში აადვილებს ლექსების დადგენას, ყოველი კლინიკური საუბრის დაწყების წინ ფსიქიატრმა უნდა განსაზღვროს პაციენტთან კონკრეტული შეხვედრის მიზნები. ექიმმა უნდა თავად წარმართოს საუბრის მიმართულება და თემა, მაგრამ, ამავე დროს, ავადმყოფის ასოციაციებს მისცეს “დამოუკიდებელი დინების” საშუალება, სხედასხვა მეთოდებით მოახდინოს ავადმყოფის გააქტიურება და სტიმულაცია. ამისათვის გამოიყენება ე.წ. ღია (მაგალითად: “ მომიყვით თქვენი ოჯახის შესახებ ”) და დახურული (“ თქვენ დიდი ოჯახი გაქვთ? ”) რეპლიკები და კითხვები, პარაფრაზი (პაციენტის ფრაზის დაზუსტება. მაგალითად: – “ წამალი, რომელსაც მე ვსვამ ცუდია? ”, – “ აქედან იმის თქმა ვინდათ, რომ წამალი ცუდად მოქმედებს? ”) და სხვა. აუცილებელია საუბრის მსვლელობისას მნიშვნელოვანი ინფორმაციის შეკრება. სულით ავადმყოფთან საუბრის მიღებული ზანგრძლივობაა 45 – 50 წუთი. თუმცა ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში იგი შესაძლოა შეიცვალოს ექიმის შეხვედრებისამებრ.

ამასთან ერთად, არის რამდენიმე რეკომენდაცია, რომელთა დაცვა აუცილებელია უსიქიკურად დაავადებულ პაციენტთან საუბრისას. ექიმმა პაქსიმალურად უნდა აარაღოს თავი სამედიცინო “ ეარგონის ” ხმარებას და ზედმეტად გამოიყენოს სიტყვები, რომელთა საშუალებით პაციენტს განსაზღვრავს, აღწერს საკუთარ ავადმყოფურ მდგომარეობას (მაგალითად: “ ზანგი ”) და არა “ ვერბალური პალესინაციები ”, “ აფორიაქება ” და არა “ ავადმყოფობა ” (ა.მ.). რაც შეიძლება იშვიათად უნდა იქნას გამოყენებული კითხვა “ როგორ ხარ? ”. ამისას ექიმი უნდა ეცადოს დაიცვას საუბრის “ ძირითადი ხაზი ”, გამოიყენოს

რაციონალური, ლოლიკური არგუმენტები და სტიმული მისცეს ავადმყოფის თვითშეფასების ტენდენციას.

ავადმყოფობის ისტორია. პაციენტთან და მის ახლობლებთან მიზანმიმართული საუბარი საშუალებას იძლევა მივიღოთ საკმაოდ ფასეული ინფორმაცია, რომელიც მეტად მნიშვნელოვანია დიაგნოზის დადგენის პროცესში. ეს ცნობები თავმოყრილი და სისტემატიზებული უნდა იქნას *კვლევის გეგმის* სახით. *კვლევის გეგმა* გულისხმობს ინფორმაციის დალაგებას საერთო, სტანდარტული სქემის მიხედვით, რომელიც თავის მხრივ წარმოადგენს *ავადმყოფობის ისტორიას*.

1. *პაციენტის იდენტიფიკაცია* – საპასპორტო მონაცემები (გვარი, სახელი, ასაკი, განათლება, პროფესია, მისამართი და ა.შ.)

2. *ძირითადი ჩივილები* – ის განცდები და ჩივილები, რის გამოც პაციენტმა მიმართა ფსიქიატრს.

3. *ანამნეზი* – ავადმყოფის (სუბიექტური ანამნეზი) და მისი ახლობლების (ობიექტური ანამნეზი) მიერ მოწოდებული ცნობები პაციენტის ცხოვრების შესახებ. თავის მხრივ, ანამნეზში შესაძლოა გამოვყოთ: *Anamnesis Vitae* – ცნობები დაავადების დაწყებამდე განვლილ პერიოდზე, სადაც თავმოყრილია ინფორმაცია ავადმყოფის მშობლების, ახლო ნათესავების შესახებ; ცნობები ადრეული ბავშვობის, სკოლამდელი და სკოლის პერიოდის, პუბერტალური ასაკის შესახებ; ოჯახური პირობები (სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული დონე), ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან; ცხოვრების ყაიდა და მანერა ჩვეულების არსებობა (ალკოჰოლის, ყავის, გრანკვილიზატორების ბოროტად გამოყენება, თამბაქოს მოწევა, ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევები); ფსიქიკური დაავადების ჩამოყალიბებამდე გადატანილი სომატური დაავადებები (ინფექციები, ტრავმები და სხვა). *Anamnesis Morbi* – არსებული დაავადების ისტორია. ამ ბლოკში შედის ინფორმაცია ფსიქიკური დაავადების დაწყების, ჩამოყალიბების, განვითარების და მიმდინარეობის შესახებ. როგორც წესი, ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მეტად რთულია *Anamnesis Vitae*-ს და *Anamnesis Morbi*-ს ცნობების დიფერენციაცია. ერთის მხრივ უმნიშვნელო და მცირე ეპიზოდებს ადამიანის ცხოვრებიდან, განსაკუთრებით ადრეულ ბავშვობასა და პუბერტალური პერიოდში, ფსიქოლოგიურ კლიმატს ოჯახში და სოციალურ პირობებს წამყვანი, ხშირად კი გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სულით დაავადების განვითარებაში. ანამნეზური ცნობების სტემატური დიფერენციაცია აძნელებს ინფორმაციის ანალიზს, რის გამოც პრაქტიკულად მიღებულია ანამნეზის გაერთიანება.

4. *ფიზიკური მდგომარეობა* – სომატური და ნევროლოგიური სტატუსის კვლევა წარმოებს სამედიცინო პრაქტიკაში არსებული სტანდარტული სქემის მიხედვით. გარეგანი დათვალიერების შემდეგ გამოკვლეული უნდა იქნას სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, საჭმლის მომნელებელი, შარდ-სასქესო ორგანოები და ენდოკრინული სისტემა. ნევროლოგიური გამოკვლევა მოიცავს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის შესწავლას. ფიზიკური მდგომარეობის კვლევის პროცესში უნდა ჩატარდეს ყველა აუცილებელი ლაბორატორული გამოკვლევა (სისხლის, შარდის,

განავლის ანალიზები, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ელექტროკარდიოგრაფია და სხვა).

5. *ფსიქიკური სტატუსი* – ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობის კონსტატაცია აუცილებლად უნდა ატარებდეს აღწერილობით ხასიათს და იგი არ უნდა შეიცავდეს სამედიცინო ტერმინებს. პაციენტის მდგომარეობა საჭიროა გადმოვცეთ მისი განცდების და შეგრძნებების მეშვეობით. არ უნდა ხდებოდეს ექიმის მიერ მდგომარეობის კვალიფიკაცია. მაგალითად: “ავადმყოფი გადმოგცემს, რომ პერიოდულად ესმის მუქარის შინაარსის ხმები” და არა “ავადმყოფს აღენიშნება სმენითი ჰალუსინაციები”. ფსიქიკური სტატუსი არ უნდა ასახავდეს ფსიქიატრის სუბიექტურ აზრს. ინფორმაციის აღწერილობითი ხასიათი ფსიქიკურ განცდათა ობიექტური გადმოცემის ძირითადი წინაპირობაა. ფსიქიკური სფეროს დარღვევების პოლიმორფულობის გამო მიზანშეწონილია ფსიქიკური სტატუსის ჩამოყალიბება სტანდარტული სქემის სახით: 1. პაციენტის გარეგნული იერსახე, ჩაცმულობა, ვარცხნილობა. 2. მოტორული აქტივობა, მოძრაობები, ქცევა. 3. საუბრის თავისებურება (ხმის ტონი, დიქცია, ტემბრი), ასოციაციების თანმიმდევრობა, ამროვნების თავისებურებანი. 4. გუნებგანწყობა. 5. აღქმა. 6. ორიენტაცია. 7. მეხსიერება. 8. ინტელექტი (ზოგადი ინფორმაცია). 9. თვლა, წერა–კითხვა, ელემენტური გეომეტრიული ფიგურების ხატვა 10. ყურადღება. 11. ცნებების ჩამოყალიბება და განზოგადების უნარი. 12. მსჯელობა.

6. *Cursus Morbi* – ავადმყოფობის მიმდინარეობის პროცესში, ექიმის დაკვირვებები პაციენტზე ხდება სისტემატიური ჩანაწერების ფიქსაციის სახით. აქვეა მითითებული დანიშნული მკურნალობის დღე–ღამური სქემა, მედიკამენტების დოზების ჩვენებით.

7. *ეპიკრიზი* წარმოადგენს დაავადების შესახებ ინფორმაციის თავმოყრას, შეჯამებას, რომელიც ძირითადად მოცემულია ავადმყოფობის ისტორიის დასასრულს ან მკურნალობის მნიშვნელოვანი ეტაპის ბოლოს (ეტაპური ეპიკრიზი). ეპიკრიზი განზოგადებული სახით აჩვენებს დაავადების მიმდინარეობის და დინამიკის თავისებურებებს, მკურნალობის ეფექტურობას და შედეგს.

პარაკლინიკური გამოკვლევები ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში შეიძლება ორ ძირითად ჯგუფად დავეყოთ: ექსპერიმენტულ– ფსიქოლოგიური ანუ *პათოფსიქოლოგიური კვლევის მეთოდები* და *ლაბორატორიული გამოკვლევები*.

პათოფსიქოლოგიური კვლევის მეთოდები გრადიციულად იყოფა ცალკეული ფსიქიკური პროცესების კვლევის მეთოდებად და პიროვნების კვლევის ტესტებად. *ფსიქიკური ფუნქციების კვლევის მეთოდებიდან* ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება:

1. *კორექტურული ცდა* – ბურდონის მიერ 1895 წელს, *ყურადღების კვლევისათვის* მოწოდებული ტესტი. სპეციალურ ცხრილებში მოცემულია ასოების ან სხვა სახის ნიშნების გაბულები, სადაც პაციენტმა, დროის მოცემულ მონაკვეთში, ფანქრით უნდა აღნიშნოს ერთ–ერთი ასო ან ნიშანი.

2. *კრეპელინის ცდა* – ბლანკზე მოცემულია ციფრების წყვილები პაციენტს ახდენს მათ შეკრებას. ამასთან, ინიშნება დრო, რომელიც ჭირდება

მათემატიკურ ოპერაციას. კრეპელსინის მიერ შემუშავებულ მეორე მსგავს ცდაში, *ყურადღების კვლევა* მიმდინარეობს ციფრის 100-დან ერთი ციფრის (მაგალითად: 7-ის) სისტემატიური გამოკლებით. ორივე შემთხვევაში ხდება შეცდომების ანალიზი დროის ფაქტორის გათვალისწინებით.

3. *შულგეს ტაბულის* საშუალებით, რომელზედაც ხუთ მწკრივად, უსისტემოდ განლაგებულია ციფრები 1-დან 25-მდე, ხდება მიმდევრობითი ციფრების პოვნა. ხდება დროის რეგისტრაცია და ვლინდება *ყურადღების განვითარების* ხარისხი.

4. *10 სიტყვის დამახსოვრება* – *მეხსიერების კვლევის* ყველაზე მარტივი და ფართოდ გავრცელებული ტესტია. იგი საშუალებას იძლევა შევისწავლით როგორც ოპერატიული, ასევე გრძელვადიანი მეხსიერება. კვლევის ობიექტს ეკითხება ათი სიტყვა, რომლებიც მან უნდა გაიმეოროს ნებისმიერი თანმიმდევრობით. ეს პროცედურა მეორდება 4–5-ჯერ ზედიზედ და შემდეგ 1 საათის გასვლისას.

5. *ლურიას პიქტოგრამა* მოწოდებულია *მეხსიერების უნარის შესწავლისათვის*. გამოსაკვლევ პირს ეძლევა 10–15 ცნება და მათი უკეთ დამახსოვრებისათვის საშუალება გააკეთოს ნებისმიერი ჩანახატი (“პიქტოგრამის”) და ამ სახით ჩაინიშნოს ისინი. მეხსიერების მოცულობისა და ხარისხის გარდა, ეს ცდა საშუალებას იძლევა ვიმსჯელოთ აბსტრაქციის უნარზეც.

6. *გოლდშტეინის მეთოდიკა* ემყარება აბსტრაქციისა და განზოგადების უნარის მეშვეობით *აზროვნების კვლევას*. პაციენტს ეძლევა 70 ბარათი სხვადასხვა საგნების და ცოცხალი არსებების გამოსახულებებით, რომლებიც მან უნდა დააღაგოს ჯგუფებში – მსგავსების მიხედვით. ცდა რამდენიმე ეტაპად წარიმართება და გულისხმობს განზოგადების დონის გართულებას.

7. *ებინჰაუზის მეთოდიკა*. ასოციაციების ჩამოყალიბების პროდუქტიულობის შესაფასებლად იყენებს წინადადებებს გამოტოვებული სიტყვებით, რომლებიც პაციენტმა უნდა შეავსოს. *აზროვნების კვლევის* ეს მეთოდიკა საშუალებას იძლევა შევისწავლოთ მეტყველების განვითარების დონე, მიზეზ–შედეგობრივი კავშირების დამყარების უნარი.

8. *იუნგის ასოციაციური ექსპერიმენტი* გრადიციულად გამოიყენება ფსიქოანალიზურ პრაქტიკაში. წინასწარ შერჩეულ სიტყვებზე სპონტანური ასოციაციების ანალიზის მეშვეობით ხდება ე.წ. “აფექტური კომპლექსების” გამოვლენა. ამ გამოკვლევის გარიანტია *ზურაბაშვილის ასოციაციური ექსპერიმენტი*, სადაც ეტაპობრივად ხდება ვერბული სტიმულის გართულება, რაც იძლევა *ასოციაციური პროცესის* თავისებურებებზე მსჯელობის საშუალებას.

9. *ბინე – სიმონის სკალა* მოწოდებულია ინტელექტის განვითარების დონის დასადგენად. *ინტელექტის დონის* (IQ) დადგენა ხდება 30 ტესტზე სწორად გაცემული კითხვების რაოდენობის შეფარდებით “იდეალური” პასუხების რაოდენობასთან. ინტელექტის განვითარების ინდექსი წარმოადგენს “რეალური გონებრივი ასაკის” პროცენტულ შეფარდებას ქრონოლოგიურ ასაკთან. IQ-ს ნორმა მერყეობს 70–დან 130–მდე. 70–ზე დაბალი მაჩვენებლები მიუთითებენ სხვადასხვა დონის გონებრივ ჩამორჩენილობაზე.

10. *ვეზლერის ტესტი* შედგება 11 სუბტესტისაგან, საიდანაც 6 – ვერბულია და 5 – არავერბული. ამ მეთოდის საშუალებით ხდება *ინტელექტური პროცესების* ფართო სპექტრის კვლევა – ყურადღების შესწავლიდან ლოდიკური ამროვნების თავისებურებათა დადგენამდე.

პიროვნების კვლევისათვის გამოიყენება მრავალი ფსიქოლოგიური მეთოდიკა – მარტივი კითხვარებიდან რთულ პროექციულ მეთოდიკებამდე. მათ შორის ფსიქიატრიულ კლინიკაში განსაკუთრებით გავრცელებულია:

1. *აიშენკის კითხვარი*, რომელიც გამომწვეულია პიროვნების ისეთი ძირეული მიმართებების გამოსავლენად, როგორიცაა *ინტრავერსია* – *ექსტრავერსიის* ფაქტორი და *ნევროტიზმი* (ნერველი სისტემის თანდაყოლილი ლაბილობის მაჩვენებელი). ტესტი შედგება 57 კითხვისაგან, მათ შორის 24 – ინტრავერსია-ექსტრავერსიის შკალით, 24 – ნევროტიზმის შკალით, 9 კითხვა საკონტროლოა. მათზე საჭიროა ალტერნატიული პასუხის (ან “დიახ” ან “არა”) გაცემა. ფსიქოლოგიური ტიპის გამოყოფა ხდება ნიშანთა სიჭარბის მიხედვით.

2. *მინესოტას მრავალფაზური პიროვნული კითხვარი (MMPI)* შედგება 10 ძირითადი და 200–მდე დამატებითი შკალისაგან, რომელთა ნაწილი შესაძლოა დამოუკიდებლათაც იყოს გამოყენებული. MMPI საშუალებას იძლევა წარმოვაჩინოთ *პიროვნების პროფილი*, მისი საკმაოდ ფართო სპექტრი და ამასთან ძირითადი ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობანი: დეპრესია, პიქოქონდრია, ისტერიული ხაზები, ფსიქასთენია და სხვა.

3. *თემატიკური აპერეპეტივის ტესტი* მიეკუთვნება *პროექციულ მეთოდებს* და დამყარებულია პიროვნების თვისებაზე გარეშე ობიექტებზე გადაიტანოს გაუცნობიერებელი შინაგანი მოტივები და ემოციები, დაფარული არაგნობიერი კომპლექსები (მოახდინოს “პროექცია”). ტესტი შედგება 20 სურათისაგან. მათ საფუძველზე პაციენტმა უნდა შეადგინოს მოთხრობები, რომელთა სტრუქტურული და თემატიკური ანალიზის შედეგად ღვინდება პიროვნების მოტივაციური სფეროს თავისებურებანი.

4. *რორშახის ტესტი* ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პროექციული მეთოდიკაა. იგი წარმოადგენს 10 ტაბულას 5 ფერადი და 5 ურთფერი ლაქებით. პაციენტმა უნდა დაასახელოს ის საგანი, არსება ან რამდენიმე მათგანი, რომელსაც იგი ხედავს ტაბულაზე. პასუხთა ანალიზის მეტად რთული კრიტერიუმები საშუალებას იძლევიან დავადგინოთ პიროვნების ძირითადი სტრუქტურული წანამძღვრების თავისებურებანი, მათ შორის ფსიქიკურ პათოლოგიასთან დაკავშირებული ცვლილებები.

5. *ფიქსირებული განწყობის მეთოდი* შემუშავებული იქნა დ. უზნაძის მიერ. “განწყობა” წარმოადგენს პიროვნების, როგორც მთლიანი სტრუქტურის რეაქციის თავისებურებას გარეშე გამომიჩიანებელზე და განსაზღვრავს ფსიქიკური მოქმედების ტიპს. განწყობის გამომუშავება და ფუნქციონირება უკავშირდება უმაღლესი ნერველი მოქმედების კანონზომიერებებს და ადამიანის გიპოლოგიური პიროვნული თვისებების მაჩვენებელია. ფიქსირებული განწყობა ფსიქიკური დაავადებების დროს განიცდის მნიშვნელოვან თვისობრივ ცვლილებებს და ამის გამო ამ მეთოდით მიღებული კლასიფიკაციულ-ფსიქოლოგიური მონაცემები მნიშვნელოვან ინფორმაციას წარმოადგენს დიაგნოსტიკისათვის.

კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები ფართოდ გამოიყენება ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში. სულთ დაავადებათა დიაგნოსტიკისათვის ხშირად აუცილებელია სომატური და ნევროლოგიური ცვლილებების ხასიათისა და ხარისხის დადგენა, ორგანიზმის ბიოლოგიური სითხეების (სისხლი, შარდი, ნაღვლის წვენი და ა.შ.) პარამეტრების განსაზღვრა, პერიფერიული ნერვული სისტემისა და თავის ტვინის ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლა. კლინიკურ-ლაბორატორიულ კვლევათა ფართო დასაპაზომიდან შეიძლება გამოვყოთ:

1. *თავზურგტვინის სითხის ანალიზი*, რომელიც მეტად ინფორმაციული ლაბორატორიული გამოკვლევაა, განსაკუთრებით თავის ტვინის უხეში ორგანული დაზიანებების შემთხვევებში. საყურადღებოა თავზურგტვინის სითხეში ფორმიანი ელემენტების, მათ შორის ლიმფოციტების კვლევა. მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია ცილის რაოდენობის გაზრდა, რომელიც ნონე-აპელგის, ლანგეს (ალბუმინებისა და გლობულინების შეფარდება) რეაქციებში ჩანს. სიფილისური ფსიქოზების დროს წამყვან სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმად გვევლინება ვასერმანის რეაქცია. გარკვეული ცვლილებებია ლიქვორში ენცეფალიტური ფსიქოზების დროს.

2. *თავის ქალას მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია* გამოიყენება თავის ქალას გრავმების და სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში, როგორც ძირითადი პარაკლინიკური კვლევა. მასთან ერთად, სიმსივნეების ლოკალიზაციის დასადგენად, შესაძლოა ჩატარდეს *პნევმოენცეფალოგრაფია* ან *კენტრიკულოგრაფია*.

3. *ელექტროენცეფალოგრაფია* თავის ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის ფიქსირების მეთოდს წარმოადგენს. *ე.ე.გ.* - კვლევის მეტად რთული და ნატიფი მეთოდლიკაა. იგი აჩვენებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციურ მდგომარეობას და აგრეთვე იმ ცვლილებებს, რომლებიც თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებასთანაა დაკავშირებული. *ე.ე.გ.* -ს მონაცემების ანალიზის შედეგად გამოყოფილია ბიოელექტრული ტალღების რამდენიმე ტიპი: დიპაზონი, რომლებიც დაკავშირებულია თავის ტვინის ფუნქციურ მდგომარეობასთან. ასე, მაგალითად: რელაქსაციის, მშვიდ მდგომარეობაში დომინირებს α -რიტმი, ინტენსიური ინტელექტუალური დატვირთვისას β -რიტმი, ემოციური დაძაბულობისას γ -რიტმი და ა.შ. ელექტროენცეფალოგრაფია მეტად მნიშვნელოვანი პარაკლინიკური მეთოდლიკაა ეპილეფსიის, თავის ტვინის ორგანული დაზიანებების და თავის ქალას გრავმების დიაგნოსტიკის დროს.

4. *გამოწვეულ პოტენციალთა კვლევა* ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის ანალიზის ერთ-ერთი გავრცელებული მეთოდია. გამოწვეული პოტენციალები წარმოადგენენ თავის ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის ფორმას, რომელიც აღმოცენდება სენსორული რეცეპტორების, მგრძნობელობითი ნერვების ან გამტარებელი გზების გაღიზიანების შედეგად. სპონტანური *ე.ე.გ.* - სგან განსხვავებით, გამოწვეული პოტენციალები წარმოიშვებიან უშუალოდ სტიმულის (სინათლის ციმციმი, ხმოვანი სიგნალი, ტაქტილური გამღიზიანებელი) გემოქმედების შემდეგ და ახასიათებთ დროისა და ამპლიტუდის დამოუკიდებელი პარამეტრები. გამოწვეული პოტენციალების ანალიზი გვიჩვენებს თავის ტვინის ქერქში, სპეციფიკური და არასპეციფიკური

გზებით, ინფორმაციის მიწოდების თავისებურებებს ნორმასა და სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობების დროს.

5. *კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT)* ფართოდ მიღებული თანამედროვე კვლევის მეთოდია, რომლის საშუალებით *in vivo* ხდება თავის ტვინის სტრუქტურების წარმოსახვა კომპიუტერის ეკრანზე. ეს მეთოდი აღრე არსებულ “ვიზუალურ” მეთოდებზე გაცილებით უფრო ეფექტური და ინფორმაციულია. კომპიუტერულ ტომოგრაფიული სკანირება ნათლად აჩვენებს ტვინის სტრუქტურების ისეთ პათოლოგიას, როგორიცაა ქერქის ატროფია და პარაკუჭების გაგანიერება, რაც თავის მხრივ მეტად მნიშვნელოვანი პარაკლინიკური მაჩვენებლებია დემენციის, ტვინის ატროფიული პროცესების, ალკოჰოლიზმის, შიზოფრენიის და სხვა ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკაში.

6. *მაგნიტურ-ბირთვული რეზონანსის (MRI), ერთეული პროტონული კომპიუტერული ტომოგრაფიის (SPECT), პოზიტრონ-ემისიური ტომოგრაფიის (PET) მეთოდები* ისევე, როგორც “CT” ეწ. “ნეიროიმიჯინგურ” მეთოდებს წარმოადგენენ. მათი ფართო გამოყენება ფსიქიკური დაავადებების კვლევასა და დიაგნოსტიკაში მხოლოდ ახლა იწყება, მაგრამ უკვე ჩანს ის დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, რომელიც აქვს ამ მეთოდებს.

ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის ძირითადი პრინციპები ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის მეთოდები პირობითად შეიძლება სამ ძირითად ჯგუფად დაიყოს. პირველ ჯგუფს ეკუთვნის ეწ. “*ზოგადბიოლოგიური თერაპიული გემოქმედებანი*”. აქ გაერთიანებულია ყველა ის მეთოდი, რომელთა საშუალებით ხდება ადამიანის ორგანიზმზე ზოგადი, მთლიანი გემოქმედება, ხასიციოცხო სისტემების (ენდოკრინული, იმუნური, ვეგეტატიური) კონსტანტების შეცვლა. მეორე ჯგუფი აერთიანებს *ფსიქოტროპული ხამეალებების* ფართო სპექტრს, რომლებიც გამოიყენება ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობისათვის. მესამე ჯგუფს მიეკუთვნება *ფსიქოთერაპია* – პაციენტზე ფსიქიკური გემოქმედების სხვადასხვა საშუალებათა კომპლექსი, სადაც წამყვანია სიტყვიერი კონტაქტი.

მკურნალობის ბიოლოგიური მეთოდებიდან ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება:

ინსულინთერაპია. მკურნალობა ინსულინური (ჰიპოგლიკემიური) კომებით მოწოდებულია ავსტრიელი ფსიქიატრის ერნსტ ზაკელის მიერ 1933 წ. იგი ემყარებოდა ემპირიულ დაკვირვებებს დიაბეტით დაავადებულ ფსიქიკურ აუადმყოფებზე, რომელთაც ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის გადატანის შემდეგ აღენიშნებოდათ ფსიქიკური მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესება. ჯანსაყუთრებით ეფექტური იყო ეს მეთოდი შიზოფრენიის შემთხვევებში, როდესაც კლინიკურ სურათში დომინირებდა აფექტურ-ბოლვითი და ჰალუცინაციურ-ბოლვითი სიმპტომატიკა.

ტრადიციული (ზაკელის) მეთოდი ორ ეტაპიანია და ემყარება: პირველ ეტაპზე, ინსულინის დოზების თანდათანობით ზრდას – საწყისი 4–8 ერთეულიდან 4–4 ერთეულით დღეში ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის ჩაწყვამდე. მეორე ეტაპი – ინსულინური კომების სერიაა. პაციენტებს

ყოველდღე ან ღლეგამოშვებით ეძლევათ ინდივიდური, ჰიპოგლიკემიური კომის გამომწვევი ინსულინის დოზა. სულ გარდება 20—დან 30—მდე შოკი. შემდეგ ინსულინის დოზები მცირდება ან მკურნალობა უეცრად წყდება დოზების შემცირების გარეშე. კომატოზურ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 20—დან 50—წუთამდე. ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობიდან პაციენტის გამოსაყვანად ინტრავენურად შეჰყავთ გლუკოზის 40% ხსნარის 20,0 – 30,0 მლ.

70—იანი წლების ბოლოს შემუშავდა ინსულინთერაპიის “ფორსირებული” მეთოდი — ინსულინის ინტრავენური შეყვანა წვეთოვანი სისტემით. ამისათვის 460 ერთ. ინსულინი იხსნება 300,0 მლ. იზოტონურ ხსნარში და 1მლ. (16 წვეთი) წუთში სიჩქარით ხდება მისი შეყვანა ორგანიზმში. ჰიპოგლიკემიურ კომაში ავადმყოფი იმყოფება 20—25 წთ. კომიდან გამოყვანა ხდება იგივე სისტემით 40% გლუკოზის ხსნარის შეყვანით. კურსი 20—25 სეანსს შეადგენს.

ინსულინკომატოზური თერაპიის ჩატარების უკუჩვენებებია: ჰიპერტონული დაავადება, დიაბეტი, მწვავე ინფექციური დაავადებები, გულის უკმარისობა, ჰეპატიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, სისხლის ზოგიერთი დაავადება.

ინსულინთერაპია მეტად პოპულარული მეთოდი იყო 40—50—იან წლებში. ფსიქოფარმაკოთერაპიის დამკვიდრების შემდეგ იგი პრაქტიკულად არ გამოიყენება, თუმცა ეფექტურია ნეიროტროპული საშუალებებისადმი ფარმაკოლოგიური რეზისტენტობის შემთხვევებში.

პიროთერაპია წარმოადგენს ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის მეთოდს სხეულის ტემპერატურის ხელოვნური აწევით. პიროთერაპიის ერთ—ერთი ძირითადი და ამავე დროს პირველი მეთოდი მოწოდებულია გერმანელი ფსიქიატრის იულიუს ვაგნერ ფონ იაურეგის მიერ 1917 წელს, როგორც პროგრესული დამბლის მკურნალობის საშუალება. ამ მიზნით გამოყენებული იქნა სამღლიანი მალარიით ინვაზირება ღონორის სისხლით. 10—15 მლ. ღონორის სისხლი იხსნება იგივე რაოდენობა ნატრიუმის ციტრატში და ამ ხსნარის 4—5 მლ. შეჰყავთ P.P. -თი დაავადებულის კანქვეშ. 6—10 დღის ინკუბაციური პერიოდის გავლის შემდეგ ავადმყოფს ეწყება მალარიის შეტევები: დასაწყისში — დღეში ერთხელ, შემდგომში 2—3—ჯერ დღეში. 8—10 შეტევის შემდეგ იწყება მკურნალობა ქინინით. *მალარიათერაპია* პროგრესული დამბლის მკურნალობის ეფექტური და რადიკალური მეთოდი აღმოჩნდა და პრაქტიკულად გადაწყვიტა ამ მძიმე სენის პრობლემა, რისთვისაც ვ. ფონ იაურეგს 1927 წელს ნობელის პრემია მიენიჭა.

მალარიათერაპიასთან ერთად ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში 40—50 წლებში, შიზოფრენიის, ფსიქომოტორული აგზნების, ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მკურნალობაში ფართოდ გამოიყენებოდა სხვა ჰიპოთერმული მეთოდები: შებრუნებითი გიფით ინფიცირება, პიროგენალის და სულფომინის ინექციები. მაგრამ უკანასკნელ ხანებში ეს მეთოდი აღარ გამოიყენება.

ჰემოსორბცია წარმოადგენს ექსტრაკორპორულ დეტოქსიკაციის (ჰემოდიალიზი, პლაზმოფორეზი, ლიმფოსორბცია) ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ყველაზე გამოყენებულ მეთოდს. ამ მეთოდის საშუალებით ხდება სისხლის სორბციული დეტოქსიკაცია (“გაწმენდა”) გააქტივებული ნახშირისა და სხვა ქიმიური სორბენტების საშუალებით. ამისათვის სკრიბნერის გიპის

არტერიოვენური შუნტის ათავსებენ წინამხრის რადიალურ არტერიასა და ერთ-ერთ ზედაპირულ ვენას შორის. შემდეგ, სპეციალური აპარატით ხდება სისხლის პერფუზია დეტოქსიკაციით, რომელიც 1,5–2 სთ. გრძელდება. ჰემოსორბციის პროცედურის დაწყებამდე ხდება პრემედიკაცია, ძირითადად ჰემატოკრიტის 10–15%-ით შემცირებისათვის (გლუკოზის 5% ხსნარი – 10–12 მლ., ჰეპარინი – 50 ერთ. 1 კგ წონაზე) და ტრანკვილიზატორები.

ჰემოსორბციის პირდაპირი ჩვენებებია ინტოქსიკაციური გენეზის ფსიქოზური მდგომარეობანი: ალკოჰოლური, ნარკოტიკული აბსტინენტური მდგომარეობანი, ონეიროიდულ-კატატონიური და მწვავე “ჰიპერტოქსიკული” მდგომარეობანი შიზოფრენიის დროს.

ჰემოსორბციის ჩატარება უკუნაჩვენებია გულსისხლძარღვთა მყარი უმარისობის და ისეთი სომატური დაავადებების დროს, როდესაც გაზრდილია სისხლდენის საშიშროება.

კრუნჩხვითი თერაპია პირველად გამოყენებული იყო უნგრელი ფსიქიატრის ლადისლავ მელუნას მიერ (1934 წ.) შიზოფრენიის სამკურნალოდ და ემყარებოდა მოსაზრებას შიზოფრენიისა და ეპილეფსიის პათოგენეზური ბუნების შეუთავსებლობის შესახებ. მელუნა ცდილობდა გულყრების ხელოვნურად გამოწვევას ქაფურის, შემდეგ კი კორაზოლის ინექციებით. კრუნჩხვითი თერაპიისათვის იხმარებოდა კორაზოლის 10% ხსნარი – 4,0–10,0 მლ. ოდენობით ანტრავენური შეყვანით. ეს მეტად მძიმე და გართულებების მხრივ საშიში მეთოდი 1938 წლიდან შეიცვალა იტალიელი მეცნიერის უგო ჩერლეტის მიერ მოწოდებული *ელექტრო-კრუნჩხვითი თერაპიით (ე კ თ)*.

ელექტრო-კრუნჩხვითი თერაპია ტარდება სპეციალური აპარატის საშუალებით. თანამედროვე “*ე კ თ*” აპარატები გამოიმუშავებენ მაღალი სიხშირის დენს, რაც საშუალებას იძლევა 70–80 ვ. ძაბვისა და 0,3–0,5 წამის ხანგრძლივობის ელექტრული შემოქმედების შემთხვევაში მკვეთრად გენერალიზებული გულყრა.

“*ე კ თ*” ჩატარების ტექნიკა გულისხმობს პირველ ეტაპზე თერაპევტისა და ქირურგის სავალდებულო კონსულტაციას, რადგან მწვავე ინფექციური, გულსისხლძარღვთა და ენდოკრინულ დაავადებებთან ერთად უნდა გამოირიცხოს ძვალ-სახსროვანი სისტემის დაავადებები, ანამნეზში ხერხემალის და საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ტრავმები, რომლებიც ამ მეთოდით მკურნალობის უკუჩვენებას წარმოადგენს პროცედურის ჩატარებას წინ უძღვის პრემედიკაცია: 0,1% 0,8–1,0 აგროპინის ხსნარი, 2,0–4,0 დიმედროლი; მიღებულია აგრეთვე ხანმოკლე მოქმედების ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება (ჰექსანალი, ალგემინი, სომბრეფინი, ვიადრილი), განსაკუთრებით პირველი პროცედურის ჩატარებისას. თუ ძაბვის მინიმალურ დოზა უშედეგო აღმოჩნდა, პროცედურა მეორდება 10 ვ. მომატებით და ა.შ. არა უმეტეს 160 ვ-სა. შემოქმედების ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 0,6 წმ.-ს. “*ე კ თ*” ხანგრძლივობა შეადგენს 8–დან 15 პროცედურამდე. კლინიკურ პრაქტიკაში გამოიყენება როგორც ბილატერალური, ასევე მონოლატერალური “*ე კ თ*”.

ელექტრო-კრუნჩხვითი თერაპიის ძირითადი ჩვენებებია: მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დეპრესიული ფაზა, შიზოფრენიის ზხედასხვა ფორმა, ინვოლუციური მელანქოლია. “*ე კ თ*” უარყოფ

გამოიყენება მღვრადი ფარმაკოლოგიური რეზისტენტობის შემთხვევებში.

კრუნხებითი თერაპიის უკუწვევებებიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გულსა მანკები, ცერებრული ანგიოზები და სხვა სახის ტვინის სიმსივნეები, პიპერტოსული დაავადება, ტრომბოზლები და გლაუკომა.

გარდა ზემოაღნიშნული მეთოდებისა ზოგადად ფარმაკოლოგიური მოქმედების სამკურნალო ღონისძიებებიდან ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება აგრეთვე: ძილის ლეპროფაციის მეთოდი, განკეთილი—ლიტური მკურნალობა (სამკურნალო შიმშილი), პიპერბარული ოქსიგენაცია, ლაზეროთერაპია, აკოპუნქტურა და სხვა.

ფსიქოფარმაკოთერაპია წარმოადგენს ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის ყველაზე ფართოდ გავრცელებულ მეთოდს, რომელიც ეყრდნობა მრავალი ფარმაკოლოგიური ჯგუფისა და მოქმედების სპექტრის ფსიქოტროპულ საშუალებათა გამოყენებას. ამჟამად ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენებული ფსიქოტროპული საშუალებები ქიმიური სტრუქტურისა და მოქმედების სპექტრის მიხედვით იყოფა რამდენიმე ძირითად ჯგუფად: ნეიროლეფტიკები, ტრანკვილიზატორები, ანტიდეპრესანტები, ფსიქოსტიმულატორები და ნოტროპები.

ნეიროლეფსიური პრეპარატები ფსიქოტროპულ საშუალებათა დიდი ჯგუფია, რომელთაც ახასიათებთ ანტიფსიქოზური მოქმედება. ამ ჯგუფის პრეპარატები ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში შემოიტანა ფრანგმა ფსიქიატრებმა ე. ლელეიმ და პ. ლენიკერმა. 1952 წელს პრეპარატი ლარდაქტილი (ამინაზინი), მათი მიერ, პირველად იქნა გამოყენებული ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობისათვის. ნეიროლეფტიკების თერაპიული ეფექტი საკმაოდ ფართოა. ისინი ხელს უწყობენ პალეონატორული და ბოლვითი სიმპტომების რელექციას, ხსნის ფსიქომოტორულ აგზნებას, ამცირებს აფექტურ ლაძაბულობას.

ქიმიური სტრუქტურის მიხედვით ნეიროლეფსიური საშუალებანი ეკუთვნის: 1. *ფენოთიაზინის ჯგუფს* — ქლორპრომაზინი (ამინაზინი), სტელაზინი, ეტაპერაზინი, მაჟეპტილი, თიორიდაზინი, მელერისი, ფრენოლონი; 2. *პიპერაზინის ჯგუფს* — ფლუფენაზინი, ტრიფლუოპერაზინი, პერფენაზინი; 3. *ბუტიროფენონის წარმოებულებს* — პალოპერიდოლი, პიმოზიდი, დროპერიდოლი, ტრისედილი; 4. *რაუვოლფიის ალკალოიდებს* — რეზერპინი და 5. *თიოქსანტენებს* — ქლორპროტიქსენი, თიოთექსინი. საჭიროა აგრეთვე ცალკე აღინიშნოს, რომ არსებობს გახანგრძლივებული (პროლონგაციული) მოქმედების პრეპარატები: მალიტენ—დეპო, პალპერიდოლ—დეპო, ფლუმინარილინი (იმაპი), სემაპი, ორაპი და სხვა.

ნეიროლეფსიური პრეპარატებით მკურნალობის დაწყებას წინ აუცილებლად უნდა უძღოდეს ავადმყოფის ფიზიკური მდგომარეობის საფუძვლიანი შესწავლა. განსაკუთრებით არასასურველია ამ მდიკამენტების გამოყენება პარენქიმული ორგანოების ქრონიკული დაავადებების, გულ—სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის და ალერგიულ მდგომარეობათა დროს. ნეიროლეფსიური პრეპარატებით მკურნალობის პროცესში მნიშვნელოვან გართულებას წარმოადგენს ე.წ. “*ნეიროლეფსიური სინდრომი*”, რომელიც ხასიათდება ფსიქიკური, სომატური და ნევროლოგიური —

ექსტრაპირამიდული ხასიათის დარღვევებით. ფსიქიკურ დარღვევებს აღნიშნული პრეპარატების ხანგრძლივად მიღების შედეგად გვხვდება ღებრესია და აპათი-აღნიშნული მდგომარეობა. გაცილებით მრავალფეროვანია ნევროლოგიური სიმპტომატიკა: პიპოკინეზია, კინეზოფორია, ტრემორი, პერსონალიზაცია, სხვადასხვა სახის პიპერკინეზიები და პარკინსონული სინდრომისათვის დამახასიათებელი სხვა გამოვლენებიანი. სიმპტომური გართულებებიდან აღსანიშნავია: მიდრეკილება სისხლძარღვოვანი პიპოტონური კოლაფსებისადმი, კანის რეაქციები (ქაეილი, ერთიება, ეგზემა). ნეიროლოგიკების ხანგრძლივ მიღებას, როგორც წესი, თან ახლავს გამოხატული ენდოკრინული ძვრები და ღვიძლის ქრონიკული ტოქსიკური ჰეპატიტი.

უკანასკნელ წლებში განხორციელდა ახალი ქიმიური სტრუქტურის მქონე, ე.წ. „*პიპოტონური ნეიროლეფსიური პრეპარატების*“ სინთეზი, რომელთაც პრაქტიკულად არ გააჩნიათ ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები და ამავე დროს, ბოლეს საწინააღმდეგო და ანტიმანიაკალურ ეფექტთან ერთად აელენს დადებით თერაპიულ მოქმედებას შიზოფრენიის ნეგატიურ სიმპტომებზე. ასეთ პრეპარატებს ეკუთვნის კლომაპინი (ლეპონექსი, აზალეპინი) და რისპერიდონი (რისპერდალი).

გრანკვილიზატორები სედაციური, შფოთვის მომხსნელი (ანქსიოლიტიკური), დამამშვიდებელი მოქმედების პრეპარატებია. ეს პრეპარატები ძირითადად გამოიყენებიან ემოციური დაძაბულობის, შიშის, შფოთვის, აწეული აგზნებადობის მოსახსნელად და ამავე დროს, ნეიროლეფსიებისაგან განსხვავებით, არა აქვთ მეკეთრი სედაციური ეფექტი. გრანკვილიზატორები ფართოდ გამოიყენება არა მარტო ფსიქიატრიულ, არამედ ზოგად თერაპიულ პრაქტიკაში. ამის მიზეზი, უპირველეს ყოვლისა, არის მათი მოქმედების ღიდი სპექტრი, გართულებისა და გვერდითი მოვლენების მცირე მოცულობა და, ფსიქიკურ დარღვევებთან ერთად, სიმპტო-ვეგეტატიური გამოვლენების რეგულაციის უნარი.

გრანკვილიზატორებს ახასიათებთ ძალზედ სუსტი ანტიფსიქოზური ეფექტი. მათი მოქმედების ძირითადი მიმართულებებია: 1. სედაციური მოქმედება – სიმშვიდის, სასიამოვნო მოღუნების (რელაქსაციის), დადებითი ემოციური ტონის განცდა; 2. ანქსიოლიზური ეფექტი – შფოთვის, შინაგანი დაძაბულობის და ამ განცდებთან დაკავშირებული ვეგეტატიური კომპონენტების მოხსნა; 3. თიმოანალეფტიკური მოქმედება – სედაციის ფონზე ემოციური აქტივაცია, საერთო მასტიმულელები მოქმედება. ამ კომპონენტების ლომინირების მიხედვით არჩევენ გრანკვილიზატორების ორ ძირითად ჯგუფს:

სედაციური მოქმედების გრანკვილიზატორები, რომელთაც მიეკუთვნებიან – ელენიუმი, ტამეპამი, ფენამეპამი, რალდორმი (ბენზოდიამეპინის ჯგუფი); მეპროტანი (პროპანდიოლის დერივატი); ამიბილი (დიფენილმეთანის ჯგუფი) და სხვა.

სტიმულაციური მოქმედების გრანკვილიზატორები ეკუთვნიან: დიამეპამი (სელექსენი, სიბაზონი), რუდოტელი – ბენზოდიამეპინების ჯგუფიდან; ტრიოქსაზინი – ტრიმეტოქსიბენზოის ჯგუფიდან და სხვა.

გრანკვილიზატორების გვერდითი მოვლენებიდან, რომლებიც საერთოდ ძალზედ სუსტია და უმნიშვნელო, საყურადღებოა დისპეპსიური დარღვევები.

კანის ალერგიული რეაქციები, იოლი ატაქსია. კოორდინაციის სუსტი დარღვევით.

მათი მოქმედების სპეციფიკურობიდან გამომდინარე გრანკვილიზატორები ფართოდ გამოიყენებიან ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობათა სამკურნალოდ, როგორც ცალკე – მონოთერაპიის სახით, ისე კომბინაციაში სხვა ფსიქოტროპულ საშუალებებთან (ნეიროლეფტიკებთან, ანტიდეპრესანტებთან, ნოოტროპებთან, ანტიეპილეფსიურ საშუალებებთან და ა.შ.). ამ პრეპარატებისთვის დამახასიათებელი სედაციური და რელაქსაციური ეფექტი მათი ფართო გამოყენების საშუალებას იძლევა თერაპიულ, ქირურგიულ, სამეანო და სხვა მიმართულების სამედიცინო პრაქტიკაში.

ანტიდეპრესანტები წარმოადგენს სხვადასხვა ქიმიური სტრუქტურის ნეიროტროპულ პრეპარატებს, რომელთაც ახასიათებს სპეციფიკური დეპრესიის საწინააღმდეგო ეფექტი. ქიმიური სტრუქტურის მიხედვით, ძირითადად, ესაა იმინოლიბენზოლის და ლიბენზოციკლოპენტის გრიციკლური სტრუქტურის პრეპარატები და მონოამინოოქსიდაზას ინჰიბიტორები. სამკურნალო მოქმედების მიხედვით ანტიდეპრესანტები იყოფა – სედაციური და მასტიმულელებელი ტიპის ანტიდეპრესანტებად.

სედაციური მოქმედების ანტიდეპრესანტების, ანუ *თიმოლეფტიკების* თერაპიული ეფექტი ხასიათდება გუნებაგანწყობის მომატებასთან შერწყმული გრანკვილიზაციური, სედაციური ეფექტით, შფოთვის, აჟიტაციის საწინააღმდეგო მოქმედებით, რის გამოც მათი გამოყენება განსაკუთრებით ეფექტურია სხვადასხვა ეტიოლოგიის შფოთვიანი, აჟიტირებული დეპრესიებისა და შიზოფრენიული ეტიოლოგიის, პოლიმორფული კლინიკური სურათის მქონე მელანქოლიური მდგომარეობების დროს. თიმოლეფტიკებს მიეკუთვნება: ამიტრიფთილინი, ამაფენი, ფტორაციმილი და სხვა.

მასტიმულირებელი მოქმედების ანტიდეპრესანტებს, ანუ *თიმოანალეფტიკებს* ახასიათებთ ანტიდეპრესიულ მოქმედებასთან თანდართული ფსიქიკური სტიმულაციის ეფექტი. ამ მოქმედების გამო ეს პრეპარატები გამოიყენება ე.წ. “კლასიკური” ენდოგენური დეპრესიებისა და ყველა იმ ტიპის დეპრესიების დროს, სადაც კლინიკურ სურათში წამყვანია ადინამია, ასოციაციური და მოტორული შეკავება. გრიციკლური ჯგუფის ანტიდეპრესანტებიდან მათ მიეკუთვნება: მელიპრამინი, ლუდიომილი და სხვა.

ფარმაცოლოგიური თვისებებით გრიციკლურ ანტიდეპრესანტებს ჰგავს *ტეტრაციკლური ანტიდეპრესანტები*, როგორიცაა ამოქსაპინი და მაროტილინი. ამ ჯგუფის პრეპარატებს, განსაკუთრებით კი ამოქსაპინს ანტიდეპრესიულ ეფექტთან ერთად აქვს გამოხატული ანტიფსიქომური მოქმედებაც.

შფოთვიან და აკვიატებულ მდგომარეობებთან თანდართული დეპრესიების დროს მეტად ეფექტურია *სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები* – ფლუოქსეტინი, სერტრალინი და პაროქსეტინი.

ცალკე ჯგუფს წარმოადგენს *მონოამინოოქსიდაზას (MAO-ს) ინჰიბიტორები*, რომელთაც ასევე ძლიერი ანტიდეპრესიულ – მასტიმულელებელი მოქმედება გააჩნიათ. ესენია: ნიალამიდი, გრანსამინი და ინდოპანი. ამ ჯგუფის პრეპარატები კლინიკურ პრაქტიკაში იშვიათად გამოიყენება, მათი შეუთავსებლობის გამო რეზერპინის, დიაზეპინის ჯგუფის მედიკამენტებთან, მრავალ საკვებ პროდუქტთან.

ანტიდემერესანტებისთვის დამახასიათებელი გვერდითი მოვლენებიდან აღსანიშნავია ჰიპერტონია, თავბრუსხვევა და თავის ტკივილი, პირის სიმშრალე და კანის ქავილი. მაღალი დოზებით მკურნალობის დროს ხშირია შარდის შეკაება, პარესთეზიები, გრემორი და უძილობა.

ფსიქოსტიმულატორებს მიეკუთვნებიან ფსიქოტროპული პრეპარატები, რომელთაც გააჩნიათ ინტელექტური პროცესების აქტივაციის უნარი. ფსიქოსტიმულატორები ხსნის დაღლილობას, ძლიანობას, იწვევს ასოციაციური პროცესების გააქტიურებას, საერთო ფსიქიკური ტონუსის მომაგებას. ამ თვისებების გამო ეს პრეპარატები გამოიყენება ნევროზული და ნევროზისმაგვარი ასთენიური, ასთენიურ-აბულიური, სუბსტუპოროზული მდგომარეობების მკურნალობისათვის, როგორც წესი, კომპლექსში სხვა ფსიქოტროპულ საშუალებებთან. მათი ხანგრძლივი და სისტემატიური მიღება არ არის მაზანშეწონილი გოქსიკომანიური მიჩვევის ჩამოყალიბების საშიშროების გამო.

თანამედროვე სინთეზურ ფსიქოსტიმულატორებს, "კლასიკურისაგან" განსხვავებით (როგორიცაა ამფეტამინი), აქვთ შედარებით სუსტი, მაგრამ ხანგრძლივი მოქმედება და გამოირჩევიან ნაკლები გოქსიკურობით. ეს პრეპარატებია: სილნოკარბი, სილნოფენი, ბემიგილი და სხვა.

ნოოტროპები ანუ ნეირომეტაბოლიკური ცერებროპროტექტორები წარმოადგენს მედიკამენტოზ ჯგუფს, რომლებსაც გააჩნია ნერვული უჯრედის ნეირომეტაბოლიზმის გამაძლიერებელი, გამოხატული ანტიჰიპოქსიური მოქმედება და ხელს უწყობს თავის ტვინში მიმდინარე ენერგო-აღდგენითი პროცესების აქტივაციას.

ნოოტროპები ფართოდ გამოიყენებიან ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში, რადგან თავისი ფარმაკოლოგიური თვისებებიდან გამომდინარე გააჩნია ცნს-ზე მოქმედების ფართო სპექტრი: 1. ფსიქომასტიმულირებელი, 2. ანტიასთენიური, 3. სედატიური, 4. ანტიდემერესიული, 5. ვაზოვეგეტატიური, 6. მნემოტროპული (ინტელექტური, ჯანსაყუთრებით მეხსიერების პროცესების გააქტივება), 7. ანტიპარკინსონური და 8. ადაპტოგენური მოქმედება. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ეს უნივერსალობა ზოგჯერ თვაროვანია და ძირითადად სჭარბობს მასტიმულატორული, მნემოტროპული და ანტიასთენიური მოქმედება. ამ ჯგუფის პრეპარატებიდან ცნობილია: ნოოტროპილი (პრაქტიკაში), გამმალონი, აცეფენი, პანტოგამი და ენცეფაბოლი.

გარდა ზევით ჩამოთვლილი პრეპარატებისა ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება კორექტორები (ანტიპარკინსონული საშუალებანი - ზოგჯერ ლეფტიკა გვერდითი მოქმედების მოსახსენლად), ლითიუმის მარილები (რომელთაც ნორმოთიმიული მოქმედება ახასიათებთ), ანტიეპილეფსიური საშუალებანი, კორმონები და სხვა.

ფსიქოთერაპია წარმოადგენს პიროვნებაზე ფსიქიკური გემოქმედების ზეგავლენის გაძლიერებას საშუალებათა კომპლექსს, რომლებიც დაავადებათა მკურნალოდ გამოიყენება. ამ გემოქმედებაში წამყვანი როლი სიტყვას ენიჭება, თუმცა არანაკლებ მნიშვნელოვანია სოციალური ინტერაქციის ინტერპერსონული ანუ პიროვნებათაშორისი ურთიერთობების) სხვა ფორმები: მოძრაობა, ქეცტი, მიმიკა და სხვა.

ჩვენ დროში განსაკუთრებით გაიზარდა ფსიქოთერაპიის როლი ზოგჯერ ავადმყოფობის მკურნალობის არსენალში. ეს კი, მეცნიერთა აზრით,

გამოხატავს თერაპიული ორიენტაციის შეცვლას ნომოცენტრისგულიდან, ანუ დაავადებაზე მიმართული პოზიციიდან, ანთროპოცენტრული და სოციოცენტრული ორიენტაციისაკენ – მიმართება ადამიანის პიროვნებაზე, მის სოციალურ გარემოზე აქცენტით. ამის დამადასტურებელია კორტიკულ–ვისცერულ თეორიაზე დამყარებული ფსიქოსომატური მედიცინის პრინციპების ფართო დამკვიდრება თანამედროვე თერაპიულ პრაქტიკაში.

არსებობს სხვადასხვა ფილოსოფიურ და ფსიქოლოგიურ თეორიებზე დამყარებული მრავალი ფსიქოთერაპიული კონცეფცია, რომელთა საფუძველზე აღმოცენდა სხვადასხვა ფსიქოთერაპიული მეთოდი. მათგან ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ძირითადად გამოიყენება: რაციონალური ფსიქოთერაპია (დიუბუა), სუგესტიური ფსიქოთერაპია (შარკო, ბეხტერევი, ასათიანი), კლასიკური “სიდრმისეული” ფსიქოთერაპია – ფსიქოანალიზი (ფროიდი, ადლერი, იუნგი), “დინამიური” ფსიქოთერაპია (ფრომი, ალექსანდერი, როჯერსი, მორენო), ბიპევიორისტული ფსიქოთერაპია და სხვა.

რაციონალური ფსიქოთერაპია. XIX საუკუნის დამლევს ფრანგი ფსიქიატრის პოლ დიუბუას მიერ მოწოდებული ეს მეთოდი გულისხმობს ავადმყოფურ გამოვლინებათა მიმართ კრიტიკის გამომუშავებას ახსნა–განმარტების, ლოდიკური არგუმენტაციის საშუალებით, პიროვნების ძირეულ ფასეულობებზე ორიენტაციით. ეს, დაავადების სიმპტომებზე უშუალო გემოქმედების გარდა, იწვევს თვითრეგულაციის სისტემების გააქტივებას. სწორედ ფასეულობათა სისტემებში რეორიენტაციაა წამყვანი ისეთი ავადმყოფური მდგომარეობების მკურნალობასა და რეაბილიტაციაში, როგორიცაა ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, ისტერია, ფსიქოპათია, სექსუალური პერვერზიები და სხვა,

სუგესტიური ანუ შთავონებითი თერაპია ემყარება ექიმის ავტორიტარული, იმპერატიული როლის გამოყენებას. ექიმის მითითებები და დირექტივები პაციენტის მიერ მიიღება კრიტიკის გარეშე, “რწმენით”. სუგესტიური ფსიქოთერაპია შესაძლოა მიმდინარეობდეს როგორც ნათელი ცნობიერების ფონზე, ასევე პიპნოზურ მდგომარეობაში.

პიპნოზური მდგომარეობა ნაწილობრივი, არაღრმა ძილის თავისებური ფორმაა, რომლის დროს ადამიანი მისაწვდომია სიგყვიერი კონტაქტისათვის (ამ ფენომენს “რაპორტი” ეწოდება). პაციენტს შენარჩუნებული აქვს უნარი, ცნობიერების კონტროლის გარეშე, მიიღოს ექიმის სიგყვიერი განკარგულება, დაიმახსოვროს იგი და შემდგომში იმოქმედოს ამ განკარგულების მიხედვით. მეცნიერული კვლევებით დადასტურდა, რომ პიპნოზური გემოქმედება, კორტიკულ–ვისცერული მექანიზმების მეშვეობით, იწვევს მნიშვნელოვან ცვლილებებს ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიურ პროცესებში.

სუგესტიური ფსიქოთერაპია, რომლის ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფართო დანერგვა ცნობილი ფრანგი ფსიქონევროლოგის შარკოს და გამოჩენილი რუსი ფსიქიატრის ბეხტერევის სახელებთანაა დაკავშირებული, ამჟამად ნაკლებადაა პოპულარული სხვა თანამედროვე მეთოდებთან შედარებით. ის ძირითადად გამოიყენება ნევროზების ზოგიერთი ფორმისა და ქრონიკული ალკოჰოლიზმის სამკურნალოდ. შთავონებითი თერაპიის ერთ–ერთი ფორმაა მიხეილ ასათიანის მიერ მოწოდებული “განცდათა რეპროდუქციის” მეთოდი, რომლის

დროსაც ხდება პაციენტის მიერ, ჰიპნოზური ძილის მდგომარეობაში, გადატანილი გრავემული სიტუაციის ხელახალი განცდა, რასაც შემდეგ ემოციური განტვირთვა – “კატარზისი” მოჰყვება.

აღნიშნულ ფსიქოლოგიურ ეფექტს ემყარება ე.წ. “*პლაცებო-თერაპია*”. ეს მეთოდი გამოიხატება აქტიური სამკურნალწამლო საშუალების მაგივრად ფარმაკოლოგიური ეფექტის არამქონე, “*ნეიტრალური*” ნივთიერების დანიშვნაში. “*პლაცებო-პრეპარატს*” აქვს ძირითადი მედიკამენტისათვის დამახასიათებელი ფორმა, ფერი და სხვა ნიშნები, რის გამოც პაციენტი დარწმუნებულია, რომ იღებს “*ნამდვილ*” წამალს. მედიკამენტურ “*პლაცებო-თერაპიასთან*” ერთად გამოიყენება ფიზიოთერაპიული, სხივური თერაპიის “*პლაცებო*” მეთოდები. “*პლაცებო-ეფექტი*” გამოიხატება “*ცრუ*” სამკურნალო საშუალების მიერ “*ჰემმარიტი*” თერაპიული მოქმედების გამოვლენაში. ამ ფენომენს არა მარტო სამკურნალო, არამედ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობაც აქვს, რადგან სამკურნალწამლო საშუალების ეფექტურობის დადგენა მხოლოდ “*პლაცებო-ეფექტის*” გათვალისწინებით ხდება.

სუგესტიური თერაპიის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სახეა *აუტოტრენინგი*, რომელიც სამკურნალო თვითშთაგონების მეთოდს წარმოადგენს. ი.შულცის მიერ შემუშავებული ეს ფსიქოთერაპიული ტექნიკა წარმოადგენს აუტოსუგესციის გზით ღრმა რელაქსაციის მიღწევას და შემდგომ გარკვეული სტანდარტული მნესტიური ვარჯიშების ჩატარებით ემოციური დაძაბულობის მოხსნას. ეს მეთოდი, სხვა ფსიქოთერაპიულ მეთოდებთან ერთად გამოიყენება ნევროზულ აშლილობათა მკურნალობისათვის, თუმცა, გარდა ამისა, მან ფართო პოპულარობა მოიპოვა, როგორც ემოციური, სტრესული დაძაბულობის მოხსნის საშუალებამ სპორტსმენებში და იმ პირებში, რომლებსაც ექსტრემალურ პირობებში უხდებათ მუშაობა.

ფსიქოანალიზური თერაპიას საფუძვლად უდევს დიდი ავსტრიელი მეცნიერის ზიგმუნდ ფროიდის სწავლება ფსიქიკური სფეროს იერარქიული სტრუქტურული ბუნების შესახებ, რომელიც არაქნობიერ, ინსტინქტურ იმპულსებსა და ცნობიერ, კოგნიტიურ სტრუქტურებს შორის “*კომფლიქტში*” აისახება. ფსიქოანალიზური თერაპიის ტექნიკა დამყარებულია პაციენტის ზომრების, პრაქტიკულად დავიწყებული აღრეული ბავშვობის მოგონებების, ე.წ. “*თავისუფალი ასოციაციების*” ანალიზზე, რაც შემდგომში არაქნობიერ სფეროში არსებული კონფლიქტების “*გამოღების*”, “*კატარზისის*” საფუძველი ხდება. ფსიქოანალიზური ტექნიკა საკმაოდ რთულია და საჭიროებს ხანგრძლივ, სპეციალურ შესწავლას. ფროიდის მოწაფეებისა და მიმდევრების (*იუნგი, ადლერი, პორნი, სალივანი*) მხრიდან ფსიქოანალიზის თეორიამ, წლების მანძილზე, საგრძნობი რევიზია და სახეცვლილება განიცადა. შესაბამისად ჩაწოდებულია ფსიქოანალიზური თერაპიის მრავალი მოდიფიკაცია, თუმცა აღსანიშნავია, რომ ყველა მათგანი ერთ ძირითად თეორიულ ბაზას ეყრდნობა.

გარდა ამ ძირითადი მიმართულებებისა არსებობს მრავალი *ფსიქოთერაპიული* მეთოდი. ტექნიკასა და მეთოდიკაში განსხვავებების შესხედავად, გემოქმედების ძირითადი პრინციპების მიხედვით გამოჰყოფენ *ინდივიდუალური* და *ჯგუფური ფსიქოთერაპიის მეთოდებს*. ფსიქოთერაპიის *ჰოგაერტი* მეთოდი მხოლოდ ინდივიდურად გამოიყენება (*კლასიკური*

ფსიქოანალიზი, აუტოტრენინგი), ზოგიერთი როგორც ინდივიდუალურად, ისე ჯგუფურად (რაციონალური, სუგესტიური თერაპია).

ცალკეა აღსანიშნავი ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სფეციფიკური მეთოდები: ნეოფროიდისტული ჯგუფური ფსიქოანალიზი (ფრომი, სალივანი, პორნი), „ფსიქოდრამა“ (მორენო) და ზოგიერთი სხვა. ეს მეთოდები, მიუხედავად მათი თეორიული და მეთოდოლოგიური განსხვავებისა ორიენტირაციას იღებს პიროვნებაზე, როგორც სოციალურ არსებაზე და მაქსიმალურად ცდილობს გაააქტიუროს სულიერი დაავადებით ან სტრესული სიტუაციით განპირობებული ადამიანის ინტერპერსონულ ურთიერთობათა დეფიციტი. სხვა ადამიანებთან კონტაქტი, განცდათა თანაგაზიარების, შინაგანი მობილიზაციის უნარი წამყვან როლს თამაშობს მკურნალობის ამ მეთოდებში.

ფსიქიკურ ავადმყოფობათა მკურნალობა მეტად რთული და ხშირად ხანგრძლივი პროცესია. ეს პროცესი, როგორც წესი, გულისხმობს არა მარტო სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტების კომბინაციულ გამოყენებას (მაგალითად: ნეიროლეფტიკები და ანტიდეპრესანტები, ანტიდეპრესანტები და ტრანკვილიზატორები, ნოტროპები და ტრანკვილიზატორები და ა.შ.), არამედ თერაპიის სხვადასხვა ფორმების აუცილებელ ეტაპობრივ ჩართვას, როგორც ცალკე, ასევე კომბინაციაში. ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის პირველი ეტაპი, უხშირესად, მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობიდან გამოყვანაა, რაც თერაპიის ინტენსიური მეთოდების გამოყენებას გულისხმობს (ინსულინთერაპია, ელექტრო-კრუნჩხვითი თერაპია, ნეიროლეფსიურ საშუალებათა მაღალი დოზები). შემდგომში მკურნალობის პროცესში, ფარმაკოთერაპიასთან ერთად შემოდის ფსიქოთერაპიული ღონისძიებანი, რაც უადვილებს პაციენტს მდგომარეობიდან გამოსვლას და ხელს უწყობს მის რესოციალიზაციას – დაბრუნებას ჩვეულ სოციალურ გარემოში.

ერთ-ერთი წამყვანი ამ პროცესში არის *სოციალური რეაბილიტაცია*. სოციალური რეაბილიტაცია მოიცავს სამედიცინო (მათ შორის ფსიქოთერაპიული), ეკონომიკური, ფსიქოლოგიურ-პედაგოგიკური, პროფესიული ღონისძიებების კომპლექსს, რომელიც გამიზნულია სულით ავადმყოფისათვის ცხოვრებისა და შრომის ოპტიმალური პირობების შექმნისათვის, სოციალურ გარემოში მათი დაბრუნების გასაადვილებლად. *სოციოთერაპიის* ძირითადი მეთოდები მიმართულია ნატიფი ემოციური და ესთეტიური გრძნობების სტიმულაციაზე (*მელოთერაპია*, *არტთერაპია*, *ბიბლიოთერაპია*, *გოთთერაპია* და სხვა), დაკარგული შრომითი და სოციალური კავშირების აღდგენასა და განმტკიცებაზე (*შრომათერაპია*, *ოჯახური ფსიქოთერაპია*, *„გარემოს თერაპია“*).

ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია .

დამოკიდებულება სულით ავადმყოფთა მიმართ განსხვავდებოდა კაცობრიობის ისტორიული განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე და იცვლებოდა ცივილიზაციის წინსვლასთან ერთად. შუა საუკუნეების ევროპასა და ისლამის ქვეყნებში ხდებოდა ფსიქიკურად დაავადებულ პირებთა იზოლაცია სპეციალურად მოწყობილ, ციხის ტიპის თავშესაფარებში. “მკურნალობის” მეთოდებად მიღებული იყო ბორკილების დადება, ცივი ან ცხელი წყლის შხაპები, ფიზიკური ზემოქმედების მეთოდები. “საგიჟეთში” მოხვედრილ ადამიანებს დაკარგული პქონდათ ყოველგვარი უფლებები.

კარდინალური ძვრები სულით ავადმყოფთა მდგომარეობის გაუმჯობესებაში XVII საუკუნის მიწურულს, ევროპის განმანათლებლურ მოძრაობასა და საფრანგეთის ბურჟუაზიულ რევოლუციას მოჰყვა. დემოკრატიული იდეების რეალიზაცია ფსიქიატრიულ თავშესაფარებში მოხდა ციხის რეჟიმის შეცვლით საავადმყოფოს რეჟიმზე, რამაც პრინციპულად და ბირეულად შეცვალა დამოკიდებულება ფსიქიატრიული დაწესებულებების პაციენტების მიმართ. ფილიპ პინელის მიერ 1793 წელს ბისეტრისა და სალპეტრიერის თავშესაფარებში გატარებულმა ღონისძიებებმა, რომლებიც “პინელის რევოლუციის” სახელით შევიდა ისტორიაში, სწრაფად მოიცვეს მთელი ევროპა და დასაბამი მისცეს ფსიქიატრიის, როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო დისციპლინის განვითარებას.

ფსიქიატრიის, როგორც სამედიცინო მეცნიერების ჩამოყალიბებას თან მოჰყვა სულით ავადმყოფთა მკურნალობისა და მოვლა-პატრონობის ორგანიზაციული სისტემის შექმნა და განვითარება. XX საუკუნის შუა პერიოდისათვის ფსიქიატრიული დახმარების სისტემამ მსოფლიოს ძირითად ქვეყნებში მიიღო შემდეგი სტრუქტურა:

1. ამბულატორიული ფსიქიატრიული დაწესებულებები,
2. სტაციონარული ფსიქიატრიული დაწესებულებები,
3. ამბულატორიული ნარკოლოგიური დაწესებულებები,
4. სტაციონარული ნარკოლოგიური დაწესებულებები.

სხვადასხვა ქვეყნებში, მათი ეკონომიკური პოტენციალის, განვითარების დონისა და ეთნო-კულტურალური თავისებურებების შესაბამისად დასახელებული დაწესებულებების ფორმა სხვადასხვაა. ასევე განსხვავებულია ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მოცულობაც. ევროპისა და ამერიკის განვითარებულ ქვეყნებში ფსიქიატრიული დახმარება ორიენტირებულია სტაციონარის გარეშე, ამბულატორიულ მკურნალობაზე და ძირითადი აქცენტი გაკეთებულია სულით ავადმყოფთა რეაბილიტაციასა და რესოციალიზაციაზე. ფსიქიატრიულ დახმარებაზე გამოყოფილი, როგორც წესი, სახელმწიფო რესურსები მიმართულია ამბულატორიული ფსიქიატრიული სისტემის დახვეწისა და რეაბილიტაციური პროგრამების განვითარებისაკენ. სულით ავადმყოფთა მკურნალობის პროცესში დიდი ადგილი უჭირავს შრომათერაპიას, არტთერაპიას, ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა სახეებს.

ეკონომიკური განვითარების შედარებით დაბალ საფეხურზე მდგარ ქვეყნებში, ძვირადღირებული სოციალური პოლიტიკის პროგრამების განხორციელება ბევრ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული და აქ აქცენტი ფსიქიატრიული დახმარების “ტრადიციულ” სისტემაზე კეთდება.

სახელმწიფოში ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის, მოვლა-პატრონობის და სოციალური რეაბილიტაციის ძირითად საფუძველს ფსიქიატრიული სფეროს საკანონმდებლო ბაზა წარმოადგენს. სულით ავადმყოფთა, როგორც ქვეყნის სრულფასოვანი მოქალაქეთა ინტერესებს კანონი უნდა იცავდეს ეს გამოირიცხავს ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა უფლებების შელახვას და დისკრიმინაციას. საქართველოში 1995 წლიდან მოქმედებს “*კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ*”, რომელიც პასუხობს საერთაშორისო სამართლის ყველა ნორმას. კანონი არეგულირებს ურთიერთობას სულით დაავადებულსა და ფსიქიატრიული დახმარების ქსელის მუშაკებს შორის. განსაზღვრავს ექიმის და სამედიცინო პერსონალის მოქმედებას პაციენტის იძულებითი პოსპიტალიზაციის და მისი უფლებების ნაწილობრივი შეზღუდვის დროს ფსიქიატრიულ სტაციონარში. ადგენს მოქალაქის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პირველადი შემოწმების ჩატარების წესებს და ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების პროცედურას. კანონის ერთ-ერთი ძირითადი პოსტულატია ის, რომ ფსიქიკურად დაავადებულს შენარჩუნებული აქვს ქვეყნის მოქალაქის ყველა კონსტიტუციური უფლებები, თუ ისინი არ არის ჩამორთმეული სასამართლოს წესით. ეს მნიშვნელოვნად ზღუდავს პიროვნების დისკრიმინაციას ფსიქიატრიული დიაგნოზის მიხედვით და ხელს უშლის ფსიქიატრიის პოლიტიკური ან სხვა მოსაზრებებით ბოროტად გამოყენებას.

1995 წლის აგვისტოდან საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარება ხორციელდება *ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო ფედერალური პროგრამის* ფარგლებში. ეს პროგრამა ითვალისწინებს უფასო ამბულატორიულ და სტაციონარულ ფსიქიატრიულ მკურნალობას ძირითადი ფსიქოზური რეგისტრის ავადმყოფთათვის. მკურნალობა ხდება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული სამკურნალო სტანდარტების მიხედვით. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მკურნალობისას გათვალისწინებულია აგრეთვე ავადმყოფთა უფასო კვება და მოვლა-პატრონობისათვის საჭირო ხარჯები. 1997 წელს პროგრამის რეალიზაციაზე დაიხარჯა 3.000.000 ლარი, 1998 წლისათვის პროგრამის მოცულობა განსაზღვრულია 3.5 მლნ. ლარით. 1999 წლის ფსიქიატრიული დახმარების ბიუჯეტი 7,5 მლნ. ლარს შეადგენს. ქრონიკულად სულით დაავადებულ, უმწეო პაციენტებზე ზრუნვა სოციალური დაცვის სტრუქტურებთან არსებული სპეციალიზირებული თავშესაფრების ფუნქციაა. მიმდინარეობს აქტიური მუშაობა საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების მაღალი საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე რეორგანიზაციისათვის. სახელმწიფო თანდათან ზრდის დაფინანსებას ფსიქიატრიული პროგრამის ფარგლებში, რაც საშუალებას იძლევა ეგაპობრივად მოხდეს ფსიქიატრიული დაწესებულებების ქსელის რეფორმირება. როგორც აღნიშნა ერთ-ერთ გამოსვლაში საქართველოს პრეზიდენტმა ელვარდ შევარდნაძემ: “ქვეყანა, რომელიც სულით ავადმყოფს ვერ უვლის და უფასოდ ვერ მკურნალობს, ნორმალურ სახელმწიფოდ ვერ ჩაითვლება”.

ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარება ხორციელდება ფსიქონევროლოგიური დისპანსერებისა და ფსიქონევროლოგიური კაბინეტების მიერ. საქართველოს ტერიტორიაზე 1998 წლისათვის მოქმედებს 14 დისპანსერი და 3 დისპანსერული განყოფილება (ისინი ფსიქიატრიული საავადმყოფოს სტრუქტურული ნაწილია). გარდა ამისა, პრაქტიკულად ყველა რაიონში გახსნილია ფსიქონევროლოგიური კაბინეტი, სადაც ერთი ან ორი ფსიქიატრია. დისპანსერების ფუნქციას წარმოადგენს მოსახლეობისადმი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა, სოციო-პიგიენური, რეაბილიტაციური და რეადაპტაციული ღონისძიებების ჩატარება. სარაიონთაშორისო დისპანსერებთან გახსნილია ბავშვთა და მოზარდთა, ფსიქოთერაპიული და საპროცედურო კაბინეტები. დისპანსერებში ტარდება შრომითი და სამხედრო ექსპერტიზა. ზოგიერთ მსხვილ დისპანსერს აქვს დღის სტაციონარი, შრომათერაპიული სახელოსნოები. კლინიკურ და საკონსულტაციო სამუშაოსთან ერთად ფსიქონევროლოგიური დისპანსერები აწარმოებს სტატისტიკურ და ეპიდემიოლოგიურ მუშაობას, იკვლევს მათდამი დაქვემდებარებულ რეგიონში სულთა დაავადებათა გავრცელების თავისებურებას და სპეციფიკას, საზღვრავს მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვისა და პროფილაქტიკის გეგმებსა და გზებს. ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში ავადმყოფების მკურნალობა, პროგრამით გათვალისწინებული მოცულობით, უფასოა. დისპანსერულ აღრიცხვაზე აყვანა, კანონის მიხედვით, არ არის სავალდებულო. დაცულია ავადმყოფის ანონიმურობა. სამედიცინო ცნობები გაიცემა მხოლოდ კანონით გათვალისწინებულ შემთხვევებში – სამართალდამცავ ორგანოების და სამედიცინო დაწესებულებების ოფიციალური წერილობითი მოთხოვნით. ფსიქონევროლოგიური კაბინეტების ფუნქციები დისპანსერებთან შედარებით ნაკლებია და მოიცავს აღრიცხვაზე მყოფ ავადმყოფებზე მკურნალობის წარმართვასა და დინამიკურ მეთვალყურეობას.

სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება წარმოებს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. საქართველოში 1998 წლისათვის მოქმედებს 7 ფსიქიატრიული საავადმყოფო. ჩვეულებრივ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში არის რამდენიმე ტიპის განყოფილება: ფსიქოზების განყოფილებები – ცალკე ქალთა და მამაკაცთათვის, გერიატრიული განყოფილება ან ცალკე პალატები ამ კონტინგენტის ავადმყოფთათვის, ნევროზებისა და მოსაზღვრე მდგომარეობათა შერეული (ქალები და მამაკაცები ერთად) განყოფილება, ბავშვთა განყოფილება, რეაბილიტაციის განყოფილება დღის სტაციონარის პრინციპზე. ზოგიერთ ცენტრალურ კლინიკებში არის სპეციალური სასამართლო-ფსიქიატრიული განყოფილება, სადაც მიმდინარეობს სტაციონარული და ამბულატორიული ფსიქიატრიული ექსპერტიზა. საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით სტაციონარები არ მუშაობენ ე.წ. “დარაიონების პრინციპით” – პაციენტი თვითონ ირჩევს საავადმყოფოს. თუმცა ფედერალური პროგრამის პრინციპებიდან გამომდინარე სტაციონარებს გააჩნიათ მომსახურეობის ზონები.

ფსიქიკურად დაავადებული პირის *ქოსპიგალიზაცია* ხდება რამდენიმე გზით: 1. დისპანსერის მომართვით, სადაც დასაბუთებულია სტაციონარული მკურნალობის აუცილებლობა; 2. სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მიერ; 3. სხვა

გიპის სტაციონარის ან ამბულატორიის ექიმის მომართვით; 4. სამართალდამცავი ორგანოების მიერ, თუ პაციენტი თავისი ქმედებით საფრთხეს უქმნის გარშემომყოფებს ან საკუთარ თავს; 5. ავადმყოფის ახლობლების მიერ. ყველა შემთხვევაში სტაციონარის მიმღები განყოფილების *მორიგე ექიმი-ფსიქიატრი ერთპიროვნულად სწყვეტს ავადმყოფის სტაციონარში მოთავსების საკითხს*. თუმცა საბოლოო დასკვნა სტაციონარული მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობის შესახებ, არა უმეტეს 48 საათში, გამოაქვს *ფსიქიატრთა კომისიას* 3 ექიმის შემადგენლობით. იძულებითი და სტაციონარში ძალდატანებითი მოთავსების ყველა ნიუანსი გათვალისწინებულია კანონით “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, სადაც მაქსიმალურადაა დაცული ავადმყოფის როგორც მოქალაქეობრივი, ისე პიროვნული უფლება.

ნარკოლოგიური სამედიცინო სამსახური შედგება *ნარკოლოგიური კაბინეტებისაგან*, რომლებიც აწარმოებენ ალკოჰოლიზმითა და ნარკომანიით დაავადებულთა ამბულატორიულ მკურნალობას, სამართალდამცავი ორგანოების მოთხოვნით ატარებენ ალკოჰოლური და ნარკოტიკული თრობის ექსპერტიზას, წარმართავენ ფსიქოპათიურ და სოციალურ-რეაბილიტაციურ მუშაობას. ნარკოლოგიურ დისპანსერს შესაძლოა ჰქონდეს დღის სტაციონარული განყოფილება, შრომათერაპიის სახელოსნოები. *ნარკოლოგიურ კლინიკებში* მიმდინარეობს ალკოჰოლიზმითა და ნარკომანიით დაავადებულთა სტაციონარული მკურნალობა. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგალითად: აშშ, გერმანია, პოლანდია) ნარკომანთა მკურნალობა ნებაყოფლობითია, ზოგან კი, როგორც, მაგალითად, რუსეთში, გოქსიკომანების იძულებითი მკურნალობისათვის არსებობს სპეციალური, დახურული გიპის სტაციონარები – ე.წ. შრომით-სამკურნალო პროფილაქტორიუმები, სადაც მკურნალობა გარდება პაციენტის ნების გარეშე, სასამართლოს განაჩენის საფუძველზე.

ფსიქიატრიული სამსახურის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სფეროს *ფსიქიატრიული ექსპერტიზა* წარმოადგენს. არჩევენ *სასამართლო – ფსიქიატრიულ, სამხედრო-ფსიქიატრიულ და შრომით – ფსიქიატრიულ ექსპერტიზას*.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის მიზანია საგამომძიებლო და სასამართლოს ორგანოების მოთხოვნით დადგინდეს გამოსაკვლევი პიროვნების (ეჭმიტანილი, მოწმე, მოსარჩლე ან მომზივანი და სხვა) ფსიქიკური მდგომარეობა ფსიქიატრის წინაშე, ძირითადად, ღება საკითხი – აგებს თუ არა საექსპერტო პირი პასუხს თავის ქმედებებზე, შერაცხადი იყო თუ არა იგი დანაშაულის ჩადენის მომენტში, შეუძლია თუ არა მას მისცეს სწორი, ობიექტური ჩვენება და წარსდგეს სასამართლოს წინაშე, მოიხადოს სასჯელი. გამომდინარე აქედან ექსპერტი-ფსიქიატრი ასკენის სულით დაავადების არსებობას დანაშაულის ჩადენისას და გამოკვლევის დროისათვის. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, პიროვნების შემოწმების პროცესში ხელმძღვანელობს სამედიცინო და იურიდიული კრიტერიუმებით. *ექსპერტიზის სამედიცინო კრიტერიუმი* – ესაა იმ ფსიქიკური დაავადებებისა და აშლილობების ჩამონათვალი, რომელთა არსებობისას გამოსაკვლევი პირი არ ექვემდებარება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას ანუ იგი ცნობილია შეურაცხადად, რაც გათვალისწინებულია “საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის” XII მუხლით. ასეთ დაავადებებს ეკუთვნიან: შიზოფრენია, ეპილეფსია, ოლიგოფრენია, ზოგიერთი მწვავე

ფსიქომორი აშლილობანი (რეაქტიული ფსიქოზი, აფექტურ-შოკური რეაქცია) და სხვა. ამ მხრივ საჭიროა დადგინდეს არსებული დაავადების ფაქტი როგორც დანაშაულის ჩადენის მომენტში, ასე მანამდე. ექსპერტიზის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ასპექტია შერაცხადობა-შეურაცხადობის დადგენა დანაშაულის ჩადენის მომენტში, ანუ დადგენა იმისა, თავისი სულიერი მდგომარეობის გამო, აგებს თუ არა პიროვნება პასუხს საკუთარ ქმედებაზე. ამ შემთხვევაში ექსპერტ-ფსიქიატრის ამოცანაა დაადგინოს, რამდენადაა განპირობებული ფსიქიკური მდგომარეობით პიროვნების ქცევის აღქევატურობა.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის პრეროგატივაში შედის სამოქალაქო კოდექსით გათვალისწინებული სასამართლო საქმეთა წარმოებისას *ქმედითუნარიანობისა და არაქმედითუნარიანობის* დადგენა. არაქმედითუნარიანად ითვლება პიროვნება, რომელსაც, სრულწლოვანი ასაკის მიღწევის შემდეგ, არსებული ფსიქიკური მდგომარეობის გამო არა აქვს უფლება განკარგოს საკუთარი ქონება, მიიღოს მონაწილეობა არჩევნებში, მისცეს ჩვენება სასამართლოში და ა.შ. ასეთ პიროვნებას, ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის საფუძველზე, სასამართლოს გადაწყვეტილებით ენიშნება მეურვე.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა გარდება როგორც *ამბულატორიულად*, ისე *სტაციონარულად*. საექსპერტო კომისიაში შესაბამისი კანონმდებლობის მიხედვით უნდა მონაწილეობდეს არა უმცირეს სამი კვალიფიციური ექსპერტ-ფსიქიატრისა. ექსპერტიზის შედეგია *სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის აქტი*, სადაც ექსპერტების წინაშე დასმულ ყველა კითხვაზე გაცემულია დასაბუთებული პასუხი.

სამხედრო ექსპერტიზის მიზანია სამხედრო სავალდებულო სამსახურში გასაწვევ პირთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შემოწმება. ექსპერტიზას ექვემდებარება წვევამდელი ასაკის პირები, სამხედრო სასწავლებლების აბითურიენტები და უშუალოდ სამხედრო პირები. კომისია სწყვიტავს სამხედრო სამსახურისათვის პიროვნების ვარგისიანობის საკითხს.

მრომითი ფსიქიატრიული ექსპერტიზა განსაზღვრავს ფსიქიკური დაავადების ნიადაგზე მრომის უნარის დაკარგვის ხარისხს, რის შედეგადაც დგინდება ინვალიდობის ჯგუფი.

ფსიქიკურ აშლილობათა კლასიფიკაცია

ფსიქიკურ დაავადებათა ეთიოლოგია მეტად მრავალმხრივია. სულით დაავადების მიზეზი შეიძლება გახდეს როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული *ინფექციური პროცესი*. ფსიქოზი შესაძლოა განვითარდეს, როგორც გვინის უშუალო რეაქცია ზოგად ინფექციაზე, ასევე, როგორც პასუხი თავის გვინის სტრუქტურების დაზიანებაზე ინფექციური აგენტის მიერ (მენინგიტი, ენცეფალიტი, გვინის სისხლძარღვთა დაზიანება და ა.შ.). ფსიქიკური დაავადებები ვითარდება არაინფექციური ბუნების *სომატური დაავადებების; ენდოკრინული სისტემის პათოლოგიის დროს; მედიკამენტოზური, სამრეწველო ან კვებითი ინტოქსიკაციების შედეგად; სპეციფიური ნეიროტროპული ნივთიერებების ქრონიკული მიღებისას* (ოპიუმი, კოკაინი, პეროინი, ბარბიტურატები, ანაშა, ალკოჰოლი და სხვა); *ავიტამინოზებისა და ალიმენტური გამოფიგვის დროს*. მიზეზთა ამ ჯგუფს ფსიქიკურ დაავადებათა გამომწვევ *ეზმოგენურ ფაქტორებს* უწოდებენ, ხოლო ამ ეთიოლოგიის ფსიქოზებს ეკზმოგენურს.

ფსიქიკური დაავადების მიზეზი შესაძლოა გახდეს თავის გვინისა და მისი სტრუქტურების უშუალო, ორგანული დაზიანება. ესაა: *თავის ქალას ტრავმები* – კომოცია, კომპრესია, კონტუზია; *სიმძიმური წარმონაქმნები* თავის გვინში; თავის გვინის ქერქის ნეირონების *ატროფიული პროცესი* და სხვა ფაქტორები. დაავადებათა ამ ჯგუფს *ორგანული ფსიქოზები* ეწოდება. ამავე ბუნების დაავადებაა *ოლიგოფრენია*, ანუ თანდაყოლილი გონებრივი ჩამორჩენილობა, რომელიც, როგორც წესი, თავის გვინის სტრუქტურების უხეში დაზიანების შედეგია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქიკურ ავადმყოფობათა განვითარებაში ე.წ. *ენდოგენურ ფაქტორებს*, როგორიცაა *მემკვიდრეობითი, გენეტიკური ღატვირთვა*; ფსიქო-ფიზიკური *კონსტიტუცია, სქესი და ასაკი*. ასეთ დაავადებებს აერთიანებს *ენდოგენურ დაავადებათა* ჯგუფი.

ფსიქიკური დაავადების მიზეზი შესაძლოა გახდეს სხვადასხვა ინტენსივობისა და შინაარსის *სულიერი განცდა, სტრესი*. ფსიქიკური განცდის ბუნებიდან გამომდინარე *ფსიქოგენური რეაქციები* შესაძლოა სხვადასხვა ინტენსივობით გამოვლინდნენ: აფექტოგენური ფსიქოზიდან ნევროზულ რეაქციებამდე.

ცალკე ჯგუფს წარმოადგენს *პიროვნების განვითარების დისპარმონია*, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი ანუ *ფსიქოპათია*. ფსიქოპათია ძირითადად *თანდაყოლილი, კონსტიტუციურ-გენეტიკურად განპირობებული* ადამიანის ხასიათის *ანომალიაა*. იგი გამოვლინდება 'ღებადაპკაციაში გარემოსთან და ლეკომპენსაციაში ფსიქოსტრესული სიტუაციების დროს.

მრავალფეროვნებით გამოირჩევა აგრეთვე ფსიქიკურ დაავადებათა მიმდინარეობა. სულიერი აშლილობანი შესაძლოა ვითარდებოდეს *სწრაფად* და ასევე *სწრაფად წყდებოდეს* – ე.წ. *ტრანზიტორული, გარდამავალი მიმდინარეობა*. დაავადების დაწყების მიუხედავად ზოგიერთი ფსიქიკური

დაავადება მიმდინარეობს ქრონიკულად და რიგ შემთხვევებში პროგრესირებულად, ანუ იწვევს შეუქცევად, დამანგრეველ ცვლილებებს ადამიანის ფსიქიკაში, დაავადების შედეგად ვითარდება პიროვნული დეფექტი. ზოგიერთ სულით დაავადებათა მიმდინარეობაში შეიმჩნევა ტენდენცია პერიოდულობისადმი. პერიოდული, ინტერმისიური მიმდინარეობისას შეტევის შემდეგ ხდება პიროვნების გამოჯანმრთელება, ფსიქიკური ფუნქციების სრული აღდგენა – ცირკულაციური ანუ ინტერმისიური ტიპი. შეტევისმაგვარი, რემისიული მიმდინარეობისას თითოეული შეტევის შემდეგ ნათლად ჩანს პიროვნების დაქვეითება, დეგრადაციის ნიშნები. ფსიქიკური დაავადება შეიძლება დასრულდეს სრული განკურნებით, გამოჯანმრთელებით, რომელსაც თან ახლავს დაავადების რემიდული (ნარჩენი) ნიშნები, დეფექტით ან ლეტალურად. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ქრონიკულად მიმდინარე სულით დაავადებებს ლეტალური გამოსავალი პრაქტიკულად არ ახასიათებს. დაავადება მიმდინარეობს პროგრესირებულად, დეფექტური სიმპტომატიკის გაძლიერებით, ჭკუასუსტობის განვითარებით ადამიანის ფიზიკურ სიკვდილამდე, რომლის მიზეზი სხვადასხვა სომატური პათოლოგიაა.

ფსიქიკურ დაავადებათა კლასიფიკაცია თანამედროვე ფსიქიატრიის ერთ-ერთი ურთულესი და პრობლემური საკითხია. სისტემატიკა და კლასიფიკაცია გამოხატავს დარგის მეთოდოლოგიურ წინამძღვრებს, არსებულ ეტაპზე მეცნიერული კვლევის შედეგად მიღებულ გამოცდილებას, თეორიული და პრაქტიკული კონცეპციების ერთობლიობას. დღეისათვის ფსიქიატრიაში არ არსებობს ერთიანი მიდგომა სულით დაავადებათა ეთიო-პათოგენეზის, კლინიკური და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების და გერმინოლოგიის საკითხებში. ამიტომ თანამედროვე კლასიფიკაცია, გარკვეული კომპრომისული მოდელია, რომელიც ითვალისწინებს მსოფლიოს წამყვან ფსიქიატრთა შეხედულებებს ფსიქიკურ დაავადებათა ბუნებასა და კლინიკურ სურათზე.

ამჟამად ფსიქიატრთა მსოფლიო ასოციაციის მიერ რეკომენდებულია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციაში შეტანილი ფსიქიკურ დაავადებათა კლასიფიკაცია – “I.C.D.- 10”. აღნიშნულ სისტემატიკაში, დაავადებათა ჩამონათვალთან ერთად, რომელთაც მინიჭებული აქვთ სათანადო კოდი, მოცემულია ყოველი ცალკეული ფსიქიკური აშლილობისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების აღწერილობა და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები. ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი თანამედროვე კლასიფიკაციაში შემდეგნაირადაა წარმოდგენილი:

F00-F09 – ორგანული ბუნების აშლილობანი.

F00 – დემენცია ალკოჰოლის დაავადების დროს.

F01 – სისხლძარღვოვანი (ვასკულური) დემენცია.

F02 – დემენცია ორგანული ბუნების სხვა დაავადებების დროს.

F03 – დაუმზტეხელი ეთიოლოგიის დემენცია.

F04 – ორგანული ამნეზიური სინდრომი.

F05 – ორგანული დელირიუმი.

F06 – გვინის დამიანებითა და დისფუნქციით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.

- F07 – გვინის დაზიანებითა და დისფუნქციით გამოწვეული ქცევითი აშლილობანი.
- F09 – დაუმსგებელი ეთიოლოგიის ორგანული აშლილობანი.
- F10-F19 - ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.**
- F10 – ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F11 – ოპიოიდების მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F12 – კანაბინოიდების მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F13 – სედატიური და საძილე საშუალებების მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F14 – კოკაინის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F15 – სხვა სტიმულატორების მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F16 – ჰალუცინოგენების მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F17 – თამბაქოთი გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F18 – ვოლატილ სოლვენტის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F19 – სხვადასხვა წამლების ხმარებითა და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.
- F20-F29 – შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობანი.**
- F20 – შიზოფრენია.
- F21 – შიზოტიპური აშლილობა.
- F22 – ხანგრძლივად მიმდინარე ბოდვითი აშლილობა.
- F23 – მწვავე და გარდამავალი (ტრანზიტორული) ფსიქოზური აშლილობა.
- F24 – ინტუქციური ბოდვითი აშლილობა.
- F25 – შიზოაფექტური აშლილობანი.
- F28 – სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობანი.
- F29 – დაუმსგებელი არაორგანული ფსიქოზი.
- F30-F39 – ემოციური (აფექტური) აშლილობანი.**
- F30 – მანიაკალური ეპიზოდი.
- F31 – ბიპოლარული აფექტური აშლილობა.
- F32 – დეპრესიული ეპიზოდი.
- F33 – რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა.
- F34 – ხანგრძლივად მიმდინარე (ქრონიკული) აფექტური აშლილობანი.
- F38 – სხვა აფექტური აშლილობანი.

- F39 – დაუმუსტებელი აუქტური ამლილობანი.
- F40-F48 – ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული ამლილობანი.**
- F40 – შფოთვით-ფობიკური ამლილობანი.
- F41 – სხვა შფოთვითი ამლილობანი.
- F42 – ობსესიურ-კომპულსიური ამლილობანი.
- F43 – რეაქცია მწვავე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევა.
- F44 – დისოციაციური (კონვერსიული) ამლილობა.
- F45 – სომატოფორმული ამლილობა.
- F48 – სხვა ნევროზული ამლილობანი.
- F50-F59 – ქცევითი სინდრომები, დაკავშირებული ფიზიოლოგიურ დარღვევებთან და ფიზიკურ ფაქტორებთან.**
- F50 – კვების ამლილობანი.
- F51 – არაორგანული ბუნების ძილის დარღვევები.
- F52 – სქესობრივი დისფუნქცია, რომელიც არ არის გამოწვეული ორგანული დაავადებით.
- F53 – ორსულობის შემდგომი ფსიქიკური და ქცევითი ამლილობანი, რომელთა კლინიკაცია არ არის მოცემული სხვა თავებში.
- F54 – ფსიქოლოგიური და ქცევითი ფაქტორები, რომლებიც არ კლასიფიცირდებიან სხვა თავებში.
- F58 – არანარკოტიკულ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება.
- F59 – ფიზიოლოგიურ დარღვევებთან და ფიზიკურ ფაქტორებთან დაკავშირებული დაუმუსტებელი ქცევითი სინდრომები.
- F60-F69 – პიროვნების და ქცევის ამლილობანი ზრდასრული ასაკში.**
- F60 – პიროვნების სპეციფიკური ამლილობანი.
- F61 – პიროვნების შერეული და სხვა ამლილობანი.
- F62 – პიროვნების ქრონიკული ცვლილებები, რომლებიც არ არის დაკავშირებული ცერებრულ პათოლოგიასთან.
- F63 – ჩვევებისა და მიდრეკილებათა ამლილობანი.
- F64 – სქესობრივი იდენტიფიკაციის მოშლა.
- F65 – სქესობრივი უპირატესობის მოშლა.
- F66 – სქესობრივ განვითარებასთან და ორიენტაციასთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური და ქცევითი ამლილობანი.
- F68 – ზრდასრული ასაკის სხვა პიროვნული და ქცევითი ამლილობანი.
- F69 – ზრდასრული ასაკის დაუმუსტებელი პიროვნული და ქცევითი ამლილობანი.
- F70-F79 – გონებრივი ჩამორჩენილობა.**
- F70 – მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობა.
- F71 – საშუალო ან გამოხატული გონებრივი ჩამორჩენილობა.
- F72 – მძიმე გონებრივი ჩამორჩენილობა.

- F73 – ღრმა გონებრივი ჩამორჩენილობა.
- F78 – სხვა გონებრივი ჩამორჩენილობა.
- F79 – დაუზუსტებელი გონებრივი ჩამორჩენილობა.
- F80-F89 – ფსიქოლოგიური განვითარების აშლილობანი.**
 - F80 – მეტყველების განვითარების სპეციფიკური აშლილობანი.
 - F81 – სასკოლო ჩვევების განვითარების სპეციფიკური აშლილობანი.
 - F82 – მოტორული ფუნქციის განვითარებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური აშლილობანი.
 - F83 – შერეული სპეციფიკური აშლილობანი
 - F84 – ფსიქოლოგიური განვითარების ზოგადი აშლილობანი.
 - F88 – ფსიქოლოგიური განვითარების სხვა აშლილობანი.
 - F89 – ფსიქოლოგიური განვითარების დაუზუსტებელი აშლილობანი.
- F90-F98 – ბავშვობასა და მოზარდ ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობანი.**
 - F90 – ჰიპერკინეზური აშლილობანი.
 - F91 – ქცევის მოშლილობანი.
 - F92 – ქცევისა და ემოციითა შერეული აშლილობანი.
 - F93 – ბავშვთა ასაკისათვის სპეციფიკური ემოციური აშლილობანი.
 - F94 – სოციალური ფუნქციის აშლილობანი, ბავშვთა და მოზარდთა ასაკისათვის სპეციფიკური დასაწყისით.
 - F95 – ტიკური აშლილობანი.
 - F98 – სხვა ქცევითი და ემოციური აშლილობანი, რომლებიც ჩვეულებრივად იწყება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში.
- F99 – დაუზუსტებელი ფსიქიკური აშლილობანი.**

ენდოგენური ბუნების ფსიქიკური აშლილობანი. შიზოფრენია და მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი

შიზოფრენია ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებაა. იგი ქრონიკული, პროგრესიული ხასიათისაა, მიმდინარეობს ფსიქოზური რეგისტრის სინდრომების დომინანტით და ემეტეს შემთხვევებში იწვევს პიროვნების დეფექტს, როშელიც შირითადად აპათო-აბულიური ხასიათისაა. შიზოფრენია ერთნაირი სიხშირით გვხვდება დედაშიწის სხვადასხვა კუთხეში, მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში, კულტურისა და რასის, ცივილიზაციის დონისა და ეკონომიკური მდგომარეობის განურჩევლად. შიზოფრენია ძირითადად 20-25 წლის ასაკში იწყება. არ არის აღმოჩენილი სარწმუნო განსხვავებები დაავადების სიხშირეში ქალებსა და მამაკაცებს შორის. მოსახლეობის საერთო, ჯანმრთელ პოპულაციაში, WHO-ს (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია) მონაცემებით, შიზოფრენიით საშუალოდ 1-დან 1,5%-მდე ადამიანია დაავადებული. ყოფილი სსრკ-ს სტატისტიკით 1000 მოსახლეზე საშუალოდ 8,2 შიზოფრენიით დაავადებული მოდიოდა. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის ფედერალური დეპარტამენტის მონაცემებით ყოველწლიურად ქვეყანაში ხდება ამ დაავადების 100 000 - 150 000 ახალი შემთხვევის რეგისტრაცია, დაავადებულთა საერთო რიცხვი კი 2 მილიონს აღწევს. ამგვარი სიხშირის გამო, ფსიქო-ნეეროლოგიური დაწესებულებების კონტინგენტის მნიშვნელოვან ნაწილს სწორედ შიზოფრენიით დაავადებულები შეადგენენ (დისპანსერებში აღრიცხვაზე აყვანილ ავადმყოფთაგან - 20 - 25%, ხოლო სტაციონარში მკურნალობაზე მყოფთა - 70 - 75%). თუ გაითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ შიზოფრენია ქრონიკულად, შრომის უნარის დაქვეითებით მიმდინარე სნეულებაა, გასაგები ხდება მისი არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ სოციალური მნიშვნელობა.

შიზოფრენიის ეთიო-პათოგენიზი დღემდე დაუდგენელია. თანამედროვე მონაცემებით მას ენდოგენური ბუნების დაავადებებს მიაკუთვნებენ. მიჩნეულია, რომ შიზოფრენიის განვითარებაში წამყვანი როლი მემკვიდრეობით დატვირთვას მიუძღვის: დაავადების შემთხვევები ხშირია შიზოფრენიით დაავადებულთა ოჯახებში, მაღალია რისკი მონოზიგოტურ ტყუაებში. თუმცა დაავადების მემკვიდრეობით გადაცემის ტიპი სადღეისოდ გარკვეული არ არის, მემკვიდრეობითი გადაცემის პოლიგენური თეორია ყველაზე უკეთ ასახავს კლინიკურ რეალიებს. გენეტიკურ ფაქტორებთან ერთად, გარკვეული, თუმცა არა დადასტურებული, მნიშვნელობა აქვს ფსიქო-ფიზიკურ კონსტიტუციასაც.

შიზოფრენიის ეთიოლოგიის ბიოლოგიური კონცეფციებიდან ყურადღების ღირსია ნეიროტრანსმიტერული თეორია, რომლის მიხედვითაც შიზოფრენიული ფსიქოზის განვითარების მიზეზი დოფამინერგული სისტემის დის-ფუნქციაა. დოფამინური ჰიპოთეზა ემყარება მოსაზრებას, რომ შიზოფრენიის მიზეზი შესაძლოა იყოს ნეირომედიატორ დოფამინის ჭარბი გამოთქმა ან

კონცენტრაცია სინაფსებში. ამით შესაძლოა აიხსნას ფსიქოტროპული პრეპარატების თერაპიული ეფექტი – დოფამინური რეცეპტორების ბლოკადის ხარჯზე. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამ თეორიას მრავალი ხარვეზი აქვს, რომელთაგანაც ძირითადია ის, რომ შიზოფრენიის დროს არ არის დადასტურებული დოფამინის დონის მომატება და დოფამინ–ბლოკადის ეფექტი დაკავშირებულია საზოგადოდ ანტიფსიქოტურ თერაპიულ ეფექტთან და არა აქვს პათოგენეზური (“ანტიშიზოფრენიული”) მოქმედება. მსგავს თეორიულ მოსაზრებებს ემყარება შიზოფრენიის *ნორადრენალინური* და სხვა *ენდოგენური ამინების* შესახებ არსებული თეორიებიც.

თავის ტვინის სტრუქტურების ნატიფმა კომპიუტერულ – ტომოგრაფიულმა და მაგნიტურ – რეზონანსულმა შესწავლამ აჩვენა *თავის ტვინის მოცუროთი სტრუქტურის ატროფია*. ქერქული ატროფია ნანახია პაციენტთა 10–35%–ში, გვერდითი და III პარაკუზის ჰიპერტროფია – 20–50%–ში. მაგრამ, ისიც უნდა აღინიშნოს რომ მონაცემთა დიდი ვარიაცია არ მეტყველებს ამ თეორიების მისაღებ სარწმუნოებაზე.

შიზოფრენიის დამოუკიდებელ დაავადებად ჩამოყალიბება დაკავშირებულია ცნობილი გერმანელი ფსიქიატრის ემილ კრეპელინის მოღვაწეობასთან, რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა ნოზოლოგიური მიმართულების განვითარებას ფსიქიატრიაში. მან, 1896 წ., ერთი დაავადების *Dementia praecox*–ის სახელით გააერთიანა რამდენიმე ფსიქიკური აშლილობა, რომელთაც ახასიათებდათ ადრეულ (პუბერტატულ ან პოსტპუბერტატულ) ასაკში დაწყება და აპათო–აბულიური ტიპის ჭკუასუსტობის ჩამოყალიბება. ეს იყო – მორელის მიერ 1857 წ. აღწერილი “ნაადრევი ჭკუასუსტობა”; კალბაუმის – “კატატონია” (1874 წ.); ჰეკერისა და კალბაუმის მიერ ცალკე დაავადებად გამოყოფილი “ჰეპეფრენია” (1871 წ.) და 1893 წ. მანიანის მიერ აღწერილი “ქრონიკული ბოღვითი ფსიქიზმები”, რომელთაც ახასიათებდა აპათიური ჭკუასუსტობის თანდათანობითი განვითარება. კრეპელინი მიიჩნევდა, რომ ამ ოთხი ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი დაავადების მიზეზი არის თავის ტვინში მეტაბოლიტური პროცესების მოშლა, რაც თავის მხრივ იწვევს აპათო–აბულიური და აღინამიური მდგომარეობის განვითარებას. მიუხედავად იმისა, რომ ამ მოსაზრებას მრავალი ოპონენტი გამოუჩნდა, გერმინმა “ნაადრევი ჭკუასუსტობა”, ანუ *Dementia praecox* ადგილი დაიმკვიდრა კრეპელინისეულ კლასიფიკაციასა და კლინიკურ პრაქტიკაში. 1911 წელს შევიცარულ ფსიქიატრს ბლეილერს “ნაადრევი ჭკუასუსტობის” კლინიკური სურათისა და მიმდინარეობის ფსიქოპათოლოგიური ანალიზისა და სიღრმისეული ფსიქოლოგიის ძირითადი დებულებების გათვალისწინებით შემოაქვს გერმინი “*შიზოფრენია*” (*Schizis* – “გახლეჩა”, *Phren* – “სული”). ბლეილერი მიიჩნევდა, რომ ამ დაავადებისათვის პირველხარისხოვანი და ძირითადი არის არა აპათიური ჭკუასუსტობის ჩამოყალიბება, არამედ ფსიქიკური ფუნქციების დისკოორდინაცია, აზროვნების თავისებური, “აუტისტური” ტიპის, დისპარმონია ემოციურ–ნებით და ინტელექტურ ფუნქციებს შორის. შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი, სპეციფიური ნიშნებიდან კ. შნაიდერი (1925) გამოჰყოფდა ე.წ. “პირველი რანგის სიმპტომებს” – ფსიქიკურ ავტომატიზმებსა და

ლუფიციტურ სინდრომებს; კ.კონრადი (1959) მიუთითებდა “ენერგეტიკული პოტენციალის რელექციაზე”; ე.იანცარიკი (1957) “დისამიურ გამოფიგებაზე” და ა.შ. კლასიკა და მისმა მიმდევრებმა შიშოფრენია დაჰყვეს პროგრესიულ “სისტემურ” ფორმებად, პერიოდულად და “ფაზურად” მიმდინარე შემთხვევების ჯგუფად და “არასისტემატიზებული” – შეგვეისმაგვარად მიმდინარე შემთხვევებად. ასნენენესკისა (1971) და მისი მოწაუეების დამსახურებაა შიშოფრენიის მეტად ფართო გაგება, ე.წ. “დუნელშაული შიშოფრენიის” ცნების დამკვიდრება კლინიკურ პრაქტიკაში და დაავადების დეტალიზებული სისტემატიზაცია მიმდინარეობისა და პროგრესიულობის მიხედვით. შიშოფრენიის კლინიკური და ნოზოლოგიური “დამოუკიდებლობის” პრობლემა დღემდე ფართო დისკუსიის საგანია, რაც ნათლად აისახება თანამედროვე კლასიფიკაციურ სისტემებში, როგორიცაა ამერიკული – DSM-IV და საერთაშორისო – ICD-10.

შიშოფრენიის კლინიკური გამოვლინებანი მეტად მრავალმხრივი და პოლიმორფულია, მოიცავს ფსიქიკის ყველა სფეროს, სინდრომთა და სიმპტომთა ფართო სპექტრს. მიუხედავად ამისა შესაძლებელია გამოეყოს ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი ძირითადი ნიშნები. ებლილური ამ დაავადების დამახასიათებელი ნიშნებიდან აღწერდა ე.წ. ოთხ “ა”-ს: ასოციაციური პროცესების აშლა, აფექტური აშლილობანი, ამბივალენტობა და აუტიზმი. კ.შნაიდერი გამოჰყოფდა “პირველი რანგის სიმპტომებს”: აზრთა “გახშოვანებას, კომენტარის შინაარსის “ხმებს”, აზრთა გაუცხოების განცდას, აზრთა გადაცემის შეგრძნებას, გარემოს ბოლეთი აღქმას და ფიზიკური უძქეობის განცდას.

კლინიკურ გამოვლინებითა განშოგადება საშუალებას გვაძლევს შიშოფრენიის, როგორც პათოლოგიური პროცესის, ძირითად კლინიკურ გამოვლინებებად განვიხილოთ: პიროვნების საერთო ფსიქიკური აქტიუობის დაქვეითება, განურჩეველობა, ინდიფერენტიზმი; აზროვნების დაუკავშირებლობა, პარალოგიური, რეზონიორული ასოციაციები, ალოლიკურობა, მიდრეკილება ნეოლოგიზმების, ექოლალიისადმი; ემოციური რეაქციის გასადავება, გაღარიბება, არაადექვატურობა, აპათია; ნებითი ინდიფერენტიზმი, აბულია; პალუცინაციებისა და ბოლვითი, განსაკუთრებით დამოკიდებულების და შემოქმედების, იდეების არსებობა; ფსიქიკური ავტომატიზმის განცდა.

თუ გავითვალისწინებთ შიშოფრენიის კლასიკურ (კრეპელინის) სისტემატიკას, თანამედროვე შეხედულებებსა და კლასიფიკაციურ სისტემებს და შევაჯერებთ მათ, შესაძლოა გამოეყოს შიშოფრენიის შემდეგი ფორმები: მარტივი ფორმა იწყება, ძირითადად, პუბერტულ ან პოსტპუბერტულ ასაკში. თანდათანობით ვითარდება აქტიუობისა და სოციალური ინტერესების დაქვეითება, განურჩეველობა პიროვნების გარშემო მიმდინარე მოვლენებისადმი. ავადმყოფი ხდება კარჩაკეტილი, განმარტოვებული, უსინციატიეო. ფერმკრთალდება და კნინდება ემოციები. წინა პლანზე გამოდის აპათია, აღინაშნა. ენერგეტიკული პოტენციალის დაქვეითება, ცხოვრებისეული ანტერესების დაკარგვა და ემოციური “სიცხე” თანდათან უფრო და უფრო უხეში და მკაფიო ხდება. ეს მდგომარეობა კი განსაზღვრავს შიშოფრენიის ამ

ფორმის ძირითად სურათს — აეადმყოფის სრულ გაუცხოვებას და გარიყვას სოციალური გარემოდან. ეალიბლება აპათო-აბულიური ჭკუასუხტობა. შიზოფრენიის ამ ფორმის დროს პალუცინაციური და ბოლუითი აშლილობანი ურავმენკაულ, არასტრუქტურულ ხასიათს აგარებს.

კატატონიური ფორმა, რომელიც ასევე, მეტწილად, ჭაბუკურ ასაკში იწყება ახასიათებს შოტორული სფეროს დარღვევები — კატატონიური სინდრომების ხასით. კატატონიური აგზნება გამოხატულია სტრუქტურული მოძრაობების, ექოლადლის, ექოპრაქსიის, ექომიმის ფორმით. იშუათად შესაძლოა განვითარდეს კატატონიური აგზნება. სტუპოროზული აშლილობანი წარმოდგენილია კატალექსიის, დიუპრეს "პაერის ბალიშის", "კაპუშონის" სინდრომის, კესითა პიპოტისის ხასით. კატატონიურ სტუპორს ხშირად თან ახლავს ნეგატივიზმი (აქტიური და პასიური), მანერულობა, ხახის ნიღბისებური გამოშვებულება. კატატონიური მოვლენები შესაძლოა განვითარდეს ნათული ცნობიერების ფონზე — "ლეილური კატატონია" ან გამოვლისდეს როგორც მუორადი აშლილობანი ცნობიერების ინეიროილული შეეეის დროს — "ინეიროილული კატატონია". თაჲალ კატატონიური მღგომარეობა რამდენიმე დღე ან კესრა გრძელდება, თუმცა აღწერილია ისეთი შემთხვევებიც, როლესაც კატატონიური სტუპორი წლობით გრძელდებოდა.

პეტიფრენიული ფორმისათვის, რომელიც, კლსნიკურ სურათში დეუიციტური სიმპტომების გამოხატულებით წააგავს მარტივ ფორმას, დამახასიათებელია პეტიფრენიური აშლილობანი: შიზანშიუქმართავი დემოსტრაციულობა, ჯამბაზობა, აჲორიაქება, მანერულობა, პრანჭიაობა. ემოციურ-სეითი გასაღავებისა და პირთესული აქტიუობის დაქვეითების ფონზე, გუნებგანწყობა ძირითადად აწყულია, თუმცა არაადეკვატური და არსებულ სიტუაციასთან შეესაბამო. აეადმყოფები დახტაინ, ყეირიან, იმანჭებიან. მეტეეელება უხშირესად დაუკავშირებელია, წყეეტილი. აღინიშნება ურავმენკული ბოლუითი ილეები და პალუცინაციური ჩართვები. შიზოფრენიის ეს ფორმა გამოიარჩევა აეაუცისებთან შიმდინარეობით და დრმა აპათო-აბულიური ჭკუასუხტობის განვითარებით.

შიზოფრენიის პარანოილული ფორმისათვის დამახასიათებელია კლსნიკურ სურათში ბოლუითი და პალუცინაციურ-ბოლუითი სინდრომების არსებობა. ბოლუითი შიზოფრენია ამ დაავადების ყველაზე ხშირი და გავრეელებული სახეა. იგი ხასიათდება კლსნიკური გამოვლისებების პოლშიორთიზმითა და შიმდინარეობის მრავალფეროვნებით. შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი "ნეგატიური", დეუიციტური სიმპტომატიკა სხვადასხეა სიხშირითა და ინტენსიუობითაა გამოხატული და დამოკიდებულია თაჲალ პათოლოგიური პროცესის შიმდინარეობის ტიპზე და დაავადების პროგრესიენტულობაზე. შემთხვევითა ნაწილში ბოლუითი სიმპტომატიკა ვითარდება მწყაველ, ეეირალ, საწყის ეტაპზე არსებული დაუკავშირებელი, ურავმენკული ბოლუითი ილეები შემდგომში ღებულობენ კონკრეტულ შინაარსს, რომელსაც თან ერთვის პალუცინაციური აშლილობანი და შესაფერისი ემოციური ტონი. ბოლუითი სინდრომების ფონზე გამოხატულია შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ასოციაციური პათოლოგია — დაუკავშირებელი, პარალოგიური, სიმბოლიური აზროვნების ხასით, რაც

განუქმობრებელ ელფერს აძლეფს ბოლფითი პროლეტეიების კლასიკურ სურათს. ამასთან ერთად ხშირია კატაგორიური ჩართუბიე. ბოლფითი მღგომარეობა მიზოფრენიის ღრის შესაძლოა განვითარღეს თანღათანობითაე. ასეი მემბიუეეებში საწყის პერიოდში დომინანტობს, აეექტური ღაბაბულობის ფონზე განვითარებელი სისტემატიზებული, პარანოიალური, მონოთემატური ბოლფითი იდეებო. პალეესინაციების გარემუ. შემღგომში პარანოიალურ სინღრომს ეხადელება პალეესინაციურ-ბოლფითი, პარანოიღული მღგომარეობა, რომელიე ძირითაღაღ წარმოღგენიღია კანღისსკ-კლერამბოს სინღრომის სხეაღასხეა ვარიანტის სახით. არასისტემატიზებულ, პოლითემატურ ბოლფითი იდეებს თან ერთეის სემენითი, მხედეელობითი, იმეიათაღ ყნოსეითი, ტაქტიღური პალეესინაციები და ფსიქიკური აეტომატიზმები. პარანოიღული სინღრომებიღან ყეეღაზე გერეეღებულია ღეენის, ღამოკიღებუღების, უეხი და განსაკუთრებული წარმოშობის, ზემოქმეღების ბოლფითი აზრები; იმპერატიული ან კომენგარის ხასიათის სემენითი, გემოვნებითი და ყნოსეითი პალეესინაციები, სექსუაღური ან სხეა მინაარსის ტაქტიღური და ყისიკრული მეგრძიებები; იღეატორული და სენსორული აეტომატიზმები. განსაკუთრებული აღგიღი მიზოფრენიული გენეზის ბოლფით ამღიღობებს შორის უკავია *პარაფრენიას*. ფსიქიატრია უმრადეღესობა მას განიხიღაღეს, როგორე თადესებურ სინღრომს ან მიზოფრენიის პარანოიღული ფორმის ერთ-ერთ ვარიანტს, რომელიე შეღგება სისტემატიზებული და ემოციურაღ დეერსული მეგაღომანიური, ექსპანსიური ხასიათის ბოღესიღან და აქეს ქრონიკული, ხანგრძლივი მიმღინარეობა. პარაფრენიული ბოღეა ხასიათღება ფანგასტიკური, განღიღების იდეების არსებობით (იმიღღრის, რეფორმატიზობის, გამომეფრეღობის, ძღეეამოსიღების აეაღმყოფური აზრები), რომღებსაე თან ერთეის ფსეეღოპალეესინაციები და ფსიქიკური აეტომატიზმები. პარაფრენია გაციღებით აეათეისებანი მიმღინარეობით ხასიათღება და როგორე წესი მის გამოსაეაღეს მიზოფრენიული ჰეეასუგობა წარმოაღგენს.

ამ კლასიკური ფორმების გარღა თანამედროვე კლასიკურ კლასიფიკაციებში გამოჰყოფენ მიზოფრენიის რამღენიმე ფორმას. ესაა *რეზიღუაღური მიზოფრენია*, რომელშიაე გაერთიანებულია მწვაეე მიზოფრენიული ფსიქოზის შემღგომი მღგომარეობანი გამოსაგული “ნეგატიური” სიმპტომებით: ფსიქო-ენერგეტიკული პოტენციაღის ღაქეეითება, ემოციური და ნებითი გავსაღაეება, ემოციურ-ნებითი განურჩეეღობა და მათ ფონზე განვითარებული ეპიზოღური, მეგაღ სუსტი ინტენსიფობის და ხანმოკლე “პოზიტიური” სინღრომები. *პოსტმიზოფრენიული ღეარესია* – ესაა მიზოფრენიის მიმღინარეობისას განვითარებული ხანგრძლივი ღეარესიული ეპიზოღი. გუნებგანწყობის მეარ ღაქეეითებასთან ერთად თანაარსებობს ძირითაღი მიზოფრენიული სიმპტომატიკა. ამ მღგომარეობათა ღრის მაღაღია სუიციღის რისკი.

კრეპელინმა მიზოფრენიის სისტემატიზაციისას გამოჰყო *კირეღუარული ფორმა*, რომღის ნოზოლოგიური ღამოუკიღებუღობის საკითხი ღღემღე პრობლემატური რეება. მიზოფრენიის ეს გიბი ხასიათღება მანიაკაღური და ღეარესიული მეგეეების არსებობით, რომელიაე თან ერთეის მიზოფრენიისათეის ღამახასიათებელი ამღიღობანი. ემოციური სფეროს სინღრომთა თადესებუღების,

აგაპიურობის, სხვადასხვა კლინიკური ფორმის ბოლევითი აშლილობების თანაარსებობა გახდა იმის მიზეზი, რომ ცალკე იქნა გამოყოფილი ჯგუფი. ამ გიჟს მიეკუთვნება *მანიაკალური გიჟის შიზოაფექტური აშლილობანი*, რომელსაც ახასიათებს გუნებგანწყობის მანიაკალურ ფონზე, ღეჳნის, ზემოქმედების აზრებითან თანდართული განდილების, უცხო წარმოშობის ბოლევითი იდეები. დაქვეითებული სიციალური ადაპტაციის ფონზე აღმოცენებული პიჳერაქტიურობა, გამღიზიანებლობა, ხშირად ხდება აგრესიული ქცეეების მიზეზი. *დეპრესიული გიჟის* დროს დაქვეითებულ გუნებგანწყობას, უძილობას, ინტერესების დაკარგვას თან ახლავს ზემოქმედების განცდა და ღეჳნის, დამოკიდებულების ბოლევითი იდეები. ხშირია სმენითი ჰალუცინაციები. შიზოაფექტური აშლილობა შესაძლოა *მერეული გიჟით* მიმდინარეობდეს. ამ დროს გამოხატულია მანიაკალური და დეპრესიული მდგომარეობების მონაცვლეობა.

შიზოფრენიული პროცესის მიმდინარეობა და პროგრედიენტულობა არაერთგვაროვანია. ამის გამო კლინიკურ ფორმებად ღიფერენციაციასთან ერთად შიზოფრენიას ჰყოფენ მიმდინარეობის გიჟის მიხედვითაც. ესაა *უწყვეტად მიმდინარე შიზოფრენია* – ღუნელმაგალი, ნაკლებად პროგრედიენტული ფორმებიდან (არამკვეთრად გამოხატული დეფიციტური ნიშნების ფონზე პარანოიალური, ფსიქოპათიისმაგვარი, ნეეროზისმაგვარი ჩივილებით) – აეთვისებიან, ე.წ. “ბირთველ” ფორმებამდე, როგორიცაა პარანოიდული, ჰალუცინაციურ-პარანოიდული, პარაფრენიული მდგომარეობები. აეთვისებიანი მიმდინარეობის დროს გაცილებით უფრო მალე ვითარდება ემოციური გასაღავება, აბულია, პიროვნების ღრმა შიზოფრენიული დეფექტი. *შუბისმაგვარი* (Schub – გერმანულად “ძერას” ნიშნავს), ანუ *შეტევისმაგვარ-პროგრედიენტული* შიზოფრენია მიმდინარეობს ფსიქოზური შეტეეების სახით, რომელთა შორის *რემისიები*ა ყოველი შეტეეის შემდეგ ნათლად ჩნდება შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ემოციურ-ნებითი სფეროს დაქვეითება, აზროვნების ინკოჳრენცია და სოციალური კონტაქტების დაკნინება. ამ გიჟის მიმდინარეობის დროს ყველაზე ხშირია მწვავე ბოლევითი სინდრომების სხვადასხვა ვარიანტები: კანდინსკი-კლერამბოს სინდრომი, დეპრესიულ-ბოლევითი, პიპოქონდრიულ-ბოლევითი, ჰალუცინაციურ-ბოლევითი მდგომარეობანი. დაავადების მიმდინარეობასთან ერთად რემისიები არასრული, ხანმოკლე ხდება, აეთვისებიანი მიმდინარეობისას კი, დროთა განმავლობაში, გადადის უწყვეტ გიჟში. *რეკურენტულ* (*პერიოდულ*) *შიზოფრენიას* ახასიათებს ღრმა, კარგი ხარისხის რემისიები და მიღრეკილება შეტეეების ფაზური განვითარებისადმი. ამ გიჟის დროს ძირითადად გვხვდება ონეიროიდულ-კატაგონიური, დეპრესიულ-პარანოიდული, ან მანიაკალურ-ბოლევითი შეტეეები. შიზოფრენიის ერთ-ერთ ყველაზე საყურადღებო გიჟს *ფებრილური* (ე.წ. “პიჳერტოზიკური”) *კატაგონია* წარმოადგენს. ეს შეტეეა ხასიათდება ტემჳერატურის მკვეთრი მომაგებით, გამოხატული მოგორული სტუპორით, რასაც თან სდევს ტვინის შეშუჳება. ფებრილური კატაგონიის დროს მაღალია ლეტალობის საშიშროება.

შიზოფრენიული პროცესის მიმდინარეობისას განვითარებული რემისიები არაერთგვაროვანია, რის გამოც მოწოდებულია მათი სისტემატიზაციის რამდენიმე ვარიანტი. ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებულია მ.ი.სერეისკის მიერ გამოყოფილი რემისიის გიჟები: გიჟი “ა” – სრული რემისია,

პიროვნების ცვლილების გარეშე, პროფესიული და სოციალური ჩვევების შენარჩუნება; “ბ” – ავადმყოფური სიმპტომების პრაქტიკულად სრული უკუგანვითარება, იოლად გამოხატული ნეგატიური ცვლილებები, ჩვეული საქმიანობის შესრულების გაგრძელება; “ც” – ფსიქოზური მდგომარეობის გაუმჯობესება, არასრული კრიტიკა დაავადების მიმართ, შრომის უნარისა და ჩვევების დაქვეითება; “დ” – საავადმყოფოს შიდა გაუმჯობესება, ფსიქოზური ნიშნების ნაწილობრივი რელუქცია, ქცევის საგრძნობი მოწესრიგება; “ო” – ავადმყოფის მდგომარეობა ცვლილებების გარეშე.

შიზოფრენიის მკურნალობა ძირითადად სინდრომულია, გამიზნული წამყვანი ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებების “ჩასაქრობად”. ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებიდან გამოიყენება *ნეიროლეფტიკები* (ქლორპრომაზინი – 250–400 მგ, ჰალოპერიდოლი – 15–20 მგ, სტელაზინი – 40–60 მგ, მაექსილი – 100–150 მგ დღე-ღამეში და სხვა), განსაკუთრებით გახანგრძლივებული (პროლონგირებული) მოქმედების პრეპარატები (მოდიტენ-დეპო, ფლუფენაზინ-დეკანოატი, ჰალოპერიდოლ-დეკანოატი), რომელთა ეფექტი 14–21 დღე გრძელდება. ამ პრეპარატებით გამოწვეული დისკინეზიური, აკატიზიური მოვლენების საწინააღმდეგოდ გამოიყენება ანტიპარკინსონული საშუალებანი (ციკლოდოლი, პარკოპანი). უკანასკნელ წლებში მოხდა ახალი ტიპის დოფამინური რეცეპტორების ანტაგონისტების სინთეზი, რომელთაც არა აქვთ გვერდითი მოვლენები პარკინსონული სინდრომების სახით. ამ პრეპარატებიდან ფართოდაა ცნობილი კლოზაპინი (აზალეპტინი, ლეპონექსი) და რისპერიდონი. ამ უკანასკნელს პოზიტიური ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების რელუცირებასთან ერთად, გააჩნია ნეგატიურ შიზოფრენიულ სიმპტომებზე ზემოქმედების უნარიც. კლასიკურ სურათში დეპრესიული მოვლენების არსებობისას მკურნალობის სქემებში ერთვება ანტიდეპრესანტები (ამიტრიპტილინი, აზალეპტინი, ტრიპტიზოლი და სხვა). დაავადების პოლიმორფული კლინიკა ხშირად თხოულობს ტრანკვილიზატორების, ნოოტროპების გამოყენებას, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე თერაპიის მიმართ რეზისტენტულ შემთხვევებს ეხება.

შიზოფრენიის მკურნალობის არამედიკამენტოზური მეთოდებიდან დღეისათვის ყველაზე გავრცელებულია *ელექტრო-კრუნჩხვითი თერაპია*, რომელიც ძირითადად დაავადების კატატონიური ფორმის, განსაკუთრებით კი, ფეხბრილური კატატონიის სამკურნალოდ გამოიყენება. თერაპიის ეს მეთოდი დეპრესიული სიმპტომატიკით მიმდინარე შემთხვევებშიც იხმარება. ელექტრო-შოკური თერაპია ეფექტურია აგრეთვე ფარმაკოლოგიური რეზისტენტობის გადასალახავად. 30 – 40-ან წლებში მეტად პოპულარული იყო ინსულინურ-შოკური თერაპია, რომელსაც ბოლო დროს აღარ იყენებენ რთული სამკურნალო პროცედურის და ნაკლები ეფექტურობის გამო.

უკანასკნელ წლებში, შიზოფრენიის ფსიქოზურ გამოვლინებათა მკურნალობასთან ერთად, სულ უფრო დიდი როლი ენიჭება ავადმყოფთა *ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას* – ფსიქოთერაპიულ მეთოდიკათა ფართო სპექტრს (ინდივიდუალური და ჯგუფური თერაპიის სხვადასხვა ფორმები, როგორიცაა ქცევითი, ოჯახური თერაპია და სხვა), რომელსაც თან ერთვის

პაციენტის სოციალურ გარემოში დაბრუნებისათვის გამიზნულ ღონისძიებათა კომპლექსი (შრომათერაპია, არტთერაპია, მელოთერაპია და სხვა).

პარანოია ქრონიკულად მიმდინარე ბოლევით ფსიქოზებს მიეკუთვნება. ჰიპოკრატეს დროიდან ამ გერმინით განისაზღვრებოდა ფსიქიკურ აშლილობათა ფართო სპექტრი, რომელშიაც გაერთიანებული იყო სხვადასხვა სახის ბოლევითი აშლილობანი. XIX საუკუნისათვის მოხდა “პარანოიის” გამოყოფა ცალკე, დამოუკიდებელ დაავადებად, რომლის ძირითად კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენდა მომჩივნელობის (ევერულანტობის), ღეენის, განდილების ან სხვა შინაარსის სისტემატიზებული, ჩამოკვეთილი სტრუქტურის მქონე, მონოთემატური ბოლევითი იდეები პალუცინაციების გარეშე. ნათელი ცნობიერების, მოწესრიგებული ქცევისა და ზოგადად სწორი ამროვნების ფონზე, ბოლევითი “სისტემების” ჩამოყალიბების ფენომენი, კრეპელინისათვის (1903 წ.) ამ მდგომარეობების ცალკე ნოზოლოგიურ ჯგუფად გამოყოფის საბაბი გახდა. ე. კრეჩმერმა განაზოგადა პარანოიის განვითარების კანონზომიერებები და აღწერა ამ ავადმყოფობის ჩამოყალიბებისათვის დამახასიათებელი ტრიადა: ხასიათი, გარემო და განცდა. ამ მოსაზრებებზე დაყრდნობით, პარანოია ან როგორც მას კიდევ უწოდებენ *ქრონიკული ბოლევითი აშლილობანი* დამოუკიდებელ დაავადებად განიხილება. მეკლევართა უმრავლესობა მას ენდოგენურ დაავადებათა ჯგუფს მიაკუთვნებს, თუმცა ერთიანი აზრი ამის შესახებ დღეისათვის არ არსებობს. მიჩნეულია, რომ ამ მდგომარეობათა განვითარებაში, სხვა ფაქტორებთან ერთად, გარკვეული როლი ციკლოიდურ, პიკნიურ კონსტიტუციას მიუძღვის.

პარანოია ნაკლებად გავრცელებული დაავადებაა – მისი სიხშირე – 0,025–0,03%-ია ერთ სულ მოსახლეზე, ხოლო ახალი შემთხვევა 1 – 300000 ადამიანზე. იგი, ძირითადად, 35–40 წლის ასაკში ვითარდება და უმეტესად ქალებში გვხვდება.

პარანოია იწყება თანდათანობით, შემპარავად, რეალური სიტუაციებისა და კონფლიქტების გადამეტებული, ზედირებულოვანი შეფასების შედეგად. დროთა განმავლობაში ზედირებულოვანი იდეების მიმართ ქვეითდება კრიტიკა და ყალიბდება ჩამოკვეთილი, სისტემური ბოლევითი იდეა. პარანოიალური იდეების “დასამტკიცებლად” ავადმყოფები აგებენ მკაცრ ლოდიკურ სისტემებს, ეყრდნობიან მოგონებებს, რომლებსაც შემდგომში არასწორ ინტერპრეტაციას უკეთებენ. გარკვეულ “ფალსიფიკაციას” უწევენ ცხოვრებისეულ ფაქტებს ან ცალმხრივად აშუქებენ მათ. ყველაფერი ეს სთენიურობას, “ბრძოლის უნარს” აძლევს მათ და შესაბამისად წარმართავს ქცევებს. ბოლევითი პროდუქციების “ჩარჩოებს” მიღმა ავადმყოფები ნორმალურ, სრულფასოვან ცხოვრებას ეწევიან. აღქვატურად იქცევიან ოჯახში, სამსახურში, ახლობლებთან. ადაპაცია იმდენად სრულყოფილია, რომ ბოლევითი თემატიკის მიღმა, პათოფსიქოლოგიური მეთოდიკებითაც კი ვერ ხერხდება ამროვნების პათოლოგიის დადგენა.

არსებობს პარანოიის კლინიკური სისტემატიზაციის მრავალი ვარიანტი. მათგან ყველაზე მიღებულია ე.კრეჩმერის (1918) დაყოფა: *ექსპანსიური, სენზიტიური* და *სურვილების პარანოია*. *ექსპანსიური პარანოია* აერთიანებს პარანოიალური ბოლვის იმ ფორმებს, რომელთაც ახასიათებთ აქტიური

“თვითღამკვიდრების” მოტივაცია და ბრძოლა ბოლევითი დაყენებების რეალიზაციისათვის. ესაა: კევრულანტური, ანუ მომწიფელობის ბოღვა – “სამართლიანობის მაძიებლობის”, გამომგონებლობის, პოლიტიკური სისტემების და სხვა. ეს ადამიანები აქტიურად ცდილობენ დაამტკიცონ თავისი “სიმართლე”, წერენ სტატიებს ჟურნალ–გაზეთებში, ჩივიან სასამართლოში, ებრძვიან სავარაუდო მოწინააღმდეგეებსა და მტრებს. *სენზიტიური ფორმა* განპირობებულია სოციალური ადაპტაციის გაძნელებით, “ზემგრძნობელობით”, დაუკმაყოფილებლობის, არასრულფასოვნების განცდის ბოღვით რეგისტრში გაღმრდით, ცხოვრებისეული კონფლიქტების, იმედგაცრუებების, დანაკარგების მოჭარბება იწვევს დამოკიდებულების, პიპოქონდრიული და შესაძლოა დეენის პარანოიალური იდეების განვითარებას. *სურვილების პარანოიის* მაგალითია ეროტიული (სიყვარულის) ბოღვა, რომლის დროსაც ავადმყოფი დარწმუნებულია რომ იგი უყვარს რომელიმე კონკრეტულ პიროვნებას და ყველაფერში ხედავს “შეყვარებულის” გრძნობების გამოხატვას. ამკარა ურთიერთობების არარსებობა აიხსნება მასში “შეყვარებული” პიროვნების გაუბეღობით, სიმორცხვით. ხშირად ავადმყოფი თავად ღვავს “გაღამწყვეტ ნაბიჯს”, რაც რეალური კონფლიქტის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

პარანოია, როგორც წესი, პრაქტიკულად განუკურნებელ დაავადებებს მიეკუთვნება, თუმცა ხანგრძლივი და სისტემატური მკურნალობით შესაძლოა მიღწეულ იქნას სიმპტომატიკის გარკვეული შერბილება. ნეიროლესიური და ტრანკვილიზაციური პრეპარატებით შესაძლებელია აფექტური დამაბულობის შესუსტება. ამასთან ერთად აუცილებელია ფსიქოთერაპიის გამოყენება, განსაკუთრებით იმ მეთოდების, რომლებიც უადვილებენ პაციენტს ადაპტაციას გარემოსთან და ხსნიან დამაბულობას.

მანიაკალურ–დეპრესიული ფსიქოზი ანუ ციკლოფრენია ენდოგენური ბუნების ფსიქიკურ დაავადებებს მიეკუთვნება. სტატისტიკური მონაცემებით იმ მდგომარეობათა სიხშირე, რომლებიც შესაძლებელია დავაკავშიროთ ცირკულარული ტიპის აშლილობებთან, მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა მხარეში, მერყეობს 0,5-დან 0,8%-მდე. აქედან შემთხვევათა 30%-ზე მეტი ბიპოლარული ტიპისაა. 60–65%-ს დეპრესიული აშლილობები შეადგენს. მანიაკალურ შეტევათა სიხშირე 5%-ს არ აღემატება. დეპრესიული მონოპოლარული შეტევები უხშირესად ქალებში გვხვდება – 30–40 წლის ასაკიდან და მაქსიმალურ სიხშირეს 45–50 წლის ასაკის ქალებში აღწევს. მამაკაცებში ეს დაავადება უფრო იშვიათია – 30–35%-ში. შიზოფრენიისაგან განსხვავებით ციკლოფრენია კეთილთვისებიანი დაავადებაა და არ იწვევს პიროვნების ფსიქიკური ფუნქციების დაქვეითებას ან დეგრადაციას.

ციკლოფრენიის ეთიო–პათოგენეზი უცნობია, თუმცა დადგენილია, რომ მის აღმოცენებაში მნიშვნელოვანი როლი მიუძღვის ისეთ ენდოგენურ ფაქტორებს, როგორიცაა მემკვიდრეობა და ფსიქო–ფიზიკური კონსტიტუცია. სხევე, როგორც შიზოფრენიის დროს, მაღალია დაავადების რისკი მონომიგოტურ ტყუებში, დიმიგოტურ ტყუებთან შედარებით. განსაკუთრებით მაღალია ეს მონაცემები დაავადების ბიპოლარული მიმდინარეობის შემთხვევებში – 50-დან

92,5%-მდე. ეკრემერის მონაცემებით ბიპოლარული აფექტური ფსიქოზებით დაავადებისადმი მეტწილად პიკნიური კონსტიტუციის, ხოლო დეპრესიული აშლილობებისადმი — ლეპტოსომური კონსტიტუციის პიროვნებები არიან მიდრეკილნი. პათოგენური მექანიზმებიდან, მკვლევართა ნაწილი მიუთითებს სინაპსური გადაცემის მოშლამე. ჰიპოთალამუსისა და გვინის სხვა ბაზალური სტრუქტურების ნეირონებში, რაშიც მნიშვნელოვან როლს, სინაპსურ ნაპრალებში, ნეირომედიატორთა კონცენტრაციის დარღვევებს მიაწერენ. დეჰსამეტაზონური ცდა ენდოგენური დეპრესიის დროს მიუთითებს კორტიზოლის ჰიპერსეკრეციაზე ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ სისტემაში, თუმცა ამ ცდის მონაცემები არ შეიძლება სრულიად სარწმუნოდ ჩაითვალოს.

დღემდე გადაუწყვეტელ პრობლემად რჩება მანიაკალური და დეპრესიული შეტევებით მიმდინარე აშლილობათა ნომოლოგიური იდენტიფიკაციის საკითხი. მელანქოლიური და მანიაკალური შეტევების მონაცვლეობით მიმდინარე ავადმყოფური მდგომარეობანი ანტიკური პერიოდიდან იყო ცნობილი. ესკიროლმა (1838) პირველმა გამოთქვა აზრი, რომ ეს ფაზები ერთი დაავადების გამოხატულებაა. ამავე აზრს იზიარებდნენ ფალრე, ბაიარე და მანიანი. კრეპელინმა, ფსიქიკურ დაავადებათა ნომოლოგიური პრინციპით სისტემატიზაციის პროცესში, 1899 წელს, ენდოგენურ დაავადებათა ჯგუფს მიაკუთვნა *მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი*, როგორც დამოუკიდებელი დაავადება, რომლისთვისაც დამახასიათებელი იყო დეპრესიულ და მანიაკალურ მდგომარეობათა მონაცვლეობა. მას შემდეგ მანიაკალურ-დეპრესიულმა ფსიქოზმა, ანუ ციკლოფრენიამ ადგილი დაიმკვიდრა, როგორც დაავადებამ ფაზური, ბიპოლარული მიმდინარეობით, მაშინ როდესაც მონოპოლარული (მეტწილად დეპრესიული) შეტევებით მიმდინარე შემთხვევებისათვის ვერ გამოინახა “ნომოლოგიური ნიშა”. თანამედროვე ფსიქიატრიის თვალთახედვით აფექტურ აშლილობათა ჯგუფში შეყვანილი ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობანი განიხილებიან ნომოლოგიური ჩარჩოებიდან მოწყვეტით, როგორც დამოუკიდებელი ავადმყოფური მდგომარეობანი და მათი სისტემატიზაცია ხდება აფექტური სინდრომის კლინიკური შინაარსისა და ავადმყოფური მდგომარეობის ხანგრძლივობის მიხედვით.

აფექტურ აშლილობათა კლინიკური გამოვლინებებს მიეკუთვნება სხვადასხვა ხარისხისა და ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურის აშლილობანი.

მანიაკალური ეპიზოდი, ანუ კლასიკური მანიაკალური სინდრომი ხასიათდება სიმპტომთა *გრიადით*, რომელიც შედგება: 1. *გუნებგანწყობის აწევის*, 2. *ასოციაციების აჩქარებისა* და 3. *მოგორული-სფეროს აგზნებისა* გან. თავის მხრივ, მანიაკალური მდგომარეობა, სიმბიზის მიხედვით იყოფა სამ ხარისხად. ~~ჰიპომანია~~ მანიაკალური მდგომარეობის იოლი, ნაკლებად ინტენსიური ფორმაა. *გუნებგანწყობის* ფონი ამ დროს უმნიშვნელოა აწეული, ყურადღებას იქცევს განსაკუთრებული აქტივობა, სიმხნევე, ხალისი, მომატებული შრომის უნარი და პროდუქტიულობა, ენერგიულობა. ამავე დროს თვალში საცემი ხდება ეიფორიულობა, საკუთარი შესაძლებლობების გადაფასება, უხეშობა. აღნიშნული მოვლენები არ იწვევს პიროვნების სოციალური ფუნქციებისა და როლის სერიოზულ დარღვევას. ჰიპომანიის შეტევა შესაძლოა წინ უსწრებდეს გამოკვეთილი მანიაკალური მდგომარეობის განვითარებას. *მანია ფსიქოზური*

სიმპტომების გარეშე ხასიათდება არაადექვატურად მომატებული გუნებგანწყობის ფონით, რომელიც უდარდელი განწყობიდან უკონტროლო აგზნებამდე მერყეობს. ყურადღების კონცენტრაციის შეუძლებლობის, მეტყველებითი აგზნების და თვითკონტროლის დაქვეითების გამო ავადმყოფს უჭირს მიზანმიმართული მოქმედება და სიტუაციის სწორი, ღრმა ანალიზი. ასოციაციები მედაპირულია, გერელე. ყველაფერი ეს განაპირობებს ექსტრავაგანტურ და არაპრაქტიკულ (დიდი თანხების ფლანგვა, დემონსტრაციული საქციელი და ა.შ.) ქცევებს. ამ ტიპის მანია ერთი კვირიდან ერთ თვემდე გრძელდება და პრაქტიკულად ჩვეული საქმიანობისა და ცხოვრების წესის სრულ მოშლას იწვევს. მანიაკალური მდგომარეობის მძიმე ხარისხია – *მანია ფსიქომური სიმპტომებით*. აწეულ გუნებგანწყობასთან, საკუთარი შესაძლებლობების გადაფასების და მნიშვნელობის აზრებთან, უკრიტიკობასთან ერთად გვხვდება განდიდების, უცხო წარმოშობის ბოღვითი იდეები. ასოციაციები არათანმიმდევრულია, წყვეტილი, მეტყველება აჩქარებული, ხშირად გაუგებარი. ხშირია ფრაგმენტული პალუცინაციური ჩართვებიც. რიგ შემთხვევებში შესაძლოა აგრესიული ქცევები.

ენდოგენურ ანუ “*კლასიკურ დეპრესიას*” ახასიათებს ძირითადი სიმპტომების ტრიადა. ესაა: 1) *გუნებგანწყობის დაქვეითება*, 2) *ასოციაციათა ტემპის შენელება* და 3) *მოგორული შეკაება*. გარდა ამისა დეპრესიულ მდგომარეობას ახასიათებს ინტერესებისა და მოთხოვნილებების გაქრობა, დაკმაყოფილების მიღების შეუძლებლობა (ანჰედონია), დაქვეითებული თვითშეფასება და თვითდამცირების, ცოდვიანობის იდეები, ძილისა და მაღის დარღვევა. სიმძიმის მიხედვით დეპრესიული აშლილობა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს რამდენიმე ხარისხით. *მსუბუქი დეპრესია* გამოვლინდება გუნებგანწყობის დაწევით, უხალისობით, ინტერესებისა და მოთხოვნილებების დაქვეითებით, ასთენიზაციით. ავადმყოფი, როგორც წესი, შეწუხებულია თავისი მდგომარეობით, პროფესიული და სოციალური მოვალეობების შესრულების გაძნელებით, მაგრამ ეს მდგომარეობა მას ხელს არ უშლის. *ზომიერად გამოხატული დეპრესიის* დროს სახეზეა დეპრესიისათვის დამახასიათებელი ნიშნების ამკარა და მკაფიო არსებობა, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს შრომითი, საოჯახო და სხვა სოციალური ფუნქციების შესრულებას. ამასთან, წინა პლანზე გამოდის სომატური ხასიათის ჩივილები და ხშირად წამყვან ადგილს იჭერს ავადმყოფის განცდებში. *მძიმე დეპრესიას ფსიქომური სიმპტომების გარეშე* ახასიათებს გამოხატული შფოთვა და მოუსვენრობა ან მოგორული სტუპორი. თვითდამცირების, ცოდვიანობის და თვითბრალდების იდეები მნიშვნელოვნად ზრდიან სუიციდის რისკს. მკაფიოდაა გამოხატული სომატური სიმპტომები, რომელთაგანაც აღსანიშნავია სიმპატიკოგონიის შედეგად განვითარებული ე.წ. “პროტოპოპოვის ტრიადა”: პულსის აჩქარება, გუგების გაფართოვება და ყაბზობა. *ფსიქომური დარღვევებით მიმდინარე მძიმე დეპრესია* გამოირჩევა გუნებგანწყობის ღრმა დაქვეითებასთან შერწყმული ცოდვიანობის, თვითბრალდების, ავადმყოფის მიგებით მოსალოდნელი კატასტროფის, სრული გადატკეპის ბოღვითი იდეების, უსიამოვნო შინაარსის პალუცინაციების თანაარსებობით. “*ხმები*” ძირითადად ბრალდების, შეურაცხყოფის, დამცირების შინაარსისაა. ხშირია ლაობის, ხრწნის, და სხვა არასასიამოვნო ხასიათის

ენობითი პალეოცინაიები. მოგორულმა შეკავებამ შესაძლოა სტუპორის დონეს მიაღწიოს.

ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში აღნიშნული ემოციური ამლილობანი, ძირითადად, *მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის, ანუ ციკლოფრენიის* რამდენიმე ვარიანტის სახით ელისდება. ციკლოფრენიის კლასიკურ კლინიკურ ვარიანტს *ბიპოლარული ამლილობა* წარმოადგენს. იგი ხასიათდება *მანიაკალური და დეპრესიული* ეპიზოდების პერიოდული მონაცვლეობით. შეტევებს შორის *ინტერმისიის მდგომარეობა*, ანუ ე.წ. *“ნათელი პერიოდი”*, როდესაც პიროვნება პრაქტიკულად ჯანმრთელია. დეპრესიული და მანიაკალური ფაზები გამოვლინდებიან სხვადასხვა ინტენსივობის, სიღრმისა და კლინიკური ნაირსახეობის მდგომარეობებით – ბიპოლარული ამლილობიდან ღრმა, ეტიკალურ დეპრესიამდე. ტიპური, ანუ “კლასიკური” აუქტური ამლილობების გარდა შესაძლოა შეგვხვდეს შერეული მდგომარეობანიც: ბიპოლარულ-სენესტოპათიური დეპრესია, დეპრესია აკუთავებით, აეტიკური დეპრესია და სხვა. მანიაკალური შეტევა ერთი კვირიდან 3–4 თვემდე გრძელდება, ხოლო დეპრესიული სამუდაოდ 6 თვეს. ბიპოლარული ტიპის გარდა არსებობს მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის *მონოპოლარული* მიმდინარეობაც. იგი ძირითადად გამოვლინდება პერიოდულად, “რეკურენტულად” მიმდინარე დეპრესიული შეტევების სახით.

ქრონიკულად მიმდინარე აუქტურ ამლილობებს მიეკუთვნება ციკლოთიმია და დისტიმია. *ციკლოთიმია* ხასიათდება იოლი დეპრესიისა და ბიპოლარული მდგომარეობის მონაცვლეობით. ემოციური ღარღვევები, როგორც წესი, არ აღწევენ მკაფიო კლინიკური სურათისათვის ჩამოყალიბებისათვის საკმარის დონეს. მით უმეტეს, რომ უხალისობის, აქტივობის დაქვეითების ან მაღალი შრომის უნარიანობისა და სიმხნევის შეგრძნებები არ განიცდება ალაბიანის მიერ როგორც აუადმყოფური. ისევე, როგორც ციკლოფრენიას – ციკლოთიმისავე ახასიათებს პერიოდული მიმდინარეობა და ფაზებს შორის ნათელი პერიოდები. *დისტიმია* შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სუბდეპრესიული მდგომარეობების პერიოდული, ხშირად სეზონური (დაკავშირებული წელიწადის რომელიმე დროსთან) არსებობა. დისტიმური მელანქოლიური გუნებგანწყობა, ძირითადად გამოვლინდება დისტიმურის, იოლი ანჰედონიის, ნეკროზული ჩივილების სახით, რომელიც რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე გრძელდება. 40–45 წლის ასაკში, სხვადასხვა სომატური პათოლოგიის (ალმენტარული დისტროფია, მძიმე სომატური დაავადება, ოპერაციის ან მშობიარობის შემდგომი პერიოდი, პოსტინფექციური მდგომარეობა) ან ფსიქოგენიის ფონზე შესაძლოა განვითარდეს პერიოდულად მიმდინარე დეპრესიული მდგომარეობანი, რომელთაც ახასიათებთ ატიპური, წამლილი კლინიკური სურათი – *კეიტბრეხტის ენდორეაქტიული დისტიმია*.

აუქტური ამლილობების და საერთოდ ციკლოფრენიის მკურნალობა დამოკიდებულია კლინიკურ სურათში წარმოდგენილი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომის ნაირსახეობაზე.

დეპრესიული ღარღვევების დროს წამყვანია მედიკამენტური თერაპია

ანტილეპრესიანტებით. მათ შორის ეფექტურობითა და მოქმედების უარყოფით სპექტრით გამოირჩევა ტრიციკლიური ან ტეტრაციკლიური ანტილეპრესიანტები: იმიპრამინი – 200 მგ-მდე დღე-ღამეში, ამიტრიპტილინი – 200 მგ-მდე დღე-ღამეში, მაპროტილინი – 150 მგ-მდე დღე-ღამეში და სხვა. უარყოფით გამოიყენება აგრეთვე სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (ულუქსეტინი, კლამიპრამინი, პაროქსეტინი), რომლებიც განსაკუთრებით შედეგიანია დისტონიის მკურნალობისას და მათ -ს ინჰიბიტორები. ანტილეპრესიანტებთან ერთად, კლსინკური სურათის გათვალისწინებით, საჭირო ხდება ტრანკვილიზატორების, ზოგჯერ კი ნოოტროპების ან ლითიუმის მარილების ჩართვა. ლეპრესიულ ამლილობათა მკურნალობის ერთ-ერთ ეფექტურ ეფექტურ თანამედროვე მეთოდს *ელექტრო-კრუნჩხვითი თერაპია* წარმოადგენს. განსაკუთრებით ეფექტურია ეს მეთოდი იმ შემთხვევებში, როდესაც საჭიროა სწრაფი ეფექტის მიღება (ანტილეპრესიანტების სრულყოფილი თერაპიული ეფექტი 4 კვირის შემდეგ ვლინდება) ან გამოსატყობი რეზისტენტობა ფსიქოტროპული საშუალებების მიმართ.

მანიაკალური მდგომარეობის მკურნალობისათვის გამოიყენება ნეიროლეფსიური საშუალებების უარყოფით სპექტრი, რომელთა შერჩევა შეტყვის კლსინკურ სურათსა და ინტენსიუობაზეა დამოკიდებული. მწვავე მანიაკალური მდგომარეობის სამკურნალოთ იხმარება პალოპერიდოლი – 10–20 მგ დღე-ღამეში, ქლორპრომაზინი 100-დან 500მგ-მდე.

უაზური, ციკლური მიმდინარეობისას ნაჩვენებია ლითიუმის მარილების, კერძოდ კი ლითიუმის კარბონატის გამოყენება, რომლის დოზის შერჩევა დამოკიდებულია პრეპარატის კონცენტრაციაზე სისხლში (არა უმეტეს 0,7–1,1 მგ-ქვე/ლ-ზე). როგორც მანიის, ასევე ლეპრესიის მკურნალობაში კარგი თერაპიული ეფექტით ხასიათდება ლითიუმის პრეპარატებთან კარბამაზეპინის (ფინლეპსინი, ტეგრეტოლი) კომბინაცია.

გაცილებით მატულობს მკურნალობის ეფექტურობა, როდესაც მედიკამენტურ თერაპიას თან ერთვის *ფსიქოთერაპიული* ღონისძიებანი. განსაკუთრებით ეფექტური თერაპია, რომელიც მიმართულია ლეპრესიის თანმხლები უძღურობისა და უიმედობის, უპერსპექტივობის განცდის დასაძლევად, სეგატიური აზროვნული დაყენებების კორექციისაკენ.

ორგანული ბუნების ფსიქიკური აშლილობანი.
ტრავმული და სისხლძარღვოვანი ფსიქოზები.
ეპილეფსია

ორგანული ბუნების ფსიქიკურ დაავადებებს მიეკუთვნება ისეთი დაავადებები, რომელთა დროს ხდება თავის გვინის ნეირონების ორგანული დაზიანება. გამოხატულია ცერებრალური დაავადების გამომწვევი თვალსაჩინო ეთიოლოგია, გვინის დაზიანების ან ცერებრალური დისფუნქციის გამომწვევი მავნე ფაქტორების სახით. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ ასეთი სისტემატიზაცია მეტად ფორმალურია და სრულად არ ასახავს ამ ჯგუფში გაერთიანებულ დაავადებათა ეთიო-პათოგენეზურ განსხვავებებს. ასე მაგალითად, ორგანულ ფსიქოზთა ჯგუფშია შეყვანილი თავის გვინის ატროფიული დაავადებები (პიკის და ალცჰაიმერის დაავადებები, ვერნიკეს პრესბიოფრენია), ეპილეფსია – მაშინ, როდესაც მათი ეთიოლოგია ბოლომდე დადგენილი არ არის და ისინი ენდოგენურ-ორგანული ბუნების პროცესებს უფრო ეკუთვნიან. მრავალ მიზეზთა შორის, რომლებიც იწვევენ ცერებრალურ დისფუნქციას, აღსანიშნავია თავის გვინის სისხლძარღვთა სკლეროზით განპირობებული ფსიქიკური აშლილობანი, მოხუცებულობითი ფსიქოზები, თავის ქალას ტრავმის შედეგად განვითარებული მდგომარეობანი, ნეირონების ატროფიით გამოწვეული დაავადებები და ეპილეფსია.

თავის ქალას ტრავმული დაზიანების დროს ხშირია ფსიქიკური აშლილობანი. სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები ვითარდება, როგორც უშუალოდ ტრავმის შემდეგ, ასევე ტრავმის შემდგომ მწვავე პერიოდში და ტრავმიდან საკმაოდ დიდი დროის გასვლის შემდეგაც. თავის ქალას დაზიანება შეიძლება გამოვლინდეს შერყევის (*კომოცია*), დაქვეითების (*კონტუზია*) და თავის გვინზე ზეწოლის (*კომპრესია*) სახით. ტრავმა, თავის მხრივ, შესაძლოა იყოს *ღია* და *დახურული*.

ტრავმის მწვავე პერიოდში, ძირითადად, ვითარდება ცნობიერების შეცვლის სხვადასხვა ფორმა. ყველაზე ხშირია *სომნოლენცია*, *სოპორი* ან *კომა*. გაბრუების სიღრმე ტრავმის სიმძიმეზეა დამოკიდებული.

ტრავმის შემდგომ პერიოდის ფსიქიკური გართულებებიდან, რომლებიც ვითარდებიან რამდენიმე დღიდან – რამდენიმე თვის ინტერვალში, საყურადღებოა *ტრავმული დელირი*, რომელიც მხედველობითი ჰალუცინაციების მოზღვაებითა და მწვავე ფსიქო-მოგორული აგზნებით ხასიათდება. მძიმე შემთხვევებში დელირიოზული მდგომარეობა შესაძლოა გადაიზარდოს *აზრეციაში*, რომელიც ხშირად ლეტალურად თავდება. შესაძლოა განვითარდეს *ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლა* აფექტური დაძაბულობით, აგრესიით, ფსიქო-მოგორული აგზნებითა და ამბულატორიული ავტომატიზმის ელემენტებით. იშვიათად ვითარდება *ონეიროიდული მდგომარეობა*, რომელსაც თან ახლავს დროის გეპის ცვლილების (აჩქარების ან შენელების), სხეულის სქემის მოშლის განცდა და მოგორული შეკავება ცნობიერების

შეცვლის პერიოდების გავლის შემდეგ, როგორც წესი, ვითარდება *კორსაკოვის აშენიური სინდრომი*, რომელიც სიმყარითა და ხანგრძლივი მძიმდინარეობით გამოირჩევა. ტრავმის ამ პერიოდისათვის დამახასიათებელია ასთენიური, ასთენიურ-დეპრესიული ფონის ღომინირება გამოხატული ემოციურ-ვეგეტატიური ლაბილობით და მნესტიური ფუნქციების საგრძნობი დაქვეითებით. აუქტუური რეგისტრის აშლილობებიდან საყურადღებოა *მორიატული სინდრომი* – გუნებგანწყობის ეიფორიული ფონით, შემაწუხებელი ოხუნჯობით, უცნებურო ხუმრობებითა და მანერული ქსევებით. შესაძლოა არასისტემატიზირებული, ფრაგმენტარული განდიდების ბოლეთი იდეების არსებობა. ნევროლოგიური სიმპტომების ფართო სპექტრიდან საყურადღებოა ოკულოსტატიური ფენომენი.

თავის ქალას დამიანების შორეული გართულებები ვითარდება ტრავმის მიღებიდან 6–8 თვის და მეტი დროის გასვლის შემდეგ. ეს მდგომარეობანი გამოირჩევიან სიმყარითა და შეუქცევადობით.

ყველაზე ხშირ და შედარებით იოლ დარღვევას მყარი ასთენიური სიმპტომოკომპლექსი – *ტრავმული ცერებრასტენია* წარმოადგენს. იგი ხასიათდება ფიზიკური და ფსიქიკური განღვებადობით, ყურადღების კონცენტრაციის მკვეთრი დაქვეითებით, გამღიზიანებლობით, ემოციური ლაბილობით, მიდრეკილებით დისფორიული აუქტისადმი, პიპერესთეზიებით (განსაკუთრებით ტემპერატურისა და ატმოსფერული წნევის მიმართ). თავის ქალას ტრავმამ შესაძლოა გამოიწვიოს მყარი ხასიათობრივი ცვლილებები – *ტრავმული ენცეფალოპათია*. ტრავმული ენცეფალოპათიის ყველაზე გავრცელებული სახეა *ასტენია*, რომლის დროსაც წინა პლანზეა ორგანული ფსიქოსინდრომისათვის დამახასიათებელი – მეხსიერების დაქვეითება, შემეცნებითი ფუნქციების დაკნინება, ემოციური სუსტსულოვნება, აღინამიურობა. *ექსპლოზიური ტიპი* ხასიათდება გამღიზიანებლობით, ეგოცენტრიულობით, კეერულანტობით, უხეშობით, თვითკონტროლის უნარის დაქვეითებით, აგრესიულობითა და კონფლიქტურობით. *ეიფორიული ტიპი* გამოირჩევა გუნებგანწყობის აწევასთან შერწყმული აფორიაქებით, მოუსვენრობით, კრიტიკის დაქვეითებითა და უდარდებლობით. *აპათიური ვარიანტის* დროს წამყვანია ემოციური განურჩევლობა, აღინამიურობა და ასპონტანურობა, მოძრაობათა სიტლანქე და ინტელექტუალური პროცესების დაქვეითება.

ერთ-ერთ სერიოზულ ტრავმისშემდგომ გართულებას *ტრავმული ეპილეფსია* წარმოადგენს. ეპილეფტაფორმულმა გულყრებმა, რომლებიც გვხვდება დაავადების მწვავე პერიოდში, თავის გვინის ქერქში ნაწიბუროვანი პროცესების, ცისტების ან სხვა მსგავსი კერების ჩამოყალიბების შედეგად შესაძლოა მყარი და სტაბილური ხასიათი მიიღოს. გულყრებს ამ დროს უხშირესად გენერალიზებული ან ჯექსონის ტიპის კლინიკა აქვს. საყურადღებოა გენერალიზებული გულყრების დროს მოტორული კომპონენტების ასიმეტრიულობა. კრუნჩხვითი განტვირთვების გარდა შესაძლოა განვითარდეს დისფორიის შეტევები, ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის პაროქსიზმები.

ტრავმულე ქეუასტგობა თავის ქალას დამიანების ყველაზე მძიმე გამოვლინებაა. ეს მდგომარეობა, ფაქტიურად ტრავმული ენცეფალოპათიის უმძიმესი ფორმაა. პოლიმორფული ნევროლოგიური სიმპტომატიკის ფონზე

სჭარბობს ეიფორიული ან დისეფორიული გუნებგანწყობა. გამოხატულია ინტელექტური პროცესების მნიშვნელოვანი დაქინება, კრიტიკის უნარის სრული მოსპობა, მეხსიერების საგრძნობი დაქვეითება. ამ გავრცელებული ფორმების გარდა თავის ქალას გრავემის შორეული გართულებები შესაძლოა გამოვლინდნენ პერიოდულად მიმდინარე ე.წ. *რეზიდუალურ-ორგანული ფსიქოზების* სახით. მათ ახასიათებთ სწრაფი განვითარება და ასეთივე სწრაფი რელექცია. ფსიქოზური აშლილობანი გამოვლინდება ფსიქომოტორული აგზნებით ან სტუპორით, არასისტემატიზებული ბოღვითი პროდუქციებით, ლეპრესიული ან მანიაკალური შეტევებით. ამ მდგომარეობათა პროდრომულ პერიოდში გამოხატულია ასთენიის გაძლიერება, თავის ტკივილები, თავბრუსხვევა. მოგვიანებით პერიოდში განვითარებული გრავემული ფსიქოზების პროვოკაციას ხშირად იწვევს ალკოჰოლის ჭარბი მიღება, ინფექციები, გადაღლა, ფსიქოგენური ფაქტორები და სხვა.

თავის ქალას გრავემებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია. მწვავე პერიოდში გრავემული მოკის, ტენიის შეშუპების წინააღმდეგ მიმართულ მკურნალობასთან ერთად საჭირო ხდება გრანკვილიზატორების, ნოოტროპების, ბეჯჯერ კი, ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობათა დომინანტობისას, ნეირილეფტიკების გამოყენება. გრავემის შორეული გართულებების მკურნალობისას ფართოდ გამოიყენება B-ჯგუფის ვიტამინები (B1, B6, B12), ნოოტროპები (პირაცეტამი, ამინალონი, გამალონი, ენცეფაბოლი), გრანკვილიზატორები. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ღლის რეჟიმს, კვებას, საყოფაცხოვრებო პირობებს. დაუშვებელია თამბაქოსა და ალკოჰოლის მიღება, ძლიერი ფიზიკური და ფსიქიკური სტრესები.

თავის ტენიის სისხლძარღვთა დაზიანებებით გამოწვეულ ფსიქიკურ აშლილობებს შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება ტენიის არტერიების ათეროსკლეროზით განპირობებული მდგომარეობანი.

ათეროსკლეროზი სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებაა. მის ერთ-ერთ სახეს *ცერებრული ათეროსკლეროზი* წარმოადგენს, რომლის დროსაც ხდება თავის ტენიის სისხლძარღვების უპირატესი დაზიანება — ლიპიდური ცელის მოშლის გამო ქოლესტერინის “ფოლაქების” დაგროვება სისხლძარღვის კედლის შიდა გარსში. ამის შედეგია ტენიის სისხლით მომარაგების შესუსტება, რაც, თავის მხრივ, ნერვული ქსოვილის სხეადასხვა სიმძიმის დაზიანებას იწვევს. ცერებრული ათეროსკლეროზის დებიუტში ხშირად გვხვდება ასთენო-ნევრასთენიული სიმპტომატიკა: აღვილად დაღლილობა, ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება, ემოციური ლაბილობა, ძილის დარღვევები. საყურადღებოა, ხშირი თავბრუსხვევები, თავის ტკივილი, შუილი და ხმაური ყურებში. ერთ-ერთი ყველაზე თვალში საცემი ნიშანია პიროვნების ქარაქტეროლოგიური ხაზების გამწვავება, “გაკარიკატურება”: ორჭოფული, თავის თავში დაურწმუნებელი პიროვნება ხდება ეჭვიანი, უნდობელი; მომჭირნე, ეკონომიური — გიჟი ბელმეტად ტუნწიხარბი და ა.შ. დაავადების განვითარებასთან ერთად ნათლად იკვეთება მეხსიერებისა და შრომის უნარის დაქვეითება. განსაკუთრებით თვალში საცემია ფიქსაციური ამნეზია და მეხსიერების დაკარგვა მიმდინარე და ახლო წარსულის მოვლენებზე. რიც შემთხვევებში

ყალიბდება კორსაკოვის ამნეზიური სინდრომი. ათეროსკლეროზის პროგრესიასთან ერთად თვალში საცემი ხდება, აგრეთვე, ამროვნების გაზერელება, რიგილობა. ზედაპირული, ღეჭალიზებული, ტკიპნილი ასოციაციების ფონზე ჩნდება უხესიგყვიანობა. მეტად დამახასიათებელია ემოციური ლაბილობა, სუსტსულოვნება და ცრემლიანობა, გამღიზიანებლობა, მიდრეკილება არამყარი აუქტური რეაქციებისაკენ. ამროვნებისა და მეხსიერების დაქვეითება, ემოციური სიზჟიფე და მათთან დაკავშირებული ქცევითი ამლილობანი თანდათანობით აყალიბებენ ლაკუნური (პარციალური) ღემენციის თავისებურ ფორმას – ათეროსკლეროზულ ჭკუასუსტობას. ამ ძირითადი ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობების გარდა თავის გეინის სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზის დროს შესაძლოა განვითარდეს ღემრესიულ–პიპოქონდრიული მდგომარეობა, ეჭვიანობის, დანაკლისის, დამოკიდებულების ქრონიკულად მიმდინარე პარანოიალური ბოღვითი იღეები. იშვიათ შემთხვევებში ათეროსკლეროზი შესაძლოა გახდეს ე.წ. “შეორადი” ეპილეფსიის მიზეზი.

პიპერტონია ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ ფსიქოსომატურ დაავადებას წარმოადგენს. მის განვითარებას განაპირობებს მრავალი ფსიქოგენური ფაქტორი, რომელთაგანაც წამყვანია სოციალური სტრესები და მიკროსოციალური (ოჯახური, სამსახურებრივი) კონფლიქტები. ნეიროპუმორული, კორტიკოვისცერული რეგულაციის მოშლა განაპირობებს სისხლძარღვთა კედლის ტონუსის ცვლილებებს და არტერიული წნევის მომატებას, რომელიც დროთა განმავლობაში ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს. პიპერტონიული დაავადების დროს, გულსისხლძარღვთა სისტემის, თირკმლების და სხვა ორგანოების პათოლოგიასთან ერთად გამოხატულია ცერებრული ამლილობანიც – ნევროლოგიურ და ფსიქიკურ სიმპტომოკომპლექსთა ფართო სპექტრი. დაავადების პირველ სტადიაში სჭარბობს ნევროზისმაგვარი სიმპტომატიკა – ძირითადად ასთენიური და ნევრასთენიული სიმპტომებით, ემოციური სუსტსულოვნებითა და ლაბილობით, გამღიზიანებლობით, მეხსიერების და საერთოდ შრომის უნარის დაქვეითებით. პიპერტონიის მეორე სტადია, რომელიც ხასიათდება დაავადების გაღრმავებითა და გაქრონიკულებით, გამოირჩევა ღემრესიული, ფობიკურ–ღემრესიული და შფოთვიან–ღემრესიული მდგომარეობების ღომინირებით. შფოთვა ატარებს ღიფუმურ, არამოტივირებულ ხასიათს. ფობიკურ განცღებთან ერთად, ხშირია არისთომანია, აკვიატებული მოგონებები და ეჭვები. თანდათან, ცერებრული სისხლძარღვების პათოლოგიურ პროცესში ჩართვასთან ერთად, ხდება პიროვნული ხაზების გაუხეშება, “პიროვნების კარიკატურული დამახინჯება” (კ.სნაიდერი). დაავადების მესამე სტადიაში, სომატური და ნევროლოგიური სტატუსის გაუარესებასთან ერთად, კლინიკურ სურათში ჩნდება ფსიქიკის დამიანების შეღარებითი “ღრმა“ ხარისხის მაჩვენებელი ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობანი: სხვადასხვა ხარისხის გაბრუება – ობნუბილაციიდან კომამდე (ცერებრული სისხლის მიმოქცევის დარღვევის, ინსულტების დროს), ცნობიერების ბინდისმაგვარი და ონეიროიღული შეცვლა, ღელირი, ამენციური მდგომარეობა. გიპიურია ამნეზიური სიმპტომატიკა – ფიქსაციური ამნეზიიდან კორსაკოვის სინდრომამდე. ღემრესიული გუნებგანწყობის ფონზე შესაძლოა

განვითარდეს ჰიპოქონდრიული დამოკიდებულების, დენის ბოლესით იდეები. ჰიპერტონიული დაავადების შემთხვევაში გარკვეულ ნაწილში შესაძლოა განვითარდეს *ჰეპატოსტომა*, რომელიც უფრო უხეში და ღრმაა ინსულტების შემდეგ (*პოსტინსულტური დემენცია*). დემენცია პარციალური, ლოკალური ხასიათისაა და ძირითადად უხეში მნესტიური დარღვევებითაა გამოწვეული.

- სხვა ცერებრული ციკლების ფსიქიკური ამლილობებიდან ჰიპოტონიური დაავადების დროს, თავბრუსხვევებთან, საერთო სისუსტესთან, ჰიპოტონიურ კრიზებთან და ვაზომოტორულ დარღვევებთან შერწყმულია ასთენიური და ასთენო-დეპრესიული მდგომარეობანი, ჰიპოქონდრიული ჩივილები და აკვიატებული შიშები - ფობიები. ცერებრული მათბლიტარაციული თრომბანგიის დროს, რომელიც ხასიათდება თავის ტკივილებით, სისუსტით, ძლიანობით, ხშირია შიზოფრენიის მსგავსი ფსიქოზური მდგომარეობანი, ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის ეპიზოდები და მძიმე შემთხვევებში დემენციური მდგომარეობის ჩამოყალიბება. თავის ტვინის სიმსივნეებით გამოწვეული ფსიქიკური ამლილობები მეტად პოლიმორფულია. პროცესის ლოკალიზაციის, დაზიანების ხარისხისა და ინტენსივობის შესაბამისად შეიძლება განვითარდეს: ცნობიერების გაბრუების სხვადასხვა ხარისხი, აპათიურ-აღინაზიური მდგომარეობა ან ეიფორია, ჰალუცინაციური დარღვევები, კორსაკოვის სინდრომი და სხვა. ორგანული ბუნების იშვიათ დაავადებებს მიეკუთვნება ამავეროზული იდიოტია (ტეი-საქსის დაავადება - W.Tay, 1881, B.Sachs, 1887). ამ დაავადების დროს, რომელიც ძირითადად აღრეული ბავშვობის პერიოდში იწყება, მამოძრავებელი კუნთების ატროფიასთან ერთად სწრაფად ვითარდება პროგრესირებადი ჰეპატოსტომა და სიბრმავე. 2-3 წელსწაღში პროცესი ლეტალურად თავდება. ჰეპატოსტომის პროგრესია, თანდათანული ეპილეფსიური გულყრებით და სწრაფი ლეტალური გამოსავალი შეიძლება მოხდეს ტუბეროზური სკლეროზის და ნეიროფიბრომატოზის, ორი მსგავსი კლინიკის მქონე დაავადების დროს, რომელიც ხასიათდება მოცულობით პროცესების ჩამოყალიბებით: ტუბეროზული სკლეროზის დროს ვითარდება გლიოზი, ნეიროფიბრომატოზის დროს - სიმსივნე.

ეპილეფსია - ქრონიკულად მიმდინარე ფსიქიკური დაავადებაა რომელიც ხასიათდება პარაქსიზმული, გულყრითი შეტევებით და სპეციფიკური ფსიქიკური დარღვევებით. არჩევენ *გენუინურ*, *იდიოპათიურ*, *ეპილეფსიას* - როგორც დამოკიდებულ დაავადებას, რომლის პათოგენეზი ჯერჯერობით ბოლომდე გარკვეული არ არის და *მეორად ანუ სიმპტომურს*, რომელიც ვითარდება ძირითადი დაავადების ფონზე (თავის ქალას ტრავმა, ლუქსი, ცერებრული სისხლძარღვების დაზიანება, ინტოქსიკაცია ალკოჰოლით ან სხვა ნეიროტოქსიკური მხამებით და სხვა).

ეპილეფსიის ძირითადი ნიშანია გულყრა. გულყრების კლინიკა მეტად პოლიმორფულია. ეპილეფსიისთვის დამახასიათებელ კლასიკურ პარაქსიზმულ მდგომარეობას წარმოადგენს *დიდი ეპილეფსიური გულყრა (Grand mal)*. მა უაზური მიმდინარეობა ახასიათებს. დიდი გულყრა, როგორც წესი, იწყება *პროდრომით*, რომელიც გულყრის განვითარებამდე რამდენიმე საათი (იშვიათად დღით) აღრე ჩნდება. პროდრომისათვის დამახასიათებელი პოლიმორფული ვაზომოტორული ამლილობანი (გულის ფრიალი, სიმძიმე

მეგრძეობა თავის არეში, სმენის დაქვეითება, ცნობისა და გეგმონების მოშლა),
 მუთოვა, მოუხეხრობა, დისფორიული გუნებგანწყობა. დიდი ეპილეფსიური
 გულყრის მოგორული კომპონენტის დაწყებას წინ უსწრებს აურა. არჩევენ
 აურის რამდენიმე სახეს: *მხედველობითი* (ფერების გამკვეთრება, მკვეთრი
 სინათლის ლაქები, "აფეთქებები"), *სმენითი* (სხედასხვა ხმები, მუსიკა, ხმაური),
ცნობითი (ბოლის, სიღამლის, ყვავილის ან სუნამოს სენი), *ეისიკრული*
 (გულისრევის, სიმძიმის, გულის ფრიალის მეგრძეობები), *მოგორული*
 (იმპულსური მოძრაობები და მოქმედებები), *ფსიქიკური აურა* და სხვა. აურა
 რამდენიმე წამს გრძელდება და მას უშუალოდ მოსდევს *კლონური კრუნჩხვების*
ფაზა. კრუნჩხვები იწყება გონების დაკარგვით და კუნთების ტონური დაჭიმვით,
 რომელსაც ხშირად თან ახლავს თავისებური ყვირილი (ნეკნთამორისი
 კუნთების უეცარი შეკუმშვა). ავადმყოფი ეიქმა ისე, რომ ვერ ახერხებს თავის
 დაცვას და ამის გამო ღებულობს მძიმე დაბევილობებს, ჭრილობებს, ტრავმებს.
 გუგები გაფართოებულია, არ იძლევა რეაქციას სინათლეზე. გამოხატულია
 ციანოზი. ხდება უნებლიე შარდვა, იშვიათად ღეფეკაცია. ტონური ფაზა 30-40
 წამს გრძელდება და გადადის *კლონური კრუნჩხვების ფაზაში*. ამ დროს
 გამოხატულია კიღურებისა და ტორნის კუნთების ურთიერთმენაცვლებული,
 თანამიმდევრული შეკუმშვა, რაც იწვევს მოხრით და გაშლით მოძრაობებს
 კიღურებში. ავადმყოფი სუნთქავს ხრიალით, ციანოზი ქრება. ხშირ შემთხვევებში
 ტონურ და კლონურ შეკუმშვებს განიცდის საღეჭი კუნთები, რაც იწვევს ენის
 მოკნენებას და კბილების დაზიანებას. კლონური კრუნჩხვები ჩვეულებრივად
 2-3 წუთი გრძელდება, რის შემდეგაც ეითარდება გულყრის შემდგომი სტადია,
 რომელიც 1-2 საათამდე გრძელდება. ცნობიერება დაბინდულია, მეტყველება
 დაუკავშირებელი, უაზრო. ჩვეულებრივ, რამდენიმე წუთში, ეს მდგომარეობა
 დრმა ძილში გადადის. ხდება გულყრის პერიოდის მთლიანი ამნეზია. *მცირე*
ეპილეფსიური გულყრა (Petit mal) ხასიათდება ხანმოკლე, რამდენიმე წამით
 გონების დაკარგვით და უმნიშვნელო კრუნჩხვითი კომპონენტით. მცირე
 გულყრასაც პათოლოგიური პერიოდის სრული ამნეზია ახასიათებს. ხანმოკლე
 გულყრითი განტვირთვები შესაძლოა გონების წამიერი გათიშვით გამოიხატოს.
 მოგორული კომპონენტის გარეშე. ასეთი მდგომარეობას *აბსანსი (Absense)*
 ეწოდება.

ეპილეფსიურმა შეტევებმა შესაძლოა მიიღოს გარიჟილებული
 მიმდინარეობა, რაც განსაკუთრებულ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს.
 ამ მდგომარეობებიდან აღსანიშნავია *სერიული ეპილეფსიური გულყრები* და
ეპილეფსიური სტატუსი. *სერიული გულყრები* - სხედასხვა სახის ეპილეფსიური
 გულყრების თანამიმდევრობაა, რომელთა შორის გარკვეული ინტერვალია.
 ერთი გულყრის (მთელი შემადგენელი ფაზებით) ჩათაყვის შემდეგ, გარკვეული
 დროის გაელისას, იწყება შემდეგი და ა.შ. *ეპილეფსიურ სტატუსს* ანუ
ეპილეფსიურ მდგომარეობას ახასიათებს ეპილეფსიური გულყრების სერია,
 მათ შორის მეტად მცირე ინტერვალით, რის გამოც ავადმყოფის ცნობიერება
 მუდმივად გამოთიშულია. ამ დროს მაგულობს სხეულის ტემპერატურა,
 მკვეთრად გაზოხატული ვეგეტატიური ცვლილებები. რიგ შემთხვევებში,
 ატენსიური თერაპიის მიუხედავად, ეს მდგომარეობა ლეტალურად თავდება.

ეპილეფსიის კლინიკური სურათი არ ამოიწურება მხოლოდ გულყრებით. პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში მას თან ახლავს სხვადასხვა სახისა და სიღრმის ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობანი. რიგ შემთხვევაში ესაა მწვავედ, პაროქსიზმებით მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობა – *ფსიქიკური ეკვივალენტი*. მეორეა – პიროვნების ხასიათობრივი თავისებურებებისა და ინტელექტის თანდათანობითი ცვლილება: ამა თუ იმ სიღრმის *ეპილეფსიური ჰქუასუსტობის* განვითარება.

ეპილეფსიური *ეკვივალენტების* კლინიკა საკმაოდ მრავალფეროვანია. ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელ კლასიკურ ფსიქომურ გამოვლინებას *ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლა* წარმოადგენს. ეს მდგომარეობა იწყება მწვავედ, უეცრად, ცნობიერების ბინდისმაგვარი შევიწროებით, სრული დემორიენტაციით აღვილში, ღროში, მიმდინარე მოვლენებში. გარემო ავადმყოფის მიერ აღიქმება ურაცმენტული, შეცვლილი სახით. ვერ ხერხდება სიტუაციაში გარკვევა. დისფორიული, ბოლმიანი აუქტის ფონზე წარმოდგენილია ხატოვანი, შემზარავი ჰალუცინაციები, ღვენის ბოლვითი იდეები. გამოხატულია შიში, მრისხანება, გაბოროტება. ამის გამო, ცნობიერების ბინდისმიერი მდგომარეობის დროს ავადმყოფები გამოირჩევიან განსაკუთრებული სისასტიკითა და დაუნდობლობით, სჩადიან საზარელ დანაშაულს. ავადმყოფური მდგომარეობა თავდება ღრმა, “პათოლოგიური” ძილით და გადატანილ მოვლენათა სრული ამნეზიით.

მწვავე ეპილეფსიური-პარანოიდი ვითარდება ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლისა და დისფორიული გუნებგანწყობის ფონზე. ჩნდება სპონტანურად. გამოხატულია ღვენის, შემოქმედების ბოლვითი იდეები, რომლებიც ხშირად ერწყმიან რელიგიური ან განდიდების შინაარსის პარანოიდულ იდეებს. ბოლვით შეტევას ახასიათებს სრული ან ნაწილობრივი ამნეზია. *ქრონიკული პარანოიდი* დროს ცნობიერება ნათელია. დისფორიული გუნებგანწყობის ფონზე ვითარდება ღვენის, დამოკიდებულების, მოწამელის ბოლვითი იდეები. ხშირ შემთხვევებში ბოლვითი იდეები პარანოიალური სტრუქტურისაა და მათი შინაარსი ყოფით პრობლემებს არ სცდება.

ეპილეფსიური დელირი ვითარდება მწვავედ, უეცრად. შიშის, დაძაბულობის, პანიკის ფონზე დამახასიათებელია ხატოვანი, მკვეთრი ფერების მხედველობითი ჰალუცინაციები – სისხლი, გვამები, ხანძარი, საზარელი სახეები და ღვენის ბოლვითი იდეები. ავადმყოფი დელირის მდგომარეობაში აგზნებულია, შეშინებული, ყვირის, გარბის ან თავს ესხმის “მტრებს”. მდგომარეობა სპონტანურადვე წყდება და ახასიათებს ავადმყოფური მდგომარეობის სრული ამნეზია.

ფსიქომური აშლილობანი ეპილეფსიის დროს შესაძლოა გამოვლინდეს *ეპილეფსიური სტუპორის* სახით, რომლის დროს სუბსტუპორული მოტორული შეკავების ფონზე გამოხატულია მუტიზმი, იშვიათად ურაცმენტული ჰალუცინაციური განცდები, უსისტემო ბოლვითი იდეები. იშვიათია *ეპილეფსიური ონეიროიდი*, რომელიც უანგასტიკური ილუზორულ-ჰალუცინაციური დარღვევების უეცარი მოზღვაებით ხასიათდება. განცდები მეტწილად რელიგიურ შინაარსს ატარებს და მიმდინარეობს ექსტაზური, ალგაცებული გუნებგანწყობის ფონზე.

ემოციური პაროქსიზმებიდან ეპილეფსიისათვის პათოგნომურია *დისფორია*. ბოლმიანი, გაბოროტებულ-სევდიანი გუნებგანწყობა ჩნდება

სპონტანურად, ყოველგვარი გამომწვევი მიზეზის გარეშე და გრძელდება რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე. ცნობიერება ნათელია და ამნეზიას არა აქვს ადგილი. დისფორიული შეტევა ხშირად ხდება დიფსომანიის, დრომომანიის ან სხვა იმპულსური ქმედებების მიზეზი.

ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის მდგომარეობათა უარყოფითი სპექტრიდან ეპილეფსიის დროს გვხვდება სინდრომები, რომლებიც ამბულატორიული ავტომატიზმის სახელითაა ცნობილი. ამ მდგომარეობებს ეკუთვნის ფუგა (ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის ფონზე განვითარებული ხანმოკლე ფსიქო-მოტორული ავზნება) ტრანსი (ხანგრძლივი ცნობიერების ბინდისმაგვარი მდგომარეობა, რომლის დროს ხდება გადაადგილება მნიშვნელოვან მანძილზე. ავადმყოფი ამ დროს გარეგნულად მოწესრიგებული ადამიანის შთაბეჭდილებას სტოვებს) და სომნამბულიზმი ანუ მთვარეულობა (ღამით განვითარებული, ხანმოკლე, ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლა, რომლის დროს ავადმყოფი ღვება ლოგინიდან და ღამის ოთახებში ან სახლის მიმდებარე მიდამოში). ყველა ეს მდგომარეობა სრულად ამნეზირებულია.

ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობებიდან საინტერესოა ე.წ. „განსაკუთრებული მდგომარეობები“. ეს არის ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის იოლი, არადრმა, თავისებური სახეები, რომლებიც გამოვლინდება დროის, სივრცის, საკუთარი პიროვნების აღქმის გაუკუღმართებაში. გამოხატულია გუნებგანწყობის ფონის შეცვლა, გაოგნება, იოლი დემორიენტაცია – გარე სამყაროს შეცვლილი აღქმის გამო და რაც მთავარია – სენსორული სინთეზის მოშლა. ეს უკანასკნელი, ძირითადად, დეპერსონალიზაციურ-დერეალიზაციური მდგომარეობების სახითაა წარმოდგენილი, საიდანაც ყველაზე ხშირია „დეჟა ვუ“ და „არასდროს ნანახის“ (Jamais vu) ფენომენები.

ეპილეფსიისათვის, როგორც ქრონიკულად მიმდინარე ფსიქიკური დაავადებისათვის დამახასიათებელია ფსიქიკური სფეროს ცვლილებები, რომლებიც მყარ, შეუქცევად ხასიათს ატარებენ. პათოლოგიური პროცესის განვითარებასთან ერთად ყალიბდება პიროვნების ხასიათობრივი ცვლილებები, ქვეითდება შემეცნების უნარი, დაავადების პროგრესიულობის შესაბამისად ყალიბდება ჭკუასუსტობა.

ეპილეფსიური ხასიათის ძირითადი ნიშნებია ეგოცენტრულობა, პედანტიზმი, მიდრეკილება დეტალიზაციისადმი, ემოციური ბიპოლარობა და გუნებგანწყობის დისფორიული ფონი. ბიპოლარობა – პიროვნების ემოციურ რეაქციაში ორი, დიამეტრალურად საპირისპირო გრძნობის არსებობაა. გარეგნულად კეთილგანწყობილი, სათნო, თბილი ავადმყოფი უკიდურეს ბოლმას, ზღვარგადასულ თავმოყვარეობას, სისასტიკეს მაღავეს „რეალური“ ემოციური ტონი პერიოდულად მრისხანების, გაბოროტების, აგრესიის იმპულსურ შეტევებში გამოვლინდება. გამორჩეული ორგანიზებულობა, დისციპლინა, პედანტიზმი, ბეჯითი და პასუხისმგებელი დამოკიდებულება საქმის მიმართ ეპილეფსიით დაავადებულთა პერსონალურობის მიზეზი ხდება. დაავადების პროგრესიის პროცესში ეს თვისებები მწვავედება და რიგ შემთხვევებში კონფლიქტების, ასოციალური ქმედების სახით ვლინდება. თავისებურ ცვლილებებს განიცდის ეპილეფსიით დაავადებულთა აზროვნება. შეიმჩნევა გაჭიანურებული, დეტალიზებული აზროვნება. ვერ ხერხდება ძირითადი, წამყვანი, პირველხარისხოვანი

ასოციაციების გამოყოფა ნაკლებად მნიშვნელოვანი, მეორეხარისხოვანი, გვერდითი ასოციაციებისაგან. ასოციაციათა ტექნიკა და მეტყველება მონოტონურია, მოუღუნიათ არსში წელიწადი კარგავს სიღრმეს, მოქნილობას. უკიდურესი დეტალიზაცია ელვინდება ავადმყოფთა საქმიანობაში, ქცევებში, წერაში. ვიწროვდება ინტერესების სფერო, ავადმყოფები “ჰარგავენ ფერსა სიმღერის, გრძნობები ჭკნება და ხმება” (W. Griesinger).

დაავადების პროგრესიასთან ერთად ყალიბდება *ეპილეფსიური ჭკუასუსტობა*. ღებუნია, ძირითადად, დეტალიზებული, გაჭიანურებული, გუჟინილი ასოციაციების გაღრმავების ხარჯზე ელვინდება. ავადმყოფებს უეღარ შესწევს უნარი განასხეაონ ძირითადი უმნიშვნელოსაგან, ეფლობიან დეტალებში, გადადიან გვერდით ასოციაციებზე, ვერ ახერხებენ მოუღუნიათ აბსტრაქციას. *აზროვნება კონკრეტულ-აღწერილობითი*, ზერულე, ზედაპირული ხდება. თანდათანობით მცირდება სიტყვათა მარაგი, ვითარდება *ოლიგოფრენია*. მევეთრად შენელებულია მოტორიკა და მეტყველება. ინტერესები იფარგლება ვიწრო, პირადი საქმეებით, საკუთარ თავზე ზრუნვით, რასაც ხშირად სათანადოდ ვერ ახერხებენ. ამის გამო, ავადმყოფები ეპილეფსიური ჭკუასუსტობით გამოირჩევიან უსუფთაობით, მოუწესრიგებლობით.

ეპილეფსიის მეურნალობა ძირითადად ორი მიმართულებით მიმდინარეობს: *გულყრითი განგვირთვების კუპირება* და *ფსიქიკური ღარღვევების მეურნალობა*.

ეპილეფსიური გულყრების მეურნალობისათვის გამოიყენება ქლორალჰიდრატის ოყნა (3–5 გ), გოგირდმეყნა მაგნეზიის 25% ხსნარის შეყვანა ინტრავენურად. მძიმე შემთხვევებში, განსაკუთრებით ეპილეფსიური სტატუსის და სერიული გულყრების დროს, – ჰექსანალის 10% ხსნარის 5–10 მლ კუნთებში შეყვანა და ლუმბალური პუნქციით ლიქვორის გამოშეება. ამასთან ერთად ფართოდ იხმარება 2–4 მლ დიაზეპამის ხსნარის ინტრავენური შეყვანა. გულყრათი განგვირთვებით მიმდინარე ეპილეფსიის დროს ფართოდ გამოიყენება *ლუმინალი* (0,05–0,1 გ დღე-ღამეში), *გეგრეგოლი* (0,4–0,6 გ დღე-ღამეში), *ბენზონალი* (0,9 გ–მდე დღე-ღამეში), *ლილანგინი* (0,15 გ–მდე) და *ტრიმეგინი* (0,2–0,3 გ–მდე დღე-ღამეში, მცირე გულყრების დროს). პრეპარატების შერჩევა დამოკიდებულია გულყრების კლინიკურ სურათისა და დაავადების მიმდინარეობაზე.

ეპილეფსიის დროს ფსიქიკური ამლილობების მეურნალობისათვის, ანტიეპილეფსიურ სამუალებებთან ერთად, გამოიყენება *ფსიქოტროპული პრეპარატები*: ფსიქომოტორული აგზნებისა და დისფორიული აუქეტის მოსახსნელად – *ამინაზინი*, *პალოპერიდოლი*, *სტელამინი*; სასიათობრივი ემოციური მდგომარეობების კორექციისათვის – *დიაზეპამი*, *რელანიუმი*, *ელენიუმი* და სხვა ტრანკვილიზატორები.

ინფექციური და ინტოქსიკაციური ფსიქოზები, სომატოგენიზმი და ენდოკრინოპათიები

ნებისმიერი სომატური დაავადება, უპირველეს ყოვლისა, ორგანიზმის გლობალური რეაქციაა სხვადასხვა სახის მანევრ ფაქტორებზე. ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები, იქნება ის გამოწვეული ინფექციური აგენტით, ენდოკრინული სისტემის მოშლით თუ სხვა მიზეზით, აუცილებელ ასახვას ჰპოვებენ ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედებაზე. თავის ტვინის და საერთოდ ნერვული სისტემის “დაინტერესება”, შინაგანი ორგანოების დისფუნქციის დროს, ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობათა ფართო სპექტრით გამოვლინდება.

გერმანელმა ფსიქიატრმა კ. ბონჰოფერმა, 1912 წ., ჩამოაყალიბა კონცეფცია, რომლითაც სცადა გარეშე მანევრ ფაქტორებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობების “*ეგზოგენური ტიპის რეაქციების*” ცნებაში გაერთიანება. ამ მდგომარეობებს ბონჰოფერი ეთიოლოგიურად არასპეციფიკურად მისიჩნევდა, ე.ი. მათ განვითარებას არ უკავშირებდა კონკრეტულ პათოგენიზმურ ფაქტორს. ამგვარი არასპეციფიკურობის მიზეზად იგი მისიჩნევდა თავის ტვინის საპასუხო რეაქციათა შეზღუდულობას და ამ პასუხის “შუალედურ” ხასიათს – ენს-ზე ტოქსიკური ნივთიერებების გემოქმედების შედეგს. “*ეგზოგენური ტიპის რეაქციებს*” ბონჰოფერმა მიაკუთვნა: გაბრუება, დელირი, ენობიერების ბინდისმიერი შეცვლა, ამენცია, ჰალუცინოზი, კორსაკოვის სინდრომი და სხვა. მიუხედავად გარკვეული ცალმხრივობისა, ამ კონცეფციაში აისახა მრავალი მართებული კლასიკური კანონზომიერება.

ინფექციური ფსიქოზი დაავადებათა ამ პათოგენიზმური ჯგუფის ერთ-ერთი იშვიათი გართულებაა. ფსიქიკური აშლილობების განვითარებისათვის უშუალოდ ინფექციური აგენტის გარდა საჭიროა გარკვეული კონსტიტუციური წინასწარგანწყობა და შექცენილი ფაქტორები (თავის ქალას ტრავმა, ქრონიკული დაავადების უონი და სხვა).

მწვავე ინფექციური ფსიქოზებისათვის თავიდანვე დამახასიათებელია მკაფიოდ გამოხატული ფიზიკური და ფსიქიკური სისუსტე, ასთენია. აუქსიოფილურ ახასიათებთ ემოციური ლაბილობა, სუსტსულოვანება, გამღიზიანებლობა, განღვებლობა, ყურადღების მნიშვნელოვანი დაქვეითება. ხშირია ენობიერების გაბრუება – სომნოლენციიდან სოპორამდე. მწვავე ინფექციური ფსიქოზებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება ინფექციური დელირი, ამენცია და ენობიერების ბინდისმიერი შეცვლა.

ინფექციური დელირი ანუ ინფექციური ბოღვა, როგორც წესი, ვითარდება სხეულის გემპერაგურის მაქსიმალური მომაგების ფონზე და დაავადების კრიტიკულ სტადიაში, გემპერაგურის დაღეშის დროს. გამოხატულია უხვი სქენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები. აუქსიოფილური დამახასიათებელია, “ესაუბრება ხმებს”, აქტიურად იცავს თავს, რის გამოც, ხშირად საშინაო ხდება გარშემომყოფთათვის. დელირიოზული მდგომარეობა რამდენიმე დღე

გრძელდება, რომლის დასასრულს გამოხატულია ღრმა ასთენიური მდგომარეობა, ნაწილობრივი ამნეზიით და გადაგანისილადმი კრიტიკული დამოკიდებულებით. შემთხვევათა ნაწილში ავადმყოფური მდგომარეობიდან გამოსვლა ხანგრძლივდება და, არასრული კრიტიკის ფონზე, აღვილი აქვს ურავბენჯელ ბოლვით ილევბს – “რეზილუალურ ბოლვას”. ინფექციური ბოლვის განვითარებაში, დაავადების მიმდინარეობასთან კავშირში, გამოყოფენ სამ ეტაპს: 1) ინფექციური დაავადების დასაწყისში, ცნს–ს ინტოქსიკაციით გამოწვეულ “ინიციალურ ბოლვას”; 2) დაავადების სრული განვითარების ღროს თავის ტვინზე ტოქსინური და ტემპერატურული ზეგავლენით გამოწვეულ “ინფექციურ ბოლვას” და 3) ასთენიითა და ორგანიზმის ზოგადი გამოფიტვის შედეგად განვითარებულ “რეზილუალურ ბოლვას”.

ამენციური მდგომარეობა ვითარდება შეღარებით ღუნელ მიმდინარე ინფექციის ღროს, ორგანიზმის საერთო რეაქციულობის დაქვეითებისას ცნობიერების ამქციური ამლის ფონზე, რიგ შემთხვევებში, პალუცინაციური განცლების მოზღვაების ღროს, ვითარდება ფსიქო–მოტორული აგზნება – ეწ. “პალუცინატორული ამენცია”. შემთხვევათა ნაწილში ცნობიერების პათოლოგიასთან ერთად გამოხატულია ასოციაციითა აქტარება, შეუკავშირებლობა, გუნებგანწყობის მანიაკალური ფონი და ფსიქო–მოტორული აგზნება – “მანიაკალური ამენცია”. ზოგჯერ, ამენციურ მდგომარეობას თან ახლავს კატატონიური სინდრომები – სტუპოროზული მდგომარეობის ან აგზნების სახით. ამ შემთხვევებში საქმე გვაქვს “კატატონიურ ამენციასთან”. ამენციური მდგომარეობა ინფექციური დაავადებების ღროს ჩვეულებრივ 1–4 თვე გრძელდება.

შეღარებით იშვიათია მწვავე ინფექციური ფსიქოზებისდან ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლა. ეს მდგომარეობა ვითარდება უკრად, დისფორიულს, ბოლმიანი გუნებგანწყობის ფონზე. ცნობიერების ბინდისმაგვარ შევისწროვებას თან ახლავს შიშის აფექტი, შემზარავი შინაარსის პალუცინაციური განცლები და ღვენის ბოლვითი იღვები. ხშირია ძლიერი ფსიქო–მოტორული აგზნება, რომელიც ავადმყოფის აგრესიულ ქცევას განაპირობებს. მდგომარეობა რამდენიმე საათიდან – 3 ღლემდე გრძელდება და თავდება სრული ამნეზიით.

ქრონიკულად მიმდინარე ზოგადი ინფექციების ღროს, დაავადების საწყის პერიოდში განვითარებულ, ცნობიერების პათოლოგიის სინდრომებს ენაცვლება ღრმა და მყარი ასთენიური სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც პროცესის დამძიმებასთან ერთად იცვლება კორსაკოვის ამნეზიური და ფსიქოორგანული სინდრომით. ამასთან ერთად, დაავადების მიმდინარეობას ახასიათებს სინდრომების თანამონაცვლეობის გარკვეული კანონზომიერება, ხოლო ხანგრძლივად მიმდინარე ინფექციური ფსიქოზების კლინიკური სურათი ხასიათდება გამოხატული პოლიმორფიზმით. მყარი ასთენიური მდგომარეობა გადაღის ასთენო–ღეპრესიულში, შემდეგ კი ღეპრესიულ–პარანოიდულში ან აპათიურში. რიგ შემთხვევებში ღეპრესიულ–პარანოიდულ მდგომარეობას ცვლის პალუცინატორულ – ბოლვითი. ეს მდგომარეობა შესაძლოა გადავიდეს მანიაკალურ–ბოლვითში, რომლის ღროს ხშირია კომფაბულოზი. გახანგრძლივებული ინფექციური პროცესის მოგვიანებით სტადიებში კორსაკოვისა და ფსიქოორგანული სინდრომის ჩამოყალიბება თავის ტვინის უხეშ ორგანულ ღამიანებაზე მიგვითითებს.

გარდა ამისა, ცალკეულ ინფექციურ დაავადებებს ახასიათებთ სპეციფიკური, მხოლოდ მათთვის დამახასიათებელი უსიქოპათოლოგიური მდგომარეობანი. ბავშვთა ასაკის ინფექციებიდან *წითელას*, *ყბაყურას* და *ქუნთრუმის* დროს გემპერატურულ რეაქციას, როგორც წესი, თან სდევს დელირიული მდგომარეობა – განსაკუთრებით დამის საათებში. *გრი პის* დროს ხშირია დეპრესიული, შოთხით–დეპრესიული ემოციური ფონი, რომელსაც თან ერთვის ეპიზოდური პალუცინაციები. ძილიანობის ფონზე ეპიზოდური პარეიდოლიური განცდები, რომლებიც შემდეგ დელირიუმით იცვლება – პათოგნომურია *ჩნეგმონიისათვის*. ქრონიკული *რევმატიზმული პროცესის* დროს სჭარბობენ დეპრესიულ–ბოღვითი, პალუცინაციურ–პარანოიდული, სტუპოროზული მდგომარეობანი. *ვირუსულ ჰეპატიტს* ახასიათებს, აპათო–ადინამიური მდგომარეობის ფონზე განვითარებული, ცნობიერების აშლის ფართო სპექტრი: ობნუბილაციიდან – სოპორამდე. *ტუბერკულოზური მენინგიტის* დროს, ინიციალურ პერიოდში, თვალში საცემია გუნებგანწყობის დეპრესიული ფონი, გამღიმიანებლობით, ჭირვეულობით. ავადმყოფური პროცესის განვითარება ხასიათდება მენინგიალურ ნიშნებთან თანდართული ცნობიერების აშლის სინდრომებითა (გაბრუება, დელირი, ამენცია) და ეპილეპტიფორმული აგზნებით. უსიქიკური სუეროს დარღვევათა თავისებური სპექტრით ხასიათდება *ეოფი*. ამ ინფექციის პროდრომულ პერიოდში აღვილი აქვს გუნებგანწყობის დაქვეითებას, გამღიმიანებლობას, შოთხვას. დაავადების პირველ ეტაპზე აღინიშნება პარესთეზიები, გამოხატული პიპერესთეზია და პიდროფობია (წყლის დაღვების მცდელობისას ან მისი დანახვისას ვითარდება ხახის, ხორხის, საყლაპავის კუნთების სპაზმი). გამოხატულია ძლიერი აგზნება და აგრესია. მოქმედებანი აუფექტურ–იმპულსურ ხასიათს ატარებენ, ხშირად შევიწროებული ცნობიერების ფონზე. ტერმინალურ სტადიაში ავადმყოფი მშვილდება, ცნობიერება ნათელი ხდება.

სპეციფიკური ქრონიკული ინფექციებიდან უსიქიაგრიული თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანია *ნეიროლუქსის დროს არსებული უსიქიკური ამლილობანი*. თავის გვინის დამიანების ხასიათის მიხედვით არჩევენ ნეიროლუქსის ორ ძირითად ფორმას: *თავის გვინის სიფილისს*, რომლის დროსაც ლუქსური ინფექცია აზიანებს მეზოლერმული წარმოშობის ქსოვილებს (სისხლძარღვები, გვინის გარსები) და *პროგრესულ დამბლას* – ექტოდერმულ, პარენქიმულ (გვინის ნივთიერების დისტროფიული და ატროფიული პროცესები) სიფილისს.

თავის გვინის სიფილისი (*Lues cerebri*) კლინიკური სურათის გამოხატული პოლიმორფიზმით ხასიათდება. ეს, უპირველეს ყოვლისა, გამოწვეულია გვინის მეზოლერმული სტრუქტურების დამიანების ლოკალიზაციითა და სიმძიმით. თავის გვინის ათაშანგი დაინფიცირებიდან 5–6 წლის შემდეგ ვითარდება, ანუ ლუქსური პროცესის მეორად გართულებას წარმოადგენს. დაავადების მსვლელობასთან ერთად აშკარად ისახება ამა იუ იმ ხარისხის პარციალური დემენციის ნიშნები. პათოლოგიური პროცესის

1 სპეციფიკიდან გამომდინარე, არჩევენ ტვისის სიფილისის რამდენიმე ძირითად ვარიანტს.

სიფილისური ნევრასიონია ტვისის სიფილისის შედარებით იოლი ფორმაა, მისთვის დამახასიათებელია გამდიდრება, ფსიქიკური განლევა, მეხსიერების დაქვეითება, უძილობა და გუნებგანწყობის დაქვეითება. ამასთან ერთად გამოხატულია ნევროლოგიური სიმპტომებიც: ხელძმე, ანიზოკორია, მენინგიალური ნიშნები, რიგ შემთხვევებში აუზბია და აპრაქსია. ტვისის ათამნისის ეს ვარიანტი განსხვავდება, როგორც თავის ტვისის ზოგადი სინტაქსიკაციისა და ორგანიზმის საერთო რეაქციის შედეგად.

სიფილისის *აკომპლექსიფორმული ვარიანტი* ევრებრალური სისხლძარღვების დაზიანებითაა განპირობებული და გამოვლინდება ანსულტებისათვის დამახასიათებელი ცნს-ს კეროვანი დაზიანების ნიშნებით, რომლებიც საწყის ეტაპზე გარდამავალ ხასიათს ატარებს, ხოლო შემდგომში მყარ, შეუქცევად და მრავლობითი ხასხს ღებულობს. პოლიმორფული ნევროლოგიური სიმპტომატიკის ფონზე (დამბლა, პარეზი, აგნოზია, აუზბია, აპრაქსია, ფსევდობლბარული მოვლენები) აღვლილი აქვს მეხსიერების მნიშვნელოვანი დაქვეითება, გამდიდრება, სუსტგულოვნება, ცნობიერების ამლის ეპიზოდუ-ს. ნევროლოგიური სიმპტომატიკის ზრდასთან ერთად ყალიბდება პარეიალური ჭკუახსტობა.

თავის ტვისის გარსების სიფილისური დაზიანების შემთხვევაში ვითარდება ტიპური, მენინგიტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი. *მწვავე ლეესური მენინგიტის* ახასიათებს თავის ტკივილი, თავებრუსხევა, პარლბისება, ტემპერატურის მომაგება და მენინგიალური ნიშნების არსებობა (კერნისის ნიშანი). რიგ შემთხვევებში შესაძლოა ცნობიერების გაბრუების ან ღელბრიული შეცვლის ეპიზოდები, იშვიათად ეპილეფსიფორმული გულყრები. *ქრონიკული მენინგიტისა და მენინგო-ენცეფალიტისათვის* დამახასიათებელია თავის ტკივილი, გამდიდრება, მღრეკილება აუექტური რეაქციებისაღმი, გუნებგანწყობის ღებრუსიული ფონი. ნევროლოგიური სიმპტომებიდან, გარდა მენინგიალური ნიშნებისა, გამოხატულია აუზბია, აპრაქსია, გარდამავალი ჰემი-და მონოპლეგია. აღნიშნება ანიზოკორია, გუგათა ღეფორმაიცია, კონვერგენციისა და აკომოდაციის მოშლა.

სიფილისის *ეპილეფსიფორმული ვარიანტი* ვითარდება თავის ტვისის როგორც მენინგო-ენცეფალიტური, ასევე სისხლძარღვოვანი და გუმური დაზიანების ღროს, რაც კლინიკური სურათის პოლიმორფიზმს განაპირობებს. წამყვანი კი გულყრითი განგვიროვები, ცნობიერების ეპიზოდური ბინდისმიერი შეცვლა, ღისფორიული გუნებგანწყობა და მეხსიერების დაქვეითებაა. თანღათანობით ქვეითდება სინტელექტი და ყალიბდება ჭკუახსტობა.

ლეესური ფსიქოზის *ჰალუცინაციურ-პარანოიღული ფორმა*, ძირითაღად, სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციებითა და ღვენის ბოღვითი იღებით ხასიათდება. თუმეა არაიშვიათია ტაქტილური, ვისცერული და ყნოსვითი ჰალუცინაციებიც; სხვა შინაარსის ბოღვა (ჰიპოქონღრიული, განღიღების, თვითბრალღების). გუნებგანწყობა ღებრუსიული ეღფერისაა. გამოხატულია გამდიდრება, მფოთვა, ღისფორია. ამკარაა ანიზოკორია, აკომოდაციისა და კონვერგენციის მოშლა, სახის და ენის ასიმეტრია, ფტოზი.

ნაყოფის შეცვლადყოფნის პერიოდში ლუესური პროცესის განვითარების შედეგია *თანდაყოლილი ათამანგი* – *Lues congenita*. ლუესის ამ სახესხვაობისათვის დამახასიათებელია მენინგიალური და სისხლძარღვოვანი პათოლოგია. შესაძლოა აგრეთვე პიდროცეფალიის განვითარებაც. კონგენიტური ლუესის კლინიკური სურათისათვის ნიშანდობლივია აპოპლექტიფორმული და ეპილეფტიფორმული შეტევები, მწვავე და ქვემწვავე მენინგიტები და მენინგო-ენცეფალიტები და გონებრივი ჩამორჩენილობის (ოლიგოფრენიის) განვითარება.

თავის ტვინის ათამანგის მკურნალობა პათოგენეზურია და ეყრდნობა ანტისიფილსური მეთოდებისა და საშუალებების გამოყენებას. ესაა ძლიერი და სპეციფიკური ანტიბიოტიკებისა და ბისმუტის, ევრეხლისწყლის, იოდის, ღარიშხანის პრეპარატების კომპლექსური გამოყენება.

პროგრესული დამბლა (*Paralysis progressiva alienorum*) ანუ ბეილის დაავადება (*A. Bayle, 1822*) წარმოადგენს თავის ტვინის პარენქიმის მკრთალი სპიროქტით დაზიანების შედეგს. დაავადებას მეტად ხანგრძლივი ინკუბაციური პერიოდი აქვს – 8–12 წელი და მეტიც. დაავადების განვითარებაში არჩევენ სამ სტადიას: საწყისს ანუ ნევრასთენიულ, დაავადების გაშლის სტადიას და მარაგმს.

საწყისი ანუ ნევრასთენიული სტადია ხასიათდება, მყარი ასთენიური ჩივილების ფონზე (აღვივად ღაღილილობა, ყურადღების გაფანტულობა, გამღიზიანებლობა, ცუდი ძილი), ემოციებისა და გრძნობების გასაღავებით, სოციალური პასუხისმგებლობის დაქვეითებით, ცინიკური დამოკიდებულებით ოჯახის წევრებისა და ახლობლების მიმართ, სქესობრივი თავშეუკავებლობით, თვითკრიტიკისა და სირცხვილის გრძნობის დაკარგვით, უცნებო სიტყვების ხშირი და უმიზეზო ხმარებით.

პროგრესული დამბლის მეორე სტადიაში, ისტელექტუალური პროცესების გაზერულების, ჭკუასუსტობის თანდათანობითი განვითარების, სექსუალური თავშეუკავებლობისა და აწეული გუნებგანწყობის ფონზე გამოხატულია ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობათა მეტად ფართო სპექტრი, რაც საშუალებას გვაძლევს გამოვყოთ რამდენიმე კლინიკური ფორმა.

პროგრესული დამბლის კლასიკურ ფორმას *ექსპანზიური*, ანუ *მანიაკალური* წარმოადგენს. იგი ხასიათდება გუნებგანწყობის მანიაკალურ ფონზე განდიდების, სიმდიდრის, უცხო წარმოშობის (წარმომავლობის) აბსურდული ბოღვითი იდეების არსებობით. ეიფორიული გუნებგანწყობა პერიოდულად იცვლება მრისხანეობით, სიბრაზით. აუქტური შეტევა, როგორც წესი, ხანმოკლეა და ზედაპირული. გამოხატულია ემოციური სუსტსულოვნება და ლაბილობა. მრისხანეობას სწრაფად ცვლის ეიფორია, უხეშობასა და მუდიდურობას თვალყრემლიანობა. შესაძლებელია ეპიზოდური პალუკინაციების (ძირითადად სმენითი) არსებობა. დაავადების მსვლელობასთან ერთად ამჟამად ხდება მეხსიერების დაქვეითება, პიროვნული თვისებების გასაღავება, გაუხეშება. სექსუალურ თავშეუკავებლობას თან ერთვის უკრიტიკობა და რეალური სიტუაციის შეფასების დაკარგვა. თანდათანობით ღრმავდება ჭკუასუსტობა, რომელიც თავის დაღს ასვამს ბოღვითი იდეების სტრუქტურასა და შინაარსს.

დაავადების *დეპრესიული ფორმის* დროს სჭარბობს დაქვეითებული, *დეპრესიული* გუნებგანწყობა, რომლის ფონზე ვითარდება თვითბრალდების, ცოდვიანობის ბოღვითი იდეები. ფართოდაა გამოხატული ჰიპოქონდრიული ჩაჟიღები. თანდათანობით ბოღვები ფანტასტიურ შინაარსს ღებულობენ, ნაჟიღისგურ ამრებს ჰიპოქონდრიული განცდები ემაგება და ყალიბდება კოტარის სინდრომი. დაავადების მსვლელობისას გამოკვეთილია ჰქუასუსტობის ნიშნების მაგება, რაც კიდეე უურო აბსურდულსა და არასისტემატიზებულს ხდის ჰიპოქონდრიულ-დეპრესიულ ბოღვას.

დემენტიური ფორმის დროს დაავადების მეორე სტადიიდანვე ამკარად ვლინდება ინტელექტური დეგრადაციის ნიშნები. დასაწყისში ქვეითდება ჟუქსაციური მეხსიერება, რომლის დეფექტი უურო და უურო ღრმავდება, ღებულობს გოტალურ ხარისხს და აღწევს ამნეზიური დემორიენტაციის ღონეს. მკვეთრად კნინდება ამროვნების პროცესები, რასაც პიროვნება გარემოსთან ადეკვატური კონტაქტის დაკარგვამდე მიჰყავს. ეს მოვლენები აპათიური ან უღარდელი გუნებგანწყობის ფონზე მიმდინარეობს. კლინიკურ სურათში ძირითადია გოტალური ჰქუასუსტობის სურათი.

ატიტაციურ ფორმას ახასიათებს ცნობიერების შეცვლის ფონზე მწვავე ფსიქო-მოტორული აგზნება. მეტყველება დაუკავშირებელია, უაზრო. აუადმყოფები ყვირიან, კივიან, ამტვრევენ ავეჯს, იხდიან ტანზე, იგინებიან.

აღსანიშნავია აგრეთვე დეპრესიული და მანიაკალური შეტევების მონაცვლეობით მიმდინარე *ციკლულარული ფორმა* და *პარანოიდული ფორმა*, სადაც წამყვანია დენისა და დამოკიდებულების ბოღვითი იდეები.

ჩამოთვლილი ტიპიური ვარიანტების გარდა გვხვდება პროგრესული დამბლის ატიპიური ფორმები. *ტაბოპარალიზის* დროს პროგრესული დამბლის კლინიკურ სურათს თან ერთვის ტაბესური მოვლენები – მუხლისა და აქილეუსის რეფლექსების გაქრობა, მგრძნობელობის მნიშვნელოვანი დაქვეითება და ა.შ. *სტაციონარული პარალიზი* ხასიათდება გაცილებით ნელი მიმდინარეობით და უურო ადვილად ემორჩილება მკურნალობას. *ლისაუერის* დამბლის დროს უპირატესად თავის ტვინის კეფისა და თხემის წილები, მხედველობის ბორცი და ნათხემი ზიანდება, რაც აფაზიის, აგნოზიის, აპრაქსიისა და მრავალფეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომატიკის არსებობაში ვლინდება. პროგრესული დამბლის *იუვენილური ფორმა* ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში გვხვდება. ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია ლუესური დემენციის სწრაფი ჩამოყალიბება.

მარამზის სტადია პროგრესული დამბლის გამოსავალი მდგომარეობაა. დაავადების განვითარებასთან ერთად ყალიბდება ღრმა ჰქუასუსტობა. აუადმყოფი ვერ ერკვევა გარემოში. მეტყველება ღიზართრიულია, მოშლილია დანაწევრებული მეტყველების უნარი, გამოხატულია ლოგოკლონია – სიტყვის უკანასკნელი მარცვლის მრავალჯერადი გამეორება. პოლიმორფული ნევროლოგიური სიმპტომებიდან მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს *არჯილ-რობერტსონის* ნიშანს. ხშირია სახის ნერვის პარეზი, რის გამოც სახის გამომეტყველება ნიღბისებური ხდება. მნიშვნელოვნად იცვლება ტროფიკა: ძვლები ხდება ადვილად მსხვრევადი, ვითარდება ტროფიკული წყლულები, სისხლჩაქცევები, ცვივა თმები. მიუხედავად ბუღემიისა სწრაფად და შეუქცევადად ყალიბდება კახექსია.

პროგრესული ღამბლის მეურნალობაში ანტილუესური პრეპარატების გამოყენებასთან ერთად მეტად ეფექტურია *პიროთერაპია*, კერძოდ კი ეაგნერ-იაურეგის მიერ მოწოდებული *მალარიათერაპია*.

შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის დროს, ძირითად კლინიკურ სიმპტომოკომპლექსებთან ერთად, ვითარდება *ფსიქიკური სფეროს აშლილობანი*, ხოლო თავად დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე აუცილებელი ხდება *ფსიქიატრის კონსულტაცია* ან ჩარევა.

ცნობილია, რომ ადამიანის იმუნოდეფიციტის გამომწვევი ვირუსი გადადის სქესობრივი და პარენტური გზით. ამის გამო შიდსით დაავადების რისკ ჯგუფებს შეადგენენ ჰომოსექსუალები, ბისექსუალები, მეძავეები, ნარკომანები, სისხლისა და სისხლის პრეპარატების რეციპიენტები, აივ-ინფექციით დაავადებულთა ბავშვები. შიდსი მძიმე და პროგნოზულად არაკეთილსაიმედო დაავადებას წარმოადგენს და არა მხოლოდ მისი ღიაგნომი, არამედ დასნეულების ეჭვიც კი *მძიმე სტრესია* პიროვნებისათვის. გარდა ამისა, სიტუაციას ამძიმებს ის ფაქტი, რომ შიდსის ღიაგნომის დადგენის შემთხვევაში ირღვევა საექიმო საიდუმლოება, იხსნება სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალობა. ამის გამო, ექიმი ვალდებულია გაითვალისწინოს პაციენტის მოსალოდნელი პიროვნული, ფსიქოლოგიური რეაქციები, გამოავლინოს შესაძლო პათოლოგიური ქცევები (სუიციდი, აგრესია ან სხვა), განუმარტოს სიტუაციის სირთულე და ამავე დროს განსაზღვროს ფსიქიატრის ჩარევის აუცილებლობა.

თავად დაავადების პროცესში *ცნს-ს დაზიანების ნიშნები* და მასთან შერწყმული *ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები* პრაქტიკულად გვხვდება შიდსის ყველა ეტაპზე.

შიდსით დაავადებულთა 70-დან 90%-ს აღენიშნებათ *დემენცია*, რომელიც დაავადების საწყისი ეტაპებიდანვე ვლინდება და ხასიათდება სიმპტომთა პოლიმორფიზმით. დემენცია იწყება ინტელექტურ-მნესტიკური ფუნქციების დაკნინებით, ნებითი აქტივობის დაქვეითებით, შემდგომში აპათიისა და ასპონტანურობის ჩამოყალიბებით. მოგვიანებით ეტაპებზე, ნებით-ინტელექტური პროცესების ბრუტალური დაკნინების ფონზე, შესაძლოა განვითარდეს ეპილეფტიფორმული გულყრები და ცნობიერების გაბრუება (მძიმე შემთხვევებში – კომა). შიდსის ყველაზე ხშირი თანმხლები ფსიქიკური სიმპტომოკომპლექსია *აივ-ერეფალოპათია*. იგი ხასიათდება მეხსიერების და ყურადღების დაქვეითების ფონზე, ფსიქომოტორული შეკავებითა და აპათიით, თავის სუსტი ტკივილებით და პერიოდული სომნოლენციური შეტევებით. იმუნოდეფიციტის ვირუსით დაინფიცირებულ პაციენტებს ხშირად აღენიშნებათ ცნობიერების *დელირიული* შეცვლის ეპიზოდები, რიგ შემთხვევებში *მწვავე პარანოიდული* და *ქალუკინაიური-პარანოიდული* ფსიქოზური შეტევები. დაავადების პროგრესირების პროცესში ხშირდება და გენერალიზირებულ სახესღებულობს *მფოთვითი*, განსაკუთრებულად *აქიტაციურ-მფოთვითი* აშლილობანი. 40%-მდე შემთხვევებში შიდსი გამოხატული *დეპრესიის* ფონზე მიდის. ამ ფსიქიკურ აშლილობებთან ერთად შიდსის დროს ხშირია *ფსიქოსტრესული* გენეზის პოლიმორფული აშლილობანი, მაღალია *ნარკოტიკებისა* (ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების) და *თვითმკვლელობების რისკი*.

სმირად, მიუხედავად აიუ-ლაინჯუკურების სამსმრაობის არაარსებობისა, რისკის ჯგუფში შემავალ ადამიანებში ვითარდება მიღსით დაავადების აკვიატებული მიმები (ფიბრიკური სიმპტომოკომპლექსი), *ობსესიურ-კომპულსიური, ჰიპოქონდრიული ამლილობანი, შფოთვა* ასეთი პირები ხაჭირიებენ ფსიქოთერაპიულ და ხმირად ფარმაცოთერაპიულ ჩარეეებს.

ფსიქიკური ამლილობანი სიმპტური დაავადებების დროს, როგორც წესი, ვითარდება გამოხატული ასოენისის ფონზე, რომლის დროს, დაავადების ფიბრიკური სიმპტომებთან ერთად, სახეზეა მომატებული გამლიზიანებლობა, ჰიპერესტეზიები, ყვრალლების კონსენსტრაციის დაქვეითება, განსევალობა, ემოციური ლაბილობა. ხმირად აღგილი აქეს ხატოენის მოგონებების, ფანტაზიების მოზღვრებებს, ფრაგმენტულ აკოაზმებს. ძილი ზელაპირულია.

მწვავე ფსიქიკური ამლილობებიდან მძიმე, ზოგადი ინტოქსიკაციით მიმდინარე სიმპტური დაავადებისას გვხვდება *ამენციური* მღვომარეობა; *ონეიროიდული* მღვომარეობა ხატოენის, ფანტასტიკური მხედველობითი ჰალუცინაციებით; *დელირი* და *ენობიერების ბინდისმიერი შეეელა* ეპილეფტიფორმული აგზნებით.

გახანგრძლიეებული, *ქრონიკული სიმპტოგენური ფსიქოზებისათვის* ასოენისის ფონთან ერთად დამახასიათებელია პიროვნების *ფსიქოპათიზაცია*. ფსიქიკური ამლილობებიდან გვხვდება *დეპრესიული* და *დეპრესიულ-პარანოიდული* მღვომარეობები; *კორსაკოვის სინდრომი*, ფიქსაციური აზნეზიითა და კონფაბულაციებით; სხეადასხვა სილრმის *გაბრუების* სახეები; *დელირიოზული* და *ამენციური* მღვომარეობანი. თუქმა სხეადასხვა ბუნების და სიმძიმის სიმპტურ დაავადებებს ფსიქიკური რეაგირების თავისებურებანც ახასიათებს. ასე, მაგალითად, *მოოკარდიუმის ინფარქტის* დროს, საწყის პერიოდში, ხმირია ილუზორულ-ჰალუცინაციური და აუექტური ამლილობანი, კრიტიკის დაქვეითებითა და შფოთით. ზოგვიანებით შესაძლებელია განვითარდეს დეპრესონალიზაციურ-დერეალიზიციური სინდრომი, დეპრესიული შინაარსის არამყარი ბოლვითი იდეები. *ავთისებანი სიმსივნეებს*, განსაკუთრებით ოპერაციული ჩარევის შემდეგ, ახასიათებს კორსაკოვის აზნეზიური სინდრომის და კოტარის ბოლვის დონემდე განვითარებული დეპრესიულ-პარანოიდული ბოლვითი ამლილობანი. *კუჭ-ნაწლავის გრაქტის ქრონიკულ დაავადებებს* თან სდევს უძილობა, გამლიზიანებლობა, ემოციური გაუწონასწორებლობა, პერიოდულად ჰიპოქონდრიული ჩივილები და კანცეროფობია. *ღვიძლის* დისტროფიული პროექსიისათვის ნიშანდობლიეია გუნებგანწყობის დისფორიული ფონი და ჰიპნოტოგური ჰალუცინაციები. *ურემიული კოშის* დროს შესაძლოა განვითარდეს ეპილეფტიფორმული გულყრები.

ენდოკრინოპათიების ანუ ენდოკრინული სისტემის დაავადებების შედეგად განვითარებული ფსიქიკური ამლილობანი ფსიქოპათოლოგიური მღვომარეობების მრავალფეროვნებით გამოირჩევა.

ჰიპოფიზის ღაზიანება შესაძლოა გამოვლნდეს რამდენიმე დაავადებით. *აკრომეგალიას*, ფიბრიკურ სიმნებთან (გიგანტიზმი, სხეულის პროპორციის დარღვევა, კიდურების დისტალური ნაწილებისა და სახის ნაკვთების სიტლანქე) ერთად, ახასიათებს ინტელექტური განუვითარებლობა, აპათიურობა, პერიოდული

პიპოქსიდრიულ-ლეპრესიული შეტევები პიპოქსიდრიული ნაწილის დროს სხეულის განვითარებლობას (ქონდრისკაცობა) თან ერთვის ფსიქო-ემოციური ინფანტილიზმი. აღიპოქსიდრიულ-გენიკალური დისტროფიისათვის დამახასიათებელ სახეისო ნიშნების განვითარებლობას და სიმპტომებს თან ერთვის გონებრივი ჩამორჩენილობა და ეთიკური გუნებგანწყობის დამინანგურება. იშვიათად შესაძლოა დეპრესიის, კორსაკოვის ამსიკური სინდრომის ან ეპილეფტოორმული გულფრების განვითარება. იქნებო-ქემინგის დაავადება, რომლის საფუძველს პიპოქსიდრისა და თირკმელზედა ჯირკვლების დამინანგურება წარმოადგენს, ხასიათდება ვასუქებით, სიმანობით და წონის მომატებით, კანის ფერის შეცვლით და სხვა სიმპტომებით. ეს უხშირესად ხდება რეაქტიული, ფსიქოგენური ლეპრესიის მიზეზი, რომელიც, დროთა განმავლობაში იქნება პიპოქსიდრიულ ლეპრესიად ეალიბდება.

ბავშვობის დაავადება ფარისებრი ჯირკვლის დამინანგურებითაა გამოწვეული. ამ დაავადების ფიზიკურ სიმპტომებს (გაქიკარდია, ეგზოფტალმია, ქუთუთიების, ენის წვერის და მტკენების გრემორი, ოფლიანობა და ა.შ.) თან ერთვის გუნებგანწყობის მერყეობა, გამლიზიანებლობა, გამოხატული ასთენია. დაავადების გამოწვევების პერიოდში მოსალოდნელია ლეპრესიული ან მანიაკალური ფსიქოზური შეტევები, ცნობიერების დეპრესიული და ამსიკური აშლა. კრეკინიზმი (ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გამოვარდნა) ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია ოლიგოფრენიის განვითარებაში. მიქსელემა (პიპოქსიდრიული) ხასიათდება გამოხატული აპათი-ადინამიური მდგომარეობით, ბრადიფსიქიზმით. მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა განვითარდეს დისფორიული ელფერის ლეპრესია, ცნობიერების შეცვლა ფსიქო-მოტორული აგზნებით და მიდრეკილებით სიმუქსური ქიკეებისაკენ.

მაქრინი დიპტეის დროს ფსიქიკური აშლილობები იშვიათად ვითარდება. მეტწილად ესაა დეპრესიული მდგომარეობა.

ენლოკრინოპათიების მკერნალობა ძირითადად სიმპტომურია. თერაპიული სტრატეგია მიმართული უნდა იყოს თვით ენლოკრინული სისტემის დაავადების მკერნალობისაკენ. ამ მხრივ მეტად მნიშვნელოვანია ფსიქიატრისა და თერაპევტის საერთო, შეთანხმებული მუშაობა.

ინტოქსიკაციური ფსიქოზები ვითარდება თავის გენზე სხეულის სხვადასხვა მელიკამენტიური, კვებითი, მრეწველობაში ან ყოფ-ცხოვრებაში გამოყენებული ტოქსიკური ნივთიერებების შემოქმედების შედეგად.

მელიკამენტიური ინტოქსიკაციებიდან განსაკუთრებით საყურადღებოა აკრიბინის, ატროპინის, ჰორმონალური პრეპარატებით და ანტიბიოტიკებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი. ატროპინის ტოქსიკური მოქმედების აღრეული გამოყენებები: გაქიკარდია, გაქი პნოე, გუგების გაფართოება - აკომოლაციის მოშლით, დიზართრია, ატაქსია და თავის ტკივილი. შემდგომში ვითარდება ფსიქო-მოტორული აგზნება, ცნობიერების დაბინდვით, ტიკური პიპრაციებით და კიდურების ძლიერი გრემორით. ხშირია მკვეთრი ფერების, კამკამა მხედველობითი, ძირითადად ელემენტური (ფერადი ლაქები, სინათლის სხივები, ეცხლის ალი) პალეუსინაციები. მძიმე შემთხვევებში ეალიბდება ატროპინული დეპრესია, სადაც ცნობიერების შეცვლას თან ერთვის აფორიაქება, შფოთვა და აგრესია. აკრიბინით მოწამელისათვის დამახასიათებელია ტრონიკულად მიმდინარე მანიაკალური მდგომარეობა, კატატონის მავარი

აშლილობებით. *ჰორმონალური პრეპარატების*, ძირითადად კორტიკოსტეროიდების, ხანგრძლივი მიღების შედეგად ვითარდება აფორიაქება, მოუსვენრობა, განსაკუთრებით ღამის საათებში – უძილობის ფონზე იშვიათია დეპრესია აქიტიაციითა და სუიციდალური ტენდენციებით. განსაკუთრებით საყურადღებოა ის გარემოება, რომ აღწერილი აშლილობანი შესაძლოა განვითარდეს *ჰორმონალური პრეპარატებით* მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგაც. *ანტიბიოტიკებით* ინტოქსიკაციის შედეგად განვითარებული ფსიქიკური ნიშნებიდან საყურადღებოა პარესთეზიები, თავის ტკივილი, უძილობა, აფორიაქება. იშვიათია აგზნება ლოგორეით, აგრესიულობა, დეპრესია სუიციდალური ტენდენციებით.

კვებითი ინტოქსიკაციებით განპირობებული ფსიქოზური აშლილობებიდან აღსანიშნავია *ბოტულინური ფსიქოზი* (ძლიერი ფსიქო-მოტორული აგზნებით და ცნობიერების დელირიული შეცვლით), *სოკოთი ინტოქსიკაცია* (ცნობიერების დელირიული შეცვლა, ხატოვანი მხედველობითი ჰალუცინაციები და დაქვეითებული გუნებაგანწყობა, რომლის ფონზე გვხვდება აგზნებისა და აფორიაქების ეპიზოდები) და *ერგოტიზმი* ანუ ჭვავის რქით მოწამვლა (გაბრუება, მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითება, დეპრესია, ჰალუცინაციები).

მრეწველობაში და საოჯახო საქმიანობაში ხშირად გამოიყენება ისეთი ნივთიერებები ან ამ ნივთიერებათა შემცველი ნაერთები, რომელთაც შეუძლიათ გამოიწვიონ ძლიერი ინტოქსიკაცია და როგორც შედეგი – ფსიქიკური აშლილობანი. განსაკუთრებით მძიმე ფსიქოზურ გართულებებს იძლევა *ტყვიითა და ტეტრათილტყვიით* ინტოქსიკაცია. ამ დროს ხშირია ეპილეფსიფორმული გულყრები, ცნობიერების დელირიული შეცვლა, აპათია და მეხსიერების პათოლოგია კორსაკოვის სინდრომის სახით. *ნახშირორჟანგით მოწამვლის* დროს სწრაფად ვითარდება ცნობიერების გაბრუება, რომელიც კომის სიდრმეს აღწევს. კომური მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ აღინიშნება აგზნება, აგრესიულობა, შფოთვა, მოუსვენრობა. ეპიზოდური მხედველობითი ჰალუცინაციები შესაძლოა გადაიზარდოს დელირიუმში, რომელიც 1-2 დღე გრძელდება. მოგვიანებით ვითარდება კორსაკოვის ამნეზიური სინდრომი, იშვიათ შემთხვევებში ჭკუასუსტობის ნიშნებით. საერთოდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ნახშირორჟანგით ინტოქსიკაცია იწვევს მძიმე და ხშირად შეუქცევად ცვლილებებს თავის ტვინის სტრუქტურებში, რაც გამოიხატება პოლიმორფული ორგანული სიმპტომატიკის არსებობითა და მყარი ცერებრასტენიის ჩამოყალიბებაში. მსგავს მძიმე კლინიკურ შედეგებს იძლევა ბენზოლით, ანილინით, ნიტრობენზოლით ინტოქსიკაცია. *ფოსფორგანული ნივთიერებები*, რომლებიც ფართოდ გამოიყენება სოფლის მეურნეობაში პესტიციდების სახით, იწვევს ინტოქსიკაციას, რომლის მიზეზი აცეტილქოლინის ჭარბი კონცენტრაციაა ქოლინერგულ სტრუქტურებში. ნევროლოგიურ სიმპტომატიკასთან ერთად (ქოშინი, ტრემორი, ატაქსია, ღამბლები) გამოხატულია აპათია, ღრმა ასთენია, ცნობიერების დაბინდვა და ეპილეფსიფორმული გულყრები.

ალკოპოლიზმი და ნარკომანია

ალკოპოლიზმი – ქრონიკულად მიმდინარე პროგრესიული ფსიქიკური დაავადებაა, რომელიც გამოწვეულია ალკოპოლური სასმელების ან მათი სუროგატების ჭარბი და სისტემატური მიღებით. ალკოპოლი ანუ ეთილის სპირტი (ეთანოლი) სხვადასხვა კონცენტრაციით შედის ნაირგვარი ალკოპოლური სასმელის შედგენილობაში, როგორიცაა არაყი, ჭაჭა, ვისკი, კონიაკი, პორტვინი, ღვინო, ლუდი და მრავალი სხვა. ეთილის სპირტი ფსიქოაქტიურ ნივთიერებას მიეკუთვნება და დამთრგუნველად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. იწვევს ინტოქსიკაციას (თრობას) და შინაგანი ორგანოების დისფუნქციას. ალკოპოლს ახასიათებს ეიფორიის, რელაქსაციის და ამავე დროს ხალისის, ფიზიკური ტონუსის მომგვრელი ეფექტი, გამოხატული ანქსიოლიტიკური (შფოთვის დონის დამაქვეითებელი) და ანტიდეპრესიული მოქმედება. ამ თვისებების გამო ალკოპოლური სასმელები საუკუნეების მანძილზე გამოიყენება აღამიანების მიერ როგორც სოციალური ყოფის ერთ-ერთი შემადგენელი აუცილებელი ატრიბუტი. ალკოპოლური სასმელების მიღება მრავალი ერის ტრადიციის განუყოფელი ნაწილია. განსაკუთრებით რეგლამენტირებული და რიტუალიზებულია ეს იმ ქვეყნებში, სადაც ალკოპოლური სასმელების დამზადების უძველესი ტრადიციებია: მევენახეობისა და მეღვინეობის კულტურა საქართველოში, საფრანგეთში, იტალიაში, საბერძნეთსა და ესპანეთში; ლუდის კულტურა გერმანიასა და ჩეხეთში და სხვა. ამ და მრავალ სხვა ქვეყანაში ალკოპოლური სასმელების მიღება რეგულირდება საზოგადოებაში მიღებული ნორმებითა და ქვეყნის წესებით. გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს იმის განსაზღვრა, თუ რას ნაშნავს ალკოპოლის “ჭარბი რაოდენობით მიღება”, მით უმეტეს, რომ რიგ შემთხვევებში ალკოპოლის მცირე დოზების რეგულარულად მიღება (კაიხა ლუდი სადილზე, ალკოპოლის შემცველი კოქტეილი საღამოს და ა.შ.) ჩვეულებრივი მოვლენაა საზოგადოებაში. ალკოპოლიზმის, როგორც ფსიქიკური დაავადების ღრეული და სწორი დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია ისეთი ცნებების დიფერენციაცია, როგორიცაა: ალკოპოლური სასმელების *ზომიერი მიღება*, ალკოპოლის *ჭარბი მიღება ანუ ბოროტად გამოყენება* და *ქრონიკული ალკოპოლიზმი*, როგორც *დაავადება*. ალკოპოლის *ზომიერი მიღებისას* მისი რაოდენობა მცირეა, ალკოპოლის მიღება არ ხდება რეგულარულად, როგორც წესი, დაკავშირებულია შესაბამის ყოფით საბაბთან და გოლურანტობა სასმელის მიმართ არ იცვლება. *ალკოპოლის ჭარბი მიღება ანუ ყოფითი ლოთობა* წარმოადგენს ალკოპოლის სისტემატურ მიღებას ყოველგვარი საბაბის და მიზეზის გარეშე, პრაქტიკულად მთელი დღის განმავლობაში და მნიშვნელოვნად დიდ დოზებში. ამავე დროს არ არის სასმელისადმი პათოლოგიური დამოკიდებულება (“აბსტინენცია”). ეს მდგომარეობა წარმოადგენს იმ წინაპირობას, რომლის ნიადაგზე შემდგომში ეთიარდება ქრონიკული ალკოპოლიზმი. თუმცა, შესაძლოა რიგ შემთხვევებში ალკოპოლის ჭარბი მიღება შემოიფარგლოს მხოლოდ ყოფითი ლოთობით ან მიკროსოციალური გარემოს შეცვლის გამო გადავიდეს ალკოპოლის *ზომიერ* მიღებაში.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმი პროგრესიულად მიმდინარე უსიქიკური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ალკოჰოლისადმი პათოლოგიური ლტოლვის, უსიქიკური და ფიზიკური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებით და თავდება პიროვნების ღებრადაცითა და ჭკუასუსტობით. ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით ალკოჰოლს ჭარბი რაოდენობით ღებულობს ღუღამიწის მოსახლეობის 14%, მათ შორის 70–75% მამაკაცები შეადგენენ, 20–25% – ქალები. პათოლოგიურ დამოკიდებულებას ალკოჰოლური სასმელების მიმართ გარკვეული გენეტიკური წანამღერები აქვს, რაც იწვევს იმას, რომ ალკოჰოლიკების ოჯახის წევრებში ამ სენით დაავადების გაცილებით მაღალი რისკია. ალკოჰოლური სასმელების მიღებასთან დაკავშირებული ეთნიკური და კულტურალური თავისებურებები განსაზღვრავენ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის გავრცელების სიხშირეს სხვადასხვა ქვეყნებში. ასე, მაგალითად, ეს დაავადება ნაკლებად გვხვდება მევენახეობის ტრადიციულ ქვეყნებში, როგორიცაა საქართველო, სომხეთი, საბერძნეთი, ესპანეთი, იტალია და ზოგიერთი სხვა. ალკოჰოლიზმის დაბალი რისკი განპირობებულია რელიგიური ფაქტორებითაც: მუსლიმანებში, იუდეველებში, პროტესტანტებში ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა რიცხვი მეტად მცირეა.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის, როგორც უსიქიკური დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ სამ სტადიას.

პირველი ანუ ნევრასთენიული სტადია ხასიათდება ალკოჰოლისადმი პირველადი პათოლოგიური ლტოლვის გაჩენით, მის მიღებაზე კონტროლის დაკარგვით, ტოლერანტობის ზრდით ალკოჰოლური სასმელების მიმართ და ალკოჰოლური ამნეზიების არსებობით. ეს სტადია ყალიბდება ალკოჰოლური სასმელების მრავალწლიანი სისტემატური მიღების შედეგად. ავადმყოფს შესწევს უნარი მიიღოს მისთვის აღრე ჩვეულზე გაცილებით უფრო მეტი რაოდენობით სასმელი, “კარგად აიტანოს” იგი – ღებინების რეფლექსის მოსპობის გამო. მას თრობის მისაღწევად გაცილებით მეტი რაოდენობით ალკოჰოლის მიღება სჭირდება, რაც გარკვეულად აქვეითებს პიროვნების კონტროლს სიტუაციაზე. ალკოჰოლურ ეიფორიას ცვლის გამღიზიანებლობა, ღრმა ასთენია, რასაც თან ახლავს მომხდარი მოვლენების ნაწილობრივი ამნეზია – “პერფორაციული ამნეზია” ანუ *ჰალიმპსესტი*. ავადმყოფი აქტიურად ეძებს ღათრობის საბაბს, პირველი იწვეებს სმას, ცდილობს დაღიოს სხვაზე მეტი. პიროვნებაში ჩნდება “ახალი” თვისებები: სიერე, ტრახახი, შემაწუხებელი მრავალსიტყვაობა.

მეორე ანუ ნარკოპანიულ სტადიას ახასიათებს *აბსტინენტური სინდრომის* ჩამოყალიბება, ალკოჰოლის *პერმანენტული მიღება*, გამოხატული *ხასიათობრივი ცვლილებები* და პრემორბიდული პიროვნული ხაზების გამახვილება. აბსტინენტური ანუ გამოზარხოშების სინდრომი ესაა ალკოჰოლისადმი ორგანიზმის ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარების მაჩვენებელი. ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტის შემთხვევაში, 12–24 საათის შემდეგ, ეითარდება ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, კიღურებისა და ენის წვერის ტრემორი, არტერიული ჰიპერტენზია. გამოხატულია მადის დაქვეითება, გულის რევის შეგრძნება, ფაღარათი, უძილობა. დაავადების პროგრესიასთან ერთად აბსტინენტური სინდრომი მყარ ხასიათის ღებულობს და მისი მოხსნისათვის

ავადმყოფი განუწყვეტლავ, პერმანენტულად ღებულობს ალკოჰოლურ სასმელებს. მნიშვნელოვნად იცელება ავადმყოფის პიროვნება. ის ხდება უხეში, ეგოისტური, კონფლიქტური, მაგყვარა, არ ზრუნავს ოჯახზე, ვერ აუღის სამუშაოს, რის გამოც ხშირად იცელის სამსახურს. ალკოჰოლურ სასმელებთან ერთად ავადმყოფი ხშირად სვამს სეროგატებს (დენაგურატი, ოდეკოლონი, სპირტის შექცეული სხეაღასხვა სამრეწველო ნაერთები, ლაქები და ა.შ.). საინტერესოა ამ ეტაპზე ე.წ. "ალკოჰოლური იუმორის" განვითარება – ბრტყელი, ხშირად სექსუალური მინაარსის უაზრო ხუმრობები, გრაბაჰი თაყის შესაძლებლობებზე, სადაც ამკარად ჩანს ინტელექტურ-ემოციური დაქვეითება და პიროვნების სოციალური მოტივაციების ღებრაღაცია. მეორე სტადიაში ყველაზე ხშირია ალკოჰოლური ფსიქოზების განვითარება.

მესამე ანუ *ენცეფალოპათიური სტადია* – ალკოჰოლური სასმელებისაღამი *ტოლერანტობის მეკეითრი დაქვეითებით, განიაღაცებული ლოთობით* და *პიროვნების ღებრაღაცით ხასიაღდება*. ტოლერანტობის დაქვეითება გამოიხატება იმაში, რომ ავადმყოფისათვის, აბსტინენციის მოსახსნელად, ალკოჰოლის მცირე ღოზაც საკმარისია. ავადმყოფები ამ სტადიაში, ძირითაღად, თავს ანებებენ არყის და სხვა მაგარი სასმელების მიღებას და გაღაღიან პორტეკისზე, ლუღზე, სეროგატებზე. გამოიხატულია პიროვნების ღრმა ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ღებრაღაცია. მთლიანად იკარგება ოჯახური, შრომითი კავშირები, ქრება ყოფითი ჩვევები. პიროვნების სოციალურ დაქვეითებასა და ღაკნინებას ორგანული ბუნება აქვს, რაც გამოვლინდება ინტელექტის, მეხსიერების, ემოციურ რეაგირებათა უხეშ ღარღევებში. ალკოჰოლის ტოქსიკური ზემოქმედების შეღევად მინაგან ორგანოებზე ყალიბდება მთიკარღიტა, ქრონიკული პეპატიტი, ციროზი, გასტრიტი, პოღინევრიტი, იმპოტენცია.

ქრონიკული ალკოჰოღიზმის მეორე და მესამე სტადიაში შესაძლია განვითარღეს *ალკოჰოლური ფსიქოზები*. ფსიქოზური აშღიღობანსი ალკოჰოღიზმის ღროს აგარებს მწვავე და ქრონიკულ ხასიათს.

მწვავე ალკოჰოლურ ფსიქოზებს ეკუთვნის *თეთრი ცხელება* ანუ ალკოჰოლური ღელირი და *მწვავე ალკოჰოლური პაღუცინოზი*.

თეთრი ცხელება – (Delirium tremens) ვითარღდება ქრონიკული ალკოჰოღიზმის მეორე და მესამე სტადიაში, ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტიღან 2–3 ღღის შემღევ, აბსტინენციის ფიზზე. პროვოკაციულ ფაქტორებაღ შესაძლია მოგეევღინოს რაიმე ინფექციური ან სომატური ღაავაღება, ფიზიკური გაღაძაღება. ღაავაღება იწყება მწვავედ, უცერაღ, ძირითაღად ღამის საათებში, შემზარავი, ხატოვანი სმენითი და მხეღვეღობითი პაღუცინაციების მოზღვეავებით, ფსიქომოტორული აგზნებით. სშირად პაღუცინაციებს წინ უძღვის გარემოს იღუზორული აღქმა. ავადმყოფები "ხეაღვენ" მწერებს, წვრიღ ცხოვეღებს, ქვეწარმავეღებს, საშისელ არსებებს, შემზარავ სახეებს. გამოიხატულია შიმის პღიერი აფექტი, მოუსვენრობა, ემოციური ღაძაღვეღობა. მხეღვეღობითი და სმენითი პაღუცინაციებს შესაძლია ღაერითოს გაქტილური, ყნოსეითი და ეემოციებითი შეგრძნებების აშღიღობანსი – უსიამოვნო ფიზიკური განცღების, ხრწნის ან კვამღის სუნის, არასასიამოვნო გემოს სახით. გაზოხატულია აშკარა

დეტორიენტაცია აღგილსა და გარემოში. თვითცნობიერება შენახულია. აჟადმყოფი ცდილობს თავი დაიცვას მოსალოდნელი ხიფათისაგან, გარბის, იმალება. ალკოჰოლური დელირი ჩვეულებრივ 1-2 კვირას გრძელდება. მდგომარეობიდან გამოსვლის პროცესში რჩება პალუცინაციების განმეორებით აღმოცენების გარკვეული მზაობა და მომატებული შთაგონებადობა, რაც გამოვლინდება გოგიერთ პათოფსიქოლოგიურ ფენომენში. ასე, მაგალითად, აჟადმყოფი, რომელსაც ვთხოვთ წაიკითხოთ არარსებული ტექსტი ცარიელ ქაღალდზე, “ხედავს” ამ ტექსტს და კითხულობს მას (*რეინჰარდტის სიმპტომი*), “ესმის” საუბარი გამორთული ტელეფონის ყურმილში (*ამაფენბურგის სიმპტომი*), ან თვალის კაკლებზე ფიზიკური ბეწოლით ჩნდება მხედველობითი პალუცინაციები (*ლიპმანის სიმპტომი*). თეთრი ცხელება საშიშია სომატური გართულებების განვითარების მხრივაც. ყველაზე ხშირია ამ დროს დეიძლის მწვავე დისფუნქცია, სიყვითლე, ტაქიკარდია, ტრემორი, საერთო კუნთოვანი ჰიპოტონია, ოფლიანობა, კანისა და ლორწოვანი გარსების გამოხატული სიფერმკრთალე.

მწვავე ალკოჰოლური პალუცინოზი ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შედარებით იშვიათი ფსიქოზური გართულებაა. იწყება მწვავედ, აბსტინენციის ფონზე, ჭეშმარიტი სმენითი პალუცინაციების მოზღვაებით. “ხმები” თავისი შინაარსით, ძირითადად, მუქარის, შეურაცხყოფის, ბრალდების შინაარსისაა. მათი ინტერპრეტაციის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს დენის, თვითბრალდების ურაცმენტული ბოლევითი იდეები. ფსიქოზურ მდგომარეობაში აჟადმყოფები აფორიაქებულნი, აგზნებულნი არიან. მწვავე პალუცინოზი 2-3 დღიდან ერთ კვირამდე გრძელდება.

ქრონიკულ ალკოჰოლურ ფსიქოზებს მიეკუთვნება: ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი, ალკოჰოლური პარანოიდი, ალკოჰოლური ფსევდოპარალიზი, კორსაკოვის ფსიქოზი და გაიუ-ეერნიკეს ენცეფალოპათია.

ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი თავისი კლინიკური გამოხატულებით მწვავე პალუცინოზს ჰგავს, მაგრამ მისგან განსხვავებით გამოირჩევა სიმპტომთა ნაკლები ინტენსიუობითა და მეტი ხანგრძლივობით – რამდენიმე თეიდან რამდენიმე წლამდე. ხშირად ქრონიკული სმენითი პალუცინაციები ღებულობენ *პალუცინოიდის სტრუქტურას*. ამ დროს აჟადმყოფს უყალიბდება სრული კრიტიკა აჟადმყოფური “ხმების” მიმართ და მისი ქცევა შესაბამისად უფრო მოწესრიგებულია.

ალკოჰოლური პარანოიდი ანუ ალკოჰოლური ბოდეა, ძირითადად, წარმოდგენილია ქრონიკულად მიმდინარე *ღამოიანობის* (ცოლ-ქმრული ღალატის) ბოლევითი იდეებით. ეს ფსიქოზი იწყება თანდათან, ალკოჰოლიზმის მეორე სტადიაზე, სომატურ სიმპტომებთან ერთად სქესობრივი პოტენციის დაქვეითების ან იმპოტენციის ფონზე. თავდაპირველად ეს აზრები ალკოჰოლური თრობის დროს ჩნდება და მათ არ აქვთ მყარი, სტაბილური ხასიათი. შემდგომში ეს აზრები უფრო მტკიცდება და აჟადმყოფი მათ ფხიზელ მდგომარეობაშიც გამოთქვამს, მიმართავს ოჯახის წევრებს, მეგობრებს, თანამშრომლებს რჩევისა და დახმარებისათვის. შესაძლოა აგრესიის გამოვლენა მეუღლის მიმართ. დროდადრო აჟადმყოფი ცდილობს ბოლევითი აზრების დისიმულაციას, მაგრამ საკმარისია მას მიეცეთ

ალკოჰოლის გარკვეული რაოდენობა (ზეეულებრივ სინტრაქენურად შეეუყვანით 30 მლ ეთილის ხაირგის 20% ხსნარი), რომ განმჰსრუჰების ფონზე იგი კვლავ გამთაველენს მათ — *კანტაროვიჩის ელა*. ალკოჰოლური პარანოიდი ხანგრძლივი (4–6 თვისდან 1–2 წლამდე) მძმდინარეობით ხასიათდება.

ალკოჰოლური ფსევდოპარალიზმი — იშვიათი დაავადებაა. იგი ვითარდება ინტელექტური და მნესტიური ფუნქციების ღრმა, ორგანული დაქვეითების ფონზე. ნევროლოგიური სიმპტომებიდან გამოხატულია ღმართორია, კილურებისა და მისიკური კუნთების ტრემორი, *არჯილ–რობერტსონის* ნიშანი. გუნებგანწყობის ტონი ეთფორიულია. ავადმყოფები გამოთქეამენ განდილების ბოღვით იღეებს, რომელთა ფრაგმენტურობა, დაუკავშირებლობა და ხშირად აბსურდული ხასიათი მეხსიერების გამოხატული პათოლოგიითაა განპირობებული. ფსევდოპარალიზმს ახასიათებს ხანგრძლივი, ქრონიკული მძმდინარეობა.

გასული საუკუნის 80-იან წლებში ს.კორსაკოვმა აღწერა ქრონიკულად მძმდინარე ალკოჰოლური ფსიქოზის ერთ–ერთი ფორმა — *კორსაკოვის ფსიქოზი*. ეს დაავადება ვითარდება ალკოჰოლის ხანგრძლივი ღროის განმავლობაში ჭარბი რაოდენობით მიღების შემთხვევებში და ხასიათდება კორსაკოვის ამნეზიური სინდრომისა და პოლინევრიტის შერწყმით. ამნეზიური სინდრომი გამოვლინდება ფიქსაციურ ამნეზიასთან და ღემორიენგაციასთან თანღართული კონფაბულაციებით. დაავადება რამღენიმე წელი შეიძლება გაგრძელდეს და ინტელექტურ–მნესტიური ფუნქციების დაქვეითებასთან ერთად გამოიწვიოს პიროვნების ღეგრაღაცია: აპათია, აღინამია, სოციალური ინტერესებისა და აქტივობის დაქვეითება.

გაიუ–ვერნიკეს ენცეფალოპათია ალკოჰოლური ფსიქოზების ერთ–ერთი ყველაზე მძიმე ფორმაა. დაავადება იწყება მწვავე ღელირიული მოვლენებით. რომელსაც მოსღევს გაბრუება და ცნობიერების სრული აბნევა. შემღგომში ეს მოვლენები რთულდება ინტელექტური ფუნქციების დაკნინებით, ღემორიენგაციით, მეხსიერების მკვეთრი შესუსტებით, რასაც საბოლოოდ ღრმა ჭკუასუსტობამღე მიეყავართ. ფსიქიკური სფეროს ღარღვევებს თან ერთვის ფიზიკური განღევა, კახექსია. შესაძლოა ეპილფესიფორმული გჟღყრების განეითარებაც.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მკურნალობა ძირითაღად მღგომარეობს პაციენტისათვის ისეთი პირობების შექმნაში, როღესაც იგი ხანგრძლივი ღროის განმავლობაში არ მიიღებს ალკოჰოლურ სასმელებს და თანღათანობით შეიღელის ცხოვრების სტერეოტიპს — გაღავე ცხოვრების “ფხიზელ წესზე”. ამ მიზნის მისაღწევად მრავალი მეიოდი არსებობს.

ფსიქოფარმაკოთერაპიული მეიოდებიდან ყველაზე გავრცელებულია *ანტაბუსით* (გეტურამი, ღსულფირამი) მასენსიბიღირებელი მკურნალობა. ამ პრეპარატის 125–500 მგ მიღება ღღეში საშუალებას იძლევა ფხიზელ მღგომარეობაში ეამყოფოთ პაციენტი ხანგრძლივი ღროის განმავლობაში. ალკოჰოლის მკირე რაოდენობის მიღებაც კი ანტაბუსის ფონზე იწვევს ძღიერ სომატო–ვეგეტატიურ რეაქციას, რაც განპირობებულია აცეტალღეჰიდის კუმულაციით ორგანიზმში. პაციენტს ეწყება ძღიერი თავის ტკივილი, ჰი პერეზია, სუნთქვის უკმარისობა, ქოშინი, ტაქსი კარღია, ჰი პოტენზია, ოფლიანობა, ძღიერი

სიმკაცრე, იშვიათია გულის წასვლაც. რიგ შემთხვევებში ვითარდება **სტრუქტურული** საშინო მდგომარეობა. გარკვეული დროის განმავლობაში **პარკარაგის** გამოყენება ქმნის პირობებს ფხიზელი ყოფის ჩვევების **გამოყენებისათვის**. **გეგურამის** გარდა ფარმაცოლოგიური საშუალებებიდან **გამოყენება ნალგრესონი**, რომელიც, ენდოგენური ოპიატების ბლოკირების **გზით**, ხელს უწყობს ალკოჰოლისადმი ლტოლვის შესუსტებას. გარკვეული **ნაწილი** აქვს აგრეთვე ლითიუმით მკურნალობას, განსაკუთრებით, როდესაც **ალკოჰოლის** მიღება ღებრესიულ კომპონენტთან არის დაკავშირებული.

ფსიქოთერაპიული მეთოდებიდან ფართოდ გამოიყენება **სუგესტიური** (ჰიპნოზური) და **ავტოსუგესტიური** (ავტოტრენინგი), ქცევითი თერაპია და სხვა. განსაკუთრებით ეფექტური და მნიშვნელოვანია **ფსიქოსოციალური** თერაპიის მეთოდები, როგორცაა ოჯახური თერაპია, ე.წ. “თვითდახმარების” ჯგუფური მეთოდები, მაგალითად, “ანონიმური ალკოჰოლიკების” კლუბები და სხვა.

ალკოჰოლური ფსიქოზების მკურნალობა, ძირითადად, სიმპტომურია და მიმართულია არსებული ფსიქოზური სიმპტომატიკის მოსახსნელად. მწვავე ალკოჰოლური ფსიქოზების (თეთრი ცხელება, მწვავე ჰალუცინოზი) მკურნალობის პირველ ეტაპზე ნაჩვენებია დემინტოქსიკაციური თერაპია, ელექტროლიტური ბალანსის აღდგენისაკენ მიმართული ღონისძიებანი, პოლივიტამინების დიდი დოზები. საჭიროების შემთხვევაში, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობისა და ფილტვების ანთების თავიდან აცილების მიზნით, ნაჩვენებია საგულე საშუალებებისა და ანტიბიოტიკების დანიშვნა. ამასთან ერთად, ფსიქოზური სიმპტომატიკის ინტენსივობის მიხედვით, ინიშნება ტრანკვილიზატორები და ნეიროლეფსიური საშუალებები. აუცილებელია პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის სისტემატური მონიტორინგი.

ალკოჰოლური პარანოიისა და ქრონიკული ჰალუცინოზის თერაპია, ძირითადად, ნეიროლეფტიკების საშუალებით ხდება, რასაც თან ერთვის ნოოტროპებისა და ვიტამინების კურსი. განსაკუთრებით რთულია ნევროლოგიური სიმპტომებით მიმდინარე ქრონიკული ალკოჰოლური ფსიქოზების მკურნალობა. **კორსაკოვის ფსიქოზის** ეფექტური თერაპია მოითხოვს ტრანკვილიზატორებთან ერთად ნოოტროპების, B1 და საერთოდ B-ჯგუფის ვიტამინების, გოგირდმჟავა მაგნეზიის ჩართვას მკურნალობის სქემაში. ანალოგიურია **ალკოჰოლური ფსევდოპარანოიისა** და გაიუ-ვერნიკის **ალკოჰოლური ენცეფალოპათიის** მკურნალობაც.

ალკოჰოლის მიღებასთან დაკავშირებული ერთი პრობლემა, რომელიც მეტად მნიშვნელოვანია სასამართლო ფსიქიატრიისათვის: **დიფერენციაცია მწვავე თრობასა და პათოლოგიურ თრობას შორის**.

მწვავე ალკოჰოლური თრობა შეიძლება იყოს სამი ხარისხის: **პირველი ხარისხისათვის** დამახასიათებელია ეიფორია, კომფორტისა და რელაქსაციის განცდა, საკუთარი შესაძლებლობების გარკვეული გადაფასება; **მეორე ხარისხის** დროს ირღვევა მოძრაობათა კოორდინაცია, მეტყველება ღიზართრიული ხდება, არგიკულაცია ძნელად გასაგები, ჭარბობს იმპულსური ქცევები, აღინიშნება ნაწილობრივი ამნეზია – პალიმპსესტი; **მესამე ხარისხის დათრობა** გამოიხატება

ცნობიერების დაბნელებით, მოძრაობათა სრული დისკორდინაციითა და წყევრებით, დაუკავშირებელი შეტყვევებით. ამ დროს ხშირია ეპილეფსიფორმული გულყრები, უნებლიე შარდვითა და დეფეკაციით. სოფლენების სრული ამნეზია. რიგ შემთხვევებში გვხვდება ალკოჰოლური თრობის ატიპიური ვარიანტები: დეპრესიული ფორმა - ეიფორიის ნაცვლად ჯისფორიული ელფერის დაქვეითებული გუნებგანწყობის ფონით, სუიციდური ტენდენციებით; პალუცინაციური ფორმა - ინტოქსიკაციის ფონზე სმენითა, აშვიათად კი მხედველობითი პალუცინაციების არსებობით; ეპილეფსიფორმული ვარიანტი - სტერეოტიპული და ავტომატიზებული მოძრაობებით მიმდინარე აგრესიული ქცევები, ცნობიერების ნაწილობრივი, ალკოჰოლური ინტოქსიკაციით განპირობებული, შევიწროების ფონზე.

ამ მდგომარეობათაგან დიფერენციაციას საჭიროებს პათოლოგიური თრობის სურათი, რომელიც შეიძლება ატიპიური თრობის ერთ-ერთ ვარიანტად განვიხილოთ. პათოლოგიური თრობა, ფაქტურად, ალკოჰოლით პროვოცირებულ ეპილეფსიურ ცნობიერების ბინდისმაგვარ შეცვლას წარმოადგენს. უმნიშვნელო რაოდენობით (ხშირად 50-100 გ) ალკოჰოლის მიღების შემდეგ, თრობის ეოველგვარი ფსიქიკური და ფიზიკური ნიშნების ვარუშე. მწვაედ ევთარდება ხანმოკლე - რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე - ფსიქოზური ეპიზოდი. ეპილეფსიფორმული ვარიანტის დროს ეს არის ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლის ფონზე განვითარებული მწვავე ფსიქო-მოტორული აზნება, შიშის, გაბოროტების, განრისხების აფექტით. იმპულსური აგრესიული ქცევებით. მოძრაობები კოორდინირებულია, მოქმედებები მოტივირებული. პარანოიდული ვარიანტისათვის დამახასიათებელია მწვავე პალუცინაციურ-ბოდვითი მდგომარეობის განვითარება და აგრესიული ქცევები. ორივე ტიპის შეტევა თავდება დრმა ძილით და სრული ამნეზიით.

ნარკომანია ხეყნი დროის ერთ-ერთ ეველაზე მძიმე სოციალურ პრობლემას წარმოადგენს. მეოცე საუკუნეში, განსაკუთრებით კი მეორე მსოფლოო ომის შემდეგ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებამ არსახული მასშტაბები მიიღო. ნარკომანიის ზრდა მრავალი სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორითაა განპირობებული, რის გამოც მასთან ბრძოლა არა მხოლოდ ფსიქიატრთა, არამედ ეველა სახელმწიფოებრივი ინსტიტუტის და საზოგადოების ფართო ფენების ამოცანაა.

ნარკომანია დაავადებაა, რომელიც გამოწვეულია იმ ნარკოტიკული ნივთიერებების სისტემატური გამოყენებით, რომლებიც შედიან სახელ-მწიფოში ოფიციალურად რეგისტრაციაში მეოფ ნარკოტიკთა ნუსხაში, და გამოვლინდება მათ მძიმართ ფსიქიკურ და ფიზიკურ დამოკიდებულებაში. ტოქსიკომანია - იმ ფსიქოაქტურ ნივთიერებათა ბოროტად მოხმარებაა, რომლებიც არ შედიან ნარკოტიკების ოფიციალურ ჩამონათვალში.

ფსიქოაქტური პრეპარატის გამოყენების შემთხვევაში ნარკომანიის დაავადების გამოსატანად საჭიროა რამდენიმე ძირითადი ნიშნის არსებობა. ესაა: ორგანიზმის შეცვლილი რეაქტიულობის არსებობა მოცემული

ნარკოტიკის მიმართ, რაც გამოიხატება დაცვითი რეაქციების გაქრობაში, ტოლერანტობის ცვლილებაში და თრობის კლინიკური სურათის შეცვლაში; *ფსიქიკური დამოკიდებულების განვითარება* (აკვიატებული, ობსესიური ლტოლვის ჩამოყალიბება, ეიფორიისა და სულიერი კომფორტის განცდა ნარკოტიკული ინტოქსიკაციის დროს) და ფიზიკური დამოკიდებულების – *აბსტინენციის სინდრომის* არსებობა (დაუძლეველი, კომპულსიური მოთხოვნილება, კონტროლის დაკარგვა ნარკოტიკის დოზაზე, ნეტარებისა და ფიზიკური კომფორტის განცდა ნარკოტიკით ინტოქსიკაციის პერიოდში). ამ ძირითადი ნიშნების არსებობის გარეშე შეუძლებელია ნარკომანიაზე, როგორც ფსიქიკურ დაავადებაზე ლაპარაკი. ამავე დროს, უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქოპათიური ან ნარკოტიკული ნივთიერების გამოყენება ან მათი მიღების ფაქტის კონსტატაცია არ წარმოადგენს საბაბს ნარკომანიის დიაგნოსტიკისათვის. ყველა შემთხვევა, როდესაც ნარკოტიკის მიღება არარეგულარულია, დაკავშირებულია სიტუაციურ, ფსიქოლოგიურ, სომატურ, პედონისტურ ან სხვა მოტივთან და ამ შემთხვევაში არ არის გამოხატული გემოთ ჩამოთვლილი სინდრომები, ფასდება, როგორც *ნარკოტიკის მოხმარება*.

მიუხედავად ნარკომანიისა და ტოქსიკომანიების მრავალსახეობისა და პოლიმორფული კლინიკური გამოვლინებებისა, შესაძლოა გარკვეულად განვამოგადოთ ამ დაავადების განვითარების ძირითადი ეტაპები. *ნარკომანია პროგრესიული ფსიქიკური დაავადებაა* და იწვევს პიროვნების შეუქცევად და *ღრმა დეგრადაციას*. დაავადების დასაწყისში ვითარდება *ფსიქიკური დამოკიდებულება* ნარკოტიკული ნივთიერების მიმართ, რომელიც გამოიხატება ნარკოტიკული თრობის მიღწევის სურვილში – ფსიქიკური კომფორტისა და ეიფორიის მიზნით. ადამიანს კიდევ შესწევს უნარი დაძლიოს პათოლოგიური, ავადმყოფური ლტოლვა, თუმცა თანდათან ეს უფრო და უფრო ძნელი ხდება. პიროვნების ქცევის ძირითად მოტივად ნარკოტიკის შეძენა ხდება. ამასთან ერთად ვითარდება *ფიზიკური დამოკიდებულება* ნარკოტიკის მიმართ. *იზრდება ტოლერანტობა*, ნარკოტიკული თრობის, “კაეფის” მისაღწევად წამლის მეტი დოზაა საჭირო. ფსიქოპათიური ნივთიერების მიღების შეწყვეტა იწვევს მძიმე სომატო-ვეგეტატიურ და ფსიქიკურ მოვლენებს – ვითარდება *აბსტინენციის სინდრომი*. ნარკოტიკების სისტემატური, ქრონიკული მიღება იწვევს პიროვნების ხასიათობრივი თვისებების გაუხეშებას, გასადავებას, ინტერესებისა და მოთხოვნილებების დაკნინებას. ნარკომანის არსებობის ერთადერთ მიზნად, ცხოვრების აზრად ნარკოტიკის შოვნა ხდება, რაც პიროვნების დაქვეითების ფონზე ზრდის კრიმინალური ქმედებების რისკს. ადამიანი ჰკარგავს ყოველგვარ სოციალურ კავშირებსა და ფუნქციებს, ხდება უკიდურესად ეგოცენტრიული, აგრესიული, დაუნდობელი, ნივთიერდება ეთიკური და მორალური წარმოდგენები, *ყალიბდება პიროვნების დეგრადაცია*.

ნარკოტიკული ნივთიერებებიდან, რომელთა ბოროტად გამოყენება იწვევს ნარკომანიას, ყველაზე გავრცელებულია: ოპიატები (პეროინი, მორფინი, პრომედოლი, ოპიუმი), *სტიმულატორები* (ამფეტამინი, მეტამფეტამინი – “ყინული”), *კოკაინი, კანაბისი* (პლანი, ანაშა, მარიხუანა), *ბარბიტურატები* (ფენობარბიტალი, პენტობარბიტალი) და *სედატიური საშუალებები* (ძირითადად ტრანკვილიზატორები).

ოპიატური ნარკომანია ნარკომანიის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. ოპიუმში ძველთაგანვე ცნობილი ნარკოტიკია, მას ძირითადად ეწევიან. მორფინი – ინექციის სახით შეჰყავთ. ჰეროინი კი გამოიყენება როგორც ინექციის სახით, ისე შესუნთქვით, ხშირად კომბინაციაში ტრანკვილიზატორებთან. *ოპიატური ინტოქსიკაციისათვის* დამახასიათებელია გამოხატული ეიფორია, ფსიქომოტორული შეკავება, ცნობიერების გაბრუნება, რასაც თან სდევს ცნს-ს დათრგუნვა, ანალგეზია, ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, პერისტალტიკის დაქვეითება და ბრადიპნოე. განსაკუთრებული სიმწვავეთ ხასიათდება *ოპიომანიური აბსტინენცია*. კლინიკურ სურათში დომინანტობს აუტანელი, ინტენსიური ტკივილები და სპაზმები სახსრებსა და კუნთებში (“ლომკა”), მოვლითი, სპაზმური ტკივილები მუცელში, გულის არეში, პროფუზული ოფლიანობა, პირღებინება და ფაღარათი. აბსტინენციის მდგომარეობაში რეალურია ლეტალური გამოსავალი გულსისხლძარღვთა უკმარისობის ან მიოკარდიუმის ინფარქტის მიზეზით.

ოპიომანიის მკურნალობა იწყება *დეტოქსიკაციით*. ეს თერაპიული პროცედურა გულისხმობს იგივე ნარკოტიკის დოზის თანდათანობით შემცირებას ან ამ მიზნით პრეპარატ მეტადონის ჩანაცვლებას. ამასთან ერთად გამოიყენება სხვა, არაოპიატური და არანარკოტიკული საშუალებები, რათა შემცირდეს აბსტინენციის არასასურველი სომატო-ვეგეტატიური გამოვლინებები: α -ადრენობლოკატორები, საგულე და ჰიპერტენზიული საშუალებები და სხვა. ოპიატური ნარკომანიის *გრძელვადიანი მკურნალობისათვის* და რეაბილიტაციური ღონისძიებების წინაპირობის შესაქმნელად მიღებულია *მეტადონით* ხანგრძლივი მკურნალობა. თერაპიის ეს მეთოდი, რომლის შედეგად პაციენტის ორგანიზმში მელდმევადაა ოპიატური ჯგუფის, სუსტი ეფექტის, ნარკოტიკი, საშუალებას არ აძლევს მას “ღამაგოს” სხვა ფსიქოაქტიური საშუალება. დროთა განმავლობაში მეტადონის კონცენტრაცია მცირდება და საბოლოოდ ორგანიზმში თავისუფლდება ნარკოტიკისაგან. “*მეტადონური პროგრამა*” რამდენიმე თვე გრძელდება. ეს ამცირებს კრიმინალის რისკს და აძლევს ნარკომანს საშუალებას გამოიჩინოს მეტი სოციალური აქტივობა, ჩაერთოს რეაბილიტაციურ პროგრამებში, აღადგინოს დაკარგული ოჯახური და შრომითი კავშირები.

ცნს სტიმულატორები, უპირატესად *ფენამინი* და მისი შემცველი მედიკამენტები განსაკუთრებული ნარკოგენურობით ხასიათდებიან – სწრაფად იწვევენ ნარკომანიულ შეჩვევას. განსხვავებით ოპიუმის ჯგუფის პრეპარატებისაგან, ფენამინის მიღება ხდება პერიოდულად. სტიმულატორის გამოყენების ხანგრძლივ პერიოდს ცვლის მისგან თავის შეკავების ასევე დიდი პერიოდი. ჩვენში იხმარება კუსტარულად მიღებული ნივთიერება *ეფედრონი*, რომელიც მზადდება ეფედრინის შემცველი სამკურნალო საშუალებების (სურდოს საწინააღმდეგო წვეთები, ანტიასთმური პრეპარატები და სხვა) გადამუშავებით. ცნს სტიმულატორები ეიფორიასთან ერთად იწვევენ ფსიქიკური, განსაკუთრებით ინტელექტური პროცესების აქტივაციას, ჰიპერაქტიურობას, ყურადღების გამახვილებას, ფიზიკური სიმხნევის განცდას. დიდი დოზების მიღებისას შესაძლოა ატიტაცია, აგრესიულობა, მხედველობითი და გაქტილური

ჰალუცინაციების განვითარება. სომატური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია **მღრიაში, ტრემორი, ჰიპერტონია, არითმიები, ტაქიკარდია, ანორექსია.**

ნარკომანიის ამ ფორმის **სამკურნალოდ** გამოიყენება ტრანკვილიზატორები, α -ადრენობლოკატორები, ჰიპერტენზიული და ანტიარითმიული საშუალებები, ვიტამინოთერაპია – განსაკუთრებით “C” ვიტამინის მაღალი დოზები (1,5–2 გრ-მდე).

კოკაინი თავისი მოქმედებით წააგავს ცნს-ს სტიმულატორებს. ისევე როგორც ოპიუმი, კოკაინიც ერთ-ერთ ყველაზე “ძველ” და გავრცელებულ ნარკოტიკს წარმოადგენს. იგი ძირითადად გამოიყენება ინექციების სახით ან მოწვეით. ორგანიზმში შეყვანის მეთოდის მიუხედავად, იგი ერთნაირი ეფექტურობით მოქმედებს და სწრაფად იწვევს ნარკოტიკულ დამოკიდებულებას. კოკაინის **ნარკოტიკული ეფექტი** მდგომარეობს გამოხატულ ეიფორიასთან შერწყმულ მომატებულ სექსუალობაში და შემოქმედებითი უნარისა და შესაძლებლობების მოზღვაების განცლაში. გამახვილებულია ყურადღება, ალქმა, გამოხატულია ჰიპერაქტივობა, ატიტაცია. შესაძლებელია მანიაკალური სინდრომის განვითარება, ბოლდითი ჩართვებით. **სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომებიდან** კოკაინით ინტოქსიკაციის დროს გამოხატულია: ტაქიკარდია, ჰიპერტენზია, ანორექსია, შემცივნება, უძილობა. კოკაინის მაღალი დოზებით ინტოქსიკაციისას შესაძლებელია განვითარდეს ცნობიერების დელირიული შეცვლა. კოკაინური აბსტინენცია ხასიათდება ძლიერი სისუსტითა და დაღლილობის გრძნობით, შფოთვით, უიმედობის განცდით, რომელიც შესაძლოა დეპრესიულ მდგომარეობაში გადაიზარდოს.

კოკაინომანიის სამკურნალოდ გამოიყენება ტრანკვილიზატორები (ძირითადად ბენზოდიამჟეპინის ჯგუფის), ნეიროლეფტიკები, β -ადრენობლოკატორები, საგულე და ჰიპერტენზიული საშუალებები.

კანაბისი ანუ **ინდური კანაფი, კანაბინოლი** (ჰაშიში, ანაშა, პლანი, მარიხუანა) ძველთაგანვე ცნობილ ნარკოტიკს წარმოადგენს. იგი მცენარეული წარმოშობისაა და გავრცელებულია ცენტრალურ და შუა აზიაში. ანაშის ძირითადად ეწევიან, თუმცა შესაძლოა მისი დაღეჭვა ან საკვებთან ერთად მიღებაც. **კანაბისის ინტოქსიკაცია** იწვევს ეიფორიას, ეკონტროლო მხიარულებას, შეტყეულებითა და მოტორულ აგზნებას, სიმსუბუქის განცდას, რომელსაც თან ერთვის დეპერსონალიზაციური და დერეალიზაციური განცდები. უფრო ღრმა ინტოქსიკაციას თან სდევს ცნობიერების გაბრუება, სიმშრისმაგვარი ფანტაზიებით და ჰალუცინაციებით. კანაბინოლის სისტემატური მიღებისას ვითარდება შიშის და პანიკის პაროქსიზმული შეტევები, რომლებიც შესაძლოა დევნის ბოლდით იღებში გადაიზარდოს. ხანგრძლივი მიღებისას აღწერილია შიზოფრენიისმაგვარი ფსიქოზური მდგომარეობების განვითარება, რომლის დროსაც ეიფორიული ემოციური ფონი აპათო-აბულიურით იცვლება. კანაბინოლურ ნარკომანიას **არ ახასიათებს ფიზიკური აბსტინენცია**, ვითარდება მხოლოდ ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება. მიუხედავად ამისა, ჰაშიშომანია მეტად საშიში სენია, რადგან, როგორც წესი, ამ ნარკოტიკით იწყება “გზა” უფრო მძიმე ფორმის ნარკომანიისაკენ.

სედატიური და საძილე საშუალებებიდან მაღალი ნარკოგენურობით ხასიათდებიან **პარბიტურატები და ტრანკვილიზატორები.** ამ ჯგუფების

პრეპარატებით ხანგრძლივი ინტოქსიკაცია სწრაფად აყალიბებს ორგანულ ცვლილებებს ცნს—ში და იწვევს ენცეფალოპათიისა და ფსიქოორგანული სინდრომის ჩამოყალიბებას. გართულებებიდან განსაკუთრებით საშიშია ეპილეფსიფორმული გულყრები, რომელთა კუპირება მეტად რთულია. სომატური გართულებებიდან აგრეთვე საყურადღებოა პიოტენზია, ატაქსია, მიოზი. აბსტინენტური მდგომარეობა მეტად მძიმედ მიმდინარეობს და შესაძლოა ლეტალურად დასრულდეს.

გოქსიკომანიური დამოკიდებულება ვითარდება ისეთი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების შედეგად, რომლებიც არ მიეკუთვნებიან ნარკოტიკთა ოფიციალურ ნუსხას და რიგ შემთხვევაში, საერთოდ არ გამოიყენებიან სამედიცინო პრაქტიკაში. ასეთ ნივთიერებებს სამკურნალწამლო საშუალებებიდან მიეკუთვნებიან: *კოფეინი, ნიკოტინი, ანალგეტიკები*. ეიფორიული ეფექტი ახასიათებთ ზოგიერთ ქიმიურ შენაერთებს, განსაკუთრებით არომატულ ნახშირწყლებს: ბენზინს, აცეტონს, სხვადასხვა აქროლად ეთერებს, რომლებიც შედიან *წებოების, ლაქების, გამხსნელების, აეროზოლების, საღებავების* შემადგენლობაში.

ინჰალანტების მიმართ ნარკოტიკული მიჩვევა ძირითადად მომარდებშია გავრცელებული ინტოქსიკაციის ნიშნებია—ეიფორია, რელაქსაცია, შემზარავი ხასიათის, ხატოვანი, ფანტასტიკური მხედველობითი პალუცინაციები (უშუალოდ ინჰალაციის პროცესში). მძიმე ინტოქსიკაციისას შესაძლოა განვითარდეს ცნობიერების გაბრუნება, ატაქსია, დემორიენტაციით, თავბრუსხვევითა და რეფლექსების დათრგუნვით. ინჰალანტებით ქრონიკული ინტოქსიკაციის შედეგია *გოქსიკური ენცეფალოპათია* და *ფსიქოორგანული სინდრომის* ჩამოყალიბება. აბსტინენცია არ აღინიშნება. მკურნალობის ძირითადი ტაქტიკა — დეზინტოქსიკაციაა.

კოფეინომანია და *ნიკოტინომანია* გოქსიკომანიის სოციალურად “მიღებული” სახეებია, თუმცა ამ ნივთიერებათა სისტემატური მოხმარება დიდ დოზებში მნიშვნელოვნად აზიანებს ცნს—ს და საერთოდ ადამიანის ორგანიზმს. კოფეინის შიგნით ყავა (ერთ ფინჯანში 100—150 მგ), ჩაი, შოკოლადი, კოკა—კოლა. *კოფეინით ინტოქსიკაციის* ნიშნებია: აფორიაქება, მოუსვენრობა, გაძლიანებლობა, უძილობა, მომატებული ღიურები და კუჭ—ნაწლავის გრაქის აშლილობა, გაქიკარღია და არითმია. აბსტინენტური სინდრომი ხასიათდება თავის ტკივილებით, რომელიც 4—5 დღეს გრძელდება. *ნიკოტინის* წყარო ძირითადად თამბაქოს წვევაა, თუმცა გავრცელებულია მისი ღვქვაჯ. თამბაქო იწვევს ფილტვების ქრონიკულ დაავადებებს, კიბოს, გულის იშემიურ და პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებებს ნიკოტინური აბსტინენცია გამოიხატება გაძლიანებლობაში, შფოთვაში, ბრადიკარდიასა და მადის მომატებაში იგი რამდენიმე კვირას გრძელდება.

ნარკომანიასთან ბრძოლა საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანაა. ამ მიზნით შექმნილია ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამა, რომელშიც ეტაპობრივად არის დასახული ის ღონისძიებანი, რომლებიც აუცილებელია გატარდეს ჩვენს ქვეყანაში, რათა აღმოიფხვრას ეს საშინელი სენი. ეს პროგრამა გულისხმობს ყველა დაინტერესებული უწყების, ორგანიზაციის, კერძო პირის (როგორიცაა, ჯანდაცვის, განათლების, კულტურის სამინისტროები, სპორტისა და გურიზმის დეპარტამენტი, სამართალდამცავი და სასამართლო ორგანოები, ხელოვნების,

მეცნიერებისა და კულტურის მუშაკები, რიგითი მოქალაქეები) გაერთიანებას
ნარკომანიის პროფილაქტიკის, მისი კლებისა და ქვეყანაში ნარკოსიტუაციის
სტაბილიზაციისათვის ბრძოლაში.

ფსიქოგენური, სტრესთან დაკავშირებული აშლილობანი. ნევროზები

ფსიქოგენურ აშლილობებს მიეკუთვნება ისეთი დაავადებები, რომელთა გამომწვევი მიზეზი არის *ფსიქიკური ტრავმა*. ფსიქომატრავმირებული (ფსიქიკური ტრავმის გამომწვევი) სიტუაცია შესაძლოა იყოს ხანმოკლე ან პროლონგირებული – ხანგრძლივი, მწვავე ან ქრონიკული, სხვადასხვა სიძლიერისა და ინტენსივობის, ინტერპერსონალური – მიკროსოციალური კონფლიქტებით გამოწვეული (ოჯახური, სამსახურებრივი უსიამოვნებები) ან განპირობებული გლობალური სტიქიური კატასტროფებით (მიწისძვრა, წყალდიდობა, ხანძარი) და მაკროსოციალური ძვრებით (ეთნიკური და სოციალური კონფლიქტები, საომარი მოქმედებები და სხვა). ფსიქომატრავმირებელ სიტუაციაზე ფსიქომური რეგისტრის რეაქციებს *რეაქტიულ ფსიქოზებს* უწოდებენ. თუ არასასიამოვნო მოვლენებზე რეაქცია ნევროზული რეგისტრის სინდრომებით გამოიხატება – საქმე გვაქვს *ნევროზთან*.

რეაქტიული ფსიქოზი წარმოადგენს ფსიქომური რეგისტრის აშლილობას, რომლის გამომწვევი ფსიქიკური ტრავმაა. ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობათა ამ პოლიმორფულ ჯგუფში გაერთიანებულია ფსიქიკურ აშლილობათა მეტად ფართო სპექტრი. საერთო ამ მდგომარეობებისათვის არის სიმპტომატიკის სიმწვავე და სიმძიმე: ღრმა აფექტური და ფსიქომოტორული აშლილობანი, ბოღვითი და ქალუსინაციურ–ბოღვითი სიმპტომატიკა, ცნობიერების შეცვლა. კიასპერსმა გამოიყო რეაქტიული ფსიქოზებისათვის დამახასიათებელი ნიშნების ერთობლიობა, რომელიც *იასპერსის ტრიადის* სახელითაა ცნობილი. ესაა: ფსიქოპათოლოგიური რეაგირების უშუალო კავშირი მატრავმირებელ სიტუაციასთან, ფსიქიკური ტრავმის შინაარსის ასახვა კლინიკურ სურათში და სრული გამოჯანმრთელება ფსიქოტრავმის მოხსნის შემდეგ. კლინიკური გამოვლინებების მიხედვით, რეაქტიულ, ძლიერი ფსიქიკური სტრესით გამოწვეულ მდგომარეობებიდან, ჩვეულებრივ, გამოიყოფენ *აფექტურ–მოკურ რეაქციებს*, *რეაქტიულ დეპრესიას*, *რეაქტიული პარანოიდის სახეებს* და *ისტერიულ ფსიქოზებს* უკანასკნელ ხანებში გახშირდა ისეთი ფსიქოგენური აშლილობანი, რომელთაც ახასიათებთ თავისებური კლინიკური სურათი და მიმდინარეობის დინამიკა და, ამასთან ერთად, დაკავშირებული არიან სპეციფიკურ და განსაკუთრებით მძიმე სტრესულ ფაქტორებთან, როგორიცაა საომარი მოქმედებები, ბუნებრივი და სოციალური კატაკლიზმები. აშლილობანი, რომლებიც ფსიქომატრავმირებელ ფაქტორებზე პირდაპირ რეაქციას წარმოადგენენ, იწვევენ ადაპტაციის სპეციფიკურ დარღვევას. მათვე *პოსტტრავმული* (ტრავმის შემდგომი) *სტრესული აშლილობანი* ეწოდება. *აფექტურ–მოკური რეაქცია* (ემოციური შოკი ანუ აფექტოგენური რეაქცია) ვითარდება, როგორც რეაქცია ინდივიდის სიცოცხლისათვის უშუალო საფრთხის პირობებში. აფექტოგენური რეაქცია ძირითადად ვლინდება რეაქტიული სტუპორის ან რეაქტიული აგზნების სახით. *ფსიქოგენური სტუპორი* ვითარდება სწრაფად. მიუხედავად შექმნილი საფრთხისა (ხანძარი, ავტოკატასტროფა), ადამიანი სრულიად უმოძრაოდ “შეშდება”, “ქეავდება”.

დაკარგული აქვს ლაპარაკის უნარი – აღენიშნება მუტიზმი. სტუპორის მდგომარეობა ჩვეულებრივად რამდენიმე წუთი გრძელდება. მოვლენები დაიწყოებულია. ფსიქოგენური აგზნება ხასიათდება უეცარი, უმიზნო, ქაოსური ფსიქომოტორული აგზნებით. ადამიანი ყვირის, ხელ-ფეხს იქნევს და ამავე დროს არაფერს აკეთებს თავის გადასარჩენად. ცნობიერება შევიწროებულია, მომხდარი ფაქტები ამნეზირდება. მოგიერთ შემთხვევაში, შოკური რეაქცია შესაძლოა გამოვლინდეს ე.წ. “ემოციური დამბლის” სახით. ამ დროს ცნობიერება შენახულია, მოქმედებები გამიზნული და კოორდინირებული, მაგრამ მთლიანად გამჭრალა სიტუაციის ემოციური შეფასება, არ არსებობს შიში. ადამიანი, მიუხედავად საფრთხისა, მშვიდად უყურებს ტრაგიკულ მოვლენებს.

რეაქტიული დეპრესია – გუნებგანწყობის დაქვეითებით გამოხატული ფსიქიკური რეაქციაა მძიმე ფსიქომატრავმირებელ მოვლენის მიმართ. რეაქტიულ ფსიქოზებს შორის იგი ყველაზე გავრცელებული აშლილობაა. დეპრესიის განვითარება ყოველთვის დაკავშირებულია ღიდ უსიამოვნებასთან, მძიმე დანაკლისთან, იმედების გაცრუებასთან. დაქვეითებული, სევდიანი გუნებგანწყობა უშუალოდ მოსდევს ტრავმულ სიტუაციას. ავადმყოფები ხდებიან გულჩათხრობილნი, უკონტაქტონი, განმარტოებულები, თავს არიდებენ ახლობლებთან ურთიერთობას. მიმიკა და მოძრაობები შენელებული აქვთ. ხშირად ტირიან, იგონებენ ტრავმულ სიტუაციას. მთლიანად არიან ჩაფლულნი ამ განცდებში. დეპრესიის ფონზე ხდება მომხდარი ტრაგიკული მოვლენების ბედირებულოვანი ინტერპრეტაცია, რაც, შემდგომში, თვითბრალდების, დანაშაულის ბოღვითი იდეების სახით გვევლინება. დეპრესიის გაღრმავებისას ფსიქიკურ მოვლენებს თან ერთვის ვეგეტატიური მოვლენებიც: ტაქიკარდია, ტკივილი გულმკერდის არეში, არტერიული წნევის მერყეობა. რიგ შემთხვევებში დეპრესიას შესაძლოა დაერთოს ფსიქო-მოტორული აფორიაქება, მფოთვა (აჟიტაციური დეპრესია), რაც მნიშვნელოვნად ზრდის სუიციდის საფრთხეს. რეაქტიული დეპრესიის ხანგრძლივობა ბევრადაა დამოკიდებული ფსიქოტრავმული სიტუაციის ბუნებაზე, მის შინაარსსა და ინტენსივობაზე. ჩვეულებრივად ამ გენეზის დეპრესია რამდენიმე კვირიდან 1–2 თვემდე გრძელდება და ადვილად ემორჩილება მკურნალობას.

რეაქტიული ბოღვა წარმოადგენს სხვადასხვა ფსიქოგენური ფაქტორების ზემოქმედებით განვითარებულ ბოღვით აშლილობას. მას მიეკუთვნება: **რეაქტიული პარანოიდი**, **ფსიქოგენური პარანოიალური ბოღვა** და **ინდექტირებული ბოღვა**. სიტუაციაში, სადაც ადამიანს, სხვადასხვა მიზეზების გამო, რეალურად ექმნება მისდამი არაკეთილგანწყობის, ეჭვიანი ან მტრული დამოკიდებულების საფრთხე, უყალიბდება **რეაქტიული პარანოიდის** განვითარების პირობები. ავადმყოფს უჩნდება აზრი, რომ მას უთვალთვალებენ, ეჭვითა და უნდობლობით უყურებენ, მის საწინააღმდეგოდ აშხადებენ რაღაც ცუდს. ეს ეჭვები ხშირად “დასტურდება” სმენითი პალუცინაციებით: ესმის მუქარა, დაცინვა თავისი მისამართით. ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა შესაბამისი ხდება ავადმყოფის ქცევაც. იგი დაძაბულია, უნდობელი. იმ პირობებიდან, რომელთაც შეუძლია გამოიწვიონ რეაქტიული პარანოიდი, აღსანიშნავია უცხოენოვანი გარემოცვა, რომელიც ხდება მიზეზი **უცხოენოვანი გარემოცვის დენის ბოღვის** განვითარებისა. ხანგრძლივი მგზავრობა მაგარებლით, სადაც ფიზიკურ გადაღლასა,

არანორმალურ დღის რეჟიმსა და უძილობასთან ერთად გარკვეულ როლს თამაშობს უცხო გარემოცვაც – ვითარდება რკინიგზის პარანოიდი. ასეთივე სტრესული ფაქტორია დაქვეითებული სმენა, რომლის ფონზე უცხო ან არაკეთილგანწყობილ გარემოში, ეჭვიანი, ფსიქსთენიური ხაზების მქონე პირებში, შესაძლოა განვითარდეს *სმენადაქვეითებულთა ღვეზის ბოღვა*. რეაქტიული ბოღვა შეიძლება ატარებდეს *ჰიპოქონდრიულ ხასიათსაც*, განსაკუთრებით, როდესაც იგი შერწყმულია რეაქტიულ დეპრესიასთან. განუკურნებელი და მძიმე სენით დაავადების ბოღვითი დარწმუნება, შესაძლოა, ავადმყოფის ახლობლის რეალური ავადმყოფობის (როგორც მაგრავემირებული მომენტის) ან ექიმის პაციენტისადმი ფსიქოლოგიურად არასწორი დამოკიდებულების (*იატროგენია*) შედეგი იყოს.

ისტერიული ფსიქოზების განვითარება ხდება ისტერიული კონსტიტუციის მქონე პიროვნებებში ფსიქოტრავმული სიტუაციის არსებობისას მეტად სპეციფიკური ფსიქოლოგიური მექანიზმებით. მძიმე ტრავმულ სიტუაციაზე ინდივიდის ფსიქიკური “პასუხი”, ძირითადად, ფსიქიკური ფუნქციონირების არაეცნობიერ ღონეზე, *დისოციაციური* ან *კონვერსიური* მექანიზმების ამოქმედების შედეგად მიმდინარეობს, რაც გამოიხატება ინტელექტუალური ფუნქციების ინტეგრაციის უნარის ნაწილობრივი ან სრული დაკარგვით. *დისოციაცია* – წარმოადგენს ფსიქიკის მიერ ელექტიური (არჩევითი) კონტროლის დაკარგვის ფენომენს ცნობიერი ღონის მეხსიერების, აღქმის, სიტუაციის გააზრების, მიზანდასახული მოქმედებების წარმართვაზე. ცნობიერების კონტროლქვეშ მყოფ ფსიქიკურ ფუნქციებზე ამ სახის ინტეგრაციის დაკარგვის სიღრმე და ხანგრძლივობა სხვადასხვაა და გამოვლინდება შესაბამის სინდრომებში. *კონვერსია* – გადაუჭრელი კონფლიქტებითა და მძიმე პრობლემებით აღმოცენებული უარყოფითი ემოციური განცდის არაეცნობიერ ღონეზე ტრანსფორმაციაა სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენში. ისტერიული ფსიქოზების პოლიმორფული კლინიკური წარმომადგენლობიდან შესაძლოა გამოვყოთ რამდენიმე ძირითადი, ესაა: *ისტერიული ამნეზია*, *ცნობიერების ისტერიული შეცვლა*, *ფსევდოდემენცია*, *პუერილიზმი*, *ისტერიული (დისოციაციური ბუნების) მოტორული ამლილობანი*. არასასიამოვნო, პიროვნებისთვის მიუღებელმა მძიმე სტრესულმა სიტუაციამ, შესაძლოა გამოიწვიოს ფსიქოტრავმულ სიტუაციასთან დაკავშირებული მოვლენების ამნეზია. *ისტერიული* ანუ *დისოციაციური ამნეზია*, როგორც წესი, არ ვლინდება გუნებაგანწყობის დეპრესიული ფონით. პირიქით, ტრავმული სიტუაციის მიმართ გამოხატულია არაადეკვატურად მშვადი ან განურჩეველი პოზიცია. ამნეზია ფოკუსირდება უშუალოდ ტრავმულ მოვლენებზე და თავისი ბუნებით სელექტიურია. საყურადღებოა, რომ დავიწყებული მოვლენების აღდგენა შესაძლებელი ხდება ჰიპნოზური გემოქმედების დროს, რაც საფუძვლად დაედო მ.ასათიანის მიერ შემუშავებულ “განცდათა რეპროდუქციის” მეთოდს. *ცნობიერების ისტერიული ბინდისმაგვარი შეცვლა* ხასიათდება ცნობიერების შევიწროებით, მისი კონცენტრაციით ფსიქოტრავმულ მომენტზე. დემორიენტირებული ავადმყოფი ხელახლა “განიცდის” ფსიქოტრავმულ სიტუაციას, და შესაბამისადაც იქცევა: გარბის, თავს იცავს, იმალება და ა.შ. ქცევა, ცნობიერების ისტერიული შეცვლის ფონზე, გამოირჩევა დემონსტრაციულობით, თეატრალურობით. შესაძლოა განვითარდეს ხაგოვანი

ილუმორული ან პალუცინაციური მოვლენებიც. აღნიშნული მდგომარეობა რამდენიმე საათიდან – რამდენიმე დღემდე გრძელდება. *ფსევდოდემენცია* წარმოადგენს ფსიქომატრაფიურებელი სიტუაციის გეგავლენით ინტელექტური ფუნქციების მკვეთრ, უხეშ დაქვეითებას, ჭკუასუსტობის ბრუტალური ნიშნების გამოვლენას. პიროვნების ამ უცარ დეგრადაციას არავითარი ორგანული საფუძველი არ აქვს, იგი გამოირჩევა დემენციის განსაკუთრებულად ღრმა ნიშნებითა და სრული შეუსაბამობით ავადმყოფის პრემორბიდულ სტატუსთან. ქცევისა და საუბრის აშკარა სიუხეშე სიმულაციის ეჭვსაც კი ბადებს. ფსევდოდემენცია შესაძლოა გამოვლინდეს როგორც აქტივაციული, ასევე დეპრესიული ფორმით. ისტერიული დემენციის ერთ-ერთი სახეა *განზერის სინდრომი* – ციხის პირობებში განვითარებული ფსევდოდემენცია. ეს მდგომარეობა გაცილებით ხანგრძლივად მიმდინარეობს. *პუერილიზმი* – ფსიქიკურ ტრავმაზე საპასუხოდ ბავშვური, ინფანტილური ქცევებით გამოიხატება. ავადმყოფი იქცევა როგორც პატარა ბავშვი, გირის, კაპასობს, თხოულობს ხელში აყვანას, ჭირვეულობს. პუერილური ქცევები ხშირად თან ერთვის სხვა სახის ისტერიულ გამოვლინებებს: დეპრესიას, ფსევდოდემენციას, მოტორულ აშლილობებს. *დისოციაციური ანუ ისტერიული მოტორული აშლილობანი* ვლინდება მრავალი კლინიკური ფორმით. მათგან ყველაზე გავრცელებულია: *ისტერიული ფუტა, ისტერიული სტუპორი, დისოციაციური ტრანსი, ისტერიული გულყრები, აფონია და ასტამბი-აბაზია*. ისტერიული ფსიქიკური რეაქციები მეტად მრავალფეროვანია. დისოციაციურ-კონვერსიული ფსიქიკური მექანიზმების ამოქმედებით შესაძლოა ფსიქიკურ და ფიზიკურ აშლილობათა ფართო სპექტრის წარმოჩენა (ისტერიული პარეზები, ანესთეზია, სიყრუე, სიმუნჯე, სიბრმავე და სხვა).

რეაქტიული ფსიქოზების მკურნალობა კომპლექსურია. სიმპტომატურ ფსიქოტროპულ საშუალებებთან ერთად აუცილებელია ფსიქოთერაპიული მეთოდების ფართო გამოყენება.

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა წარმოადგენს სპეციფიკურ, პროტარგიულ რეაქციას ხანმოკლე ან ხანგრძლივ ფსიქოსტრესულ სიტუაციაზე. სტიქიური უბედურებანი, დიდი და მცირე მასშტაბის კატასტროფები, საომარი მოქმედებები, გერორი თავის კვალს ტოვებს ადამიანის გონებაში. ფსიქიკაში, მეხსიერებაში აღბეჭდილი მძიმე ემოციური განცდები პერიოდულად ვლინდება სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიური ფენომენების სახით. განსაკუთრებით მძიმეა ამ მხრივ საომარ სიტუაციაში გადატანილი სტრესების გეგავლენა. პირველი და მეორე მსოფლიო ომების გამოცდილებამ ფსიქიატრიაში შემოიტანა “ომით დაღლილობის”, “ომის ნევროზის”, “ტრავმული ნევროზის ცნებები”. ამერიკის შეერთებული შტატების ფსიქიატრები, ვიეტნამის ომის მიმდინარეობისას, განსაკუთრებით კი მისი დამთავრების შემდეგ, დადგნენ საომარ მოქმედებაში მონაწილე ვეტერანთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მასობრივი დარღვევების ფაქტის წინაშე. აშშ-ს ვეტერანთა ადმინისტრაციის მონაცემებით, 1987 წლისათვის, ომში მონაწილე 3,5 მილიონი ჯარისკაციდან 800.000-ზე მეტს “ტრავმისშემდგომი სტრესული დარღვევები” აღენიშნებოდა. ამან განაპირობა სტრესზე სპეციფიკური რეაქციების გამოგანა ცალკე ფსიქოპათოლოგიური ფენომენის, დამოუკიდებელი აშლილობის სახით.

პოსტგრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა) კატასტროფულ სტრესულ ფაქტორზე პროტრაგიული ფსიქიკური რეაქციაა, რომელიც იწვევს პიროვნების გარემოში ადაპტაციის მნიშვნელოვან მოშლას. სტრესზე რეაქციის ფორმა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული პიროვნების კონსტიტუციურ თავისებურებებზე. ამ აშლილობის ტიპური ნიშნებია ტრავმული განცდების აკვიატებული ხატოვანი მოგონებები, ე.წ. “*ფლემბეკები*”. ერთმანეთის მიყოლებით წარმოშობილი ეს ფენომენები იწვევენ გამოხატულ დემორიენტაციას გარემოში. იკარგება ცნობიერების კონტროლი სიტუაციაზე. ავადმყოფი თავს ისევ საომარ ვითარებაში აღიქვამს და შესაბამისად მოქმედებს: “თავს იცავს” მტრებისაგან, იარაღდება და ა.შ. ომისა და კატასტროფის კომპარულმა სურათებმა შესაძლოა ძილში “გადაინაცვლონ”. ამ ფონზე ვითარდება *ქრონიკული “გათიმვის”*, ემოციური გასადავების, ანჰედონიის მდგომარეობა. ავადმყოფი წყვეტს ყოველგვარ კავშირებს ახლობლებთან, განსაკუთრებით ერიდება იმ პირებსა და სიტუაციას, რომელიც გადატანილ სტრესს აგონებს. ხშირია უმიზეზო, სპონტანურად აღმოცენებული *შიშის, პანიკის შეტევები, უმიზეზო აგრესია*. პაროქსიზმული ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ადგილი აქვს მომატებულ ვეგეტატიურ აგზნებადობას, ემოციურ დაძაბულობას, ქრონიკულ უძილობას. ამ მდგომარეობაში მაღალია *დემრესიის აღმოცენებისა* და შესაბამისად სუიციდის რისკიც. მატულობს ქრონიკული ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის განვითარების ალბათობაც. ტრავმის შემდგომი სტრესული აშლილობა, როგორც წესი, გარკვეული ლატენტური პერიოდის გავლის შედეგად ვითარდება, რომელიც რამდენიმე კვირიდან – რამდენიმე თვემდე გრძელდება. რიგ შემთხვევებში *პტსა* ქრონიკულ, გახანგრძლივებულ ხასიათს ღებულობს და წლობითაც შესაძლებელია გაგრძელდეს.

სტრესულ სიტუაციაზე რეაქცია შესაძლოა ხანმოკლე, ტრანზიტორული იყოს. *მწვავე რეაქცია სტრესზე* ძირითადად გამოიხატება *აჟიტაციითა* და *დემორიენტაციით*, გარემოს ცნობიერი აღქმის შესუსტებით, არაადეკვატური რეაქციებით გარეგან სტიმულებზე. მოტორულმა აქტივაციამ შესაძლოა *ფუჯის* ღონეს მიაღწიოს, რასაც მეკეთრად გამოხატული ვეგეტატიური რეაქციები ერთვის: ტაქიკარდია, ოფლიანობა, კანკალი. მოგიერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს *დისოციაციურ სტეპორს*. მწვავე სტრესული რეაქცია რამდენიმე საათიდან ორ-სამ დღემდე გრძელდება.

ნევროზები ფუნქციური, ფსიქოგენურად განპირობებული დაავადებების ყველაზე გავრცელებულ სახეს წარმოადგენს. 1000 მოსახლეზე მათი სიხშირე 15,8-დან 21,8-მდე მერყეობს. ფსიქიკური დაავადებების საერთო რიცხვიდან ნევროზებზე შემთხვევათა 18–25% მოდის. ნევროზების განვითარების ძირითად მიზეზს ფსიქოგენური ტრავმა წარმოადგენს. მაგრამ ნევროზი, რეაქტიული მდგომარეობებისაგან განსხვავებით, არ ვითარდება, როგორც სტრესულ სიტუაციაზე უშუალო, პირდაპირი რეაქცია. ნევროზული მდგომარეობა, პიროვნების მიერ, არასასურველი ცხოვრებისეული სიტუაციის ხანგრძლივი და რთული გადამუშავების შედეგია, რაც გამოიხატება შექმნილ სიტუაციასთან დეზადაპტაციით. ნევროზის განვითარებასა და სპეციფიკური კლინიკური

სურათის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება პიროვნების წინასწარგანწყობას, მის კონსტიტუციურ თავისებურებებს, სოციალურ სტატუსს, ასტენიზაციის მომენტებს და სხვა. ამავე დროს, ნევროზის გამომწვევი ფსიქოსტრესული მომენტი არ გამოირჩევა ინტენსივობითა და მასიურობით. დაავადების განვითარებაში აშკარად შეიმჩნევა პიროვნებაზე ნაკლები ინტენსივობის მქონე ფსიქომატრავმირებელი სიტუაციის ხანგრძლივი გემოქმედება. ეს ძირითადად ოჯახური, სამსახურეობრივი ან სხვა ე.წ. *“მიკროსოციალური კონფლიქტებია”*.

ფსიქიკურ დაავადებათა თანამედროვე კლასიფიკაციაში (ICD-10), ნევროზული რეგისტრის აშლილობების დიფერენციატა ხდება მათი ძირითადი პათოგენეზური მექანიზმების მიხედვით. *კონვერსიული ანუ დისოციაციური აშლილობების ჯგუფში შედის ისტერიული მდგომარეობანი*, რომელთა პათოგენეზურ საფუძველს ფსიქოგენური ფაქტორებით განპირობებული ინტელექტუალური, ნებითი და ემოციური სფეროს ნაწილობრივი დებინტეგრაციის ფენომენები შეადგენს. *სომატოფორმული აშლილობების ჯგუფს* ფსიქოგენური ფაქტორებით განპირობებული ფუნქციური *სომატებულური, იპოქინდრიული და ასტენიური მდგომარეობები ეკუთვნის* უნდა აღინიშნოს, რომ ეს, ერთგვარად სქემატური დაყოფა არასაკმარისად ასახავს ნევროზულ აშლილობათა მეტად რთულ ეთიო-პათოგენეზს და პოლიმორფულ კლინიკურ სურათს. დღემდე პრობლემური რჩება ნევროზების კლინიკური სისტემატიზაციის საკითხი. მიუხედავად ამისა, მიღებულია ნევროზების დაყოფა სამ ძირითად კლინიკურ ფორმად: *ნევრასტენიად, ისტერიად და აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზად*.

ნევრასტენია, დამოუკიდებელი დაავადების სახით, პირველად აღწერა ამერიკელმა ფსიქიატრმა ბიორდმა 1869 წელს. შემდგომში, დაავადების ეთიო-პათოგენეზის, კლინიკური სურათისა და მიმდინარეობის დადგენის პროცესში იგი გამოიყო, როგორც ნევროზის ერთ-ერთი ფორმა. ნევრასტენიის მიზეზი პრობლემური, ხანგრძლივი და დაბალი ინტენსივობის ფსიქოსტრესული სიტუაციაა. ეს ძირითადად მიკროსოციალური, ყოფითი ან სამსახურეობრივი პრობლემებია. ნევრასტენიის ტიპური, კლასიკური ნიშანია *გამღიზიანებლობა*. ნევრასტენიით დაავადებულს აღიზიანებს ჩვეულებრივი ქუჩის ხმაური, ხმამაღალი საუბარი, ტელევიზორის და რადიომიმღების ხმა, მუსიკა, მოგორის ხმაური და ა.შ. ავადმყოფი ადვილად გამოდის წინასწორიდან, იძლევა აფექტურ რეაქციას, ხშირად ყვირის ან გირის. უჭირს ემოციების მოთოკვა, მათზე ნებითი კონტროლი. მძაფრი რეაქცია სწრაფად იცვლება ასტენიით, ფიზიკური და სულიერი გამოფიგვით. გაღიზიანებასა და მრისხანებას ენაცვლება მოდუნება და განურჩევლობა. ამას *გამღიზიანებლობითი სისუსტე* ეწოდება. ნევრასტენიას თან ახლავს *უძილობა*. ძილი ხდება შედაპირული, ემოციურად დატვირთული და არასასიამოვნო სიმშრებით სავსე. ხშირად დარღვეულია დაძინების პროცესი. ავადმყოფი გვიანობამდე წრიალებს ლოგინში, ცდილობს დაიძინოს, ვერ ისვენებს. ღილით იღვიძებს დაღლილი, გამოუძინებელი, გაღიზიანებული, სიმძიმის შეგრძნებით სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში, თავის ტკივილით. თავის ტკივილი, როგორც წესი, ქრონიკულ, გამუდმებულ ხასიათს ატარებს და ნევრასტენიის ერთ-ერთ ძირითად სიმპტომად გვევლინება. ასოცირებული მოვლენებს თან ახლავს ყურადღების კონცენტრაციის მნიშვნელოვანი

შესუსტება, განსაკუთრებით *აქტიური ყურადღების დაქვეითება*, რაც აბნელებს საოჯახო და პროფესიული საქმიანობის ადეკვატურ შესრულებას, მკვეთრად აქვეითებს შრომის ეფექტურობასა და ნაყოფიერებას. ამასთან, *ქვეითდება ფიქსაციის უნარი*. ფიქსაციურ ამნეზიას თან სდევს გაფანტულობა, მოუკრეფაობა, მოუსვენრობა. აშკარადაა გამოხატული *ემოციური ლაბილობა*, სუსტსულოვნება. ავადმყოფები ადვილად გირიან, თვალები ცრემლებით ევსებათ მელოდრამატული ფილმის ყურების, რომანტიკული მუსიკის მოსმენისას. ნევრასთენიით დაავადებულთა გუნებგანწყობა ძირითადად არამდგრადია, მერყევი, სჭარბობს შფოთვა და ღიფუზური, ღაბაღი ინტენსივობის შიში. ნევრასთენიის კლინიკურ სურათში ფართოდაა წარმოდგენილი *პოლიმორფული სომატო-ვეგეტატიური სიმპტომები*. ესაა ტაქიკარდია და ლაბილური პულსი, არტერიული წნევის გამოხატული მერყეობა, ოფლიანობა, გასტრო-ენტერული მოვლენები, გრემორი. ეს ფენომენები მნიშვნელოვნად მწვავედაა ემოციური დაძაბულობის დროს. აღწერილი კლინიკური გამოვლინებების პოლიმორფიზმის მიუხედავად, დაავადების ნიშნების უპირატესი გამოვლინებების გათვალისწინებით, გამოყოფილია ნევრასთენიის ორი ფორმა: *ჰიპერსთენიული* და *ჰიპოსთენიული*. ჰიპერსთენიული ფორმისას სჭარბობს გამღიზიანებლობა, აფექტური გაუწონასწორებლობა, შფოთვა და დაძაბულობა, მაშინ როდესაც ჰიპოსთენიული ტიპის დროს წინა პლანზეა ასთენია, სუსტსულოვნება, ვეგეტატიური დარღვევები.

ისტერიული ნევროზის განვითარებისათვის, ფსიქოტრავმული ფაქტორების ზემოქმედების გარდა, საჭიროა გარკვეული კონსტიტუციურ-გენეტიკური წინასწარგანწყობა, პრედისპოზიცი-ეწ. *“ისტერიული ფსიქოპათიური ფონის”* სახით. თუმცა პიროვნული ისტერიული ხაზების არსებობა არ არის აუცილებელი და სავალდებულო. ისტერიის განვითარებისათვის აუცილებელ ფაქტორს წარმოადგენს პიროვნების *მთავონებადობა* და გარკვეული *ფსიქიკურ-ფიზიკური ინფანტილიზმი*. ეს თავისებური ფონი განაპირობებს ისტერიისათვის დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინებების მრავალსახეობასა და პოლიმორფიზმს. ამიტომაც ე.მ.შარკო მას “დიდ სიმულანტს”, ხოლო პ.კანე – “ქამელეონს” უწოდებდა. მრავალფეროვანი ფსიქოპათოლოგიური ფენომენები, მიუხედავად გარკვეული პირობითობისა, შესაძლოა გაევანწილოთ ოთხ ჯგუფად: მოტორულ, სენსორულ, ვეგეტატიურ დარღვევებად და უშუალოდ ფსიქიკურ ფენომენებად.

მოტორული სფეროს მხრივ ყველაზე გავრცელებულ ფენომენს *ისტერიული გულყრა* წარმოადგენს. ისტერიულ გულყრას წინ უძღვის ფსიქოგენური სიტუაცია. იგი ვითარდება ცნობიერების შევიწროების ფონზე და ხასიათდება, ეპილეფსიურ გულყრასთან შედარებით, უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობით. მოტორული კომპონენტისათვის არ არის დამახასიათებელი ტონური და კლონური კრუნჩხვების მონაცვლეობა. გულყრა თავდება ღრმა ასთენიით. გარდა ამისა, ისტერიის დროს შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა სახის ფუნქციური პარეზები-დამბლები, ჰიპერკინეზები. აღწერილია *ისტერიული ასტამბა-აბაზია*, რომლის დროს ავადმყოფი, ფსიქოტრავმული სიტუაციის შედეგად, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ნორმალური მდგომარეობის ფონზე, მთლიანად კარგავს სიარულის და ფეხზე დგომის უნარს. ბგერითი

იოგების მამოძრავებელი კუნთების ფუნქციურმა პარემმა შეიძლება გამოიწვიოს *ისტერიული აფონია*. ისტერიულ ჰიპერკინემებს მეტწილად კანკალის სახე აქვთ.

სენსორული სფეროს ისტერიული დარღვევებიდან ხშირია მგრძნობელობის მოშლის ფენომენები ანესთეზიის, ჰიპოსთეზიის ან ჰიპერესთეზიის სახით. ამ მდგომარეობათა კლინიკური სურათი არ შეესაბამება ცენტრალური ან პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანების ჭეშმარიტ სურათს. ასე მაგალითად, ისტერიული ანესთეზიის დროს კიდურის მგრძნობელობა დაკარგულია არა დაზიანებული ნერვის ინერვაციის შესაბამის ზონაში (როგორც ორგანული დაზიანების დროს), არამედ ლოკალურად – “ხელთათმნის” ან “ჩექმის” მსგავსად. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს ფსიქოტრავმით პროვოცირებული ისტერიული სიყრუე, სურდო-მუტიზმი, სიბრმავე, ყნოსვისა და გემოვნების დაკარგვა. შედარებით ხშირია ისტერიული, ფუნქციური ხასიათის ტკივილები, განსაკუთრებით თავის ტკივილები და ართრალგია.

გვგეტყობიერ რევისტრის სინდრომებიდან ისტერიის დროს პათოგნომურია ე.წ. “*Globus hystericus*” – ყელში მოჭერის, ბურთის გაჩხერის განცდა. ამ მდგომარეობას თან ახლავს ჰაერის უკმარისობის, ყლაპვის შეუძლებლობის გრძნობა. გარდა ამისა ისტერიის დროს გვხვდება, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიასთან დაუკავშირებელი გულის რევის შეგრძნება და პირღებინება, მკერულობა ან ფაღარათი, სპაზმები კუჭის არეშიბოყინი, ჰიპერსალივაცია და მეტეოროიზმი იშვიათ შემთხვევებში ისტერიული, ფსიქოგენური მექანიზმები შესაძლოა გახდეს თერმორეგულაციის მოშლის მიზეზიც. ეს ავადმყოფური მდგომარეობა გამოიხატება სხეულის ტემპერატურის პერიოდული, არარეგულარული მომატებით, რასაც არანაირი საფუძველი არა აქვს.

ფსიქიკური სფეროს დარღვევები ისტერიის დროს მეტად პოლიმორფულად და ფართოდაა წარმოდგენილი. ისტერიული რეაქციის ერთ-ერთი გავრცელებულ ფორმას *ფსიქოგენური ამნეზია* წარმოადგენს. აფექტოგენური ამნეზიის დროს ხდება პიროვნებისათვის მძიმე, ემოციურად დატვირთული მოვლენების მეხსიერებიდან “წაშლა”. იგი თავისი შინაარსით შერჩევითია, სისტემური, ვრცელდება მხოლოდ ავადმყოფისთვის “მიუღებელ”, არასასიამოვნო მოვლენებზე და გამოწვეულია ისტერიული “დაცვითი მექანიზმების” ამოქმედებით. ამნეზია ყოველთვის მჭიდროდაა დაკავშირებული ფსიქომატრავულ სიტუაციასთან და მეხსიერება სრულად აღდგება მკურნალობის შემდეგ ემოციური სფეროს დარღვევებიდან ხშირია *დეპრესია*, შფოთვითი მდგომარეობები და შიმის შეტევა ეს მდგომარეობები არასდროს აღწევენ გამოხატულ სიღრმეს და ყოველთვის თან ახლავთ დემონსტრაციული, თეატრალური ექსტეზი, ხმამაღალი გირილი, გოდება. ავადმყოფის ქცევა მიმართულია იქით კენ, რომ ხაზი გაუსვას თავის “განჯვას”, აწევნოს საკუთარი განცდები გარშემომყოფებს. ისტერიული დაცვითი მექანიზმები შესაძლოა გახდნენ აღქმის გაუკუღმართების მიზეზი. პალუცინაციები გამოირჩევიან ხატოვნებით, ეფექტურობით. ისტერიულ დარღვევათა კლინიკაში ყოველთვის აისახება როგორც პიროვნების ინდივიდური თავისებურებანი, ასევე საზოგადოების ეთნო-კულტურალური ფონი და ცივილიზაციის დონე. ამან გამოიწვია ის გარემოება, რომ უკანასკნელ დროს პრაქტიკულად გაქრა ბრუტალური, უხეში,

მკვეთრი ისტერიული სინდრომები: ისტერიული გულყრები, სცენისმაგვარი პალუცინაციები, სომნამბულიზმი, ფსიქოგენური ლეთარგია (“ცრუ სიკედილის” ფენომენი). მათი ადგილი დაიკავა ფუნქციური, ფსიქოგენური ბუნების სომატურმა სინდრომებმა, ჰიპოქონდრიულმა ჩივილებმა, ემოციური აშლილობების “წაშლილმა” ფორმებმა. ეს გარკვეულად აძნელებს ისტერიულ მდგომარეობათა დიაგნოსტიკას და მათ დიფერენციაციას “ჭეშმარიტი” სომატური დაავადებებისაგან.

აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზი ძირითადად გვხვდება ფსიქასთენიური კონსტიტუციის პირებში. აღამიანებში, რომელთაც ახასიათებთ გადაჭარბებული ეჭვიანობა, დაურწმუნებლობა, ორჭოფულობა, მიდრეკილება მოვლენათა ზედმეტი, დეტალური ანალიზისადმი. საამროვნო პროცესები თრგუნავს და აძნელებს დროულ და ოპტიმალურ მიზანმიმართულ მოქმედებებს. ამროვნების ეს თავისებურებანი კარგ საფუძველს წარმოადგენს სხვადასხვა სახის აკვიატებების განვითარებისათვის. აკვიატებული ნევროზის დროს კლინიკურ სურათში დომინანტობს აკვიატებული აზრები, ქსევები და შიშები – “*ფობიები*”. ობსესიურ და ფობიკურ სინდრომთა ფართო სპექტრიდან აკვიატებული ნევროზის კლინიკურ სურათში ყველაზე გავრცელებულია ე.წ. “*ხატოვანი*”, გრძნობადი აკვიატებანი, დაკავშირებული იმ სიტუაციებთან და საგნებთან, რომლებიც ხშირია ცხოვრებაში. ფობიებიდან ეს არის – კლაუსტროფობია და აგორაფობია, ავტომანქანაში ან თვითმფრინავში მგზავრობის შიში, ელექტროხელსაწყოების შიში და სხვა. ფობიკურ შეტევებს, როგორც წესი, თან ახლავთ გამოხატული ვეგეტატიური აშლილობანი: სწითლე, ოფლიანობა, გულის ფრიალი, ტრემორი, გაქიკარდია და გაქიპნოე. ფობიების გარდა გვხვდება ემოციურად დატვირთული *აკვიატებული წარმოდგენები, რიტუალები*. ეს მდგომარეობები გამოირჩევიან ხანგრძლივი მიმდინარეობით – რამდენიმე წლამდე. ისინი ხასიათდებიან რეციდიული ან ქრონიკული მიმდინარეობით და ძნელად ემორჩილებიან მკურნალობას.

აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზის კლინიკური ფორმებიდან უნიკალურობითა და კლინიკური სურათის თავისებურებით გამოირჩევა *ნერველი ანორექსია* – Anorexia nervosa. ნერველ ანორექსიას – უმაღლობას, საფუძვლად უდევს დისმორფოფობიული მდგომარეობა, აკვიატების ერთ-ერთი ფორმა, რომლის დროსაც ავადმყოფს უჩნდება ეჭვი საკუთარი სხეულის გადაჭარბებულ სიმსუქნეში. წონის დაკლების მიზნით იგი “*შეგნებულად*” ამბობს უარს საკვების მიღებაზე ან გადადის უმკაცრეს, ხშირად არაადეკვატურ დიეტაზე. წონის დაქვეითებასთან ერთად ვითარდება ენდოკრინული სისტემის მეორადი პათოლოგია, რომელიც ვლინდება კანის სიმშრალით, ამენორეით, არტერიული ჰიპოტონიით, ბრადიკარდიით, დისპეფსიური მოვლენებით. ნერველი ანორექსიის განვითარებას, როგორც წესი, წინ უძღვის ფსიქოგენური ფონი, რომელიც განპირობებულია ჭარბი წონის გამო შექმნილი დამოკიდებულებით ავადმყოფის მიმართ.

ნევროზების მკურნალობაში, ფსიქოტროპული პრეპარატების (ძირითადად ტრანკვილიზატორები და ანტიდეპრესანტები) დანიშვნასთან ერთად უმნიშვნელოვანესი ადგილი უჭირავს ფსიქოთერაპიას. ფსიქოთერაპიული მეთოდების შერჩევა ბევრადაა დამოკიდებული

ნეეროზის ფორმაზე და დაავადების კლინიკურ სურათზე. მკურნალობის ეფექტურობის გარანტია მედიკამენტოზური და ფსიქოთერაპიული ღონისძიებების კომპლექსური, ურთიერთშეთანხმებული გამოყენებაა. მკურნალობის შედეგების გასაღრმავებლად ხშირად საჭირო ხდება ფიზიოთერაპიული და ბალნეოლოგიური პროცედურების დანიშვნაც.

ფსიქოპათია და პათოქარაქტეროლოგიური განვითარება. ქცევითი აშლილობანი

ფსიქოპათია წარმოადგენს პიროვნების პათოლოგიურ მდგომარეობას, რომელიც კლინიკურად გამოვლინდება საზოგადოებისათვის კულტურალურად მისაღები, ჩვეული სოციალური ქცევის დარღვევაში. ფსიქოპათია – პიროვნების კონსტიტუციური, თანდაყოლილი ან რიგ შემთხვევაში აღზრდის პროცესში ჩამოყალიბებული დისპარმონიაა, რომელიც პიროვნების ხასიათში პათოლოგიური ნიშნების არსებობით გამოვლინდება. ფსიქოპათია მყარი, სტაბილური ავადმყოფური მდგომარეობაა, რომელსაც ფსიქიკური დაავადებებისაგან განსხვავებით, არ ახასიათებს სიმკვამთა და სინდრომთა დინამიკური თანამონაცვლეობა, მიმდინარეობის დინამიკა, განვითარება და გამოსავალი. მისთვის არ არის დამახასიათებელი ფსიქიკური დაავადებებისათვის დროს არსებული ისეთი ნიშნები, როგორიცაა ჰალუცინაციები, ბოღვა, ცნობიერების შეცვლა და ა.შ. ფსიქოპათია პრინციპულად განსხვავდება არა მხოლოდ ფსიქიკური დაავადებებისაგან, არამედ ინდივიდის ხასიათის, მისი ქცევის ვარიანტებისაგანაც. ფსიქოპათიის, როგორც ავადმყოფური მდგომარეობის დიაგნოსტიკისათვის რუსმა ფსიქიატრმა განუშინმა გამოყო სამი მთავარი კრიტერიუმი: 1) ხასიათობრივი თავისებურებების პათოლოგიური გამოხატულება ართულებს პიროვნების ადაპტაციას სოციალურ გარემოში; 2) პათოლოგიურ გამოვლინებებს გააჩნიათ “ტოტალურობა”, გლობალური ხასიათი პიროვნებასთან მიმართებაში; 3) აღნიშნული მდგომარეობანი ხასიათდებიან სტაბილურობითა და შეუქცევადობით.

თანამედროვე ფსიქიატრიაში, კერძოდ ახალ კლინიკურ კლასიფიკაციურ სისტემებში (ICD - 10, DSM - IV), მიღებულია ტერმინი “ფსიქოპათიის” შეცვლა ტერმინით “პიროვნული აშლილობანი”. პიროვნული აშლილობები განიხილება, როგორც ქცევის მყარი, რიგიდული, სტაბილური მოდელები. სხედასხვა ფსიქიკური დაავადებების დროს განვითარებული პიროვნული ცვლილებებისაგან განსხვავებით, ისინი წარმოადგენენ ონტოგენურად (თანდაყოლილ, ბავშვობის ასაკში განმტკიცებულ და შემდგომში შენარჩუნებულ) განვითარებულ, პირველად მდგომარეობებს. ამ პრინციპებიდან გამომდინარე, მიღებულია პიროვნულ აშლილობათა დიაგნოსტიკის რამდენიმე კლინიკური კრიტერიუმი:

1) პიროვნების სოციალური პოზიციებისა და მისი ქცევის დისპარმონია, რომელიც განაპირობებს სხვა ადამიანებთან დამოკიდებულების გაძნელებას და ართულებს ადაპტაციას სოციალურ გარემოში.

2) ქცევის ანომალური სტილის სტაბილური და ქრონიკული ხასიათი.

3) აღნიშნულ დისპარმონიას საფუძველი ეყრება ბავშვობაში და მოზარდობის ასაკში.

ფსიქოპათიის არსის შესანიშნავი დეფინიცია მოგვცა გერმანელმა ფსიქიატრმა კურტ შნაიდერმა: “ფსიქოპათი არის პიროვნება, რომელიც თავისი

ასომალური ქიქვით განჯავს სხეებს და საკუთარ თავს". უსიქიკური ფუნქციებიდან პიროვნული ამლილობების ასე უსიქიპაითის ღრის ძირითადად კნისდება აუექტური და ნებითი სუერო. ისტელექტი შენახულია. ამ მღვთმარეობათა კლსინიკური სისტემატიზაცია ხდება პიროვნების ქიქვის განმაპირობებელი წამყვანი უსიქიპაითილოგიური ნიშნების მიხედვით. აქედან გამომდინარე არჩევენ უსიქიპაითის რამდენიმე ძირითად სახეს.

ექსპლოზიური ასე აგზნებადი უსიქიპაითისათვის დამახასიათებელია იმპულსურობა, ემოციური აგზნებალობა, გამლიზიანებლობა, მიღრეკილება გაბოროტებისა და მრისხანების აუექტური რეაქციებისადმი. ასეთი პიროვნებები ხშირად შედიან კონფლიქტში გარშემომყოფებთან, გამოირჩევიან აგრესიულობით. აღვილად გამოდიან წინასწარობიდან, ევრიან, ჩხუბობენ, შეურაცხყოფას აყენებენ ახლობლებს. დაუფიქრებელი და წინდაუხედავი აგრესია, თავშეკეპების შეუძლებლობა და, ამავ ღრის, აუექტური რეაქციის ჩათაყების შემდეგ, საკუთარი ქიქვის სრული, კრიტიკული შეფასება მნიშვნელოვნად ურთულვით ცხოვრებას ასეთ ადამიანებს.

ასთენიური წრის უსიქიპაითებისათვის, რთულ ცხოვრებისეულ სიტუაციებში, ნიშანდობლივია მიღრეკილება ასთენიური რეგისტრის უსიქიკური რეაქციებისადმი. ასეთ პიროვნებებს ახასიათვთ თვითშეფასების გამოკეითილად დაბალი დონე. საკუთარი ფიზიკური და სულიერი არასრულუფასოვნების განცდა, მომაგებული მგრძნობიარობა განაპირობებს ავადმყოფურ პიპრესიიზმას. უხეშოუტაქტო ან აგრესიული დამოკიდებულების საპასუხოდ ასთენიური უსიქიპაითები ხდებიან უკიდურესად სენზიტიურნი, ჩაკეტილნი, გადაწვევებელნი, მოლიანად კარგავენ ისიციატივას და თავს არილებენ აქტიურ მოქმედებებს. დაბნეულობის, არაალექვატური მოუხვენრობის მღვთმარეობას ევლის უსიქიკურ-ფიზიკური სისუსტე, განლევა. რაიმე მნიშვნელოვანი საქმის დაწყებას, წინ, როგორც წესი, ეძღვის აუთრიაქება, მოუხვენრობა, თვითდამიერების გრძნობა, გარდაუვალი კრახის, "ჩაყარლის" შიში. ასთენიური წრის უსიქიპაითის გამოხატულ შემთხვევებში მსგავსი მოვლენები შესაძლოა გამოიწვიოს სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის უმნიშვნელო დეტალებში, ფიზიკურმა სტრესმა (ხმაური, მკვეთრი ფერები ან სუნი) ან უსიქიკურმა განცდამ. ამის გამო ეს პირები გამოირჩევიან ჩვეულ, მშვიდ, ნაინობ ატმოსფეროში "თავის შეფარების" განსაკუთრებული მიღრეკილებით, ცხოვრებისეული სიძნელებისა და სტრესული სიტუაციებისაგან მაქსიმალური განსვლით.

უსიქიასთენიური უსიქიპაითია ბევრი ნიშნით წააგავს ასთენიურს, განსაკუთრებით დაქვეითებული თვითშეფასების, მომაგებული მგრძნობიარობის, გაუბედაობის, სიმორცხვის არსებობით. ამასთან ერთად მას აქვს განსაკუთრებული თავისებურება, რომელიც ფრანგმა უსიქიპატრმა პიანემ განსაზღვრა, როგორც "მიღრეკილება ავადმყოფური ექვიანობისა და ბრძნობისადმი". ამამი იგულისხმება ის უსაუფელო და ხშირად გაუგებარი, დაუხრულებელი ლოგიკური კონსტრუქციები, სიტუაციის უნაყოფო, არაალექვატური განსჯა, რაც ხელს უშლის რაციონალური გადაწყვეტილების სწრაფ და ღრთულ მიღებას. უსიქიასთენიის საერთოდ უჭირს გადაწყვეტილების მიღება, გაუთავებლად წონის მოქმედების ყველა ვარიანტს. ხშირად ეჭვები და ორჭოლობა გრძელდება

გადაწყვეტილების მიღების შემდეგაც. მსგავსი გადაუწყვეტელობა მიზანმიმართული ქვეყნის გახსოვრების დროს კიდევ უფრო აქვეითებს ისედაც დაქვეითებულ თვითშეფასების უნარს. ხდება თვითბრალდების, საკუთარი უნარობის, არასრულფასოვნების განცდის მიზეზი. ფსიქოსთენიური წრის ფსიქოპათიებს უჭირთ ახალი სიტუაციისადმი შეგუება, ცხოვრების ზეგული რიტმისა და გარემოების შეცვლა. შეუთავა ფსიქოსთენიკის მუდმივი თანამგზავრია, პერმანენტული ემოციური ფონი. საკუთარი არასრულფასოვნების განცდის კომპენსაციას ისინი ახდენენ ოცნებებსა და ფანტაზიებში. ფსიქოსთენიური კონსტიტუცია წარმოადგენს იმ პათოლოგიკურ საფუძველს, რომელზედაც ვითარდება აკვიატებულ მდგომარეობათა ნეეროზი.

ისტერიული ფსიქოპათია წარმოადგენს პიროვნების იმ კონსტიტუციურ ნიადაგს, რომელზედაც ვითარდება ისტერიული რეაქციები. თუმცა ეს კორელაცია არ არის საეალღებულო და აუცილებელი. ისტერიული ფსიქოგენური რეაქციები შესაძლოა განუვითარდეთ არაისტერიული პიროვნული თავისებურებების მქონე ადამიანებსაც. ამავე დროს, ღრმა ისტერიულ ფსიქოპათიებს შესაძლოა, ხტრესულ სიტუაციაზე პასუხად, არ ჩამოუყალიბდეთ ისტერიული ტიპის ამლილობანი. ისტერიული პიროვნებების ქცევაში ამკარად ჩანს ემოციური რეგისტრის დომინირება ფსიქიკის სხვა სფეროებზე ემოციური რეაქციები ხასიათდება განსაკუთრებული სიძლიერით, გარეგანი ეფექტურობით. აუქტურ რეაქციებს თან ახლავთ თეატრალური, დრამატული ექსტიკულაცია, ცრემლები და სხვრა, ხმამაღალი სიცილი და აღფრთოვანება. ამავე დროს ემოციები გამოირჩევიან ზედაპირულობით, ლაბილურობით. ერთი, უკიდურესი ემოციური შეფასება სწრაფად ცვლის მკარეს. ეს საშუალებას გვაძლევს ვთქვათ ისტერიულ პიროვნებათა ერთგვარ „ემოციურ-ნებით ინფანტილიზმზე – უმწიფარობაზე“. ისტერიკთა ხასიათის ერთ-ერთი ძირითად ნიშანს წარმოადგენს *ეგოცენტრიზმი* და *ეგოცენტრიზმში* ყოფნის მოთხოვნისულება. კ. შნაიდერი ისტერიულ ფსიქოპათიებს „აღიარების მადიფიკებს“ უწოდებდა. ეგოცენტრიზმში ყოფნას ისინი აღწევენ ლემონსტრაციული ქცევით, ეგზალტაციური, თეატრალური მანიერებითა და ექსტრემით, გამომწვევი ჩაქმულობით. ცხოვრებისეული ფაქტების გადმოცემისას ამკარად შეიმჩნევა პათოლოგიური სიცრუისადმი, *მოთმანისადმი* მიდრეკილება. ზეგულებრივი, ცოფითი მოვლენები „შელამზებულა“ ფანტასტიკური, არარსებული „ფაქტებით“. ცხოვრებისეული წინააღმდეგობების გადალახვისა და მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების აუცილებლობა აღრმავეს ემოციურ რეაქციებს, იწვევს პროტესტის დემონსტრაციულ გამოვლინებებს: მძიმე აკადმოლობის, ძლიერი ფიზიკური სისუსტის, რიგ შემთხვევებში სუიცილის დემონსტრაციის შემთხვევებს. ისტერიული ტიპის პიროვნებები გამოირჩევიან მოვლენების ცალმხრივი, ემოციური შეფასებით. იმ შემთხვევაში, როდესაც მათი ეგოცენტრიული გენდენციები უკრ პოულობენ რეალიზაციას, ისტერიკები ხლებიან პელანტურად ჩამოციებულნი, მომთხოვნნი, პრეტენზიულნი.

პიროვნული ამლილობების *პარანოიული* ვარიანტი გამოირჩევა ზელარებულოვანი იდეების განვითარების განსაკუთრებული გენდენციით. რეალური მოვლენების სუბიექტურ, მიკერძოებულ შეფასებასა და ამის საფუძველზე მკარი, რიგიდული პარანოიული დასკენების ჩამოყალიბებას

ხელს უწყობს პარანოიკებისათვის დამახასიათებელი პიროვნული ნიშნების არსებობა. უპირველეს ყოვლისა, ესაა ეგოცენტრიზმი, არაადეკვატურად მომატებული თვითშეფასება, უნდობლობა და ეჭვიანობა, აზროვნების სიგლანჭე და რიგიდულობა, ფსიქიკური ფუნქციების დაბალი პლასტიკურობა. ეს განაპირობებს ერთი მიმართულებით განვითარებული მსჯელობებისა და ემოციური შეფასებების, სიგუაციის ცვლილებასთან შეფარდებით, დინამიკური განვითარების შეუძლებლობას. ხასიათის თავისებურებებიდან პარანოიალური ფსიქოპათიები გამოირჩევიან უხეშობით, უტაქტობით, ყველას მიმართ ეჭვიანობითა და უნდობლობით, მსჯელობათა კატეგორიულობით. ნებისმიერი საწინააღმდეგო აზრი ან ქცევა ყოვლად მიუღებელია მათთვის და განიხილება, როგორც პირადად მათ წინააღმდეგ მიმართული ქმედება. გარკვეული რიგიდულობა, უტრირებული, გამარჯებული პრინციპულობა და პედანტიზმი, “სიმართლისათვის მებრძოლის” პოზა ხშირი კონფლიქტებისა და გაუთავებელი ჩივილების – “კვერულანტობის” მიზეზი ხდება. ამის გამო მათ უჭირთ ადამიანებთან ხანგრძლივი კეთილგანწყობილი ურთიერთობების დამყარება. სტრესულ სიტუაციაში პარანოიალური წრის პიროვნებებს უყალიბდებათ ეჭვიანობის, გამომგონებლობის, დევნის ან პიპოქონდრიული შინაარსის პარანოიალური ბოღვითი იდეები.

შიზოიდური ფსიქოპათია გამოიხატება პიროვნების ხასიათობრივ თავისებურებებში ისეთი ნიშნების დომინირებით, როგორიცაა გაუბედაობა, მორიდებულობა, სიმორცხვე, უკონტაქტობა, ინერტულობა. ამასთან ერთად, შიზოიდური წრის ფსიქოპათიები გამოირჩევიან მიდრეკილებით მედმეტი რეფლექსიისაკენ – მოვლენები ფასდება და ანალიზდება ინტროვერსიულად, შინაგან განცდებზე დაყრდნობით. ნაკლებადაა გათვალისწინებული ობიექტური რეალობა, საზოგადოებრივი აზრი და პოზიცია. უკიდურესად სანტიმენტალური, მეოცნებე შიზოიდები განსაკუთრებულ ინტერესს იჩენენ აბსტრაქტული მეცნიერებებისა და ხელოვნებისადმი, ერიდებიან ურთიერთობას ადამიანებთან, გაურბიან ხალხმრავალ შეხვედრებს. “რომანტიული” ურთიერთობების ძიება ბევრ წინააღმდეგობას უქმნის მათ პირად ცხოვრებაში, რომელიც, მეტწილად, მოუწყობელი და არეულია.

პიროვნების ფსიქოპათიური ნიშნები ყოველთვის არ არის მოხვედრილი მკაფიო “ჩარჩოებში”. ერთ ინდივიდში, პიროვნებაში, შესაძლოა წარმოდგენილი იქნეს პიროვნული აშლილობების სხვადასხვა ფორმისათვის დამახასიათებელი თავისებურებანი. პარანოიალური ფსიქოპათიის ნიშნებს შესაძლოა ერწყმოდეს ექსპლოზიური, ასთენიურ ხასიათობრივ გამოვლინებებთან ერთად გამოხატული იყოს შიზოიდურიც და ა.შ. ასეთ შემთხვევებში საქმე გვაქვს ე.წ. “*მოზაიკურ ფსიქოპათიასთან*”.

ჩვენი საუკუნის 50-იან წლებში გერმანელმა ფსიქიატრმა კ. ლეონგარდმა ჩამოაყალიბა კონცეპცია “*აქცენტუირებული პიროვნებების*” შესახებ. ამ მოსაზრების შესაბამისად აქცენტუირებული პირები იკავებენ შუალედურ ადგილს გამოხატულ ანუ “*მირთვისულ*” ფსიქოპათიასა და ხასიათის ნორმალურ, ჩვეულებრივ თავისებურებებს შორის. არსებული ხასიათობრივი თავისებურებები ურთულევენ ასეთ ადამიანებს ადაპტაციას გარემოში, ამნელევენ მათ პროფესიულ და მიკროსოციალურ ურთიერთობებს, მაგრამ

არ იწვევენ ქცევის გამოხატულ დარღვევებს, როგორც ფსიქოპათიის დეკომპენსაციის შემთხვევებში. აქცენტუირებული პიროვნება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც *ნორმის უკიდურესი ვარიანტი*, მდგომარეობა, როდესაც ხასიათობრივი ნიშნები განსაკუთრებითაა გამოკვეთილი. გარდა ამისა, ზოგიერთი ფსიქიატრი პიროვნების აქცენტუაციას განიხილავს, როგორც ეტაპს ზრდასრული, მომწიფებული პიროვნების ჩამოყალიბების პროცესში. განსაკუთრებით მკაფიოდაა გამოხატული პიროვნული ხაზების გამწვავება მოზარდთა ასაკში.

მიუხედავად მყარი, სტაბილური და რიგიდული ხასიათისა, ფსიქოპათია, როგორც პათოლოგიური მდგომარეობა, განიცდის თავისებურ ცვლილებებს, *დინამიკას*. ეს დინამიკა წარმოდგენილია ორი ძირითადი ფორმით. *კომპენსაცია* – ფსიქოპათიური პიროვნების გარემოსთან დინამიკური შეგუების პროცესია, რომლის დროსაც ხდება ხასიათის პათოლოგიური ნიშნების შესუსტება, “წაშლა” – დადებითი სოციალური პირობების ან მეორადად განვითარებული ქცევის ახალი სტერეოტიპების გამო. *დეკომპენსაცია* – ხასიათობრივი თავისებურებების უკიდურესი გამწვავების მდგომარეობაა, რომელიც ფსიქოტრავმული სიტუაციის ზემოქმედებითაა განპირობებული.

გონებრივი ჩამორჩენილობა

გონებრივი ჩამორჩენილობა ანუ ოლიგოფრენია (oligo – მცირე, phren – სული) წარმოადგენს ფსიქიკურ აშლილობათა ჯგუფს, რომელშიც გაერთიანებულია სხვადასხვა ეთიოლოგიისა და პათოგენეზის მქონე ინტელექტის თანდაყოლილი განუვითარებლობის შემთხვევები. განსხვავებით დემენციისაგან, რომელიც შეძენილ, სხვადასხვა ფსიქიკური დაავადებების შედეგად განვითარებულ ინტელექტის უკუგანვითარებას, დეგრადაციას წარმოადგენს, ოლიგოფრენია ადამიანის გონებრივი შესაძლებლობების განუვითარებლობაა. თავისი სტრუქტურით დემენცია, როგორც წესი, პარციალურია – ნაწილობრივი და მოიცავს ფსიქიკის ერთ ან რამდენიმე სფეროს. ასე მაგალითად: შიზოფრენიული დემენციისათვის დამახასიათებელია ემოციურ–ნებითი სფეროს დაკნინება, სენილურ დემენციაში წამყვანია მეხსიერების დაქვეითება, ეპილეფსიურ ჭკუასუსტობას – აზროვნების სფეროს დარღვევები ახასიათებს და ა.შ. თანდაყოლილი გონებრივი ჩამორჩენილობა უფრო გლობალურია და ფსიქიკის ყველა სფეროს თანაბრად მოიცავს.

ფსიქიკური განვითარების შეფერხება შესაძლოა გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზებით. მათი რიცხვი 100–ზე მეტია, თუმცა მათგან წამყვანია ოლიგოფრენიის რამდენიმე ძირითადი ეთიოლოგიური ფაქტორი: 1) გენეტიკურად განპირობებული გონებრივი ჩამორჩენილობა – ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია, მიკროცეფალია და სხვა; 2) ოლიგოფრენია გამოწვეული ქრომოსომული აბერაციით – დაუნის დაავადება, კლაინფელტერის სინდრომი, შერეშვესკი–ტერნერის სინდრომი და სხვა; 3) ჩანასახოვან ან პოსტნატალურ პერიოდში გადატანილი ინფექციების შედეგად განვითარებული (ნეიროტროპული ვირუსი, ტოქსოპლაზმომი, ლუესი და ა.შ.); 4) ინტოქსიკაციური გენეზის (განსაკუთრებით ალკოჰოლით) დედის ორსულობის დროს; 5) ჩანასახის განვითარების დარღვევები, გამოწვეული ბიოლოგიური შეუთავსებლობითა და სხვა ფაქტორებით (რემუს–კონფლიქტი, დედის რაციონში მარილების, მიკროელემენტების და ვიტამინების ნაკლებობა); 6) სამშობიარო ტრავმები და ნაყოფის ასფიქსია; 7) ჰიდროცეფალია და სხვა.

ტრადიციულად არჩევენ ოლიგოფრენიის სამ დონეს: იდიოტიას, იმბეცილობას და დებილობას.

დებილობა – თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის იოლი დონეა (debilis – სუსტი, უუნარო). შემეცნებითი პროცესების დაქვეითება, ძირითადად, გამოიხატება რთული, აბსტრაქტული ცნებების გამოყენების შეუძლებლობაში. აზროვნებაში წამყვანია კონკრეტულ–აღწერილობითი ასოციაციები. ვერ ხდება სიტუაციის მთლიანი აღქმა, განზოგადება. გონებრივი განვითარების ეს დეფექტები კლინიკურად გამოვლინდება შემდეგში: დებილები ფლობენ სიტყვათა საკმარის მარაგს, რაც საშუალების აძლევთ მათ დაამთავრონ სკოლის დაწყებითი კლასები ან მთლიანად სპეციალიზებული სკოლა; შესწევთ დამოუკიდებელი ცხოვრების, გარკვეული პროფესიული საქმიანობის უნარი. ინტელექტის განუვითარებლობის კომპენსაცია ხდება მექანიკური დამახსოვრების, მიმბაძელობის, პედანტურობისა და მიზანმიმართულების უნარით. კრიტიკისა და სიტუაციის განსჯის

მნიშვნელოვანი დაქვეითება სდება პათოლოგიური დარწმუნების, დაბეჯითებული და პედანტური აქტივობის მიზეზი, რაც ხშირად კვერულანტობაში გადადის. საერთო ფსიქიკური განუვითარებლობის ფონზე, დებილები ადვილად მანიპულირებენ შაბლონური, ბანალური ფრაზებით. მოვლენათა არსში წედომის შეუძლებლობის მიუხედავად, შესწევთ სიტუაციაში ზედაპირული ორიენტაციის უნარი და ავლენენ კარგ პრაქტიკულ ალღოს. დებილთათვის დამახასიათებელია გამოხატული შთაგონებალობა, რის გამოც ისინი ადვილად ექცევიან სხვისი გავლენის ქვეშ. ემოციური ფონის დომინანტობის მიხედვით ოლიგოფრენებს შორის გვხვდებიან როგორც კეთილგანწყობილი – ეიფორიულ-უდარდელი, მხიარული; ასევე დისფორიული – ბოლმიანი და ჯიუტი ტიპები. ინტელექტუალური განუვითარებლობის დონის მიხედვით არჩევენ დებილობის სამ ქვეგვას: გამოხატულს, საშუალოს და იოლს.

გარკვეულ სირთულეებთანაა დაკავშირებული ე.წ. “სალონური” ჭკუასუსტობის (Salonblodsinn) ღიაგნოსტიკა. ეს ინტელექტუალური განუვითარებლობის ყველაზე სუსტად გამოხატული, თითქმის ზერელე ხარისხია, რომელიც ხასიათდება ერთგვაროვანი, სტერეოტიპული, კატეგორიული მსჯელობებით და მოკლებულია სიტუაციის არსში წედომას. გამოხატულია მიდრეკილება კამზელსიტყვიერი დემაგოგიისაკენ, საუბარში ნაკლებად ცნობილი სენტენციების და ტერმინების ხმარებისაკენ, მაშინ როდესაც მათი მნიშვნელობა შეუცნობელი რჩება.

იმბეცილობა გონებრივი განუვითარებლობის საშუალო დონეა (imbecillus – სუსტი, უმნიშვნელო). მეტყველება სუსტად არის განვითარებული, ძირითადად მარტივი ფრაზებისაგან შედგება და არტიკულაციის სიმწირით გამოირჩევა. სიტყვათა მარაგი 200–300 სიტყვით ამოიწურება. იმბეცილი სააზროვნო პროცესებს წარმართავს ელემენტური ცნებების გამოყენებით, მსჯელობა მეტად პრიმიტიული და კონკრეტულია. შეუძლებელია ნატიფი, რთული მოქმედებების შესრულება. გარემომცველი სიტუაციის სწრაფი და მნიშვნელოვანი ცვლილება მათში დაბნეულობას იწვევს. მათ შეუძლიათ თავის მოვლა და ელემენტური პრაქტიკული ჩვევების გამომუშავება (ჩაცმა, დაბანა, ოთახის დალაგება, გარეცხვა და ა.შ.), მაგრამ ამას აკეთებენ გაჭირვებით, დაუდევრად და ხშირად არასწორად. იმბეცილები ცნობენ ახლობლებს და შეუძლიათ ელემენტური ემოციების – სიხარულის, შიშის, წყენის, განრისხების – გამოხატვა. ცალკეულ შემთხვევებში ადგილი აქვს გენდენციას ასოციალური ქცევებისაკენ, აგრესიისაკენ – განსაკუთრებით ბავშვებისა და ფიზიკურად სუსტი პირების მიმართ. სპეციალიზებულ სკოლებში შესაძლებელია იმბეცილებისათვის ელემენტარული ცოდნის მიცემა. ესაა უმარტივესი თვლა, ცალკეული სიტყვების და მარტივი ტექსტის წაკითხვის უნარი, თავის მოვლის ელემენტარული ჩვევების შეთვისება და მარტივი შრომითი ოპერაციების შესრულება. ქცევის მიხედვით არჩევენ ცოცხალ, აქტიურ ტიპებსა და აპათო-ადინამიურ იმბეცილებს.

იდიოტია თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის ყველაზე ღრმა დონეა (Idiotia – უმეცრება). იდიოტიის დროს შემეცნებითი პროცესები პრაქტიკულად განუვითარებელია. მეტყველება არ არის. იდიოტებს არა აქვთ გარემოში ორიენტაციისა და ადეკვატური რეაგირების უნარი. ქცევები არამოტივირებული

და იმპულსურია. ემოციური რეაქციები – პრიმიტიული. ისინი ვერ უვლიან თავს, არ შესწევთ დამოუკიდებელი არსებობის უნარი. არჩევენ იდიოტიის ორ ფორმას: *ერეტიულ* იდიოტიას – აგზნების, აგრესიულობის, ინსტინქტთა განმუხრუჭებით და *გორპილულ* იდიოტიას – შეკავებულობის, აპათიურობის, პასიურობის დომინირებით. იდიოტების სწავლებასა და ელემენტური ჩვევების ათვისებისათვის ზემოქმედებებს შედეგი არ მოაქვს.

თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის დონეების განსაზღვრის ზუსტი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების დადგენა სხვადასხვა პრინციპს ეყრდნობა. ერთ-ერთი ასეთი მახასიათებელია ბავშვის *მეტყველების განვითარება* (აბინე, გ. სიმონი, 1909 წ.). ამ მახასიათებლების მიხედვით, იდიოტს არა აქვს უნარი მეტყველების საშუალებით დაამყაროს კონტაქტი გარშემომყოფებთან და სიტყვათა საშუალებით გამოხატოს საკუთარი აზრები; იმბეცილს არ აქვს ათვისებული წერა, არ შეუძლია წერილობით გადმოსცეს თავისი აზრი და წაიკითხოს დაწერილი ტექსტი; დებილი ბავშვის გონებრივი განვითარება 2–3 წლით ჩამორჩება თავისი ასაკისას და ეს ჩამორჩენა არ არის გამოწვეული პედაგოგიური პრობლემებით. კლინიკაში ფართოდაა მიღებული ოლიგოფრენიის ხარისხების დადგენა *ასაკთან შესაბამისობით*. ზემოთ ხსენებული კრიტერიუმის გათვალისწინებით იდიოტია შეესაბამება 2–3 წლის ასაკის ბავშვის, იმბეცილი 6–7 წლისა, ხოლო დებილი – 12–13 წლის ბავშვის ინტელექტუალურ დონეს.

თანამედროვე კლასიფიკაციაში მოყვანილი გონებრივი ჩამორჩენილობის ოთხხარისხიანი დაყოფა ეყრდნობა ინტელექტური განვითარების კოეფიციენტის (IQ) მონაცემებს. ამ კრიტერიუმით გამოყოფილია ოლიგოფრენიის შემდეგი დონეები: *მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობა* (IQ – 50–69), რომლის დროსაც, ძირითადად, ადგილი აქვს სწავლასთან დაკავშირებულ სიძნელეებს და სოციალურ გარემოში ინტეგრაციის სირთულეებს; *გამოხატული გონებრივი ჩამორჩენილობა* (IQ – 35–49), რაც აისახება სწავლის, ყოფაცხოვრებითი ჩვევების განვითარების და სოციალურ ადაპტაციაში ზომიერად გამოხატულ სიძნელეებში, რის გამოც მათ ესაჭიროებათ მხარდაჭერა და დახმარება; *მძიმე გონებრივი ჩამორჩენილობა* (IQ – 20–34) – რომელიც საჭიროებს მუდმივ მზრუნველობას დამოუკიდებელი საქმიანობის შეუძლებლობის გამო; *ღრმა გონებრივი ჩამორჩენილობა* (IQ – 20–ზე დაბალი) – აღამიანს არ უმუშავდება არანაირი სოციალური ჩვევები, რის გამოც ის არაკომუნიკაბელურია.

ოლიგოფრენია შედარებით სტაბილური ფსიქიკური აშლილობაა, რის გამოც თერაპიული ჩარევა პრაქტიკულად არაეფექტურია. უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის პროფილაქტიკას, რომელიც გულისხმობს რისკ-ფაქტორების შემცირებისაკენ მიმართული ღონისძიებების კომპლექსს. გარკვეული შედეგი აქვს ნოოტროპების გამოყენებას. ფსიქომოტორული აგზნებისა და აგრესიული ქცევებით მიმდინარე დეკომპენსაციების შემთხვევებში მიზანშეწონილია ტრანკვილიზატორებისა და ნეიროლეფსიური პრეპარატების გამოყენება.

ფსიქიკურ აშლილობათა თავისებურებანი
ბავშვთა ასაკში

აღადმიანის ონტოგენეზური განვითარება მეტად რთული, მრავალმხრივი და ფუნქციურად განსხვავებული ეტაპებისაგან შემდგარი პროცესია. სქემის მიხედვით ეს პროცესი იყოფა გარკვეულ პერიოდებად, რომელსაც *ასაკს* უწოდებენ. სიცოცხლის ხანგრძლივობის საგრძნობ გამრდასთან დაკავშირებით გარკვეულად “გაფართოვდა” ასაკობრივი პერიოდების დიაპაზონი. მიღებულია აღადმიანის ასაკის პერიოდიზაციის რამდენიმე სქემა, რომელთაგანაც შევჩერდებით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ ვარიანტზე: *პოსტნატალური პერიოდი* – დაბადებიდან 2 კვირამდე, *აღრეული ბავშვობა* – 2-დან 6 წლამდე, *გვიანი ბავშვობა* – 6-დან 12 წლამდე, *უბერტატი* – 12-დან 14 წლამდე, *სიჭაბუკის (მოზრდილი) ასაკი* – 13-დან 21 წლამდე, *მდრასრული ასაკი* – 21 – 40 წელი, *სამუშალო ასაკი* – 45 – 60 წელი, *უკუგანვითარების ასაკი* – 60 – 75 წელი, *სიბერე* – 75 წლის ზევით. ორგანიზმის ონტოგენეზურ განვითარებასთან დაკავშირებულ ფიზიოლოგიურ პროცესებს თან ახლავს გარკვეული ფსიქიკური ძვრებიც, რომელთა თავისებურებანი მჭიდროდ უკავშირდება აღადმიანის ასაკს.

აღადმიანის, როგორც სრულყოფილი ბიოსოციალური არსების ჩამოყალიბებაში განსაკუთრებული როლი მიუძღვის ბავშვობისა და სიჭაბუკის ასაკს. ამ დროს ხდება პიროვნების ძირითადი ფსიქიკური, სოციალური, შრომითი და მორალურ-ეთიკური ფასეულობების შექმნა. *ბავშვობის ასაკისათვის* ძირითადი დამახასიათებელია ინტენსიური ზრდა-განვითარება, ფსიქიკური და ფიზიკური პროცესების ჩამოყალიბება, ინდივიდის განუმეორებელი, სოციალურ-ფსიქოლოგიური “სახის” შექმნა. საყურადღებოა, რომ უკანასკნელ პერიოდში, განსაკუთრებით მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, ფსიქიკურ-ფიზიკური ზრდის ტემპებმა მნიშვნელოვნად იმატა. საგრძნობლად გაიზარდა ბავშვთა ფიზიკური პარამეტრები (სიმაღლე, წონა) და ინტელექტური დონე. ამ მოვლენას *აქსელერაცია* ეწოდება.

ფსიქიკური აშლილობებიდან, რომელიც დამახასიათებელია ბავშვთა, განსაკუთრებით კი *აღრეული ბავშვობის ასაკისათვის*, ყველაზე ხშირი და გავრცელებულია გონებრივი ჩამორჩენილობა – *ოლიგოფრენია*. თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის ეთიო-პათოგენები, კლინიკა და მასთან დაკავშირებული საკითხები განხილულია სახელმძღვანელოს XIV თავში. გარდა გამოხატული ორგანული, ინტოქსიკაციური, ინფექციური ან გენეტიკური ფაქტორებისა, ბავშვის აღრეული ზრდა-განვითარების პროცესზე შესაძლოა გარკვეული გეგავლენა მოახდინოს პრენატალური ან აღრეული პოსტნატალური გენების *რეზიდუალურმა ცერებრულმა დაზიანებებმა*. ამ გიპის დაზიანებები არ იწვევენ გონებრივი განვითარების უბეშ შეფერხებებს, მაგრამ გამოვლინდებიან ისეთი მრავალმხრივი და პოლიმორფული მდგომარეობების სახით, როგორიცაა: ფსიქიკური და ფსიქო-ფიზიკური ინფანგილიზმის სინდრომი, დიენცეფალური და ეპილეფსიფორმული მდგომარეობანი, ნეკროზული და ქცევითი აშლილობანი და სხვა.

ნევროზული აშლილობანი ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში განსაკუთრებული კლინიკური თავისებურებებით ხასიათდება. ეს, უპირველეს ყოვლისა, დაკავშირებულია იმასთან, რომ აღრეულ ასაკში ჯერ არ არის საბოლოოდ ჩამოყალიბებული ფსიქიკური აპარატი, პიროვნების ძირითადი კონსტრუქციები, რის გამოც ვერ ხერხდება სოციალურ-სტრესული ფაქტორების სრულყოფილი გააზრება და გაანალიზება. ნევროზულ რეაქციებს უხშირესად მარტივი, სიმპტომური ხასიათი აქვს.

ბავშვთა ასაკში ნევროზის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა *მიშის ნევროზი*. მიშის ნევროზის კლინიკური სურათი ძირითადად გამოხატულია დაძინების პროცესში შეტევისმაგვარად განვითარებული, ფსიქოტრავმულ სიტუაციასთან დაკავშირებული კონკრეტული (საგნობრივი) მიზეზით, შფოთვით, აფორიაქებით, გარემოს ილუზორული აღქმით, ვაზო-ვეგეტატიური გამოვლინებებით. აღრეული ბავშვობის ასაკში ეს არის სიბნელის, მარტოდ დარჩენის, ზღაპრების “ბოროტი” პერსონაჟების, ცხოველების მიში. მიშის პაროქსიზმები 10-დან 30 წუთამდე გრძელდება. სკოლის ასაკში შესაძლოა ე.წ. “*სკოლის ნევროზის*” განვითარება, რომელიც დაკავშირებულია ბავშვის ბელირებულოვან მიშთან სკოლის დისციპლინისა და რეჟიმის მიმართ. ბავშვი ყველანაირად ცდილობს თავი აარიდოს სკოლაში წასვლას.

აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზის კლინიკაში დომინანტობს ობსესიური ხასიათის *ტიკური* და *აკვიატებული მოძრაობანი* (თვალების ხამხამი, ჩახველებები, მხრების აქაჩვა და სხვა) ან მოძრაობათა გარკვეული, თანმიმდევრული კომპლექსი, რომელიც *რიტუალის* სახეს ღებულობს. ფობიკური მოვლენები გამოიხატება მჭრელი საგნების, დახურული სივრცის, ავად გახდომის აკვიატებულ მიზეზში.

დეპრესიული ნევროზული რეაქციები ყველაზე დამახასიათებელია პუბერტარული ასაკისათვის. ორგანიზმში მიმდინარე უზნიშვნელოვანესი ფიზიოლოგიური ძვრები, სწრაფი ზრდა, ენდოკრინული ცვლილებები, ახალი ბიოლოგიური და სოციალური ფუნქციის ჩამოყალიბება ერთიანობაში *პუბერტარული კრიზის* სურათს აყალიბებს. ამ პროცესის ფონზე განვითარებული ფსიქოგენური, სტრესული მოვლენები განსაკუთრებულად მტკივნეულად და მწვავედ განიცდებიან ჭაბუკების მიერ. ჩნდება გაუცხოების, გარემოსაგან იზოლაციის განცდა. “მას ვერავინ უგებს”, “ იგი მარტოსულია”. ამ ფონზე ყალიბდება დეპრესიული მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება გუნებგანწყობის დაქვეითებით, მიმიკისა და მოტორიკის შენელებით, აქტიუობის მკვეთრი დაქვეითებით, საკუთარი უნიათობის, უუნარობის განცდით. მელანქოლიურ განცდებს თან ერთვის უმადობა, წონაში დაკლება, ყაბზობა, უძილობა. არ არის გამორიცხული სუიციდური ქმედებებიც.

ბავშვთა ასაკში განვითარებულ *ისტერიულ აშლილობებში* წამყვანი ადგილი უკავია მოტორულ და სომატო-ვეგეტატიურ სიმპტომოკომპლექსებს. ესენია: ასტაზია-აბაზია, ისტერიული პარეზები და ანესთეზია, ისტერიული აფონია, ისტერიული პირღებინება და ფსევდოალგიური ფენომენები. განსაკუთრებით ხშირია *აფექტურ-რესპირაციული შეტევები (ჩაბოჩრება)*. ექსპირაციის ფაზაში განვითარებული სუნთქვის შეჩერება 15-30 წამი გრძელდება და კვლავ იწყება რამდენიმე ღრმა ჩასუნთქვის შემდეგ. ცნობიერება დაბინდულია, მაგრამ მხოლოდ ნაწილობრივ.

სხვა ნევროზული აშლილობებიდან ბავშვთა და მოზარდთა ასაკისათვის დამახასიათებელია *ნევროზული ტიკები, ენაბორძიკობა, ნევროზული ენურეზი* და *ენკოპრეზი*. ამ აშლილობების მიზეზი შესაძლოა იყოს ძლიერი შიში, არასასიამოვნო და სტრესული განცდები (მშობლის ხშირი ყვირილი, სასტიკი და ზედმეტად მკაცრი მოპყრობა, დასჯა, ინტენსიური ძალდატანება სწავლის პროცესში – “უკეთესი შედეგების” მიღწევის მიზნით, ინფორმაციული გადატვირთვები, ოჯახური კონფლიქტები და სხვა).

პრეპუბერტარულ და პუბერტარულ ასაკში განვითარებული აშლილობებიდან განსაკუთრებით ნიშანდობლივია *დისმორფოფობიული* და *დისმორფომანიული* მდგომარეობანი. ამ ტიპის დარღვევათა განვითარება გარკვეულად დაკავშირებულია ჭაბუკური ასაკისათვის დამახასიათებელ მკვეთრ ფიზიოლოგიურ ძვრებთან, როგორიცაა: სწრაფი მრდა სიმაღლეში, ხმის დაბოხება, სახის ნაკეთების გაუხეშება, თმიანობის გაჩენა, მენზესის დაწყება და ა.შ. ეს ძვრები, ზოგიერთ შემთხვევაში, ხდება აკვიატებული, ზედირებულოვანი ან ბოღვითი იდეების განვითარების პათოპლასტიკური ფონი. რუდიმენტული სახით ამ სახის განცდები ჯანმრთელ მოზარდებშიც გვხვდება. *დისმორფოფობია* არის ფიზიკური დეფექტის ან ნაკლის არსებობის ეჭვი ან შიში. შიშს, რომ უჩვეულოდაა შეცვლილი სახის ნაკეთები (დაგრძელები ცხვირი, დავიწროვდა თვალის ჭრილი, გასუქდა ტუჩები და ა.შ.), სხეულის ხილული ნაწილები (გასქელები თითები, დამახინჯდა ფეხები), ყოველთვის თან ახლავს განცდებისადმი კრიტიკული დამოკიდებულება. *დისმორფომანია* – ავადმყოფური, ბოღვითი დარწმუნებაა ფიზიკური დეფექტის ან ნაკლის არსებობაში. ამ შემთხვევაში აზრებს მყარი ხასიათი აქვთ და კორექციას არ ექვემდებარება. დისმორფომანიული განცდები ძირითადად გამოვლინდება სიმპტომატა ტრიალის სახით: 1) ზედირებულოვანი ან ბოღვითი აზრი ფიზიკური ნაკლის არსებობის შესახებ, 2) ღრმა დეპრესია სუიციდური ტენდენციებით, 3) აღნიშნულ ნაკლთან დაკავშირებული დამოკიდებულების ბოღვითი იდეები. ამ ნიშნებს შესაძლოა თან დაერთოს ყნოსვითი ჰალუცინაციები და სენესტოპათიური განცდები. პუბერტარულ ასაკში მკაფიოდაა გამოხატული დისმორფოფობიური აშლილობების დისიმულაციის ტენდენცია. ამასთან, ახალგაზრდები ხშირად მიმართავენ სპეციალისტებს “ფიზიკური დეფექტის” გასწორების მიზნით, რათა მოიშორონ “ზედმეტი ქონი”, “გაისწორონ ცხვირი”. წონის დაკლების მიზნით შიმშილობენ, უკონტროლოდ ღებულობენ მასაქმებელ და შარდმდენ საშუალებებს. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა ავადმყოფმა თვითონ ეცადოს “ნაკლის” გასწორება, რაც თვითდასახიზრებით მთავრდება.

დისმორფომანიასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული *ნერვული ანორექსია*. სიმსუქნეში, ჭარბ წონაში და ამის შედეგად გარეგნულ სიმახინჯეში ბოღვითად დარწმუნებული ახალგაზრდა, მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით, ყოველმხრივ ცდილობს “დაიბრუნოს ნორმალური წონა”. ამისათვის ის მაქსიმალურად შეზღუდავს საკვებს: უარს ამბობს კალორიებით “მდიდარ”, ნახშირწყლებისა და ცხიმის შემცველ პროდუქტებზე, არკვევს თითოეული პროდუქტის კალორატს. მიუხედავად წინასწარ განსაზღვრული “სასურველი” წონის მიღწევისა, კვლავ აგრძელებს შიმშილობის ზღვარზე კვებას. ამასთან ერთად ავადმყოფებს უჩნდებათ ახლობლებისათვის, განსაკუთრებით უმცროსი

დაბმებისათვის, ჭარბი კვებითი რეჟიმის შექმნის ტენდენცია. ხშირად თვითონ აკეთებენ სხვადასხვა კერძებს, სთავაზობენ მათ. ავადმყოფები კვების ასეთ რეჟიმთან ერთად ინტენსიურად ვარჯიშობენ ფიზიკურად, რეგულარულად ხმარობენ საფალარათო და შარდმდენ საშუალებებს. გახდომის ერთ-ერთ საშუალებად გვევლინება ღებინების ხელოვნური გამოწვევა. ყველაფერმა ამან, სხეულის საერთო მასის 25-50% დაკარგვისას, შესაძლოა გამოიწვიოს დისტროფიული ცვლილებები მიოკარდიუმში, ანაციდური გასტრიტი, ნაწლავთა ატონია და საბოლოოდ კახექსია.

რეზიდუალური ცერებრული დაზიანებები შესაძლოა გამოვლინდეს ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში გადატანილი მენინგიტების, მენინგიტ-ენცეფალიტების, თავის ქალას ტრავმების, ინტოქსიკაციების, ქრონიკულად მიმდინარე სომატური დაავადებების შედეგად.

ასტენიური მდგომარეობები ამ ასაკოვან ჯგუფში ვითარდება ნევროლოგიური მიკროსიმპტომატიკის ფონზე, რაც გამოიხატება ნატიფი მოგორიკის დარღვევებში, თავის ტკივილებსა და ვესტიბულურ აშლილობებში. ფსიქოპათოლოგიური ნიშნებიდან წამყვანია აფექტური ლაბილობა, მიდრეკილება იმპულსური ემოციური რეაქციებისადმი, ყურადღებისა და სწავლის უნარის დაქვეითება, რასაც შესაძლოა თან სდევდეს არამკვეთრი აგნოზიური, აფაზიური და აპრაქსიული მოვლენები. ეს მოვლენები განსაკუთრებით მწვავეებიან პრეპუბერტარულ ასაკში, ხოლო პოსტპუბერტარულ პერიოდში პრაქტიკულად ნიველირდებიან.

რეზიდუალურ-ორგანულ ფონზე განვითარებული ნევროზული შიშები შესაძლოა გადაიზარდოს მყარ და ქრონიკულ სენესტოპათო – პიპოქონდრიულ მდგომარეობად. ფობიკურ სიმპტომოკომპლექსთან თანდართული სომატო-ვეგეტატიური მოვლენების ტრანსფორმაცია ხდება სტაბილურ სენესტოპათიურ ჩივილებში, რომლებიც ხატოვან, გრძნობად ხასიათს ატარებს. მათ თან ერთვის პოლიმორფული ალგიური ფენომენები და ფსიქოსენსორული აშლილობანი. პიპოქონდრიული ჩივილები ყალიბდებიან მძიმე, მოკრჩენელი დაავადების არსებობის განცდაში.

ისტერიოფორმული მოვლენები, რომლებიც ვითარდება რეზიდუალურ – ორგანულ ფონზე გამოირჩევიან აფექტურ-მოგორული შეტევებისა და ეპილეფსიფორმული გულყრების დომინირებით. “წმინდა” ნევროზული გენეზის ისტერიული აშლილობებისაგან განსხვავებით, ეს შეტევები ნაკლებად უკავშირდება ფსიქო-სტრესულ სიტუაციას და ხშირად საერთოდ უმიზეზოდ, სპონტანურად ვითარდება.

ღვიაციური ქცევა მოიცავს ანტიდისციპლინურ, ანტისოციალურ, კანონსაწინააღმდეგო და აუტოაგრესიულ ქმედებებს, რომლებიც ბავშვის ან მოზარდის პიროვნების პათოლოგიური ცვლილებით – აბერაციითაა განპირობებული. თავისთავად ღვიაციური ქცევები არ წარმოადგენს ფსიქიკური პათოლოგიის არსებობის დამადასტურებელ ნიშანს, თუმცა ყოველთვის მიუთითებს ბავშვის სოციალურ – ფსიქოლოგიური განვითარების პროცესში არსებულ აღზრდის, ოჯახურ, მიკრო- და მაკროსოციალური

გარემოს მნიშვნელოვან ხარვეზებზე, დევიაციურ ქცევებს ზოგადად ახასიათებთ გარკვეული პათოქარაქტეროლოგიური სინდრომების არსებობა (ისტერიოიდული, ეპილეფტოიდური, ექსპლოზიური), ასოციალური ქცევის პოლიმორფიზმი – მაგალითად: დისციპლინისადმი დაუმორჩილებლობასთან შერწყმული აუტოაგრესია, თანდართული ნევროზული რეგისტრის აშლილობანი და გენდენცია პიროვნების პათოლოგიური გრანსფორმაციისადმი.

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში განვითარებული *სიტუაციური პიროვნული რეაქციებიდან* ყველაზე გავრცელებულია *პროტესტისა და ოპოზიციის რეაქცია*, რომელიც ძირითადად ვლინდება მშობლებისა და მასწავლებლების მიმართ დაუმორჩილებლობაში, უხეშობასა და აგრესიაში, ჯინიანობაში (*აქტიური პროტესტის რეაქცია*) ან გამომწვევ, ხაზგასმულ პასიურობაში, მშობლებთან ურთიერთობისაგან თავის არიდებაში, ინფანტილურ ქცევებში (*პასიური პროტესტი*). პროტესტის რეაქციის ერთ-ერთი სახეა თვითდასახიჩრება და *სუიციდური ქმედებები*. სოციალურ ასპექტში მეტად საშიშია ე.წ. *იმიტაციის რეაქციები*, როდესაც მოზარდები ცდილობენ თვითდამკვიდრების, თანატოლებში ავტორიტეტის მოპოვების მიზნით მიბადონ მოზრდილებს და, რაც განსაკუთრებით საშიშია, “ავტორიტეტული”, ძირითადად, კრიმინალური სამყაროს წარმომადგენლებს. ეს კი ბიძგს აძლევს ალკოჰოლიზაციას, სამართალსაწინააღმდეგო ქცევებს, ნარკომანიას, ნაადრევ სქესობრივ ცხოვრებას და სხვა. დევიაციური ქცევა შესაძლოა განპირობებული იქნეს *ემანსიპაციის რეაქციითაც*, რომელიც თავისი არსით ახლოსაა იმიტაციის რეაქციასთან. ამ შემთხვევაში მოზარდს დამოუკიდებლობისა და თვითრეალიზაციის უტრირებული მოთხოვნილება ამოძრავებს, ეს კი დეზადაპტაციის მიზეზი ხდება.

კლინიკური ფენომენების თავისებურებით ხასიათდება *ფსიქოპათიური ხაზების ჩამოყალიბება* ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში. ასე მაგალითად, *ეპილეფტოიდური ფსიქოპათიის* ჩამოყალიბება მიმდინარეობს ადრეული ასაკიდან გამოხატული აფექტური რეაქციებით დისკომფორტზე, საღისტური გენდენციებით, დისფორიული და ეგოცენტრიული ემოციების დომინანტობით, პიპერსოციალურობითა და პედანტიზმით. *შიზოიდური წრის ფსიქოპათიის* ჩამოყალიბებაზე მიუთითებს ინაქტივაცია, ახალი სიტუაციისადმი ადაპტაციის გაძნელება, ახლის შიში, ინტელექტური ფუნქციების გამოხატული განვითარების ფონზე ფსიქომოტორული ჩვევების შედარებითი განუვითარებლობა.

პიროვნების ჩამოყალიბების განსაკუთრებულ, მეტად სპეციფიკურ ტიპს *ბავშვთა ნაადრევი აუტიზმი* ანუ *კანერის სინდრომი* წარმოადგენს. მისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები: ადრეული ასაკიდან გარშემოცოფებთან კონტაქტის დამყარების გაძნელება, მიდრეკილება განმარტოებისაკენ, მეტყველების არასაკმარისი კომუნიკაბელობა, სიტყვათა მნიშვნელობის პირდაპირი გაგება, კარგი მექანიკური მეხსიერება, ექოლალია, ბგერებისა და მოძრაობების მონოტონური გამეორება, ჩვეულ გარემოში ცვლილებების შიში (კანერის “Status Quo”-ს ფენომენი), სახის სერიოზული გამომეტყველება და რამდენიმე სხვა ნიშანი. კანერის სინდრომი ძირითადად განიხილება, როგორც ნომოლოგიურად არასპეციფიკური ნიშანი, თუმცა რიგი ფსიქიატრებისა მას ბავშვთა ასაკის შიზოფრენიის ერთ-ერთ გამოვლინებად მიიჩნევენ.

ფსიქიკური აშლილობანი ინვოლუციურ და მოხუცებულ ასაკში

ფსიქიატრიის განხრას, რომელიც სწავლობს ხანდაზმულ და მოხუცებულობით ასაკში განვითარებულ ფსიქიკურ აშლილობებს, ხანშიშესული ასაკის ადამიანთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს *გერონტოლოგიური ფსიქიატრია* ეწოდება.

უკანასკნელ ათწლეულებში მთელს მსოფლიოში ამკარად შეიმჩნევა ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება და ამასთან დაკავშირებით *ხანდაზმული ასაკის ადამიანთა აბსოლუტური რიცხვის მრდა* საერთო პოპულაციაში. ეს ტენდენცია განსაკუთრებით შესამჩნევია მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში. ასაკოვან ადამიანთა რაოდენობის მრდა აქტუალურს ხდის მოსახლეობის ამ კონტინგენტის ჯანმრთელობის და კონკრეტულად ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს. დადგენილია, რომ მოხუცებში სიკვდილის ძირითად მიზეზთა შორის ერთ-ერთ პირველ ადგილზეა დაავადებები, რომელთაც საფუძვლად უდევთ თავის ტვინის ატროფია, განსაკუთრებით – *დემენცია*.

ხანდაზმული ასაკისათვის ადამიანის ფუნქციონირება გარკვეულ ცვლილებებს განიცდის. მკვეთრდება და მწვეავდება პიროვნების ქარაქტეროლოგიური თავისებურებანი, ადამიანი ხდება უფრო სენზიტიური, მგრძნობიარე, ეჭვიანი და ჭირვეული ამასთან, ცხოვრებისეულ გამოცდილებას შეაქვს წინდახედულობა, სიღიჯე, მოვლენათა ღრმა განსჯის უნარი. საგრძნობი სტრესული მომენტია სოციალური როლის თანდათანობითი დაქვეითება (ნაკლები დაგვირთვა სამუშაოზე, პენსია, ოჯახში ლიდერის როლის დათმობა და სხვა), რისი კომპენსაციაც ხდება მეტი თავისუფალი დროის არსებობით და ხშირად ახალი ინტერესების გაჩენით. მოხუცებულობის ასაკთან დაკავშირებულია მნიშვნელოვანი ფიზიოლოგიური ძვრებიც.

პრესენილურ ანუ ინვოლუციურ პერიოდში (მეცნიერთა უმრავლესობის მიერ იგი 55 – 65 წლით განისაზღვრება) ხდება ორგანიზმის გენერაციული ფუნქციის თანდათანობითი შესუსტება და სრული გაქრობა. გამოხატულია პიქერქოლესტეროლემია, პროთრომბინემია და ლიპიდების ცვლის მოშლა. ნერვული სისტემა კარგავს აქტივობასა და პლასტიკურობას, რაც ელინდება ინტერესების გარკვეული შემდუღვით, არასაკმარისი მიზანდასახულობით, ინიციატივის რაციონალური განსჯით შეცვლით, პლასტიკურობის დაკარგვით. აღნიშნული ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური პროცესები თავისებურ ელფერს აძლევს ფსიქიკურ აშლილობებს ინვოლუციურ ასაკში. მიუხედავად იმისა, რომ ნოზოლოგიური სისტემატიკის ჩამოყალიბებისას ეკრეპელინმა (1896 წ.) “ინვოლუციური ფსიქოზები” ცალკე ნოზოლოგიურ კატეგორიად გამოყო, ფსიქიატრთა უმრავლესობა არ იზიარებს ამ მოსაზრებას და მიიჩნევს, რომ საქმე გვაქვს პრესენილურ ასაკში განვითარებულ ფსიქიკურ დაავადებებთან, რომელთა კლინიკურ სურათში ასაკს შეაქვს გარკვეული თავისებურებანი. ინვოლუციურ პერიოდში განვითარებული აშლილობებიდან ყველაზე გავრცელებულია: *ინვოლუციური მელანქოლია, ინვოლუციური პარანოიდი, ინვოლუციური კატაგონია და ინვოლუციური ისტერია*.

ინვოლუციური. (პრესენილური) *მელანქოლია* ანუ დეპრესია ხასიათდება შფოთვიან-დეპრესიული სიმპტომოკომპლექსის არსებობით:

გუნებგანწყობის დაქვეითებას თან სდევს ფსიქომოტორული აქტივაცია, აფორიაქება, მოუსვენრობა – *აეიტაცია* და *მფოთვა*. დეპრესიული ემოციური ფონისათვის ნიშანდობლივია ღრმა სევდის, წუხილის, სასოწარკვეთის განცდა, მოსალოდნელი და გარდაუვალი უბედურებისა და კატასტროფის შიში. ავადმყოფები განუწყვეტლივ მოთქვამენ, ვიშვიშებენ. საუბრის დაწყებისთანავე ჩუმდებიან, მაგრამ ექიმთან კონტაქტში არ შედიან. რამდენიმე წუთში კი კვლავ განაგრძობენ გოდებას (*კლასიკის სიმპტომი*). მოუსვენრობა მკვეთრად მატულობს ადგილმდებარეობის შეცვლისას (*მარპანტიეს ნიშანი*). გუნებგანწყობის დაქვეითებას თან ერთვის *თვითბრალდების, თვითღამყირების, ცოდვიანობის ბოღვითი იდეები*, რაც ზრდის სუიციდურ ქმედებათა საშიშროებას ინვოლუციური დეპრესიის დროს. დაავადების განვითარების პროცესში ყალიბდება პიპოქონდრიულ-ბოღვითი ანუ *კოტარის სინდრომი*, რომლის დროსაც სახეზეა, მელანქოლიური აფექტის ფონზე განვითარებული, განდიდების, ფანტასტიკური შინაარსის ნიჰილისტური ბოღვითი იდეები. ავადმყოფები მიიჩნევენ, რომ შინაგანი ორგანოები დამპალი, მუმიფიცირებული აქვთ, “გრძნობენ” ხრწნის სუნს, “სიცარიელეს” გულმკერდსა და მუცლის ღრუში. დარწმუნებულნი არიან სამყაროს გარდაუვალ დაღუპვაში, კოსმოსური მასშტაბის კატასტროფის მოახლოებაში. რიგ შემთხვევაში პიპოქონდრიული ბოღვის შინაარსი შემოიფარგლება მძიმე, განუკურნებელი სენით დაავადების მცდარი აზრით. ჩვეულებრივად, ფსიქოტროპული საშუალებებით დროული და სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, ინვოლუციური დეპრესია რამდენიმე თვეში ინკურნება. ზოგიერთ შემთხვევაში იგი ღებულობს ქრონიკულ და რემისტენტულ ხასიათს და წლობით გრძელდება, რაც იწვევს ინტელექტუალური და მნესტიური ფუნქციების დაკნინებას და პიროვნების გარკვეულ გასაღავებას.

ინვოლუციური პარანოიდი ვითარდება თანდათანობით, *ყოფითი შინაარსის* მყარი, დეპრესიულ-მფოთვიანი ელფერით შეფერადებული ბოღვითი იდეების ჩამოყალიბებით. დასაწყისში ეს აზრები, მეტწილად, ეჭვების, მფოთვის მიზეზია ავადმყოფისათვის, რაც ხელს არ უშლის მას საშუალებრივი და ოჯახური ფუნქციების შესრულებაში. დროთა განმავლობაში ხდება შევიწროებისა და დამცირების “ფაქტების” დაგროვება, პერიოდულად ავადმყოფი “ამჩნევს”, რომ ბინიდან ეკარგება ნივთები, გრძნობს ცუდ სუნს ოთახებში, ხედავს, რომ მეზობლებთან დადის “საეჭვო” ხალხი, მეზობლებისგან ესმის ხმაური, გინება და ა.შ. ბოღვითი იდეები მთლიანად ეუფლება ავადმყოფის გონებას, რომლის მიზანდასახული მოქმედება მიიმართება არაკეთილმოსურნეების წინააღმდეგ ბრძოლისაკენ. იგი იწყებს თვალთვალს, ჩივილს პოლიციაში, სასამართლოს წესით მოითხოვს მიყენებული ზარალის კომპენსაციას. დაავადების პროგრესირების ნიშანია სმენითი და ყნოსვითი ჰალუცინაციების თანდართვა, რაც “ადასტურებს” ეჭვებს და კიდევ უფრო ამწვავებს მდგომარეობას. ინვოლუციური პარანოიდი ქრონიკული მიმდინარეობით ხასიათდება.

ინვოლუციური ანუ მოგვიანებითი კატატონია ფსიქიატრთა უმრავლესობის მიერ განიხილება, როგორც პრესენილურ ასაკში დაწყებული კატატონიური შიზოფრენია. დაავადება იწყება აეიტაციით, მოუსვენრობით, მფოთვით, ღევნისა და თვითბრალდების ფრაგმენტული იდეების განვითარებით. გუნებგანწყობა დეპრესიული ტონისაა. ავადმყოფი გამოთქვამს

ჰიპოქონდრიულ ჩივილებს. თანდათანობით ვითარდება სტუპორული მდგომარეობა კუნთოვანი გაშეშებითა და მუტიზმით. შიშოფრენიის კატატონური ფორმისაგან განსხვავებით, ინვოლუციური კატატონიის მიმდინარეობა უფრო კეთილთვისებიანია, თუმცა შესაძლოა შეგვეხვდეს ამ აშლილობის *ავთვისებიანი ფორმაც*. მწვავე აქიტაციურ დეპრესიას, ფსიქო-მოტორული აგზნებითა და წყვეტილი, დაუკავშირებელი მეტყველებით, სწრაფად ცვლის ონეიროიდულ-ბოლევითი მდგომარეობა. რამდენიმე თვეში ყალიბდება სტუპორი, რომელიც მძიმდება კახექსიით და თანდართული სომატური პათოლოგიის გამო ლეტალურად თავდება.

ინვოლუციური ისტერია – პრესენილურ პერიოდში განვითარებული ნევროზული, ისტერიოფორმული მდგომარეობაა. იგი ხასიათდება გამოხატული ემოციური ლაბილობით, ჭირვეულობით, დემონსტრაციული ქცევებით, ჰიპოქონდრიულობით. ავადმყოფები უჩივიან სპაზმებსა და წვას ყელში, გულისრევის შეგრძნებას. იშვიათად შესაძლოა განვითარდეს ისტერიული პარეზები, გულყრები. ფართოდაა წარმოდგენილი ისტერიისათვის დამახასიათებელი სხვა სიმპტომატიკაც.

სენილური ანუ მოხუცებულობის პერიოდი 70–75 წლის ასაკიდან იწყება. სენილური ფსიქოზების განვითარების პათოგენეზურ საფუძველს თავის გვინის ქერქის უჯრედების პროგრესული ატროფია წარმოადგენს. ამ პერიოდისათვის მნიშვნელოვნად ქვეითდება ახალი ინფორმაციის ათვისება, ადაპტაცია ცხოვრებისეული სიტუაციების ცვალებადობასთან. ამროვნებითი პროცესები შენელებული, ბედაპირული, ნაკლებად დინამიკური ხდება, ქვეითდება ყურადღების კონცენტრაცია, მეხსიერება. ემოციურ სფეროში გამოხატულია სუსტსულოვნება, ემოციური ლაბილობა, ჰიპობულია. მწვავედაა პიროვნული ნიშნები, მაგულობს ეგოცენტრიზმი. პიროვნება ხდება ჭირვეული, ბუნწი, უნდობელი და ეჭვიანი, მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას გარშემომყოფების შრიდან. ხშირია ჰიპოქონდრიული დეპრესიული ჩივილები, საკუთარი არასრულფასოვნების განცდა. სენილურ პერიოდში მიმდინარე ფიზიოლოგიური და ფსიქიკური პროცესების ფონზე შესაძლოა, ზოგიერთ შემთხვევაში, განვითარდეს სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობანი.

სენილური დემენცია მოხუცებულობითი ფსიქოზის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. *საწყის სტადიაში* დაავადება გამოიხატება მეხსიერების დაქვეითებით, რომელიც ვითარდება *რიბოს კანონის* შესაბამისად: იწყება ფიქსაციის მოშლით და მიმდინარე მოვლენების ამნეზიით და თანდათანობით ვრცელდება წარსულის მოგონებებზე. *პროგრესულ ამნეზიას*, როგორც წესი, თან ერთვის პარამნეზიები – კონფაბულაციებისა და ფსეოდორემინისცენციების სახით. მეხსიერება გლანქი, პერსევერაციული, სტერიოტიპური ხდება. მსჯელობათა კონსერვატივში თან ერთვის ინტერესების მკვეთრ შემლუღვას. დომინირებს *სუსტსულოვნება* და *ემოციური ლაბილობა*. თავად ემოციებში სჭარბობს დაბალი რანგის, ვიტალური გრძნობები. მიზანდასახული ნებითი პროცესები რიგიდული, შებლუღულია. მეორე, *დემენციის ეტაპისათვის* დამახასიათებელია ინტელექტუალური ფუნქციების *ღრმა დეგრადაცია*, ცხოვრებისეული ჩვევების დაკარგვა, *ამნეზიური დემორიენტაციის* თანდათანობითი განვითარება, რეალური მოვლენების კონფაბულაციური,

ფსევდორემინისცენციური განცდებით გადაფარვა (*კონფაბულაციური აბნევა*). გუნებგანწყობა უმრავლეს შემთხვევაში აწეულია. ავადმყოფები მოუსვენარნი, აფორიაქებულნი არიან, გამოთქვამენ მატერიალური დანაკარგის, *გაქურდვის ბოღვით იღვებს*. ცდილობენ გადამალონ ნივთები, რომლებსაც შემდეგ ვერ პოულობენ. *ირღვევა ძილის ჩეუული, ფიზიოლოგიური რიტმი*. ღამით ავადმყოფებს ცუდად ძინავთ, აფორიაქებულნი, მოუსვენარნი არიან, დადიან ოთახებში, ღლისით კი ძირითადად მთელმხარე მდგომარეობაში იმყოფებიან. ამ ღრის გამოხატულია რამდენიმე პათოგნომური, სპეციფიკური ავადმყოფური ნიშანი: *სტერეოტიპული მოძრაობებით ავადმყოფები ასრულებენ პათოვის ჩეულ პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებულ მოძრაობებს – სტერეოტიპული გულმოდგინების სიმკვრივი*; ხშირად უაზროდ ერევიან სხვათა საუბარში – *გამოპასუხების სიმკვრივი*. თუ ჩეული აფორიაქება და უმიზნო ფუსფუსი იცვლება სიმშვიდითა და მოღუწებით, ეს სომატური გართულების თანდართვისა და მოსალოდნელი ლეტალური გამოსავლის მაცნეა – *დამშვიდების სიმკვრივი*. კლინიკურ სურათში სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიური ფენომენების ღომინირების მიხედვით არჩევენ სენილური ფსიქოზის *მარტივ ფორმას*, სადაც პირველ პლანზე გამოდის ამნეზიური დემორიენგაცია და დემენცია; *კონფაბულაციურ ფორმას*, დემენციის ფონზე, კლინიკურ სურათში კონფაბულაციური აშლილობების არსებობით და *დელირიულ ფორმას* – მიმდინარეს ცნობიერების დელირიოზული აშლით, ხშირად ამ მდგომარეობის *მუსკატაციული ან პროფესიული ვარიანტი*.

დემენცია 60–65 წლის ასაკს მიღწეულ ადამიანებში ერთ-ერთი ყველაზე ხშირ პათოლოგიას წარმოადგენს. მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდამ, ცხოვრების ღონისა და პირობების გაუმჯობესებამ, კარდიო-ვასკულარული და ინფექციური დაავადებების ეფექტურმა მკურნალობამ და პროფილაქტიკამ, განსაკუთრებით მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში, მნიშვნელოვნად გაზარდა დემენციით დაავადებულთა რაოდენობა ხანდაზმული ასაკის ადამიანებში.

ალცჰაიმერის დაავადება თავის ტვინის კეროვანი ატროფიული პროცესებით გამოწვეული პროგრესიული ფსიქიკური დაავადებაა. იგი, ძირითადად, 60–65 წლის ასაკში იწყება და 8–10 წელს გრძელდება. დაავადების საწყისი ეტაპი ხასიათდება ნატიფი მნესტიური ფუნქციების დაქვეითებით, რაც იწვევს სიძნელეებს დაგროვილი ცოდნისა და გამოცდილების ოპერატიული გამოყენებისას, აზროვნება ხდება ზერელე, ზედაპირული, ქვეითდება განსჯის უნარი. ეს ართულებს პროფესიული ფუნქციების შესრულებას და თავის მხრივ იწვევს გაღიზიანებას, აფორიაქებას, ეჭვიანობას. დაავადების გაშლის სტადიაზე ღრმავდება ამნეზიური და ინტელექტუალური პროცესების დეგრადაცია, დემორიენგაციის, გაურკვეველობის და ზოგჯერ შფოთვიან-დეპრესიული გუნებგანწყობის ფონზე ვითარდება ალცჰაიმერის დაავადების პათოგნომური სინდრომი: *“ააა” – აფაზია, აგნოზია და აპრაქსია*. აფაზია სენსორული ტიპისაა (ვერ ხდება საგნების დასასვლება) და შერწყმული ლოგოკლონიასა და კომპენსაციურ ქარგონოფაზიასთან (ქარგონული ტერმინების ხმარება *“ამოვარდნილი”* სახელის ნაცვლად). აფაზიას თან ერთვის აგრაფია და

აღექცია. აგზიზმია ძირითადად მხედველობითია. ხშირია ხარკის სისღრმისი — ავადმყოფი თავის თავს ვერ ეცნობს ხარკეში. ამრავლად გამოვლენილება ყოფითი ჩვეულების დაკარგვით. დაავადების გერმინალური სტადიაა *მარაზმი* — ღრმა ღემქნიისა და ღემორიენგაციის ფონზე, სრული ფსიქო-ფიზიკური განსლევა. ავადმყოფი მოკლებულია ცნობიერი არსებობის უნარს, კონტაქტისათვის მიუწვდომელია, კახექსიური. სიკვდილის მიზეზი შესაძლოა გახდეს თანდართული სიფექცია ან სხვა სიმამური დაავადება.

პიკის დაავადება შესაძლოა უფრო ადრეულ, 45–50 წლის ასაკში დაიწყოს. აგროფიული პროექცია ლოკალიზდება შებლისა და საფეთქლის წილებში. დაავადების ხანგრძლივობა 5-დან 7 წლამდეა. გამოსავალი — პროგრესული ღემქნიისა და *მარაზმი*. დაავადების დებიუტი ელენდება ხასიათობრივი თავისებურებების თანდათანობითი გამწვავებით, უმაღლესი სიტელექტური უნქექციების დაქსინებით, რაც გამოვლენდება არაადექევატურ აუექტურ რეაქციებში და ქექვებში, აპათიასა და ასპისგანერობაში, ეთორიულობასა და კრიტიკის დაქექიებაში. ქექითლება აზროვნების პროლექციულობა, სისწრაფე, რასაც თან ერთვის პროგრესირებადი ამნეზიური დარღვევები. დაავადების დამლს სტადიაში გამოხატულია ამნეზიური აუაზია, აგრაფია, აღექცია, თანდართული დიზართრიითა და ლოტოკლონიით. მქექთრად მქირდება სიტყვათა მარაგი. სიტელექტუალური პროექციების გასადაეების ფონზე კლსიკურ სურათში წამქვანი სლება ეწ. *“ქემა” — სისღრმისი: პალილა-* *ლა* (სტერეოტიპის ფორმა, როლესაც უსასრულოდ მქირდება სიტყვის ბოლო მარექალი), *ექომშია, მუტიში* და *ამშია*. დაავადების გერმინალურ სტადიაში ეითარლება ჰიპოტონიური პაროქსიზმები და ბოლოს *მარაზმი*.

კრეიტცფელტერ-იაკობის დაავადების მიზეზი ქერქის ღრმა სტრუქტურებისა და თალამუსის პროგრესული აგროფიაა. ეს დაავადება 50–60 წლის ასაკში იწყება და მქეაღ სწრაფად პროგრესირებს — 4 – 5 თექეში ეალიბდება გამოხატული ამნეზიური ჰქუასუსტობა, რომელსაც თან ერთვის პოლიმორფული ექსტრაპირამიდული მოულენები, ქორეული და ათეგომური მოძრაობები და მოკლონია. გამოსავალი ლეგალურია. საყურადღებოა, რომ თანამქლროვე მონაცემებით კრეიტცფელტერ-იაკობის დაავადება შესაძლოა ესრუსული ეტიოლოგიისა იყოს.

სიქოლექიური და სენილური ფსიქოზების მქურნალობა ძირითადად სიმპტომურია. ამავე ღრის უნდა აღსინშნოს, რომ მოხუკებულობის ასაკში, ნეიროგრანსმიტერულ სისტემებში მიმდინარე ცელილებების გამო, თერაპიული ეექქტის მისაღწევად ფსიქოტროპული პრეპარატების გაცილებით ნაკლები ღომებია საჭირო. ხანდაზმულ ასაკში ორგანიზმი უფრო მგრძნობიარეა ექსტრაპირამიდული რეაქციების მხრივაც. გათვალისწინებული უნდა იქნეს ისიც, რომ ამ ასაკში გაცილებით ღრმაა ნეიროტროპული გენების სელაგიური და ოროთსტატიური კოლაფსიოილული მღგომარეობები, რაც სლება ტრეექებისა და მოტეხილობების მიზეზი.

ფსიქიკური აშლილობები, რომლებიც საჭიროებენ სასწრაფო ჩარევას.
კრიზისული ფსიქიატრია

ექვგვარუმა, რომ სუბსისიერი სახის სამედიცინო ჩარევა, მათ შორის ფსიქიატრიული დახმარება, უნდა მოხდეს დროულად და ყველა არსებული შესაძლებლობების სრული გამოყენებით. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, თანამედროვე ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მიღებულია იმ ფსიქიკურ აშლილობათა ანუ მდგომარეობათა გამოყოფა, რომლებიც საჭიროებს გაღაულებელ, სასწრაფო სამედიცინო ფსიქიატრიულ ჩარევას. უმრავლეს შემთხვევაში, ეს ის სინდრომებია, რომელთა არსებობა უშუალო საფრთხეს უქმნის პაციენტის ან გარეშე პირთა სიცოცხლეს. ფსიქიატრიის იმ ნაწილს, რომელიც შეისწავლის ამ მდგომარეობათა კლასიკას, დისამიკას და მკერნალობის მეთოდებს *კრიზისული ფსიქიატრია* ეწოდება.

იმ მდგომარეობებიდან, რომლებიც ფსიქიატრიის გაღაულებელ ჩარევას საჭიროებს, ყველაზე მნიშვნელოვანია დეპრესიულ მდგომარეობათა ისეთი კლასიკური ფორმები, რომელთა დროსაც ადგილი აქვს სუიციდურ აქტივობას. *სუიციდური აქტივობა* – ეს პაციენტის მიერ თვითმკვლელობის აქტის ჩატარებისკენ მიმართული ცდებია. სუიციდური ტენდენციები დეპრესიის დროს მნიშვნელოვნად მომატებულია 45–50 წლის ასაკში, ხოლო მთხუცებულებში თვითმკვლელობების შეღარებითი სისხირე ძალზედ მაღალია. თვითმკვლელობისა და დესტრუქციული, მათ შორის თვითღაბიანების ტენდენციების რისკი მომატებულია პუბერტარულ და პოსტპუბერტარულ ასაკშიც. საყურადღებოა, რომ ქალები უფრო მეტად არიან მოღრეკილი სუიციდებისადმი, ვიდრე მამაკაცები. თუმცა მამაკაცები თვითმკვლელობისათვის უფრო “საიმედო” ხერხებს მიმართავენ (ცეცხლმსროლელი იარაღი, ჩამოხრჩობა), მამის როდესაც ქალებში უფრო გავრცელებულია მელიკამენტების დიდი დოზებით მოწამლევა, რაც საგრძნობლად ზრდის გაღარჩენის შანსებს (ე.წ. “*ლაუზიაერებელი სუიციდი*”). სუიციდის პრევენციას, ხელის შეშლას ართულებს ის გარემოება, რომ ღრმა დეპრესიის (განსაკუთრებით მისი ავთიგაციული ფორმის) დროს თვითმკვლელობა წინასწარ გათვლილი, ლაგეგმილი ქმდება. სიკვდილი პაციენტის მიერ განიხილება როგორც “დასვენება”, “პრობლემების რაიკალური გადაწყვეტა”. საყურადღებოა, რომ, სტატისტიკური მონაცემებით, გამოხატული დეპრესიის დროს თვითმკვლელობით ამთავრებს პაციენტთა 15%. ასევე მაღალია სუიციდის მაჩვენებელი ნარკომანებში – 12–15%, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობების მქონე პაციენტებში – 8–12%. გამომდინარე აქედან, ექიმის მიერ სუიციდური აზრების ან ტენდენციების ფიქსაციის შემთხვევაში შექმნილი უნდა იქნეს ყველა პირობა ამისათვის, რომ ავადმყოფმა ვერ მოახერხოს თვითმკვლელობის ჩადენა: საჭიროა შუღმივი მეთვალყურეობა, რიგ შემთხვევებში – ექიმის ან სანატრიის პოსტი პაციენტის საწოლთან. *ავიცილებულია პაციენტის კონსულტაცია ფსიქიატრის მიერ*. როგორც წესი, ასეთი ავადმყოფი საჭიროებს პოსპიტალიზაციას ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში შესაბამისი მკერნალობის ჩასატარებლად.

გარშემომყოფთა მიმართ აგრესიული ქცევების, ძალადობის, დესტრუქციული ქმედებების გამო სასწრაფო და გადაუდებელ ფსიქიატრიულ ჩარევას საჭიროებს *მანიაკალური აგზნების* მდგომარეობა. ფსიქოპათოლოგულ აგზნებას, იმპულსურ ქცევებს, სექსუალურ თავშეუკაეუბლობას შესაძლოა თან დაერთოს ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარება. განსაკუთრებით საშიშია *კატატონური აგზნება*, რომლის კუპირებაც უფრო რთულია და მოითხოვს თერაპიის ინტენსიური მეთოდების გამოყენებას (ფსიქოტროპულ საშუალებათა მაღალი დოზები, ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია). აგზნებული ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია ყოველთვის დაკავშირებულია მის მიმართ გარეკეული ფიზიკური ძალადობის გამოყენებასთან, ზოგიერთ შემთხვევაში უმოძრაოდ მის ფიქსაციასთან. ამის გამო პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია მისი ნების გარეშე უნდა განხორციელდეს ახლობლების ან აღმინისტრაციული ორგანოების წარმომადგენლების მონაწილეობითა და მათი თანხმობით. მაქსიმალურად დროულად ნეიროლევსიური პრეპარატების გამოყენებით, მიღწეული უნდა იქნეს დამშვიდება, რათა სწრაფად შეწყდეს შემზღუდველი გომების (პაციენტის ფიქსაცია საწოლზე, იზოლაცია ცალკე პალატაში და ა.შ.) გამოყენება.

აგრესია, დესტრუქციული ქმედებანი, აუორიაქება, დაძაბულობა, ხშირად მკეღეულობის ან თვითმკეღეულობის რისკი თან ახლავს *მწვავე ბოღვით მდგომარეობას*. იმპერატიული პალუცინაციების, დენის, გემოქმედების, მოწამლის ბოღვითი იდეები, რომელთა მიმართ ავადმყოფს კრიტიკა არა აქვს, უბიძგებს მას სოციალურად საშიში ქცევებისაკენ. ამ შემთხვევაში აუცილებელი ხდება ფსიქიატრის გადაუდებელი ჩარევა და ინტენსიური ნეიროლევსიური მკურნალობის ჩატარება.

აუტოაგრესიის მხრივ განსაკუთრებით საშიშია *მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზები*, ანუ ფსიქიკურ აშლილობათა მშობიარობით გამოწვეული გამოვლინებანი. მშობიარობის პროცესმა შესაძლოა ბიძგი მისცეს შიზოფრენიული გენეზის მწვავე აშლილობების, მანიაკალური, დეპრესიული მდგომარეობების, რეაქტიული ფსიქოზის განვითარებას. მძიმე ფიზიკური და ფსიქიკური სტრესით დამძიმებულ მშობიარეში ხშირია სუიციდალური ქმედებების რისკი. ამ მხრივ ახალნამშობიარეე ქალები განსაკუთრებულ ყურადღებასა და სიფრთხილეს საჭიროებენ. ფსიქიკური სფეროს მხრივ გადახრებზე მცირედი ეჭვის შემთხვევაშიც კი აუცილებელია ფსიქიატრის კონსულტაცია.

ფსიქოტროპული პრეპარატებით, განსაკუთრებით ნეიროლევსიკებით მკურნალობის პროცესში ერთ-ერთ ყველაზე ხშირ გართულებას ე.წ. *“ნეიროლევსიური სინდრომი”* წარმოადგენს. ფსიქოტროპული პრეპარატების ხანგრძლივი და მაღალი დოზებით მიღებისას ვითარდება ნევროლოგიური, ძირითადად ექსტრაპირამიდული დარღვევები. სახე ლეზულობს ნილბისებურ გამოძეგველებას, შებოჭილი მოძრაობების უონზე აღინიშნება გრემორი, კუნთთა ჰიპოტონია, მოუსვენრობა, აკატია. ხშირია ორალური დისკინეზია, სადექ კუნთთა სპაზმური შეკუმშვები, ენის უნებლიე მოძრაობანი, ოკულომოტორული სპაზმები. მედიკამენტების მაღალმა დოზებმა შესაძლოა გამოიწვიონ *მწვავე ნეიროლევსიური სინდრომი*. ეს მდგომარეობა შექცევადია

და მისი მოხსნა შესაძლებელია ანტიპარკინსონული საშუალებებით (ციკლოდოლი, პროციკლიდინი, აკინეტონი) ან კოფეინის, B ჯგუფის ვიტამინების, გლუკოზის შეყვანით. ფსიქიკურად დაავადებულ პაციენტთა ნაწილს ესაჭიროებათ ნეორილეუსური პრეპარატების ხანგრძლივი, სისტემატური მიღება. ეს გარემოება იწვევს ეწ. „მოგვიანებითი დისკინეზიის“ განვითარებას. პარკინსონული სიმპტომატიკა ღებულობს მყარ, რიგიულ, სტაბილურ ხასიათს და პრაქტიკულად არ ექვემდებარება მკურნალობას. ქრონიკულ ნეორილეუსიურ სინდრომს თან ახლავს ემოციური სუეროს ამჟღავნებები: ღერესია, პიპომანიაკალური ან ეიფორიული მღგომარეობა.

აგრესიული ქეეეებისა და სუიციდის რისკი მაღალია ღელირის ღროს. აღქმის პალუკინაციურ აბნეეას თან ერთვის ფსიქო-მოტორული აგზნება, ღეზორიენტაცია, რომელიც შეტევისებურად ვითარღება და გრძელღება 20-30 წუთი. ავადმყოფთან კონტაქტის გაძნელება, ფიზიკური სისუსტე, ქორეოფორმული მოძრაობები მღგომარეობის დამძიმების მაჩვენებელია. ღელირული მღგომარეობებიდან სიცოცხლისათვის განსაკუთრებით საშიშს წარმოადგენს მუსციტაციური და პროფუსული ღელირი, ეინაიდან ამ ღროს ვითარღება მძიმე სომატური გართულებები, რომელთა გამოხატულებაა: პათოლოგიური (მაგალითად „ხორთუმის“) რეულექსები, აკროციანოზი, ფებრილური ტემპერატურა, ტაქიკარდია და არტერიული წნეეის მომატება. ღელირი, როგორც წესი, რთულღება პნევმონიით, გულსისხლძარღვთა, ღვიძლის და თირკმელების უკმარისობით, რასაც მიეყავართ ღეტალურ დასასრულამღე. ამის გამო ამ მღგომარეობას ზოგი ფსიქიატრი „სასიკედილო ღელირს“ უწოდებს. ღელირის მკურნალობაში ძირითადია ინტენსიური ღეზინგოქსიკაციური მკურნალობა, ვიტამინების, მიკროელემენტების ჩართვით, ელექტროლიტური ბალანსის აღღგენით. როგორც წესი, საჭირო ხღება ტრანკვილიზატორების ჩართვა.

პაციენტის სიცოცხლისათვის განსაკუთრებულად საშიში, კრიზისული მღგომარეობებიდან ერთ-ერთი ყველაზე მძიმეა ფებრილური მიზოფრენიის შეტევა. ფებრილური კატატონიის მღგომარეობა ვითარღება საკმაოდ სწრაფად. მწვაე ბოღვით მღგომარეობას 1-2 ღღეში ცვლის ონეიროიდულ-კატატონიური სინდრომი აგზნებითა ან სტუპორით, რომლის ფონზე ასევე სწრაფად ყალიბღება ამენციური მღგომარეობა, სრული ღეზორიენტაციით, ქაოსური მოძრაობებით. ამასთან ერთად, როგორც წესი, ხღება ტემპერატურის მომატება. გამოხატულია ტაქიკარდია, არითმია, არტერიული წნეეის მომატება, ოულიანობა. პერიოდულად ვითარღება კოლაფსოიდური მღგომარეობები. მნიშვნელოვნად ირღვევა თირკმელების, ღვიძლის ფუნქცია. მწვაედ ყალიბღება ღრმა ფიზიკური განღევა, რაც ღეტალური გამოსავლის მიღეში ხღება. მკურნალობის ტაქტიკა მიმართულია სასიცოცხლო ფუნქციების აღღგენა-შენარჩუნებისაკენ. მძიმე ფებრილური შეტეეების შეწყვეტისათვის გამოიყენება პემოსორბცია და ელექტროკუნჩხვითი თერაპია.