

ა. ზურაბაშვილი

ფსიქიატრია

საქართველოს სსრ უმაღლესი და საშუალო სპეციალური განათლების სამინისტროს მიერ დამტკიცებულია სახელმძღვანელოდ სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის

წინასიტყვაობა

წინამდებარე სახელმძღვანელო აგებულია თანამედროვე ბუნებისმეტყველების მონაცემთა საფუძველზე.

წიგნში ფსიქოზთა კლასიფიკაცია და თანმიმდევრობა ეყრდნობა იმ თვალსაზრისს, რომ არც ერთი ფსიქიკური აშლილობა არ შეიძლება განვითარდეს ნეიროდინამიკური საფუძველების გარეშე.

ცალკეული კლინიკური ფორმის გარჩევისას გათვალისწინებულია ნეიროფიზიოლოგიის ყველა დებულება და შეძლებისამებრ განხილულია დაავადებათა პათოფიზიოლოგიური საფუძველები.

პათოფიზიოლოგიისა და ნატიფი პათომორფოლოგიის საკითხების აქცენტაცია დაეხმარება სტუდენტებს კარგად გაერკვნენ აგრეთვე ფსიქოზთა პათოგენეზის, დიფერენციული დიაგნოზის, პროგნოზისა და რაციონალური თერაპიის მრავალ საკითხში.

ფსიქოლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური ანალიზის დროს განსაკუთრებული ყურადღება აქვს დათმობილი პერსონოლოგიურ ფსიქოლოგიასა და ფსიქოპათოლოგიას.

სახელმძღვანელოში შეტანილია უახლესი მონაცემები ფსიქოზთა თერაპიიდან, რაც უკანასკნელი წლების მონაპოვარია.

სპეციალურად ვჩერდებით თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიურ მონაცემებზეც.

საჭიროა ხაზგასმით აღენიშნოთ, რომ ნოზოლოგიური პოზიციები ფსიქიატრიაში გამართლებულია უახლესი მონაცემებით. ნოზოლოგია თანამედროვე კლინიკური მედიცინის წამყვანი პრინციპია და განსაზღვრავს თერაპიის რაციონალურ ხასიათს, მის ეტიო-პათოგენეზურ ბუნებას.

სახელმძღვანელოში ჩეროვანი ადგილი აქვს დათმობილი კლინიკური, ფსიქოპათოლოგიური საკითხების დაზუსტებას. საჭიროა მტკიცედ გეახსოვდეს, რომ ფსიქოზი ძირითადად პიროვნების ავადმყოფური გამოვლინებაა და ამ მხრივ დიაგნოზის დადგენისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის ნატიფ ანალიზს. ლაბორატორიის ობიექტური მონაცემები ფონია, რომელიც ასახავს დაავადების მხოლოდ სომატურ-ბიოლოგიურ წინამძღვრებს.

დაავადებათა მკურნალობის პრობლემა ფსიქიატრიაშიც არ შეიძლება შემოიფარგლოს მხოლოდ ბიოლოგიური ხასიათის დონისძიებებით, ამიტომ სრულიად გასაგებია ის დიდი ინტერესი, რომელსაც იჩენს კლინიკისტი-ფსიქიატრი ფსიქოთერაპიისადმი. ამასთანავე, აქტიური ფსიქიკური ზეგავლენის გარდა, საჭიროა ავადმყოფთა მომსახურების მხრივ ჩეროვანი სამკურნალო პირობების შექმნა შრომათერაპიის პრინციპების გათვალისწინებით.

წიგნში ზოგადი ფსიქოლოგიური განაკვეთი განიხილავს ახალ მასალებს ევოლუციური ფსიქონევროლოგიისა და პერსონოლოგიის შესახებ.

თავი I

შესავალი

ფსიქიატრიის საგანი, შინაარსი და ამოცანები

ფსიქიატრიის საგანი და შინაარსია ფსიქიკურ, ანუ სულით ავადმყოფთა შესწავლა და მკურნალობა. თვით ტერმინი „ფსიქიატრია“ (psychē — სული, iatreo — მკურნალობა) ნიშნავს მეცნიერებას. რომლის მიზანია სულიერ აშლილობათა მკურნალობა.

ფსიქიატრია ეკუთვნის სამკურნალო დისციპლინათა ჯგუფს და, მაშასადამე, იყენებს მის მონაცემებსა და საკვლევ მეთოდებს.

ფსიქიატრია, როგორც ერთ-ერთი კლინიკური დარგი, იკითხება ბოლო სემესტრში, როდესაც სტუდენტს უკვე აქვს სათანადო ცოდნა და მედიკური აზროვნების უნარი.

ფსიქიატრი განსაკუთრებულ პირობებში იმყოფება: მისი კლინიკური მსჯელობა რთულდება; იგი მოქმედებს არა მარტო როგორც ექიმი — სომატოლოგი, არამედ როგორც ფსიქოპათოლოგიც, სწავლობს და ანალიზს უკეთებს ავადმყოფის როგორც ფიზიკურ მხარეს. ისე სულიერ განცდებს.

ამგვარად, კლინიკურ ფსიქიატრიულ აზროვნებას ახასიათებს გარკვეული თავისებურება.

წარსულში ფსიქიატრია მოწყვეტილი იყო მედიცინას და იდგა სპეკულაციურ, იდეალისტურ ნიადაგზე.

საბუნებისმეტყველო დისციპლინათა, კერძოდ, ცენტრალური ნერვული სისტემის ანატომიის, ფიზიოლოგიისა და ბიოქიმიის განვითარებასთან ერთად, იცვლება ფსიქიატრიის პოზიციებიც: სულიერი, ანუ ფსიქიკური. აშლილობანი განიხილება მედიკურ-ბიოლოგიურ შუქზე. დიალექტიკური მატერიალიზმი ფსიქიატრს საშუალებას აძლევს გაერკვეს სომატურ და ფსიქიკურ მოვლენათა რთულ ურთიერთკავშირში. ფსიქიატრს კარგად ახსოვს, რომ ცნობიერებასა და აზროვნებას აქვს თავისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური სუბსტრატი;

„მატერია კი არ არის სულის პროდუქტი, არამედ სული არის უმაღ-
ლესი პროდუქტი მატერიისა“ (ენგელსი).

ფსიქოზის რთულ სურათში გარკვევა, სწორი დიაგნოზის დასმა
და ჭეროვანი მკურნალობის დანიშვნა მკურნალი ფსიქიატრის უშუა-
ლო პრაქტიკული დანიშნულებაა.

ფსიქიატრის მოწოდება და საქმიანობა მეტად ჰუმანურია, ვინაიდან
იგი მიზნად ისახავს დაეხმაროს, უწყამლოს და იზრუნოს ისეთ ავად-
მყოფზე, რომელსაც დაკარგული აქვს სულიერი ჯანმრთელობა.

ხშირად სულით ავადმყოფები იძლევიან უმართებულო პასუხს,
ავლენენ არასწორ რეაქციას, მიუხედავად ამისა, ექიმში ვალდებულია
მათ ისეთივე ნდობით, პატივისცემით, სერიოზულობითა და სიყვარუ-
ლით მოექცეს, როგორც სხვა ავადმყოფებს. ასეთი მიდგომა ექიმს
მისცემს საშუალებას უფრო ღრმად გაერკვეს ავადმყოფის რთულ
ფსიქიკურ განცდებში.

ცნობილია, რომ ყველა დარგის ავადმყოფთა მკურნალობაში დიდი
მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ფსიქიკური ცხოვრების გათვალისწი-
ნებას, რაც ფსიქიატრიის მეშვეობით შეიძლება, ამიტომ მისი გაცნობა
საჭიროა ყოველი სპეციალობის ექიმისათვის, თვით ფსიქიატრის ინ-
ტერესი და მოქმედების მასშტაბი კი სცილდება ფსიქიატრიული და-
წესებულების ვიწრო ჩარჩოებს.

იყო ცდა, შეეცვალათ კლასიკური სახელწოდება „ფსიქიატრია“,
ვინაიდან ეს ტერმინი ვერ ამოწურავს ჩვენს თანამედროვე გაგებას
ფსიქიკურისა და ფსიქოზის შესახებ. ამ მხრივ აღსანიშნავია ბებტერე-
ვისა და ოსიპოვის წინადადებანი.

ბებტერევი ტერმინ „ფსიქიატრიის“ ნაცვლად ხმარობდა „პათო-
ლოგიურ რეფლექსოლოგიას“, ხოლო ოსიპოვი — „ტროპოპათოლო-
გიას“, ე. ი. ქცევის პათოლოგიას. გასაგებია, ეს ორი ტერმინი ვერ
შეცვლიდა კლასიკურ სახელწოდებას, ვინაიდან ყოველი ფსიქოზი
თავისი არსითა და შინაგანი ბუნებით გაცილებით უფრო რთული მოვ-
ლენაა, ვიდრე რეფლექსი ან ქცევა.

არ გამართლდა აგრეთვე წინადადება, რომ ტერმინ „ფსიქიატ-
რიის“ ნაცვლად ეხმარათ „მოძღვრება სულით ავადმყოფობათა შესა-
ხებ“, რადგან თანამედროვე ფსიქიატრია გაფართოვდა და, სულით
ავადმყოფობათა გარდა, მისი კვლევა-ძიების საგანია მოსაზღვრე
ზღვომარეობა, ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის, ორგანი-
ზაციული ფსიქიატრიის საკითხები და სხვ. უმართებულოდ მიგვაჩი-
ნია აგრეთვე „ფსიქიატრია“ შეეცვალათ ტერმინით „ზოგადი და კერძო
ფსიქოპათოლოგია“, ვინაიდან ფსიქოზის და მით უმეტეს ორგანული
ფსიქოზის ბუნებას საფუძვლად უდევს ბიოლოგიური პროცესები,
პირველ რიგში ქერქული ნეიროდინამიკის ავადმყოფური ძვრები.

ფსიქიატრიის კლინიკის ამოცანაა შემდეგი საკითხების დადგენა: რა დაემართა ავადმყოფს, რატომაა იგი ავად, როგორია ფსიქოზის ბუნება, როგორი იქნება ფსიქოზის ხანგრძლივობა და გამოსავალი, განმეორდება თუ არა ის, როგორი უნდა იყოს მკურნალობის გზა-წესი, როგორი იქნება ავადმყოფობის სოციალური შედეგები, ავადმყოფი დაუბრუნდება თუ არა შრომას?

როგორც ვხედავთ, ამოცანათა პირველი ჯგუფი წმინდა კლინიკური ხასიათისაა. ამოცანათა მეორე ჯგუფის მიზანია: მედიკურ-ბიოლოგიური თეორიული საკითხების, მაგალითად, ფსიქოზის ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, პათოფიზიოლოგიის, პათოლოგიური ანატომიისა და ბიოქიმიის შესწავლა. გარდა ამისა, ფსიქიატრიის კლინიკის მიზანია ემპირიულად შემუშავებული სამკურნალო მეთოდების (მაღარიათერაპია, ინსულინთერაპია და სხვ.) ბიოლოგიური საფუძვლების დაზუსტება-დამუშავება.

ფსიქიატრიის კავშირი მედიცინის სხვადასხვა დარგთან

დიდი ტვინის ქერქი უმაღლესი ნერვული მოქმედების, ანუ ფსიქიკურ ფუნქციათა ანატომიური სუბსტრატია, ამასთან ერთად, იგი ასრულებს უმაღლეს ტროფიკულ, ანუ ვეგეტატიურ ფუნქციებს. ორგანული ფსიქოზების შემთხვევაში ქერქისა და ქერქქვეშა კვანძების დაზიანებასთან ერთად შეიძლება დაზიანდეს ქერქული და ქერქქვეშა ტროფიკული ვეგეტატიური ცენტრები, რასაც, თავის მხრივ, მოჰყვება ორგანიზმში ბიოქიმიური და შიდასეკრეციული მნიშვნელოვანი ძვრები.

შეიძლება დავეუშვათ შებრუნებული მდგომარეობა, როდესაც პერიფერიული მომენტი სხვადასხვა ორგანოს დაზიანებით ზეგავლენას ახდენს ცენტრალურ აპარატზე — ქერქსა და ქერქქვეშა კვანძებზე.

ზემოაღნიშნულიდან ნათელი ხდება მჭიდრო კავშირი შინაგან დაავადებათა და ფსიქიატრიის კლინიკას შორის.

ხაზი უნდა გავეუსვათ შემდეგ გარემოებას: მართალია, ორგანული ფსიქოზი მთელი ორგანიზმის დაავადებაა, მაგრამ მაინც ფსიქოპათოლოგიური სურათის მატერიალური სუბსტრატია ცენტრალური ნერვული სისტემა, კერძოდ დიდი ტვინის ქერქი.

არსებობს მრავალი დაავადება, რომლებიც ერთნაირად აინტერესებს როგორც ფსიქიატრს, ისე თერაპევტს. მწვავე ინფექციების დროს არცთუ იშვიათად ვითარდება ინფექცია-ინტოქსიკაციითა და ტემპერატურით გამოწვეული ფსიქოზი (ე. წ. სიცხიანი ბოდვა). ამიტომ გასაკვირი არ არის, რომ მწვავე ინფექციურ ფსიქოზებზე კლასიკური დაკვირვება უმთავრესად თერაპევტებს აინტერესებთ.

არის შემთხვევები, როდესაც ბოღვა ვითარდება ტემპერატურისა და თვით ინფექციის გამოაშკარავებამდე (დაწყებითი, ანუ ინიციალური ბოღვა), მაგალითად, ტიფის დროს. ეს შემთხვევები ტიფის ცერებრული ფორმა და მათ მეტად მძიმე პროგნოზი ახასიათებს.

შესაძლოა სიცხის დაწევას დელირი მოჰყვეს, ხოლო ინფექციური ავადმყოფობის ჩათავებას — განლევის ბოღვა.

ქრონიკული ინფექციებიდან ყურადსაღებია ტუბერკულოზი, რომელიც, ჩვეულებრივ, იწვევს ავადმყოფთა გუნება-განწყობის დაქვეითებას, დანალვლიანებას, ანუ დეპრესიას. აღნიშნავენ ერთგვარ პარალელიზმს დეპრესიის სიღრმესა და ტუბერკულოზით გამოწვეულ რღვევით პროცესს შორის.

ფსიქიატრიას მკიდრო კავშირი აქვს აგრეთვე სამეანო-გინეკოლოგიურ დისციპლინასთან. ცნობილია გუნება-განწყობის ცვლილებანი მენსტრუაციის დროს. დიდ ბიოლოგიურ ძვრებს იწვევს ორსულობის, მშობიარობისა და ძუძუს წოვების პერიოდი; ამ დროს შეიძლება გამოყდავდეს ფარულად არსებული ფსიქოზი ან ხელახლა განვითარდეს იგი.

ფსიქიატრიისა და სამეანო დარგის ურთიერთკავშირს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. პავლოვის მოძღვრების საფუძველზე მშობიარობა წარმატებით ტარდება უმტკივნეულოდ. ამ მხრივ აღსანიშნავია, რომ მეანს სჭირდება არა მარტო ჰიპნოზის ტექნიკის ათვისება, არამედ საერთო ფსიქიატრიული ცოდნაც, რათა გაერკვეს მშობიარის განცდებში და გამამხნეებელი ზეგავლენა მოახდინოს მასზე.

ორგანულ ფსიქოზთა შორის დიდად საინტერესოა ტვინის ათამანიგი და პროგრესული პარალიზი, რომლებიც ძლიერ უახლოებენ ფსიქიატრიის კლინიკას ვენეროლოგიას.

სხვა სამედიცინო დისციპლინათა შორის ფსიქიატრიას ყველაზე მკიდრო კავშირი აქვს ნერვულ დაავადებათა კლინიკასთან. უარსულში ფსიქიატრია და ნევროლოგია ერთი დისციპლინა იყო, მაგრამ შემდგომ მათი კვლევის საგანი და მუშაობის მეთოდები იმდენად გაფართოვდა და გამრავლდა, რომ საჭირო გახდა მათი გამოყოფა დამოუკიდებელ დარგებად.

ბუნებრივია ფსიქიატრისა და ნევროპათოლოგის ურთიერთკავშირი, ვინაიდან ორივე ემსახურება ერთი და იმავე ორგანოს (ცენტრალური ნერვული სისტემის) პათოლოგიური ფუნქციის შესწავლას.

ფსიქიატრი ვალდებულია ზუსტად აღწესდოს ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული ცვლილებები, ნევროლოგიური სიმპტომოკომპლექსი გამოიყენოს საბოლოო დიაგნოზის დასადგენად. ნევროპათოლოგი, თავის მხრივ, მოვალეა გაითვალისწინოს ავადმყოფის

ფსიქიკური მდგომარეობა, ვინაიდან დიდი ტვინის ქერქსა და ქერქ-
ქვეშა კვანძების ორგანულ დაავადებებს ხშირად თან სდევს აგრეთვე
ფსიქიკური აშლილობა.

ორგანულ დაავადებები — პროგრესული პარალიზი, ტვინის ათა-
შანგი, ენცეფალიტები, აგრეთვე ნევროზები თანაბრად აინტერესებს
როგორც ნევროპათოლოგს, ისე ფსიქიატრს.

ცნობები ნორმის შესახებ და სულით ავადმყოფობის ცნება

5-1.

ფსიქიატრიაში, ისე როგორც მედიცინის სხვა დარგებში, ძნელია
ნორმის განსაზღვრა.

კლინიცისტს უნდა ახსოვდეს, რომ ყოველი კერძო შემთხვევა —
ნორმალური თუ ავადმყოფური — მეტად ლაბილური და დინამიკური
შინაარსისაა. ნორმალურ რეაქციათა ჩარჩოები ყოველ კონკრეტულ
შემთხვევაში გამოკვეთილი და სამუდამოდ მყარი კი არ არის, არა-
მედ მოძრავი, ცვალებადი და გარდამავალია.

არც ის აზრია სწორი, თითქოს ჯანმრთელ ფსიქიკასა და ფსიქოზს
შორის მხოლოდ და მხოლოდ რაოდენობრივი განსხვავება იყოს.

ჯანმრთელ და ავადმყოფურ ფსიქიკურ მოვლენათა გარდა, არის
აგრეთვე მოსაზღვრე მდგომარეობანი (ფსიქოპათიები), რომლებიც
გარკვეულ პირობებში ნორმალურად მიაჩნიათ, მაგრამ სხვადასხვა
მიზეზის გამო ისინი შეიძლება ავადმყოფურად განვითარდეს და ჩა-
მოყალიბდეს ნამდვილი ფსიქოზის სურათი.

ფსიქიატრმა პრაქტიკულად უნდა გადაწყვიტოს თუ რამდენად
სერიოზულია ავადმყოფის მდგომარეობა, საჭიროა თუ არა მისი ფსი-
ქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსება, ის უფლებების მქონეა თუ
არა, პასუხს აგებს თუ არა თავის საქციელზე, ე. ი. შერაცხაუ თუ
შეურაცხად მდგომარეობაშია.

ფსიქიატრიის კლინიკის სხვადასხვა სიმპტომი საშუალებას გვაძ-
ლევს გამოვიტანოთ დასკვნა სულით ავადმყოფობის შესახებ. ეს სიმ-
პტომები ცნობილია, როგორც ფსიქოზთა არსებითი ნიშნები, მაგალი-
თად, ცნობიერების შეცვლა (გარკვეულობის, ანუ ორიენტაციის უნა-
რის დაკარგვა), ჰქუასუსტობა (გონებრივი გაღარბება), ბოდვითი
აზრები, პალუცინაციები და სხვ. გასაგებია, რომ რაც უფრო უხვა-
დაა სულით ავადმყოფობის არსებითი ნიშნები, მით უფრო ადვილია
საბოლოო დასკვნის გამოტანა.

ფსიქიატრიის ისტორიის მოკლე მიმოხილვა

ფსიქიატრიის ისტორია ცალკე ფსიქოზთა ისტორიული მიმოხილვა კი არ არის, არამედ ფსიქიატრიული მეცნიერების განვითარების ისტორიაა უძველესი დროიდან დღემდე.

ფსიქიატრიის ისტორია შეიძლება გავყოთ არამეცნიერული და მეცნიერული ფსიქიატრიის პერიოდებად.

პირველი პერიოდის — ძველი დროისა და შუა საუკუნეთა — ფსიქიატრია სულით ავადმყოფობაზე დემონური შეხედულების იყო: ფსიქოზს განიხილავდა, როგორც პიროვნებაში ავი სულის — დემონის შეჭრის შედეგს.

მეცნიერულ პერიოდში, სხვა სამედიცინო დარგების მსგავსად, ფსიქიატრია იყენებს საბუნებისმეტყველო დისციპლინათა მდიდარ ფაქტობრივ მასალებს და თანდათანობით დგება მეცნიერულ პოზიციებზე. ფსიქიატრიის სრული გამარჯვებისა და მეცნიერული წინსვლის პერიოდია პავლოვის პერიოდი მედიცინაში.

სულით ავადმყოფობებს უძველესი დროიდან იცნობდნენ. პეროდოტეს გადმოცემის თანახმად, ძველ ეგვიპტეში ამა თუ იმ ავადმყოფობას ან ორგანოთა სისტემას ჰყოლია თავისი ექიმი სპეციალისტი, ამრიგად, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ სულით ავადმყოფთათვისაც ცალკე სპეციალისტები იყვნენ.

წყაროების თანახმად, ძველ ინდუსებს ჰყოლიათ რვა სპეციალობის სხვადასხვა მკურნალი, მათ შორის სულით ავადმყოფთა, ანუ ავი ძალით შეპყრობილთა მკურნალიც.

ძველი ბერძნები სულით ავადმყოფობას უკავშირებდნენ ღვთაებრივ ძალას. საინტერესოა, რომ იმ დროს ფსიქიატრიული აზროვნება იმდენად განვითარებული ყოფილა, რომ ძველ ბერძნებს სკოდნიათ როგორც სიმულაცია, ისე მისი გამოცნობის საშუალებებიც. ამ მხრივ საყურადღებოა მითოლოგიური გმირის ოდისევსის ერთ-ერთი ამბავი: ტროადის ომიდან თავის დასაღწევად ოდისევსს მოუგონია ფსიქოზი. იგი თურმე ზღვის ნაპირზე ხნავდა ქვიშნარს და თესდა მარილს. მას გუთანში შებმული ჰყოლია ცხენი და ხარი. ასეთი საჭკიელოთ დაინტერესებულან ოფიციალური პირები, რომელთაც სიმულაციის საკითხის გადასაწყვეტად ასეთი ხერხისათვის მიუმართათ: გუთნის წინ დაუყენებიათ ოდისევსის პატარა შვილი, რომელიც მამას დიდი სიფრთხილით აუყვანია, გადაუსვამს გვერდზე და განუგრძია ხენა. ამით ოდისევსს თავი გაუცია. ამრიგად, მაყურებლები დარწმუნებულ-

ლან, რომ ის სულით ავადმყოფი არ იყო და იძულებული გაუხდათ მონაწილეობა მიეღო ომში.

ისტორიული წყაროების თანახმად, ძველ ბერძნებს უნდა სცოდნოდათ მასობრივი ფსიქოზის, ანუ ეპიდემიური სულით ავადმყოფობის შემთხვევები.

ჰიპოკრატემ პირველმა განაცხადა, რომ სულით ავადმყოფებს დაავადებული აქვთ ტვინი. იქამდე სულით ავადმყოფებს დასცინოდნენ. ჰიპოკრატემ კი გადაკრით გაილაშქრა ამის წინააღმდეგ და საჭირო აღიარა სულით ავადმყოფებზე ექიმის მზრუნველობა.

ჰიპოკრატე ჰუმორალური პათოლოგიის შემქმნელია: იგი ხელმძღვანელობდა იმდროინდელი ფილოსოფიური წარმოდგენებით, რომელთა თანახმად ბუნება შედგება ოთხი სტიქიის: ჰაერის, წყლის, მიწისა და ცეცხლისაგან, მათ შესაბამისად კი ადამიანის სხეულში უნდა იყოს ოთხი ძირითადი სითხე: სისხლი, ლორწო, შავი და ყვითელი ნალექი. ჰიპოკრატეს მოძღვრების თანახმად, აღნიშნული ოთხი სითხე ოთხგვარი: სანგვინური, ფლეგმატური, ქოლერიული და მელანქოლიური ტემპერამენტის ჰუმორალური საფუძველია.

ჰიპოკრატეს აზროვნების ლოკალიზაციის ადგილად მიაჩნია ტვინი. გრძნობების ადგილად კი — გული.

მისთვის ცნობილი იყო მელანქოლია, მანია, ეპილეფსია და სხვა კლინიკური ფორმები, აგრეთვე მოსაზღვრე შემთხვევები — ფსიქოპათიები, რომლებიც, მისი აზრით, სულით ავადმყოფობა არ არის. მაგრამ ფსიქოპათიები ადვილად ღიზიანდებიან, კარგავენ ნერვულ წონასწორობას და რისხდებიან.

შემდგომ ხანში, რომის იმპერიის დაცემამდე, ფსიქიატრია თანდათან ზუსტდებოდა და ვითარდებოდა. მაგალითად, არისტოტელე არჩევს თანდაყოლილ და შეძენილ ფსიქოზებს, ცელსიუსი — პალუცინაციურ და ბოდვით ფორმებს, გალენუსი სვამს საკითხს ფსიქიკურ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ, არჩევს პირველად და მეორად ფსიქოზებს.

როგორც ვხედავთ, ძველი დროის ფსიქიატრია სწორ გზაზე იდგა და ყოველგვარი საშუალება ჰქონდა შემდგომი განვითარებისათვის. რაც შეაფერხა ქრისტიანულმა ერამ, რომის იმპერიის დაცემამ და შუა საუკუნეთა საშინელებებმა.

აღნიშნული პერიოდი არა მარტო ხელს უშლიდა ფსიქიატრიის შემდგომ წინსვლას. არამედ სპობდა კიდევაც ყველაფერ დადებითს. მეცნიერულს, რაც ამ დარგში იყო გაკეთებული.

მოსახლეობა შეპყრობილი იყო რწმენით, რომ არსებობდა ბოროტი სული — ჯადოს, ქაჯის, ეშმაკისა თუ სატანის სახით და ყოველგვარ უბედურებას, მაგალითად, გვალვას, სეტყვას, მოუსავლიანობას და სხვ. მათ აწერდა.

კლასიკურ მეცნიერულ შეხედულებათა აღორძინებისათვის საჭირო იყო დიდი ეკონომიურ-პოლიტიკური და ამასთან ერთად კულტურული ძვრები.

XVII საუკუნეში თანდათან დაიწყო ფსიქოზებზე მეცნიერულად სწორ შეხედულებათა გამომუშავება. სილვიუსი და სხვა ცნობილი მეცნიერები სულით აშლილობას უკვე სხვადასხვა ფიზიკურ მიზეზს უკავშირებდნენ. XVIII საუკუნის მეორე ნახევარსა და XIX საუკუნის დასაწყისისათვის ფსიქოზთა მკურნალობა და ფსიქიატრიული მზრუნველობა ხელახლა დგება მეცნიერულ პოზიციებზე; ამ დროისათვის შემოიღეს სულით ავადმყოფთა შეუბოკველობის სისტემა.

ცნობილია, რომ სულიერ აშლილობათა სისტემატიკას გავლილი აქვს განვითარების რამდენიმე საფეხური. პირველ პერიოდში ჯერ კიდევ არ იყო შემუშავებული გამოკვეთილი კლინიკური ერთეულები. კერძო ნიშანი, ანუ დამოუკიდებელი ფორმა და სიმპტომი ავადმყოფობასთან იყო გაიგივებული. XIX საუკუნის მიწურულიდან კი დაიწყო სულით ავადმყოფობათა კლინიკური ფორმების ჩამოყალიბების ცდები.

რუსეთში 1859 წელს გაიხსნა პირველი ფსიქიატრიული კათედრა, რომლის პროფესორად აირჩიეს ი. მ. ბალინსკი — მეცნიერული ფსიქიატრიის ფუძემდებელი. მან რუსეთში მაღალ დონეზე დააყენა ფსიქიატრიული საქმე. ბალინსკის მიერ შექმნილ სკოლას ეკუთვნიან ცნობილი რუსი ფსიქიატრები: გ. ა. მერჟევსკი, ვ. გ. ბეხტერევი, ვ. პ. ოსიპოვი. პ. ა. ოსტანკოვი და სხვ.

მოსკოვის ფსიქიატრიული სკოლის დამაარსებელია მსოფლიოში ცნობილი მეცნიერი და კლინიციისტი პროფესორი ს. ს. კორსაკოვი, რომელიც პროფესორ სერბსკისთან ერთად აწესრიგებდა ფსიქიატრიული სწავლების საქმეს მოსკოვში. კორსაკოვმა და სერბსკიმ გამოაქვეყნეს კლასიკური შრომები კლინიკური ფსიქიატრიის შესახებ.

ცარიზმის დროს საქართველოში ფსიქიატრიული საქმე ძლიერ სავალალო მდგომარეობაში იყო; არსებობდა ერთი ფსიქიატრიული დაწესებულება (თბილისში), რომელიც თავისი ბნელი საკნებით უფრო ციხეს ჰგავდა, ვიდრე საავადმყოფოს.

საქართველოში ფსიქიატრიის კლინიკა დაარსდა 1921 წელს, რომლის პროფესორად აირჩიეს მიხეილ ასათიანი.

მან მეცნიერულ დონეზე დააყენა ფსიქიატრიული საქმიანობა და, ამრიგად, შექმნა საქართველოში ფსიქიატრიული და ფსიქოთერაპიული სკოლა.

დღეს ფსიქიატრიული საავადმყოფოებია თბილისში, სურამში, ქუთაისში, ბათუმში, სოხუმში, ცხინვალში, ბედიანსა და თერჯოლის რაიონის სოფელ წინწყილაში.

დღევანდელი ფსიქიატრია, როგორც მეცნიერების დარგი, შეიძლება დაკმაყოფილდეს მხოლოდ ფენომენოლოგიით, კლინიკური დაკვირვებით. ამრიგად, ჩვენი დროის ფსიქიატრ-კლინიციკტი კარგად იცის, რომ სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობისას არ არის საკმარისი მხოლოდ ფენომენოლოგია და იგი ვალდებულია მიმართოს კვლევის სხვა მეთოდებს.

არცთუ იშვიათად წერენ ფსიქიატრიაში ნევროლოგიური, ფსიქოლოგიური, ანატომიური და სხვა მიმართულებების შესახებ, რაც არასწორად მიგვაჩნია.

ფსიქიატრიული მეცნიერება ერთია, არ შეიძლება იყოს ნევროლოგიური ან ფსიქოლოგიური ფსიქიატრია, დასაშვებია მხოლოდ კვლევის სხვადასხვა მეთოდი, რომლებიც ემსახურებიან ერთსა და იმავე ამოცანას — ფსიქოზის შესწავლასა და მკურნალობას.

თ ა ვ ი III

ნეიროფინანსიკური მიმართულება ფსიქიატრიაში

ფსიქიატრიის დარგში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფსიქიკურ დაავადებათა ბიოლოგიური საფუძვლების შესწავლას.

დღეისათვის ფსიქოზთა პათომორფოლოგიის საკითხები შედარებით კარგადაა დამუშავებული, ფსიქოზთა პათოფიზიოლოგია კი ჯერ კიდევ საჭიროებს შემდგომ დაზუსტებას, რისი მიზნებიც ადვილი გასაგებია: ფსიქიკურ დაავადებათა პათოფიზიოლოგიური ანალიზი შესაძლო გახდა მხოლოდ მას შემდეგ, რაც გენიალურმა პავლოვმა შექმნა უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგია. სხვაგვარად არც შეიძლებოდა: ქერქული ნეიროფიზიოლოგიის გარეშე შეუძლებელია ფსიქოზთა პათოფიზიოლოგიის არსებობა.

ფიზიოლოგთა საერთაშორისო კონგრესზე დიდი რუსი მეცნიერი ივანე პავლოვი აღიარეს მსოფლიოში პირველ ფიზიოლოგად.

პავლოვმა დაამუშავა დიდი ჰემისფეროების ქერქის ფიზიოლოგიისა და პათოფიზიოლოგიის საკითხები. თანამედროვე მედიცინაში არ არის არც ერთი დარგი ან მიმართულება, რომელსაც არ აჩნდეს ამ მეცნიერის იდეების გავლენა. ეს იდეები ამდიდრებს შინაგან სწეულებათა კლინიკას, ნევროლოგიასა და ფსიქიატრიას, ქირურგიასა და პედიატრიას, თანამედროვე მედიცინის თეორიასა და პრაქტიკას, წარმართავს და ხვეწს მედიკურ აზროვნებას.

პავლოვის ინტერესი ფსიქიატრიისადმი ან, როგორც იგი ამბობს, „ფიზიოლოგიის ექსკურსი ფსიქიატრიაში“, შემთხვევითი არ არის: პავლოვი წერს: „1918 წლის ზაფხულს მომეცა საშუალება განმეხორ-

ციელებინა ჩემი დიდი ხნის განზრახვა — ახლო გავცნობოდი სულიერ დაავადებათა დარგს“. ეს განზრახვა გაპირობებული იყო ორმიწიზებით: პირველი — პავლოვი ჯერ კიდევ სტუდენტობის დროიდან მოაჯადოვა გამოჩენილი ინტერნისტის ბოტკინის იდეებმა კლინიკაში ფიზიოლოგიური მეთოდის მნიშვნელობის შესახებ, მეორე კი — ამ დიდი მეცნიერის პირადი მრწამსი ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ კანონზომიერებათა ერთიანობის შესახებ.

პავლოვი და მისი სკოლა ეხებიან კლინიკური და თეორიული ფსიქიატრიის ყველა საკითხს, განამტკიცებენ ფსიქიატრიის მატერიალისტურ საფუძვლებს და მას მეცნიერულ მიმართულებას აძლევენ.

პავლოვმა აღმოაჩინა ფიზიოლოგიური კანონზომიერებანი, რომლებიც საფუძვლად უდევს დიდი ჰემისფეროებისა და მთლიანად ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედებას. აღნიშნულ კანონზომიერებათა შორის განსაკუთრებით საყურადღებოა გალიზიანებისა და შეკავების, ირადიაციისა და კონცენტრაციის კანონი, აგრეთვე გალიზიანებისა და შეკავების ურთიერთინდუქციის კანონი.

გალიზიანებისა და შეკავების ურთიერთდამოკიდებულება, მათი ურთიერშეჯახება, ურთიერთგაწონასწორება განსაზღვრავს ქერქული აპარატის თავისებურებას, რომელიც, პავლოვის კონფერენციის თანახმად, საფუძვლად უდევს ნერვული სისტემის ტიპს.

პავლოვმა დაადგინა უმაღლესი ნერვული მოქმედების ოთხი ტიპი. მათ შორის განსაკუთრებულ კლინიკურ ინტერესს იწვევს ეგრეთ წოდებული სუსტი შემკავებელი ტიპი, რომელიც სპეციალური მასალა ნევროზებისა და ფსიქოზებისათვის.

სუსტი შემკავებელი ტიპის წარმომადგენლები არიან მოუთმენელნი, მათ ახასიათებთ მოუწესრიგებელი, ქაოსური მოქმედება, ადვილად გადადიან ჰიპნოზურ მდგომარეობაში.

პავლოვის მოძღვრებამ ყოველგვარი საფუძველი გამოაცალა ე. წ. სუფთა ფსიქოლოგიურ ტიპოლოგიასა და ქარაქტეროლოგიას. საესებით ცხადია, რომ ნერვული სისტემის ტიპოლოგიას საფუძვლად უდევს მხოლოდ ქერქული აპარატის ფიზიოლოგიური კანონზომიერება.

ირკვევა, რომ დიდი ჰემისფეროების ფუნქციური შესაძლებლობა მუდამ ერთნაირი, სტაბილური არ არის; იგი დამოკიდებულია ქერქული აპარატის მოქანცულობაზე, ჰიპნოზურ მდგომარეობასა და ასაკზე.

ნერვული სისტემის ტიპოლოგია, სომატურ-ფსიქიკური და ასაკობრივი თავისებურება კლინიკური ფსიქოპათოლოგიის, ფსიქოზთა დიაგნოსტიკისა და თერაპიის ცენტრალური საკითხებია.

კლინიკური საკითხების დაზუსტების მიზნით გენიალური ექსპერიმენტატორი მიმართავს ლაბორატორიულ მასალას. იგი დიდი ინტე-

რესით სწავლობს ცხოველებზე ექსპერიმენტულად მიღებულ ნევროზებს; საინტერესოა, რომ ცხოველებს შორისაც დადგენილია ადამიანის ფსიქოზის მსგავსი მდგომარეობა.

პავლოვმა და მისმა სკოლამ მოგვცეს არა მარტო ნევროზებისა და ფსიქოზების, არამედ ფსიქოთერაპიული გზა-წესების ფიზიოლოგიური ახსნაც. შესაძლო გახდა ჰიპნოზის — ამ მეტად მძლავრი ფსიქოთერაპიული საშუალების — ფიზიოლოგიური ანალიზი. პავლოვი ჰიპნოზს განიხილავს, როგორც დიდი ჰემისფეროების განთენილ შეკავებას.

აღმოჩნდა, რომ სიტყვა თავისთავად საკმაოდ ძლიერი და სერიოზული გამაღიზიანებელი საშუალებაა, ხოლო ჰიპნოზი, რომელსაც წარსულში ნაკლებად გასაგები „კუროზის“ რეპუტაცია ჰქონდა, ამჟამად ექსპერიმენტული კვლევის ერთ-ერთი მეთოდია.

პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა დაამტკიცეს, რომ მონოტონური და მრავალმხრივი სიტყვიერი გაღიზიანება იწვევს ქერქის შეკავებას, რასაც, თავის მხრივ, მოსდევს ჰიპნოზური ძილი. უფრო მეტიც, დოლინის, მინკერ-ბოგდანოვასა და პოვორინსკის მასალების თანახმად ირკვევა, რომ სიტყვიერ გაღიზიანებას ძალუძს გამოიწვიოს ძვრები ნივთიერებათა ცვლის მხრივაც. ექსპერიმენტულად ნაჩვენებია, რომ შაქრის მიღების შთაგონებამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლში შაქრის მომატება.

ქერქი ფართო ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმში მიმდინარე პროცესებზე.

მეორე მხრივ, ბიკოვის თანახმად ირკვევა, რომ ორგანიზმში მიმდინარე პროცესები საკმაოდ ზემოქმედებს ტვინის ქერქზე და ამნაირად წარმოიქმნება ადამიანის ე. წ. „ქვეცნობიერი“ ცხოვრების ბიოლოგიური ფონი. შთაგონება და თვითშთაგონება ადამიანის ორგანიზმში იწვევს გარკვეულ ნეიროდინამიკურ და ნივთიერებათა ცვლის ძვრებს.

ამასთან ერთად კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ არსებობისათვის ბრძოლის თვალთახედვით, ყოველად შეუძლებელია სიტყვიერ გაღიზიანებას ყოველთვის მოჰყვეს ღრმა ვეგეტატიური და ბიოქიმიური ძვრები, რომ ფსიქონერვული და ვეგეტატიურ-ტროფიკული ფუნქციები ერთმანეთში იყოს არეული. სიტყვიერი გაღიზიანება ადვილად იწვევს ვეგეტატიურ-ტროფიკულ ძვრებს სუსტი ნერვული სისტემის მქონე პირებში.

თავის ტვინი, როგორც ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიური სუბსტრატი

ფსიქიკური მასალები ცენტრალური ნერვული სისტემის მორფოლოგიიდან, ემბრიოლოგიიდან, ფიზიოლოგიიდან და პათოლოგიუ-

რი ანატომიიდან ნათლად ადასტურებს, რომ ცხოველთა უმაღლესი ნერვული მოქმედება და ადამიანთა ფსიქიკური ფუნქციები უშუალოდ დაკავშირებულია დიდი ჰემისფეროების მუშაობასთან.

განსაკუთრებით ყურადსაღებია ცენტრალური ნერვული სისტემის შედარებითი ანატომიის მონაცემები.

თევზის დიდი ტვინის ჰემისფეროებს პატარა ზონრის სახით სულ უმნიშვნელო ნაწილი უკავია, ხელიკისა და ბაჭიას ჰემისფეროები შედარებით უკეთაა. გამოხატული. ადამიანს განსაკუთრებულად აქვს გამოხატული დიდი ჰემისფეროები და, კერძოდ, ქერქი, სადაც ჰემისფეროებს უკავია ხოლმე მთავარი მასა, ტვინის დანარჩენ უბნებს კი — სულ უმნიშვნელო ნაწილი.

ადამიანის ჰემისფეროები ფარავს ნათხემს, უხვადაა დაღარული და ნაწილდება მრავალ ხვეულად, გარდა ამისა, ადამიანის ტვინისთვის დამახასიათებელია შუბლისა და თხემის წილების მძლავრი განვითარება. დიდი ტვინის ჰემისფეროები აგებულია ასიმეტრიულად. მაგალითად, მარცხენა ჰემისფეროს შუბლის წილში მეტყველების ფუნქციის მქონე ხვეულებია (შუბლის ქვედა ხვეული).

ცენტრალური ნერვული სისტემის ემბრიონული განვითარების შესწავლა ნათლად გვიჩვენებს დიდი ჰემისფეროების ფორმისა და შინაგანი სტრუქტურის თანდათანობით გართულებას.

პათოლოგიურ-ანატომიური მასალები ამტკიცებს აგრეთვე, რომ ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიური სუბსტრატია ქერქი. სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზის დროს, როდესაც ნათლადაა გამოხატული პიროვნების დეგრადაცია და ინტელექტუალური გაღარიბება, დიდი ტვინის ქერქი ანატომიურად ცვალებადობს. მაგალითად, პროგრესული პარალიზი და მოხუცებულობის ჰუასუსტობა იწვევს ქერქის მოღებულ ატროფიას.

ექსპერიმენტული მასალები ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიიდან ამტკიცებს აგრეთვე, რომ ფსიქიკური პროცესები უშუალოდ დაკავშირებულია დიდი ტვინის ჰემისფეროებთან. ამ მხრივ ფრიად საინტერესოა პავლოვის ლაბორატორიაში ჩატარებული კლასიკური ცდები. აღმოჩნდა, რომ ჰემისფეროებამოცლილი ძალღსკრულიად კარგავს უმაღლესი ნერვული მოქმედების უნარს.

ისმის კითხვა: ფსიქიკური პროცესები სუფთა ქერქული პროცესებია თუ მათში მონაწილეობს აგრეთვე ქერქქვეშა კვანძები?

ქერქისა და ქერქქვეშა კვანძს შორის მჭიდრო ანატომიური და ფუნქციური კავშირია. ქერქი უკეთებს კონტროლსა და კორექციას ქვემდებარე უბანთა მოქმედებას, ქერქი შემკავებლად მოქმედებს ქერქქვეშა კვანძებზე. მეორე მხრივ, მიუხედავად იმისა, რომ ქვემდებარე

ნაწილები ასრულებს სუფთა ნერვულ და ვეგეტატიურ ფუნქციებს. მათ აგრეთვე აქვთ თავიანთი წარმომადგენლობა ქერქში.

ცხოველთა და, კერძოდ, ადამიანის დიდი ტვინის ქერქს აქვს სამი ძირითადი ფუნქცია: 1. უმაღლესი ნერვული, ანუ ფსიქიკური მოქმედება, 2. ვიკარულ ჩანაცვლებათა მოქმედება, ანუ პლასტიკური ფუნქციები და 3. უმაღლესი ვეგეტატიური მოქმედება.

პავლოვის აზრით, ფსიქიკური პროცესები სუფთა ქერქული პროცესებია. ქერქის გარეშე შეუძლებელია არამცთუ ფსიქიკური ფუნქციების შესრულება, არამედ მარტივი პირობითი რეფლექსებიც კი. ქერქქვეშა კვანძებს არ შეუძლია პირობითი შეუძლებების, დროებითი კავშირების გამოწვევა.

სწორი არ არის ზოგიერთი ავტორი (მაგალითად, კლეისტი), რომლებიც პიროვნების ლოკალიზაციის ადგილად მიიჩნევენ ქერქქვეშა კვანძებს (მხედველობის ბორცვსა და მესამე პარაკუჭის რუხ ნივთიერებას).

პიროვნების ანატომიური სუბსტრატია დიდი ჰემისფეროების ქერქი, რომლის მუშაობა დაკავშირებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა ნაწილთა მოქმედებასთან და ორგანიზმის მუშაობასთან მთლიანად.

5-14. ცნობილი დიდი ტვინის ძირის მორფოლოგიის შესახებ

ჯერ კიდევ გასული საუკუნის მეორე ნახევარში ცნობილმა რუსმა ნევროლოგმა ბეცმა პირველმა აღნიშნა, რომ დიდი ჰემისფეროების სხვადასხვა უბანში ქერქი სულ სხვადასხვა ჰისტოლოგიური შენებისაა.

ქერქის ჰისტოლოგია შემდგომ თანდათანობით გამდიდრდა ახალრ ფაქტობრივი მასალებით. შეიმუშავეს სხვადასხვა მეთოდი, გაფართოვდა ტექნიკური შესაძლებლობანიც.

ქერქის მიკროსკოპული სტრუქტურის შესწავლა შესაძლებელია სხვადასხვა თვალთახედვით, მაგალითად:

1. ნერვულ უჯრედთა განლაგებისა და დეტალური აგებულების მიხედვით (ციტოარქიტექტონიკური მეთოდი);
2. ნერვულ ბოჭკოთა ნატიფი განლაგების მიხედვით (მიელოარქიტექტონიკური მეთოდი);
3. განვლიურ, ანუ ფუნქციონალურ უჯრედთა ზუსტი შინაგანი აღნაგობის მიხედვით (ფიბრილოარქიტექტონიკური მეთოდი);
4. გლიურ უჯრედთა განლაგების მიხედვით (გლიოარქიტექტონიკური მეთოდი);
5. ქერქში წერილ სისხლძარღვთა ნატიფი განლაგების მიხედვით (მიკროანგიოარქიტექტონიკური მეთოდი).

დიდი ჰემისფერობების შესწავლისას ამ მეთოდებს დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

ციტოარქიტექტონიკა, მიელოარქიტექტონიკა და ფიბრილოარქიტექტონიკა საშუალებას გვაძლევს დავამუშაოთ საკთხები ქერქში ჰისტოლოგიური ლოკალიზაციის შესახებ როგორც ნორმალურ პირობებში, ისე თავის ტვინის ორგანული დაზიანების დროს.

უქანასკნელი დროის შრომების თანახმად, დიდი ტვინის ქერქს შედგება ექვსი დამოუკიდებელი შრისაგან (ფილიმონოვისა და სხვათა დაკვირვებანი).

ოსკარ ფოგტი ქერქის მეექვსე შრეს ანაწილებს ორ დამოუკიდებელ ზონად და, ამგვარად, ექვსის ნაცვლად შუად შრეს ასახელებს. უფრო მისაღებია მეორე ვარიანტი.

ქერქის ექვსი შრე შემდეგნაირადაა განლაგებული (მამართულება გარედან შიგნით):

1. ზონალური, ანუ მოლეკულური შრე ეჭრედებით ძლიერ ღარიბია, უმთავრესად შეიცავს უჯრედთა ბოქკოებსა და, აგრეთვე, ბოქკოთა წნულებს;

2. გარეთა გრანულური, ანუ მარცვლოვანი შრე უხვად შეიცავს მარცვლოვან და წვრილ პირამიდულ უჯრედებს;

3. პირამიდული შრე შედგება სხვადასხვა სიდიდის პირამიდული უჯრედებისაგან.

ქერქის ზოგიერთ უბანში სხვადასხვა სიდიდის პირამიდული უჯრედები ისე ნათლადაა გამოხატული, რომ ეს შრე შეიძლება დანაწილდეს კიდევ სამ ქვეშრედ, სახელდობრ: მცირე, საშუალო და დიდი პირამიდების ზონებად;

4. შიგნითა გრანულური, ანუ მარცვლოვანი შრე უხვად შეიცავს წვრილ უჯრედებს;

5. განგლიური შრე შეიცავს მსხვილ პირამიდულ უჯრედებს, ზოგ ადგილას კი ე. წ. გიგანტურ პირამიდებს;

6. პოლიმორფული შრე შეიცავს სხვადასხვა ფორმისა და ძოყვანილობის, მაგალითად, თითისტარა, მრგვალ, სამკუთხა, მრავალკუთხა და სხვ. უჯრედებს.

ქერქის ყოველ შრეს განსაზღვრული ფუნქციები, ანუ ფიზიოლოგიური დანიშნულება აქვს. შრეების შიგა კომპლექსი (4, 5, 6) ძირითადად ასრულებს სენსომოტორულ ფუნქციებს. მეხუთე და მეექვსე შრეები მოტორულია, საიდანაც იწყება ქერქული ეფერენტული მამოძრავებელი (გამტანი) ბოქკოები. პირიქით, მეოთხე შრე პერიფერიიდან ქერქში მიმავალ გაღიზიანებას იღებს და ამნაირად იგი ძირითადად სენსორული (მგრძნობიარე) შრეა.

ცნობილია, რომ ორგანული ფსიქოზების დროს (პროგრესული

კუთსასტობა და სხვ.) განსაკუთრებით ცვალებადობს ზედა შრიები; პარველ. მეორე და მესამე შრეში როგორც უჭრედები, ისე მათი ბოჭკოები ან სრულიად განადგურებულია ანდა მკვეთრ დეგენერაციულ ცვლილებებს განიცდის.

ცხელი ღემისფეროების ქერქი თითქმის ექვსშრიანია, მაგრამ არის პატარა უბანი, რომელიც არც ემბრიონული და არც პოსტემბრიონული განითარებისას ექვსშრიანი არ არის. ასეთია ამონის რქა, რომელიც ადამიანის ჰემისფეროზე ძლიერ სუსტად არის გამოხატული, სულ მცირე ფართობი უკავია.

იქვე შრიანი ქერქი ლიტერატურაში ცნობილია, როგორც იზოკორტექსი. ანუ ჰომოგენეზური ქერქი. ექვსშრიანი ქერქი კი ცნობილია აროკორტექსის, ჰეტეროგენეზური ქერქის სახელწოდებით.

როგორც აღვნიშნეთ, ადამიანისათვის დამახასიათებელია ჰომოგენეზური ქერქი, რომელსაც უკავია დიდი ჰემისფეროების ძირითადი მასა.

ჰემისფეროების ფუნქციურ მომწიფებასთან ერთად ჰომოგენეზური ქერქი იცვლის თავის ტიპურ ექვსშრიანობას მაგალითად, პოტორულ ქერქი კარგავს მგრძნობიარე ელემენტებს, ე. ი. მეოთხე შრეს და ხოლო შრიანი სტრუქტურის ხდება და, პირიქით, მხედველობის უბანში მგრძნობიარე შრე განსაკუთრებულადაა გამოხატული (მეოთხე შრე გაიზღვის გახლეჩა-გაორებას) და მრავალშრიანი ხდება.

ქერქი, რომელიც ემბრიონულ პერიოდში ექვსშრიანია და ჰემისფეროების მომწიფებასთან ერთად ასეთივე რჩება, ცნობილია ჰომოტიპური ქერქად, ხოლო ქერქი, რომელიც ემბრიონულ პერიოდში ექვსშრიანია, მაგრამ ჰემისფეროების მომწიფებასთან ერთად (პოსტემბრიონული პერიოდში) მდიდრდება შრეებით ანდა მას აკლდება შრე, — ჰეტეროტიპური ქერქის სახელწოდებითაა ცნობილი.

ადამიანის ტვინზე არქიკორტექსს უკავია სულ მცირე ფართობი, ნეოკორტექსთან შედარებით იგი ერთგვარ რუდიმენტულ წარმონაქმნს გვაგონებს.

ფილოგენეზის დაბალ საფეხურზე მდგომ ცხოველებს მძლავრად აქვთ გამოხატული ჰეტეროგენეზური ქერქი, ე. ი. არქი- და პალეოკორტექსი.

როგორც აღვნიშნეთ, ცხოველებისა და ადამიანების დიდი ჰემისფეროები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს არქიტექტონიკური რუქის სახით, ველების განლაგებისა და ურთიერთდამოკიდებულების თანახმად.

ბროდმანი ადამიანის დიდი ჰემისფეროს ქერქს ჰყოფს 52 დამოუკიდებელ ციტოარქიტექტონიკურ ველად, ეკონომო — 107 ველად, ფოტტი კი — 200 დამოუკიდებელ მიელოარქიტექტონიკურ ველად.

სინაფსოარქიტექტონიკური მეთოდი

თავის ტვინის ნატიფი აღნაგობის, ე. ი. უჯრედების, მორჩებისა და მათი ურთიერთკავშირის შესწავლით შეგვიძლია დავაზუსტოთ მრავალი საკითხი ევოლუციური მორფოლოგიიდან, ექსპერიმენტული ფიზიოლოგიიდან და კლინიკური პათოლოგიიდან.

როგორია ნერვული უჯრედებისა და მათი მორჩების ანატომიური და ფუნქციური ურთიერთკავშირი და დამოკიდებულება? როგორ ხდება გალიზიანების გადაცემა უჯრედიდან უჯრედზე, მორჩიდან მორჩზე ან უჯრედიდან მორჩზე? ეს საკითხები ნატიფი მორფოლოგიისა და პათომორფოლოგიის ე. წ. სინაფსოარქიტექტონიკის საგანია.

სინაფსი სხვადასხვა ფორმისა და სიდიდის უნატიფესი და უწვრილესი წარმონაქმნია, რომლითაც ბოლოვდება გალიზიანების მიმტანი ბოქკო და რომლის საშუალებითაც გადაიცემა ნერვული იმპულსები.

სინაფსური აპარატი იძლევა კონტაქტს ნერვული უჯრედების სხეულის ან მათი მორჩების ზედაპირთან.

ირკვევა, რომ სულთ დაავადებათა სხვადასხვა შემთხვევაში ყველაზე ნაადრევ ცვლილებებს უნატიფესი სინაფსური წარმონაქმნი განიცდის. ამიტომ სინაფსოარქიტექტონიკურ გამოკვლევებს განსაკუთრებული თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი აქვს ისეთ დაავადებათა შესწავლისას, როდესაც ნერვული ქსოვილი არ განიცდის ტლანქ პათომორფოლოგიურ ძვრებს.

თავის ტვინის სხვადასხვა უბნის მთლიან და შეთანხმებულ, ე. წ. ინტეგრირებულ მოქმედებას საფუძვლად უდევს ნორმალური სინაფსური ურთიერთკავშირები.

ცენტრალური ნერვული სისტემის თანმიმდევრული ფიზიოლოგიის საკითხები აგზნებისა და შეკავების სტრუქტურული საფუძვლების შესახებ, აგრეთვე საკითხები ნერვული უჯრედის აღდგენადობის, ორგანულისა და ფუნქციურის ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ, რომლებიც აინტერესებს თანამედროვე პათოფიზიოლოგიასა და კლინიკას, არ შეიძლება ამოიწუროს ციტო- და მიელოარქიტექტონიკური მეთოდის შესაძლებლობით.

კლინიკურ მასალაზე სინაფსური აპარატის სტრუქტურულ და ფუნქციურ თავისებურებათა გამოკვლევა ამდირებს ჩვენს ცოდნას ფსიქიკურ აშლილობათა ნეიროდინამიკური საფუძვლების შესახებ.

თანამედროვე ფსიქიატრიისათვის სინაფსოლოგია კვლევის ერთ-ერთი ახალი მძლავრი იარაღია, რომელიც უზრუნველყოფს ფსიქონევროლოგიური კლინიკის შემოქმედებით კვლევას.

ხაზგასმით უნდა აღენიშნოს, რომ მოძღვრება ცენტრალური ნერვული სისტემის მორფოლოგიის შესახებ შექმნა კორსაკოვის თანა-

შემწემ, თეორიული და კლინიკური ფსიქიატრიის გამოჩენილმა წარმომადგენელმა, ნევროლოგ-ფსიქიატრმა ს. ა. სუხანოვმა.

ექსპერიმენტულ დაკვირვებათა საფუძველზე იმ დასკვნამდე მივდივართ, რომ სინაფსოარქიტექტონიკა ნევროლოგიის დამოუკიდებელი მიმართულებაა შემდეგ მოსაზრებათა გამო:

ა) სინაფსოარქიტექტონიკური მეთოდები ავლენს ცენტრალური ნერვული სისტემის წარმონაქმნთა უფრო ნატიფ სტრუქტურას;

ბ) ცენტრალური ნერვული სისტემის სინაფსთა შესწავლა არა მარტო აზუსტებს ნერვული ქსოვილების ნატიფ სტრუქტურას, არამედ გამოყოფს კიდევ დღემდე უცნობ ახალ არქიტექტონიკურ რაიონებს;

გ) შეისწავლება ქერქული ველებისა და შრეების არეალური ლამინარული თავისებურებანი (ამ მხრივ სინაფსოარქიტექტონიკური მონაცემები ემთხვევა ციტოარქიტექტონიკური მეთოდით დადგენილ ფაქტორებს).

ცენტრალური ნერვული სისტემის უბნების სინაფსოარქიტექტონიკურ თავისებობათა გამოკვლევისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ არა მარტო სინაფსთა რიცხვსა და სიდიდეს, არამედ უმთავრესად წვრილ ბოჭკოთა ბადისა და სინაფსურ წარმონაქმნთა თვისობრივ ურთიერთდამოკიდებულებას.

თავის ბიოლოგიურ შესაძლებლობათა მხრივ განვლიური ელემენტები საკმაოდ მტკიცე სისტემაა.

ვიკარული საკომპენსაციო ფუნქციები და აღდგენადობა ბიოლოგიურად ასრულებს ერთსა და იმავე ამოცანას: ორი სხვადასხვა გზით შეიქმნება საჭირო პირობები ცენტრალური ნერვული სისტემის შეთანხმებული მოქმედებისათვის.

საჭიროა ვიკარობისა და აღდგენადობის გათვალისწინება დიდ პემისფერთა პირობითი და უპირობო მოქმედების ანალიზის დროს. ხშირად ამ თავისებურებაზეა დამოკიდებული ახალი კავშირების განვითარება ან უკვე არსებული კავშირების მოსპობა.

პავლოვი აღნიშნავს, რომ ტვინი დიდი თემაა და მისი აღნაგობა და ფუნქცია შემდეგშია ცვლების მანძილზე მიიპყრობს მრავალრიცხოვან მკვლევართა ყურადღებას. ამასთან ერთად კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ პავლოვის მიერ ხაზგასმით აღნიშნულ დიდ თემაში ნეირონთაშორის კავშირებს, ე. ი. მოძღვრებას სინაფსური აპარატის შესახებ უკავია ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი ტვინის თანამედროვე ნატიფ მორფოლოგიაში.

თავის შრომებში პავლოვმა ყველაზე ადრე გადმოსცა კლასიკური ცნობები ნერვული ქსოვილის პარენქიმულ ელემენტთა ნატიფი,

აღდგენითი პათოლოგიური ძვრების შესახებ, მაგალითად, შეხედულე-
ბახი დაცვითი შეკავების სტრუქტურულ საფუძვლებზე.

თანა-ედროვე ელექტროსული მიკროსკოპი იძლევა გადიდების
განაკუთრებულ შესაძლებლობას, ამ მხრივ სინათსოლოგია გამდიდრ-
და ახალი ფაქტობრივი მასალებით.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციონირება ლოკალიზაციის ზოგიერთი საკითხი

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციონირებათა ლოკალიზაციის სა-
კითხის აქვს დიდი როგორც თეორიული, ისე კლინიკური მნიშვნე-
ლობა.

ისპის კითხვა: შეიძლება თუ არა უმაღლეს ნერვულ მოქმედება-
თა, ანუ ფსიქიკურ ფუნქციონირებათა ლოკალიზაცია?

საკითხი ფუნქციონირებათა, მით უმეტეს ფსიქონერვულ ფუნქციონირებათა ლო-
კალიზაციის შესახებ ფრიად რთულია. საჭიროა დიდი სიფრთხილე,
ვინაიდან ადვილად შეიძლება შეცდომის დაშვება და არასწორი დასკ-
ვნებას გამოტანა. საყურადღებოა, რომ ტვინისა და, კერძოდ, ქერქის
არქიტექტონიკაზე მომუშავე მეტად კომპლექტური მორფოლოგიები
ნერვულ სისტემაში ფუნქციონირებათა ლოკალიზაციის დაშვების მიმართ
დიდ სიფრთხილეს იჩენენ და, პირიქით, ზოგიერთებს, რომლებსაც ამ
დარგში არ უმუშავეიათ, ზშირად გაბედული დასკვნები გამოაქვთ, ნაჩ-
გარეველ განაზოგადებენ. უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოვლად დაუშვე-
ბელია ფსიქონერვულ ფუნქციონირებათა ლოკალიზაცია. უმაღლესი ნერვუ-
ლი, ანუ ფსიქიკური მოქმედება ხორციელდება არქიტექტონიკური
ვილების (მოლიანად დიდ ჰემისფეროთა ქერქის) კომპლექსური
მუშაობის შედეგად.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემასა და პირველ რიგში ქერქს აქვს
უადრესად გამოხატული პლასტიკური თვისებები. ჰემისფეროების ვე-
ლები ერთმანეთთან ფუნქციურად მკიდროდაა დაკავშირებული, ამი-
ტომ ამა თუ იმ ველის გამოვარდნისას ადვილად ხდება მისი ფუნქ-
ციური ჩანაცვლება და სხვადასხვა უბანი თავის თავზე ღებულობს
ვიკარულ, საკომპენსაციო მუშაობას.

ლოკალიზაციის საკითხი მეტად რთულდება აგრეთვე იმის გამო,
რომ ავტორები ლოკალიზაციის სხვადასხვა ცნებას სხვადასხვაგვარად
უდგებიან.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ჩვენ ვაღიარებთ ლოკალიზაციის
ორ სახეს: მორფოლოგიურსა (ანატომიურ-ჰისტოლოგიურს) და ფიზი-
ოლოგიურს (ფუნქციონირებათა ლოკალიზაციას).

ფაქტები მორფოლოგიური ლოკალიზაციიდან უფრო სტატიკურია. ფიზიოლოგიური, კლინიკური ლოკალიზაციიდან კი, პირიქით, დინამიკური და პლასტიკური. როგორც აღვნიშნეთ, შეუძლებელია ფსიქიკურ ფუნქციათა ლოკალიზაცია. აზროვნება, მსჯელობა. არტიკა, ნებითი რეაქციები, ცნობიერება და სხვა თსიქიკური ფუნქციები ხორციელდება არა მარტო ჰემისფეროების ქერქის, არამედ მთლიანად დიდი ტვინის მუშაობის შიდაად.

როგორც თვით ქერქი, ისე ქერქქვეშა კვანძები შიდადება სხვადასხვა ნაწილისაგან, რომლებიც ფილონტოგენეზური განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე დგანან.

ამ მხრივ მეტად საყურადღებოა პავლოვის მოძღვრება დიდი ჰემისფეროების სართულიანი მოქმედების შესახებ.

პავლოვის აზრით, ადამიანს აქვს სამგვარი აპარატი, რომელთა საშუალებითაც იგი განსაზღვრულ დამოკიდებულებაშია გარე სთან, ეგზოგენურ პირობებთან. პირველი აპარატი უახლოესი ქერქქვეშა კვანძები, რომლებიც არაპირობითი რეფლექსების, ინსტინქტების, მიზიდულებების, აფექტებისა და იმოციობის მორფოლოგიური საფუძველია. ეს აპარატი უმაღლესი ცენტრალური ნერვული სისტემის დაბალი სართულია და მისი საშუალებით ადამიანი ახდენს მხოლოდ ნაწილობრივ ორიენტაციასა და ადაპტაციას. მეორე ინსტანციაა დიდი ჰემისფეროების ქერქი შუბლის წილის გამოკლებით. მასში წარმოიქმნება პირობითი კავშირები. ასოციაციები, მოქმედების ახალი პრინციპები, რომლებიც ქმნიან პირველ სასაგნალო სისტემას და აძლიერებენ ადამიანის ორიენტაციისა და ადაპტაციის უნარს. მესამე ინსტანციაა შუბლის წილი.

პავლოვის თანახმად, შუბლის წილი სპეციფიკური სისტემაა, რომელიც ქნის ახალ სიგნალიზაციას მეტყველების საშუალებით. ამ სისტემის მეოხებით ადამიანი დაოსრულებლათ ახდენს სიგნალთა განზოგადებას, მათ ანალიზს, სინთეზს, უმაღლეს ორიენტაცია-ადაპტაციას.

სიგნალიზაციის ეს სისტემა. ი. ი. შიორა სასაგნალო სისტემა. ანუ სიგნალთა სიგნალიზაცია ყველაზე უახლესი ფილონტოგენეზური სისტემაა. ამიტომ იგი მეტად მგრძობიარია და მყიდე.

პავლოვის აზრით, ნორმალურ პირობებში ეს სამი სართული შეფანქმეზლოდ მუშაობს, ავადმყოფურ მდგომარეობაში კი მათ შორის კოორდინაცია დარღვეულია.

პაილოვი აღნიშნავს, რომ თუ ეს სამი სართული მუშაობს არაშეთანხმებულად, ატაქსიურად, სუბორდინაციის გარეშე. ადამიანის პიროვნება, ანუ „მე“ გაორდება, ანუ ფსიქიკურა სინთეზი დაირღვევა.

სინაფსოარქიტიპოზიკისა და ნერვული უჯრედების
ცვლილებათა აღდგენადობის გამოკვლევის
კლინიკური მნიშვნელობა

ცენტრალური ნერვული სისტემის ვიკარულ-კომპენსაციური მოქმედება განხილული უნდა იყოს, როგორც მისი მთავარი თავისებურება.

ტვინის ცალკეულ უბანსა და ტვინის ნივთიერების ცალკეულ უჯრედს შორის დინამიკური კავშირის ანატომიური საფუძველია სინაფსური წარმონაქმნი.

ექსპერიმენტული და კლინიკური დაკვირვებანი გვარწმუნებს, რომ ტვინის ნივთიერების ნერვულ უჯრედებს (პირველ რიგში საბოლოო წარმონაქმნი და ნეოფიბრილი) აქვს აღდგენადობის თვისება, ანუ ისინი პათოლოგიური მდგომარეობიდან ნორმალურში გადადიან.

განგლიური უჯრედები საკმაოდ მყარი და ამტანი სისტემაა.

ვიკარულ-კომპენსაციური მოქმედებისა და შესაძლებელი აღდგენადობის თვისებების მეოხებით ორი სხვადასხვა გზით ხორციელდება ც. ნ. ს. ერთიანი მუშაობის საჭირო წინამძღვრები.

ნეიროპისტოლოგიის წინაშე იშლება სტრუქტურისა და ფუნქციის ერთმანეთთან დაკავშირების ახალი დიდი შესაძლებლობა. ამასთან ერთად, განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ი. პავლოვის აზრი, რომ ყოველი ახლად აღმოჩენილი კონსტრუქცია ადრე თუ გვიან მიიღებს თავის დინამიკურ მნიშვნელობას. ამიტომ ამჟამად და შემდგომაც ქერქული მასის პისტოლოგიურ შესწავლასთან ერთად საჭიროა დიდი ჰემისფეროებისა და მათი უახლოესი უბნების მოქმედების ზუსტი ფიზიოლოგიური გამოკვლევა, რათა თანდათანობით დაუკავშირონ ერთიმეორეს კონსტრუქცია და ფუნქცია.

დაზიანებული ტვინის ნივთიერების ვიკარულობა და აღდგენადობა გათვალისწინებული უნდა იყოს ტვინის დიდი ჰემისფეროების პირობითი და უპირობო მოქმედების სტრუქტურული ანალიზის დროს. ამ თავისებურებაზე ხშირად დამოკიდებულია ახლის წარმოქმნა ან უკვე არსებული კავშირების დარღვევა.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ფრინველის, ცხოველისა და მით უფრო ადამიანის თავისა და ზურგის ტვინი ანატომიურად პოლისინაფსური სისტემაა. განსაკუთრებულ უბნებში უჯრედის სხეულსა და დენდრიტის მორჩებზე ვითარდება მრავალი საბოლოო წარმონაქმნი, რომლებიც ზოგჯერ ცალკეული კერების სახით ლაგდებიან.

ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკი მიგვიითებებს, რომ პავლოვმა საძირკველი ჩაუყარა მეცნიერებას, რომლის საფუძველია ნერვული პროცესების დინამიკის მიყენება ტვინის კონსტრუქციასთან. სხვანაირად რომ

ვთქვამთ, პავლოვის მიზანი იყო ტვინის ქსოვილის მორფოლოგიურ ქარვაზე აეგო ნეიროდინამიკური გამოსახულება.

პავლოვმა ფსიქონევროლოგებსა და ნეიროპისტოლოგებზე ადრე გაითვალისწინა დღესდღეობით დადგენილი მონაცემები ნერვული ქსოვილის პარენქიმული წარმონაქმისათვის ნატიფი, პათოლოგიური ძვრების აღდგენადობის შესახებ. ამის დამადასტურებელია პავლოვის მოძღვრება დაცვითი შეკავების სტრუქტურის შესახებ.

პავლოვისა და მისი მოწაფეების სხვადასხვა ექსპერიმენტული მონაცემის თანახმად, დაცვითი შეკავება დიდი ჰემისფერობის ქერქში ვითარდება ტვინის ორგანული დაზიანების შედეგად. პავლოვს მიაჩნია, რომ დიდი ტვინის ქერქზე ორგანული პათოგენური მოქმედებით გამოწვეული ცენტრალური შოკის საფუძველია ტვინის ქერქის დაცვითი შეკავება.

პავლოვმა დაადასტურა, რომ ტვინის ქერქის პათოლოგიური გამოვლინების ერთ-ერთი მთავარი თავისებურებაა ტვინის ნატიფი და კოორდინირებული მოქმედების დარღვევა, რომელიც შეიძლება გაპირობებულ იყოს როგორც ფუნქციური, ისე ტვინის ნივთიერების ტლანქი ორგანული დაზიანებით. ვასაგებია, რომ დიდი ტვინის ქერქის მოქმედების კოორდინაციის ნატიფი აღდგენადი დაზიანება შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ნერვული ქსოვილის პარენქიმული წარმონაქმნების აღდგენადი ცვლილებების დროს.

ი. პავლოვმა დაამტკიცა, რომ ფუნქციური და ორგანული დაზიანება უნდა განვიხილოთ, როგორც დინამიკური პროცესი, ვინაიდან არსებობს ურთიერთგადასვლის მდგომარეობანი.

განიხილავს რა ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლესი და უდაბლესი ნაწილების პათოლოგიური მოქმედების საერთო ხასიათს, ასრატინი აღნიშნავს, რომ ფუნქციის ამოვარდნის ან დარღვევის აღდგენით დაწყებით ფაზაში შეიძლება იყოს ზოგიერთი პროცესის აგზნების ეგზალტაცია, რისი გათვალისწინებაც საჭიროა აგზნების პროცესების სტრუქტურული ანალიზის დროს.

ტვინის ნივთიერებების შეშუპების ექსპერიმენტული გამოკვლევების დროს აქსოდენდრიტულ კავშირებში აღმოვაჩინეთ ნატიფი პათოლოგიური ცვლილებები, რომლებიც შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ეგზალტირებული აგზნების სტრუქტურული წინამძღვრები.

საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის (პირველ რიგში, ქერქული აპარატის) ექსპერიმენტული შეშუპების ნატიფი პათომორფოლოგიური ძვრების გამოკვლევას თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ჯერ ერთი იმიტომ, რომ ზუსტდება სინაფსური წარმონაქმნებისა და დენტრიტული მორჩების ნატიფი პათოლოგიის საკითხი, მეორე — შეისწავლება საერთო ბიოლოგიუ-

რი საკითხი ნეირონულ თეორიასთან დაკავშირებით (სინაფსური ფორმების ექსპერიმენტული გათიშვის შესაძლებლობა). მესამე — გროვდება ელექტრული აქტივობის სტრუქტურული საფუძვლის ახალი მონაცემები და მეოთხე — ექსპერიმენტული მონაცემების გამოყენება საკიროა კლინიკური ფსიქიატრიის ცალკეული თეორიული საკითხის გასაშუქებლად.

განსაკუთრებით ყურადსაღებია ტვინის ნივთიერების უზრდეთა ელემენტების შეშუპების ის სახე, რომელიც არ არის დაკავშირებული ჰემოდინამიკის მოშლასთან, სისხლძარღვთა ფაქტორებით არ არის გაპირობებული.

კლინიკურ შემთხვევებში ყველაზე უფრო ხშირია ტვინის საერთო შიშულება, ექსპერიმენტის პირობებში ადგილობრივი შეშუპების გამოწვევა შეიძლება მეზობელი ნერვული ქსოვილის უბნის შეცვლით.

ექსპერიმენტებს ვატარებდით კატებზე. მინის ჩხირის მოძრაობით ვიწვევდით ტვინის ნახევარსფეროს ნივთიერებაში (ორალურ უბანში) ადგილობრივ მკვეთრ ორგანულ შეშუპებას, რომელიც კარგად ჩანს მაკროსკოპულად (ტვინის პულსაციის არარსებობა ან მკითრი შესუსტება, ტვინის ნივთიერების მკვეთრი ამობურცვა და ქერქის ზედა სისხლძარღვთა დაძაბულობა).

შეშუპების უბანში პირველადი ელექტრული აქტივობა არ მკარდებოდა. პოტენციალების ამპლიტუდა არ ეცემოდა და ნელი რყევადობის ფონზე განუწყვეტელი რაჭმით იოანდებოდა ჩქარა ტალღები. 350 წამში. ამგვარად დასაწყისში აღინაშნებოდა ტვინის ნივთიერების ზღვირა გაღიზიანება, რომლის სტრუქტურული საფუძვლების დადგენის მიზნით ვატარებდით ნერვული ქსოვილის ნატიფ პასტოლოგიურ შესწავლას. აღმოჩნდა, რომ დინარაქული მორჩიბი გასაკუთრებით ადვილად დაზიანებადი წარმონაქმნია ყველა მანე მოქმედების შემთხვევაში (იშემია, ტრავმა და სხვ.). მაგრამ ჩვენს შიშულებაში ისინი არა თუ არ ქრებოდნენ, არამედ უფრო კარბად იღებებოდნენ. დენტრიტული მორჩიბის ან-შნოლა მდგომარობა განხალული უნდა იყოს. როორც კრიალოსნისმაგვარი გადაგვარების უახლოესი სოფ-ხური (წინა სტადია), რომელსაც შეიძლება მოყვეს დაშლა და სრული განადგურება.

ექსპერ-მენტული შიშუპებ-სას შეიძლება სინაფსური წარმონაქმნების ალდინითი ცვლილებების ცალკეული სათიხორის ნახია. ამ დროს არგენტოფილობა და მორჩიბის გატლანქება (მორჩიბის გაღიზიანება, კერტისმთაიარი წარმონაქმნა) ნირვული ქსოვილის ალოვენადი დაზიანების საწყისია, რომლის დროს აღინაშნება ელექტრული პოტენციალების დროებითი გაძლიერება.

ექსპერიმენტული შეშუპების დროს შევამჩნიეთ როგორც აქსონდენდრიტული, ისე განსაკუთრებით უჩრდოვანა სინაფსების გათიშვა.

რამდენადაც დაცივით შეკავება უნივერსალური მოვლენაა, რომელიც ც. ნ. ს. ყველა წარმონაქმნის დამახასიათებელია, ამდენად თავის ტვინის ყველა უბანში შეიძლება იყოს უკუგანვითარებადი პათომორფოლოგიური ცვლილებანი.

აღდგენადი და არააღდგენადი მდგომარეობის ურთიერთკავშირისა და ერთმანეთში გადასვლის შესწავლა არ შეიძლება ნერვული სისტემის ნატიფი მორფოლოგიის მიღწევათა გამოუყენებლად.

სინაფსოლოგიას გარკვეული ადგილი უჭირავს ელექტროენცეფალოგრაფის თეორიასა და პრაქტიკაში. იგი ამჟამად ავადმყოფის ნერვული სისტემის დაზიანების კვლევის პოპულარული ობიექტური მეთოდია.

ნერვული უჩრდის ცვლილებების აღდგენადობის კვლევის გამოყენება შეიძლება ც. ნ. ს. ტრავმული დაზიანების, კერძოდ, ტრავმული შეშუპების პათოგენეზისა და კლინიკის საკითხების შესწავლისას. არ არის გამორიცხული, რომ ზოგჯერ სინაფსის გათიშვის ფენომენი აღდგინილი დაზიანების ხასიათის იყოს.

სინაფსების გათიშვის ფენომენები მივიღეთ ფიზიოლოგიური ხსნარის ძლიერი ზეწოლით კატის ზურგის ტვინის რუხ ნიეთიერებაზე.

დასაშვებია, რომ მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობისას ხელსაყრელი პირობების დახშობით ქერქის ფუნქცია და ნერვული იმპულსების ბლოკირება აეხსნათ სინაფსური წარმონაქმნების აღდგენადი პათომორფოლოგიური ცვლილებებით ან თვით სინაფსების მექანიკური გათიშვით (წარმავალი პერიცელულური შეშუპება).

ნერვული წარმონაქმნების აღდგენადობის შესახებ გამოკვლევანი უნდა გამოვიყენოთ როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული შიზოფრენიის პათოგენეზის შესწავლის დროს.

ნ-პმ¹ ძილი

ფსიქიატრიის კლინიკაში ხშირია ძილის დარღვევის შემთხვევები: ავადმყოფი ან სრულებით ვერ იძინებს ან ძილდაა მივარდნილა ანდა მას ძილი გაუკუღმართებული აქვს, ამიტომ ჩვენთვის ძალიან საინტერესოა ძილის ფიზიოლოგიის საკითხები.

ძილი ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიის ერთ-ერთი მთავარი პირობაა.

არჩევნ ძილის სხვადასხვა სახეს: 1. ბუნებრივ ძილს, რომელიც პეროდულად ცვლის ადამიანს მღვიძარ მდგომარეობას; 2. პანოზურ ძილს, რომლის დროს ადამიანი ან ცხოველი ხელოვნურად გა-

დადის ძილის მდგომარეობაში: 3. ძილს სამკურნალოწამლო ნივთიერებათა მიღების შედეგად; 4. ბანგით გამოწვეულ ძილსა და 5. პათოლოგიურ ძილს ლეთარგიული ენცეფალიტის, კატატონიისა და სხვა ავადმყოფურ მდგომარეობაში. ძილის ეს ფორმა შეიძლება ვაგრძელდეს რამდენიმე თვე და წელიც.

ზემოაღნიშნული ფორმების გარდა, ცნობილია აგრეთვე ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტით გამოწვეული ძილი.

პავლოვის აზრით, ძილი ვითარდება ქერქის განფენილი შეკავების ნიადავზე. მან პირობით რეფლექსებზე მუშაობის დროს აღმოაჩინა ქერქის ისეთი მდგომარეობა, როდესაც რაიმე შემდგომი ინდიფერენტული გალიზიანების მიწოდება იწვევს ქერქის საერთო შეკავებასა და ძილს.

სპერანსკის. სკოლამ მიიღო ექსპერიმენტული ძილი სრულიად სხვა გზით, სახელდობრ ძირითადი (მხედველობის, ყნოსვისა და სმენის) რეცეპტორების გამოთიშვით.

პავლოვის თანახმად, განფენილ შეკავებაში ქერქი არ არის მთლიანად ჩართული; ქერქში შეკავებიდან შერჩეულია თავისუფალი უბნები, რომლებიც სასიგნალო-საგუშაგო რაიონებია. ძილის მდგომარეობიდან ადამიანის გამოსასვლელად საჭიროა ამ სასიგნალო რაიონების გალიზიანება.

ძილის დროს ქერქი რომ არ განიცდის განფენილ შეკავებას მთელი თავისი მოცულობით, აშკარად ჩანს შემდეგი საილუსტრაციო მასალებიდან: შესაძლოა ადამიანს ღრმად ეძინოს, მას არ უშლიდეს სხვადასხვა ხმაური, მაგრამ საკმარისია დარეკოს ზარმა და იგი უცებ გაიღვიძებს. ქერქში საგუშაგო უბნების არსებობა აიხსნება აგრეთვე სიმრეებით.

ცნობილია მრავალი ფაქტი, რომლებიც ადასტურებენ ძილის დროს სასიგნალო უბნების არსებობას, მაგალითად, დედის გამოსვლა ღრმა ძილიდან ბავშვის სულ მცირე მოძრაობაზე ან მეწისქვილის გამოღვიძება მხოლოდ იმ მომენტში, როდესაც საფეკავი ჩამოთავდება.

თავი IV

ფსიქიკურ დაავადებათა ეტიოლოგია

ავოზანური, ანოზანური, ბიოლოგიური და სოციალური მიზეზები

როგორც მედიცინის სხვა დარგებში, ისე ფსიქიატრიაშიც საჭიროა ორი ცნების: ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის ზუსტი განსაზღვრა.

ეტიოლოგია სწავლობს დაავადების წარმოქმნის მიზეზებს, პათო-
ვენები კი არკვევს დაავადების განვითარების მექანიზმებს.

მეტად ძნელია ენდოგენურ და ეგზოგენურ მიზეზებს შორის ზღვა-
რის დადება. ახალი მასალების მიხედვით, სულ უფრო მეტად ვიწ-
როვდება ენდოგენური ფაქტორების რკალი; ხშირად ძნელია საკი-
თხის გადაწყვეტა, თუ რასთან გვაქვს საქმე, შინაგან თუ გარეგან მი-
ზეზებთან? ენდოგენური ფაქტორი ხშირად შეიძლება გამოწვეული
იყოს ეგზოგენური მიზეზით, მაგალითად, შიდასეკრეციული ჭირკვ-
ლების მიერ გამოწვეული აუტოინტოქსიკაცია შესაძლებელია დაკავ-
შირებული იყოს გარე მომენტთან (ჭირკვლების ტრავმული დაზიანე-
ბა, ტემპერატურის მოქმედება და სხვ.).

შესაძლებელია შებრუნების მოვლენაც, ე. ი. ეგზოგენური ფაქტო-
რის გადაქცევა ენდოგენურად, მაგალითად, ყველასათვის ცხადია,
რომ ლუესი სიფილისის ეგზოგენური ფაქტორია, მაგრამ იგი ცვლის
ადამიანის სომატურ-ფსიქიკურ მზადყოფნას, შეაქვს ერთგვარი ცვლი-
ლებები ავადმყოფის პიროვნებაში და ამნაირად ქმნის ენდოგენური
(შინაგანი) ხასიათის ახალ ნიადაგს.

ავადმყოფობა არ ამოიწურება მხოლოდ და მხოლოდ მიზეზობრი-
ვი ფაქტორით, იქნება იგი ენდოგენური თუ ეგზოგენური ხასიათის. მი-
ზეზების გარდა, დიდი მნიშვნელობა აქვს შემხვედრ ნიადაგს, ე. ი.
ავადმყოფის სომატურ-ფსიქიკურ თავისებურებას. როგორც ვხედავთ,
საკითხი ეტიოლოგიური მომენტების შესახებ მეტად რთულია და
ცალკე შემთხვევაში ინდივიდურ შეფასებას საჭიროებს.

ენდო- და ეგზოგენურ ფაქტორებად მიზეზების დაჯგუფებაც კი
ხდება სრულიად სქემატურად, მხოლოდ და მხოლოდ დიდაქტიკური
მოსაზრებით და ერთგვარი სამუშაო ჰიპოთეზის მნიშვნელობა აქვს.

ფსიქოზის რთული ბუნების გასაგებად საჭიროა ვიცოდეთ ეტიო-
ლოგიური ფაქტორი, ხოლო ახალ „მიზეზობრივ“ ფაქტორად უნდა
ჩავთვალოთ პროცესის სპეციფიკურობის, ახალი თვისების გამომწვევი
ფაქტორი.

პროგრესული პარალიზის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს
ალკოპოლიზმს, ფიზიკურ და ფსიქიკურ მოქანტულობას, ფიზიკურ
და სულიერ ტრავმებს და სხვ., მაგრამ ისინი ავადმყოფობის მხოლოდ
გამომწვევი (გამომავლინებელი), ხელშემწყობი პირობებია. უშუალო
ეტიოლოგიური მომენტია მხოლოდ ერთადერთი, სახელდობრ სიფი-
ლისური ინფექცია. ასევე შეიძლება ვთქვათ თეთრი ცხელების შესა-
ხებაც, რომლის მიზეზი ალკოპოლია, ტრავმები, ინფექციები და ინ-
ტოქსიკაციები კი ავადმყოფობის განვითარების მხოლოდ ხელშემწყობ-
ი ფაქტორებია.

ფსიქოზის განვითარებაში განწყობი და წარმოქმნილი ფაქტო-

რები უკუპროპორციულ, დინამიკურ დამოკიდებულებაშია: რაც უფრო მკვეთრია განაწყოთი ფაქტორები, მით უფრო ნაკლებადაა საჭირო უშუალოდ წარმომქმნელი მიზეზები და პირიქით. ფიზიკური ეს ფაქტორი უკვე მოქანსულობა, უსიამო და მძიმე მორალური განცდები ერთ შემთხვევაში ადვილად იქვეს სულიერი წონასწორობის დარღვევას, ადვილად მთავრად, მეორე შემთხვევაში კი, პირიქით, მძიმე უსიამო მიზეზებმა შესაძლოა გამოიწვიოს პიროვნებაში ძვრები მხოლოდ ფიზიოლოგიურ ფარგლებში და ადამიანი სულით ავადმყოფობამდე არ მიიყვანოს.

საკმარისი არ არის მხოლოდ გამომწვევი მიზეზები, საჭიროა აგრეთვე შემხვიდრი წინაგანწყობა, რომლის როლი განსაკუთრებით ჩანს ე. წ. ტყუპთა ფსიქოზების შემთხვევებში; ტყუპები ავად ხდებიან ხშირად ერთსა და იმავე დროს და მათ კლინიკურად მსგავსი ფსიქოზები უვითარდებათ.

წინაგანწყობა თავისთავად ავადმყოფობა არ არის, იგი აუცილებელი და ხელშემწყობი პირობაა ეგზოგენურ დაავადებათა გაავითარებისათვის.

ყოველი ლოთი ალკოჰოლური ფსიქოზით არ ხდება ავად, ისე როგორც ლუესის ყოველ შემთხვევაში საქმე არ თავდება პროგრესული პარალიზით.

წინაგანწყობა შესაძლებელია იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. თანდაყოლილი წინაგანწყობა მემკვიდრეობითი ნიშანი არ არის. ზოგაერთი ავტორი შეცდომით აიგავენს თანდაყოლილ და მემკვიდრეობით მომენტებს. მაგალითად, ლუესი მემკვიდრეობითი დაავადება არ არის, რადგან იგი შთამომავლობით კი არ გადადის, არამედ აზიანებს ჩანასახს, იგივე უნდა ეთქვას მშობელთა ალკოჰოლიზმზეც.

ჩანასახის, ანუ ნაყოფის დაზიანების გამო იცვლება ემბრიონული განვითარების ნორმალური მიმდინარეობა და იბადება მეტად სუსტი, ფიზიკურად განუვითარებელი ბავშვი.

შეძენილი წინაგანწყობა ადამიანს უვითარდება პოსტემბრიონულ, ანუ პოსტნატალურ პერიოდში, რომელიც ადამიანის ინდივიდუალიზაციის, ანუ ონტოგენეზური განვითარების ყველაზე ხანგრძლივი პერიოდია; ამ დროს მას გადააქვს მრავალი ავადმყოფობა, დაზიანება, მოწამლა და სხვ., რაც ცვლის ბიოფსიქიკურ მხარეს, ასუსტებს ძალღონესა და გამძლეობას.

ყოველი ავადმყოფობა, მით უმეტეს ფსიქოზი, დამოკიდებულია არა მარტო ბიოლოგიურ, არამედ სოციალურ ფაქტორებზეც. კორსაკოვი სულით ავადმყოფობათა ეტიოლოგიაში განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევდა სოციალურ მომენტებს.

ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთდამოკიდე-

ბულები განსაზღვრა მეტად რთული ამოცანაა. ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ადამიანის განვითარებაში სოციალურ მომენტებს წაყუვანი როლი ეკუთვნის. ადამიანში სოციალური „ხსნის“ ბიოლოგიურს, გარდაქმნის მას.

ადამიანი შრომამ შექმნა, ამავე შრომით პროცესში „სოციალური“ ახდენს „ბიოლოგიურის“ ტრანსფორმაციას. ბიოლოგიური და სოციალური, ენდოგენური და ეგზოგენური მიზნების განხილვისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ენდოგენური ყოველთვის არ არის ბიოლოგიური და ეგზოგენური—სოციალური, მაგალითად, შეიძლება დავაახელოთ ე. წ. „სოციალური დაავადებანი“ (ტუბერკულოზი, სიფილისი, მალარია, ალკოჰოლიზმი), რომლებიც თავიანთი შინაგანი ბუნებით ბიოლოგიური კვლევა-ძიების საგანია, მაგრამ მათი წარმოქმნა, მათე ზეგავლენა და გავრცელება უშუალოდ დამოკიდებულია გარე პირობებზე და სოციალური მოაქმეებით განისაზღვრება.

ცნება სოციალური ფაქტორების შესახებ ვრცელია და შესაძლოა გულისხმობდეს როგორც ეგზოგენურ, ისე ენდოგენურ მიზნებს.

სოციალური ფაქტორებიდან, რომლებიც აინვალიდებენ ადამიანს, აღსანიშნავია ეკონომიური გაჭირვება, ცუდი ბინა, უმუშევრობა, პროფესიული მავნეობა (შრომის არასათანადო დაცვის გამო ხშირი მოწმელა, ტრავმული დაზიანებანი და ა. შ.), ბავშვთა შრომის ექსპლოატაცია და სხვ.

პროფესია არ იწვევს რაიმე სპეციალურ ფსიქოზურ აშლილობას. პროფესიის როლი ფსიქოზების ეტიოლოგიაში უფრო ხელშემწყობია და დამოკიდებულია თვით ავადმყოფის ფსიქიკურ უნარიანობაზე. ადამიანი რაც უფრო სუსტია ფსიქონერვული გამძლეობის მხრივ, იმდენად უფრო ადვილად უვითარდება მას ფსიქოზი.

ოჯახურ მდგომარეობასაც აქვს ერთგვარი მნიშვნელობა ადამიანის ფსიქიკური წონასწორობისათვის. ცნობილია, რომ ზოგჯერ უცლონი და გაუთხოვარი შეადგენენ დაავადებათა მეტ პროცენტს, ხოლო ზოგ შემთხვევაში თვით უცლობა და გაუთხოვრობა ადამიანის უკმარისობის მაჩვენებელია.

ხანგრძლივი შინშილი იწვევს ორგანიზმის განლევას, დასუსტებას და ანის ნიადაგზე სხვადასხვა ფსიქონერვულ აშლილობას. შინშილი და წურვილი იწვევს მკვეთრ აგზნებას, ცნობიერების შეცვლას (დახშობას) და ჰალუცინაციებს.

ექსპერიმენტული შინშილობის შედეგად ცხოველთა თავის ტვინის ქერქში აღმოჩენილია სხვადასხვა პათოლოგიური ცვლილება, რომელთაც აღწერენ აგრეთვე ექსპერიმენტული ხანგრძლივი უძილობის დროსაც.

უძილობა არღვევს ადამიანის სულიერი ცხოვრების წონასწორო-

ზას. ის განსაკუთრებით მაინც ხასიათის ხდება, როდესაც თან ერთვის ცუდი კვება, გონებრივი და ფიზიკური დაღლილობა.

უძილობა ან ძილის გაუქუღმართება, რომლებიც ხშირია ფსიქოზების დროს, სულით. ავადმყოფობის გამომწვევი ეტიოლოგიური მომენტები არ არის: იგი უფრო ფსიქოზის შედეგია და არა მიზეზი.

სულიერი ცხოვრების გაუქუღმართებაში გარკვეულ როლს ასრულებს დაღლილობა, ანუ მოქანცულობა, იქნება იგი ფიზიკური თუ ფსიქიკური (გონებრივი).

ოსიზოვის თანახმად, ხანგრძლივი და ქრონიკური მოქანცულობა ორგანიზმში წარმოქმნის დაღლილობის ქიმიურ პროდუქტებს, ე. ი. დაღლილობის ტოქსიკურ (აუტოტოქსიკურ) ელემენტებს, რომლებიც ზოგჯერ გამანადგურებულად მოქმედებენ ნერვულ სისტემაზე. მოქანცულობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ან ჰვეულებრივი ნევრასთენიური სურათი ან მწვავე სულიერი აშლილობა, ანდა თვითონ შეუწყოს ხელი უკვე არსებული ორგანული ფსიქოზების გამომჟღავნებას.

შესაძლებელია მოქანცულობა გამოწვეული იყოს გადაჭარბებული სქესობრივი ცხოვრებით ან მასტურბაციით (ონანიზმით).

გადაჭარბებული სქესობრივი ცხოვრება ადამიანს ასუსტებს და ქანცავს ემოციურად; სქესობრივი ჭირკვლების განსაკუთრებული მუშაობა დაღს ტოვებს აგრეთვე ნერვულ სისტემაზე (ნევრასთენიური მდგომარეობა; შრომის უნარის დაქვეითება, დაბნეულობა, ადვილი აგზნებადობა და სხვ.).

თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ გადაჭარბებულ სქესობრივ ცხოვრებას ხშირად თან სდევს უძილობა და ხელოვნურ გამაღიზიანებელ ნივთიერებათა (ალკოჰოლი, ეთერი, კოკაინი, მორფიუმი და სხვ.) ხმარება, ცხადი გახდება მისი უარყოფითი გავლენა ადამიანის ფსიქონერვულ ცხოვრებაზე.

სხვადასხვა ფსიქოზის დროს (ციკლოფრენიის მანიაკალური ფაზა, პროგრესული პარალიზის სტადია, შიზოფრენიის ზოგიერთი შემთხვევა) გადაჭარბებულად გამოხატულ სქესობრივ მიზიდულობას აქვს არა ეტიოლოგიური, არამედ სიმპტომური მნიშვნელობა.

ეგზოგენური მიზეზები. ფსიქოზი მრავალი ფაქტორის ზეგავლენის შედეგია, ამასთან უნდა გვახსოვდეს, რომ ერთ-ერთ ფაქტორს ყოველთვის აქვს მთავარი მნიშვნელობა. სულით ავადმყოფობის შემთხვევაში საჭიროა როგორც ეგზოგენური, ისე ენდოგენური მიზეზების დადგენა. რაგინდ ჭარბიც უნდა იყოს შინაგანი წინაგანწყობა (ენდოგენური მიზეზები), ფსიქოზის განვითარებისათვის მაინც ყოველთვის საჭიროა გარედან ბიძგი. ფსიქოზი არის „რეაქცია გარედან მომავალ გაღიზიანებაზე“ (გილიაროვსკი); ამიტომ ეგზოგენურ ფაქტორთა შესწავლას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სულით

ავადყოფის ეტიოლოგიაში. გარე მიზეზები მოქმედებს ცენტრალურ-ნერვულ სისტემაზე, უფრო ხშირად ისინი ზეგავლენას ახდენენ ორგანიზმზე, მთლიანად უსპობენ მას ნივთიერებათა ცვლის ნორმალურ პირობებს და იწვევენ ღრმა ბიოქიმიურ ძვრებს. ეგზოგენური მიზეზები შეიძლება დაეყოს ორ ჯგუფად: სომატურ და ფსიქიკურ მიზეზებად.

სომატური ფაქტორები: ტვინის დაზიანებანი, ინფექციებისა და შხამების მოქმედება. ტვინის დაზიანება შესაძლებელია მოჰყვეს სხვადასხვა ფიზიკურ ან მექანიკურ ტრავმას, რომელიც ან უშუალოდ ქალაზე მოქმედებს, ანდა მასთან ერთად აზიანებს მთელ სხეულს. ფიზიკური ტრავმა მოქმედებს ქალას ძვლებსა და კანზე, გარდა ამისა, ცენტრალური ნერვული სისტემაც განიცდის ტრავმულ ზეგავლენას (სისხლის ჩაქცევა და ტვინის დაზიანება).

ქალას ტრავმულ დაზიანება შესაძლებელია გამოიწვიოს უშუალო დარტყმამ, ადამიანის დაცემამ, ანდა ე. წ. ჰაეროვანმა კონტუზიამ. ქალას ტრავმას ხშირად მოსდევს სულიერი მოქმედების აშლა ტრავმული ფსიქოზების სახით.

ტრავმული დაზიანება ხშირად იწვევს სისხლის ჩაქცევასა და ტვინის გარბილებას, ამასთან ერთად, სწევს ინტრაკრანიალურ სისხლის წნევას და ხელს უწყობს ტვინის სისხლძარღვთა არტერიოსკლეროზის განვითარებას.

უცხო სხეულით გამოწვეულმა ტრავმამ შესაძლოა უშუალოდ დაზიანოს ქალას ძვლები და გამოიწვიოს ტლანქი ცვლილებები ტვინის ქსოვილებში, წარმოქმნას ე. წ. ტვინის კონტუზია.

ტვინის ტრავმულ დაზიანებათა შორის განსაკუთრებით საინტერესოა ე. წ. ჰაეროვანი კონტუზია, რომელიც გამოწვეულია ატმოსფერული წნევის მკვეთრი რხევით საარტილერიო ცეცხლის დროს ყუმბარათა გასკდომის შედეგად.

საკითხი ჰაეროვანი კონტუზიების შესახებ პრაქტიკულად ფრიად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ომის დროს ისინი სხვადასხვა ფსიქონერვული აშლილობის მთავარი მიზეზია. ფილიმონოვის დაკვირვების თანახმად, პირველ იმპერიალისტურ ომში ტრავმულ ნევროზთა 60% გამოწვეული იყო ჰაეროვანი კონტუზიით.

როგორც აღვნიშნეთ, ტვინის კონტუზია იწვევს გარკვეულ ორგანულ ცვლილებებს. ამ დროს სისხლის ჩაქცევა და ქსოვილის გარბილება უმთავრესად აღინიშნება დიდი ტვინის რუხ ნივთიერებაში (ქერქი და ქერქქვეშა კვანძები), ვინაიდან კვანძები უფრო მდიდარია სისხლძარღვებით.

ტვინის კონტუზია იწვევს ცნობიერების დაკარგვას, დამბლას, აფაზიასა და კრუნჩხვით გულყრას.

ტენის კონტუზია ორგანული ბუნების დაზიანებაა. ტენის კომოციის შემთხვევაში ქალა გარეგნულად დაზიანებული არ არის და თვით ტენში ტლანქი რღვევითი პროცესები არ აღინიშნება.

უწინ გავრცელებული იყო აზრი, თითქოს ჰაეროვანი ტრავმა იწვევდა ყალბ კონტუზიას, რომელიც თავისი ბუნებით უფრო ტენის კომოცია იყო. მეტად დამახასიათებელია, რომ წარსულში ოპის დროს ჰაეროვანი ტრავმა და ჰაეროვანი კონტუზია მიაჩნდათ საპარაცხვინო დაავადებებად, ასეთი ავადმყოფები კი — მხდალებად.

უკანასკნელი დროის ექსპერიმენტულმა შრომებმა კომიციებისა და ჰაეროვანი კონტუზიების ორგანული ბუნების შესახებ საკითხი დადებითად გადაწყვიტა.

ექსპერიმენტულად დადასტურდა, რომ კომოციის დროს თავის ტენში ვითარდება მიკროსკოპული ცვლილებები (წვრილი, მაკროსკოპულად უხილავი მრავალი სისხლჩაქცევა ტენის ქსოვილში). გარდა ამისა, ამ დროს ცერებრო-სპინური სითხის წნევა მკვეთრად ცვალებადობს და ნივთიერებათა ცვლაც მოშლილია.

რაც უფრო მძიმეა ქალას ტრავმული დაზიანება, მით უფრო ღრმად და დაღბანს კარგავს ადამიანი გარემოში გარკვევის უნარს (ცნობიერების დაკარგვა).

შესაძლებელია ტრავმის შემდეგ ცნობიერების დახშობის ნაცვლად ავადმყოფს განუვითარდეს მძლავრი აგზნება, ჰალუცინაციები, შიში და გარემოში გაურკვეველობა (ცნობიერების აბნევა), ამასთან ერთად გაუგებარი და უხვი სიტყვიერი პროდუქცია (ბოდვითი აზრები), რაც ცნობილია ტრავმული დელირიუმის სახელწოდებით.

აღსანიშნავია ფსიქიკური ცვლილებები, რომლებიც უშუალოდ არიან დაკავშირებული ქალას ტრავმასთან, მაგრამ საკმაო მოგვიანებით ვითარდებიან.

ამ მხრივ შევჩერდებით სამგვარ მდგომარეობაზე: (1) ტრავმული ჰქუასუსტობა, (2) ფსიქიკის ტრავმული დეგენერაცია და (3) მოგვიანებული ტრავმული ეპილეფსია.

ტრავმული ჰქუასუსტობის დროს გონებრივი დონის საერთო დაწვეასთან ერთად შესაძლებელია განვითარდეს ე. წ. კორსაკოვის სიმპტომოკომპლექსის ნიშნები (ცრუმოგონებანი, მიმდინარე ამბების გაზვიადება, წარსული ფაქტების დავიწყება). ჰქუასუსტობასთან ერთად შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ნევროლოგიური ნიშნები, რომელთა ხასიათიც დამოკიდებულია ტენის ორგანულ ცვლილებათა გავრცელებასა და ლოკალიზაციაზე.

ფსიქიკის ტრავმული დეგრადაციის დროს ჰქუასუსტობა ნაკლებადაა გამოხატული და პირველ რიგში აღინიშნება ცვლილებები ყოფაქცევისა და რეაქტიების მხრივ. ასეთი

პირები სულ მცირე მიზეზით ძალიან აღიგზნებიან ხოლმე. ისინი ვერ იტანენ მაგარ სასმელებს, ალკოჰოლის პატარა დოზაც კი ფსიქიკურ წონასწორობას უკარგავს მათ.

მოგვიანებული ტრავმული ეპილეფსია უნდა დაეუკავშიროთ იმ რეზიდუალურ მოვლენებს, რომლებიც თან სდევნენ ტვინის ორგანულ დაზიანებას (ნაწიბურები სისხლის ჩაქცევების შემდეგ). ამ დროს ზუსტად უნდა იყოს გამორკვეული საკითხი, თუ რამდენად შეიძლება გულყრის უშუალო დაკავშირება გადატანილ ტრავმულ დაზიანებასთან. 13.

ინფექციათა მოქმედებანი. ცენტრალური ნერვული სისტემა დაკავშირებულია ადამიანის ორგანიზმის სომატურ პერტურბაციებთან. ეს განსაკუთრებით ეხება მწვავე და ქრონიკულ ინფექციებს. ინფექციური შხამები მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე უშუალოდ ან არაუშუალოდ, ხოლო ფსიქონერვული აშლილობა ამ დროს დამოკიდებულია შხამის ხასიათსა და ავთვისებიანობაზე, აგრეთვე პათოლოგიური პროცესის სივრცესა და ლოკალიზაციაზე.

მწვავე ინფექციებიდან ფსიქოზთა წარმოქმნაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ტიფებს, წითელ ქარს, პნევმონიას, მალარიას, ქოლერასა და, აგრეთვე, სახსართუ რევმატიზმს. ინფექციები, ქერქის უშუალო მოწამელის გარდა, მოქმედებს მაღალი ტემპერატურით, რის გამოც ტვინში იწყება ჰემოდინამიკური ძვრები და ტვინის ქსოვილის კვებაც უარესდება.

ინფექციათა შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია ადამიანის ცდფს, ვინაიდან იგი უშუალოდ მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე.

ქრონიკულ შემთხვევებში, ტოქსინების მოქმედების გარდა, ნერვული სისტემის პათოლოგიისათვის მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის ავების დაქვეითებასა და ავადმყოფის საერთო კახექსიას. აღწერილია დამწუხრებული მდგომარეობა (მელანქოლია) და ბოდვითი აზრები კიბოთი გამოწვეული კახექსიის შემთხვევებში.

ყველა ინფექციური დაავადება მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ამიტომ გასაკვირი არ არის, რომ ინფექციები ძალიან ხშირად იწვევს ფსიქონერვული პროცესების აშლას.

მწვავე ინფექციები ქმნის ე. წ. გაბრუებულ მდგომარეობას. ამ დროს ავადმყოფებს უვითარდებათ ბოდვითი აზრები, პალუცინაციები, მოტორული აგზნება და; რაც მთავარია, შესუსტებული აქვთ გარემოში ორიენტაციის უნარი; ისინი გაბრუებული არიან, ვერ ერკვევიან ზუსტად დროსა და ადგილში.

ინფექციების დროს ფსიქიკურ პროცესთა აშლის სიღრმე დამოკიდებულია არა მარტო თვით ინფექციის სიმწვავეზე, არამედ აგრეთ-

ვე ავადმყოფის ინდივიდუალობაზე, მისი ძალების გამძლეობაზე-
დამიანის სომატურ დასუსტებასთან ერთად ინფექციები ხშირად იწ-
ვევს ფსიქიკურბ ტონუსის დაწევას, ანუ ასთენიას. უკანასკნელ შემ-
თხვევაში ფსიქიკური ფუნქციები მიმდინარეობს შენელებულად,
ავადმყოფი აღვილად იქანცება, მოწყენილია და ამავე დროს ძლიერ-
ლიზიანდება ხოლმე.

ფსიქიკური სისუსტე, ანუ ასთენია გრძელდება რამდენიმე თვე.
ამ დროს განსაკუთრებით შელახულია მეხსიერება. არის შემთხვევე-
ბი, როდესაც მძიმე ინფექციის შედეგად იმდენად ზიანდება ავადმო-
ფის გონებრივი აპარატი და პირველ რიგში მეხსიერება, რომ მდგო-
მარეობა კორსაკოვის სიმპტომოკომპლექსს გვაგონებს.

ზოგიერთ შემთხვევაში მძიმე ინფექციები (პარტახტიანი ტიფი,
წითელი ქარი და სხვ.) იწვევს ტვინში ტლანქ, რღვევით პროცესებს:
სისხლის ჩაქცევებს, ქსოვილის გარბილებას, ენცეფალიტს; მძიმე ფი-
ზიკურ გართულებას მოსდევს დიდი ცვლილებები აგრეთვე ფსიქი-
კურ სფეროში, სახელდობრ, ვითარდება ორგანული ხასიათის მყარი
ქეუასუსტობა.

ინფექციებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბავშვობის ასაკ-
ში. ორგანიზმის განლევა და ნერვული სისტემის ინტოქსიკაცია ძა-
ლიან აფერხებს ბავშვის შემდგომ ფსიქიკურ მომწიფებასა და განსა-
კუთრებით გონებრივ განვითარებას.

ინფექციის შედეგად (წითელა, ქუნძრუშა) ბავშვებს ხშირად
ავიწყდებათ სიარული და ლაპარაკი, ისინი იძულებული ხდებიან აღი-
დგინონ ცოდნა.

ერთეულ იშვიათად ბავშვთა ინფექციები იწვევს გრძობათა ორგა-
ნობის (უფრო ხშირად სმენის) დაზიანებას. ფსიქოზთა ეტიოლოგია-
ში არანაკლები როლი ეკუთვნის ქრონიკულ ინფექციებს, რომლებიც
ან უშუალოდ აზიანებენ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, ანდა იწვე-
ვენ ორგანიზმის ქრონიკულ დასუსტებას, განლევისა და ამით უკარგა-
ვენ მას ბრძოლის უნარს.

ქრონიკულ ინფექციათა შორის პირველ ადგილზეა ათამანგი, ვი-
ნაიდან იგი ყველაზე მეტად აზიანებს ნერვულ სისტემას, აგრეთვე
ეპიდემიური, ანუ ლეტარგიული ენცეფალიტი და ტუბერკულოზი.

ეპიდემიური ენცეფალიტი არსებითად ნევროლოგიური დაავადე-
ბაა, რომლის დროსაც ანთებითი კერა მოქცეულია შერჩეულად შუა
ტვინში, სახელდობრ, შავ ნივთიერებაში; ამ დაავადებას განიხილავენ,
როგორც შუა ტვინის ანთებას.

ლეთარგიული ენცეფალიტი მეტად საინტერესოა ფსიქიატრიის
კლინიკისათვისაც, ვინაიდან იგი იწვევს როგორც ფსიქოზურ მოვლე-
ნებს (ქრონიკული მიმდინარეობის სულიერი აშლილობა), ისე პიროვ-

ნების ძირითადი ბირთვის შეცვლას (ფსიქოპათიზაციას). უკანასკნელი მდგომარეობა უფრო ხშირია ბავშვთა შორის. თავდაპირველი და ზნეობრივად ფაქიზი ბავშვი ენცეფალიტის გადატანის შემდეგ ხდება მატყუარა, მეტად ავზნებადი, მოჩხუბარი, აგრესიული და ეროტიული კი.

ვინაიდან ენცეფალიტი იწვევს ფსიქოპათიური ნიშნების განვითარებას, ამიტომ შესაძლებელია დავუშვათ, რომ ფსიქოპათიების ზოგიერთ შემთხვევაში მიზეზობრივ როლს ასრულებს წარსულში გადატანილი ტვინის ანთება.

პიროვნების ძირითად ბირთვთან ერთად, როგორც წესი, იცვლება გონებრივი დონეც. აღინიშნება არა ტლანქი კუპასუსტობა, არამედ გონებრივი დონის ერთგვარი რეგრესი (გაბავშვება), მაგალითად, ქაბუკი თავისი ძირითადი მიზანდასახულობით, ქცევითა და ინტერესებით მოგვაგონებს პატარა ბავშვს. ამ მდგომარეობას უწოდებენ პუერილიზმს, ანუ ინფანტილიზმს.

ტუბერკულოზი, როგორც წესი, რაიმე სპეციფიკურ ფსიქოზს არ იწვევს. ტუბერკულოზით გამოწვეული ფიზიკური ასთენია ხელს უწყობს ნერვული რეაქციების, კერძოდ ისტერიული მოვლენების განვითარებას. ასთენიური კონსტიტუცია, რომლის დროსაც აღინიშნება, ხოლმე ტუბერკულოზი, დაკავშირებულია გარკვეულ ფსიქოზთან, ე. წ. შიზოფრენიასთან, რომლის დროს ძლიერ ხშირია აგრეთვე ფილტვის ტუბერკულოზი.

ავტორები აღნიშნავენ ერთგვარ პარალელიზმს ტუბერკულოზური პროცესის გამწვავებასა და შიზოფრენიის კლინიკური მიმდინარეობის გაუარესებას შორის.

სიფილისური ფსიქოზები არ ვითარდება ათაშანგის პირველ პერიოდში. როგორც წესი, ცენტრალური ნერვული სისტემის ლუესი და მასთან დაკავშირებული სპეციფიკური ფსიქოზები ეკუთვნის ათაშანგის განვითარების მესამე პერიოდს.

პროცესის ლოკალიზაციის, ტვინის ქსოვილის რეაქციისა და კლინიკური სურათის მიხედვით ცენტრალური ნერვული სისტემის ათაშანგი იყოფა ორ ჯგუფად.

პირველ ჯგუფს ეკუთვნის ექტოდერმული პროცესი, როდესაც სიფილისური ინფექცია უფრო აზიანებს პარენქიმულ, ეფუნიქციურ (განგლიურ) ელემენტებს, მეორე ჯგუფს კი—მეზოდერმული პროცესი, რომლის დროს უმთავრესად ზიანდება შუამდებარე ინტერსტიციური ქსოვილი (მეზენქიმა); ცვალებადობს სისხლძარღვები, ტვინის გარსები და გლიური ელემენტები.

მეზოდერმულ ნევროლუესს ეკუთვნის შემდეგი ფორმები: 1. ტვი-

ნის გარსების სიფილისური დაავადებანი; 2. ნერვული ქსოვილისა და ძარღვების დაავადებანი; 3. ნევროლუესის გუმოზური ფორმები.

ექტოდერმულ დაავადებათა ჯგუფში კროლს შეაქვს შემდეგი ფორმები: 1. ტაბესი, 2. პროგრესული პარალიზი, 3. სპეციფიკური ქრონიკული პოლიომიელიტი და 4. სპეციფიკური სპინალური დამბლა.

ლუესურ დაავადებათა შორის ფსიქიატრიის კლინიკისათვის განსაკუთრებით საინტერესოა პროგრესული პარალიზი, სიფილისური ფსიქოზები და სიფილისური ეპილეფსია.

სპეციფიკური, სიფილისური ტოქსინები მოქმედებს არა მარტო ნერვულ ქსოვილზე და ცენტრალური ნერვული სისტემის ელემენტებზე, არამედ ადამიანის ყველა სხვა ორგანოსა და ორგანოთა სისტემაზეც. სხეულის ზოგადი მოწამვლის შედეგად ადამიანს უვითარდება საშინელი ფიზიკური სისუსტე, რასაც მოსდევს საერთო ნერვიულობა და ადვილი გაღიზიანება. გარდა ამისა, ასეთ ავადმყოფებს შორის აღინიშნება ძლიერ სწრაფი ინტელექტუალური მოქანცულობა. უკანასკნელ შემთხვევაში ნევრასთენიული მოვლენები ორგანიზმის ზოგადი დასუსტების (ფიზიკური განლევის) შედეგია. აღწერილ ნევრასთენიულ მდგომარეობას გილიაროვსკი უწოდებს სიფილისურ ნევრასთენიას.

ფსიქოზების მიზეზთა შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სხვადასხვა შხამის მოქმედებას ორგანიზმზე.

როგორც ინფექციების, ისე ინტოქსიკაციების დროს მეტად რთული ურთიერთდამოკიდებულებაა ორგანიზმის მოწამვლასა და სულიერ აშლილობას შორის.

ინტოქსიკაციური ფსიქოზის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია არა მარტო შხამის თვისებებზე, არამედ ავადმყოფის კონსტიტუციონზეც.

ინტოქსიკაციური ფსიქოზების ბუნება. ცნობილია, რომ როდესაც თეთრი ცხელება ვითარდება ალკოჰოლის სრულად შეწყვეტის შემდეგ, ერთგვარი პარადოქსული მოვლენა აღინიშნება: ერთი მხრივ, შხამი (მაგალითად, ალკოჰოლი) იწვევს ავადმყოფობას, მეორე მხრივ, კი მისი სრული შეწყვეტა არამტოუ არ აუმჯობესებს მდგომარეობას, არამედ ხელს უწყობს თვით ავადმყოფობის განვითარებას.

შხამების მოქმედების პათოლოგია კიდევ იმ მხრივაცაა საინტერესო, რომ სხვადასხვა მავნე ნივთიერება ქმნის ეგზოგენური ტიპის რეაქციითამაგვარ ერთმანეთის მსგავს კლინიკურ სურათებს.

შხამი, ტვინზე უშუალო მოქმედების გარდა, ზეგავლენას ახდენს აგრეთვე არაუშუალოდაც, მაგალითად, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის, ღვიძლის, თირკმლების პათოლოგიისა და სხვა სახით.

ალკოჰოლური მოწამელის დროს შუამდებარე ეტიოლოგიურ რგოლად მიიჩნიათ ღვიძლი და სისხლძარღვთა სისტემა.

უკანასკნელი გამოკვლევების თანახმად, ინფექციები და ინტოქსიკაციები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში იწვევს პრინციპულად სხვადასხვა სახის პათოლოგიურ-ანატომიურ ცვლილებებს.

ტვინის ქსოვილში ინფექციები იწვევს ანთებით ცვლილებებს, ინტოქსიკაციები, ე. ი. შხამების მოქმედება კი — ნელ და არამწვავედ მიმდინარე დეგენერაციულ მოვლენებს.

ეკონომო გამოთქვამს დებულებას, რომ ანთებითი პროცესი აუცილებლად დაკავშირებულია ინფექციებთან, ხოლო ინტოქსიკაციები, როგორც წესი, იწვევს დეგენერაციულ მოვლენებს დიდი ტვინის რუხ და თეთრ ნივთიერებაში.

მეტად საინტერესოა, რომ ინტოქსიკაციურ და ინფექციურ ფსიქოზებს ახასიათებს ძირითადად ურთიერთმსგავსი კლინიკა, სახელდობრ ყველა ამ შემთხვევაში ფსიქოზები მიმდინარეობს „ეგზოგენური რეაქციების“ გზით.

უკანასკნელი დროის შრომებმა დააზუსტა ინფექციურ და ინტოქსიკაციურ ფსიქოზთა კლინიკა. აღმოჩნდა, რომ განსხვავება პათოლოგიურ-ანატომიური ბუნების მხრივ იწვევს განსხვავებას აგრეთვე ფსიქოზთა კლინიკური სურათის მიმდინარეობასა და შინაარსში. ინფექციები და მათთან ერთად ანთებადი მოვლენები თავის ტვინში კლინიკურად წარმოქმნის ეგზოგენური ტიპის რეაქციებს, უფრო ხშირად გარემოში ორიენტაციის (ცნობიერების) შეცვლის მხრივ, ე. ი. ამენციური მდგომარეობის მსგავსად.

პირიქით, ეგზოგენური ტიპის რეაქციებს, რომლებიც თან სდევნს ტვინის მოწამელას (განფენილ დეგენერაციულ პროცესებს), უფრო ახასიათებს უხვი ჰალუცინაციები, ბოდვითი იდეები. საერთო დელირიოზული მდგომარეობის სურათი.

ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციათა შორის როგორც სიხშირის, ისე გავრცელებისა და კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალსურათიანობის მხრივ პირველ ადგილზეა ღვინის სპირტი, ანუ ეთილის ალკოჰოლი.

ალკოჰოლი არჩევითად მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე, პირველყოვლისა იმიტომ, რომ იგი ძლიერ კარგად ხსნის ცხიმოვანსა და ცხიმის მსგავს ნივთიერებებს.

ალკოჰოლი მოქმედებს არა მარტო ტვინის ქსოვილზე, არამედ მთელ ორგანიზმზე, განსაკუთრებით სისხლის მიმოქცევის სისტემასა

და ჭირკვლოვან ორგანოებზე და ამნაირად სხვადასხვა ორგანოში ქმნის ციროზულ პროცესებს. იგი განსაკუთრებულ ცვლილებებს იწვევს ღვიძლში, რის გამოც ორგანიზმში გროვდება მრავალი შხამიანი პროდუქტი, რაც მოქმედებს აგრეთვე ნერვულ სისტემაზე და ავითარებს სხვადასხვა ნერვულ და ფსიქიკურ აშლილობას: ერთი მხრივ, ავითარებს უშუალო ალკოჰოლურ მოწამელას, ხოლო, მეორე მხრივ, ე. წ. მეტალკოჰოლურ მოქმედებას, რომლის დროსაც ალკოჰოლი მოქმედებს არა უშუალოდ, არამედ მეორადად ორგანიზმში წარმოქმნილი მომშხამავი პროდუქტების საშუალებით.

ექსპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ 80 გრამი ალკოჰოლის მიღება საგრძნობლად ასუსტებს და ანელებს ფსიქიკური პროცესების მიმდინარეობას, ხოლო შხამის მოქმედების ხანგრძლივობა გრძელდება დაახლოებით 48 საათამდე.

ალკოჰოლური მოწამელის ნიშნები აღინიშნება გაცილებით უფრო მცირე დოზის მიღების დროსაც, მაგალითად, კრეპელინის დაკვირვების თანახმად, 10 — 15 გრამი ალკოჰოლი იწვევს ინტელექტუალურ ფუნქციათა ერთგვარ შეკავებას (ძნელდება მარტივი არითმეტიკული ოპერაციების უნარი).

ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტებით დადასტურებულია, რომ ალკოჰოლი თავისი მოქმედების დასაწყისშივე ფუნქციათა არა ამალორძინებელი (ტონუსის ამწევი), არამედ დამკნინებელი (ტონუსის დამწევი) შხამია. აწეული გონება-განწყობა, ეიფორია და უხვი მეტყველებითი პროდუქციები, რომლებიც აღინიშნება დათრობის დასაწყისში (შეზარხოშების პერიოდში), ქერქის შემკავებელი მოქმედების თანდათანობითი დასუსტების შედეგია; გარდა ამისა, ამ დროს ადამიანს უსუსტდება ნატიფი მგრძნობელობის უნარი, უჩლუნგდება მალალი გრძნობები, მას არაფერი აწუხებს, არაფერზე ზრუნავს, ყველაფერი კარგად ეჩვენება.

არ არის სწორი აგრეთვე შეხედულება, თითქოს ალკოჰოლი სითბოს გვრიდეს ადამიანს. სითბოს შეგრძნება ყალბია და უფრო აიხსნება საერთო მგრძნობელობის (კერძოდ, სითბო-სიცივის შეგრძნების) დაქვეითებით, ზოგჯერ სრული მოსპობითაც კი.

ალკოჰოლი განსაკუთრებით გამანადგურებლად მოქმედებს ბავშვებსა და მოხუცებზე.

კლინიკურ პრაქტიკაში ყურადღება უნდა მიაქციონ როგორც თვით ბავშვების, ისე მათი მშობლების ალკოჰოლიზმს. მშობელთა ალკოჰოლიზმის შემთხვევაში ხშირია ჩანასახის დაზიანება, რაც ხელს უწყობს ოლიგოფრენიისა და ფსიქოპათიის განვითარებას. ბავშვთა ალკოჰოლიზმის შედეგად არცთუ იშვიათია გონებრივი და ფიზიკური

გახვითარების შეჩერება და შიღრეკილება გულყრისა ახ სხვა სომატუ-
რი ავადმყოფობებისადმი.

ალკოჰოლის მოქმედებისას მნიშვნელობა აქვს მიღებული შხამის
როგორც როდენობას, ისე კონცენტრაციას. არაყი ან კონიაკი
უფრო გამანადგურებლად მოქმედებს, ვიდრე ლუდი ან ყურძნის
ღვინო. ალკოჰოლი უშუალოდ იწვევს ფსიქიკურ აშლილობას, მაგა-
ლითად, თეთრ ცხელებას, ალკოჰოლურ ბოდვასა და ალკოჰოლურ
კეუასუსტობას.

როგორც თეორიულად, ისე პრაქტიკულად საინტერესოა ალკოჰო-
ლური ეპილეფსიის საკითხი. შესაძლებელია ეპილეფსიური გულ-
ყრა უშუალოდ დაკავშირებული იყოს ლოთობასთან. ამ შემთხვევაში
ალკოჰოლის აკრძალვა აჩერებს ეპილეფსიურ გულყრას. თუ ალკოჰო-
ლის შეწყვეტამ არ მოსპო ეპილეფსიური გულყრა, ეს იმის მაჩვენე-
ბელია, რომ გულყრით ავადმყოფობა არა მარტო მწვავე ალკოჰოლური
ინტოქსიკაციის, არამედ ორგანიზმში (უმთავრესად თავის ტვინში) მყა-
რი დესტრუქციული ცვლილებების შედეგია.

ქრონიკული ლოთობა ხელს უწყობს აგრეთვე სხვადასხვა სულით
ავადმყოფობის გამოვლინებას. ამ შემთხვევაში ალკოჰოლი ერთგვარი
საპროვოკაციო აგენტია.

ალკოჰოლმა შეიძლება ხელი შეუწყოს და დააჩქაროს ისეთი მე-
ტად მიიმე ორგანული ფსიქოზების განვითარება, როგორცაა პროგ-
რესული პარალიზი და შიზოფრენია.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენია დაწყებულა
თეთრი ცხელების მსგავსად და ამნაირად ალკოჰოლური ინტოქსიკა-
ციის სურათს დაუფარავს ძირითადი ავადმყოფობის სიმპტომატიკა.
ალკოჰოლი ასუსტებს ორგანიზმის ძალებს და ქმნის ნიადაგს სხვადა-
სხვა ნევროზული რეაქციის განვითარებისათვის. გარდა ამისა, ის
ხელს უწყობს ადრე დაბერებასა და ინვოლუციას.

კლინიკური მასალები ადასტურებს აგრეთვე აზრს, რომ ალკო-
ჰოლიზმი უშუალოდ ხელს უწყობს თავის ტვინის ძარღვთა არტერიო-
სკლეროზს, თუმცა ამ აზრს პათომორფოლოგები არ იზიარებენ.

ცნობილი პათოლოგ-ანატომები (ანიჩკოვი და მისი სკოლა) უარყო-
ფენ არტერიოსკლეროზისა და ალკოჰოლიზმის ურთიერთკავშირს.
მათი აზრით, არტერიოსკლეროზი (აგრეთვე ცერებრული არტერიო-
სკლეროზი) ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიის შედეგია და არავი-
თარი გენეზური კავშირი არა აქვს ლოთობასთან.

კოკაინი, ეთერი, მორფიუმი იწვევს სხვადასხვა ფსიქონერვულ
აშლილობას. ყველა ეს ნივთიერება ადამიანს ათრობს და უქმნის მას
აწეულ გუნება-განწყობას.

დათრობის ჩათაგებისას სრულიად საპირისპირო მდგომარეობაა:

ავადმყოფი ძალიან დასუსტებულია, აქვს ცუდი განწყობა და ნარკოზული ნივთიერების მიღების ძლიერი სურვილი. ნარკოზულ ნივთიერებათა შიმშილი, ანუ აბსტინენცია ალკოპოლიკთა აბსტინენციას წააგავს.

მორფიუმის ქრონიკული ხმარება შედარებით ნაკლებ ხშირია, ვიდრე ალკოპოლიზმის შემთხვევები, მაგრამ სხვა შესამებთან შედარებით ის მაინც უფრო მეტადაა გავრცელებული. ამიტომ ამ პრეპარატისა და მის მონათესავე ნივთიერებათა (ოპიუმის დერივატები: კოდეინი, დიონინი, ჰეროინი და პანტოპონი) მიერ გამოწვეული ინტოქსიკაციის შესწავლას დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

მორფიუმით მოწამელის კლინიკა (ეთერიკა და კოკაინით გამოწვეული ინტოქსიკაციების მსგავსად) თავისი ძირითადი სურათით დიდიხანის მდგომარეობაა.

ოპიუმსა და მის დერივატებს ავადმყოფები ძლიერ მალე ეჩვევიან, ამიტომ სამკურნალო პრაქტიკაში ისინი განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა იხმარონ.

ეს პრეპარატები პირველი მოქმედებისას, ტკივილის გაყუჩებასთან ერთად, ავადმყოფს ჰგვრის მშვენიერ გუნება-განწყობას, სანეტარო განცდებს, ასოციაციური მოქმედების გაადვილებასა და უხვ წარმოსახვით ფანტაზიებს.

ძლიერ ადვილი მიჩვევის გამო ამ პრეპარატებით შემდგომი ეფექტის გამოწვევა საჭიროებს მათ უფრო ხშირ და გაცილებით დიდი დოზით ხმარებას, რასაც თან სდევს ავადმყოფთა პათოლოგიური მიჩვევა. პრეპარატები თანდათან კარგავს მოქმედების უნარს და მათი ხმარება აუცილებელი ხდება ავადმყოფის უცირვო ფსიქიკურ-ფიზიკური ტონუსის შესანარჩუნებლად. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ნარკომანები ოპიუმს ხმარობენ სუფრის კოვზით (წვეთების ნაცვლად) ან 50 — 60 ინექციას ერთი-ორი ინექციის ნაცვლად.

მორფიუმის ხანგრძლივი ხმარება ქრონიკულ შეჩვევასთან ერთად არცთუ იშვიათად იწვევს ე. წ. მორფიუმის ფსიქოზებს.

კოკაინის, ეთერისა და მორფიუმის ქრონიკული ხმარება იწვევს ადამიანის პიროვნების დეგრადაციას. ავადმყოფები კარგავენ ზნეობრივ ნატიფობას და ანტისოციალური ხდება. ისინი ეგოისტები არიან, პრეპარატის შექენის მიზნით შეიძლება ჩაიდინონ ყოველგვარი ამორალური საქციელი და დანაშაული. ხშირად ნარკომანები გადადიან ერთი პრეპარატიდან მეორეზე; მორფინისტი ხდება კოკაინისტი ან ოპიოფაგი და ა. შ. აღწერილია ე. წ. კომბინირებული ნარკომანიის შემთხვევები, როცა ავადმყოფები ვერ კმაყოფილდებიან ერთი პრეპარატით და იყენებენ სხვადასხვა ნივთიერებას, მაგალი-

თად, მორფინისტი ერთსა და იმავე დროს შესაძლებელია იყოს კოკაინისტიც და ქრონიკული ლოთიც.

მეტად საინტერესოა შევჩერდეთ პრეპარატებზე, რომლებსაც არ ხმარობენ ნარკოზულ საშუალებებად, მაგრამ მათი ინტოქსიკაცია ზოგჯერ სულიერ აშლილობას იწვევს.

ოსიპოვი აღწერს ატროპინის ინტოქსიკაციით გამოწვეულ მწვავე ჰალუციონაციურ ფსიქოზსა და ქინაქინის მიღების შემდგომ მწვავე აგზნებას ორიენტაციის დაკარგვით (ცნობიერების აბნევით). ორივე შემთხვევაში ფსიქოზი განკურნებით ჩათავებულა.

მეტად დამახასიათებელ ფსიქიკურ აშლილობას იწვევს ე. წ. მესკალინით მოწამვლა. ეს პრეპარატი ალკალოიდია. მესკალინით გამოწვეული ინტოქსიკაციის კლინიკა უმთავრესად ცნობილია ექსპერიმენტული კლინიკური დაკვირვებებიდან და თვითდაკვირვებებიდან. ამ დროს აღინიშნება ხან იოლი აგზნება, ხან კი იოლი დეპრესია შიშით. განსაკუთრებით აღსანიშნავია გაუკუღმართება მხედველობის მხრივ, რაც შესაძლებელია ხელს უწყობდეს სხვადასხვა ილუზიისა და ჰალუციაციის განვითარებას.

ძილის მომგვრელი პრეპარატებიდან კლინიკური მნიშვნელობა აქვს ვერონალის ჯგუფის ნივთიერებებს (ვერონალი, ტრიონალი, მედინალი, სულფონალი), აგრეთვე ქლორალჰიდრატს. მათდამი ავადმყოფურ მიჩვევას თან სდევს ფსიქიკური დეგრადაცია და ფიზიკური განლევა; იშვიათად ვითარდება მწვავე ჰალუციონაციური ბოღვითი მდგომარეობა. ამ პრეპარატებით მოწამელისას აღინიშნება მეტყველების შეცვლა, საერთო კანკალი და თვალის გუგის რეაქციის შეცვლა (სინათლეზე დაქვეითება), ვითარდება ე. წ. ფსევდოპარალიზური სინდრომი, გონებრივი დონის შეცვლა (მეხსიერების შესუსტება, ასოციაციათა მიმდინარეობის გაძნელება და სხვ.).

ფსიქიატრიის კლინიკაში სამკურნალოდ ფართოდ იყენებენ ბრომს, რომლის ქრონიკული ხმარება იწვევს სხვადასხვა ფსიქიკურ და ვეგეტატიურ მოვლენას (ე. წ. ბრომიზმის მოვლენები). ბრომიზმის შედეგად ვითარდება გონებრივი პროცესების ერთგვარი დაჩლუნგება (ავადმყოფი გაბრუნებულია, მეხსიერება დასუსტებული აქვს), აღინიშნება აგრეთვე გამონაყარი კანზე.

ოპერაციის შემდგომი ფსიქოზებიც ტოქსიკური ბუნებისაა. ოპერაციების დროს შესაძლებელია ტოქსიკურად იმოქმედოს თვითონ ბანგმა ან სხვა ანტისეპტიკურმა ნივთიერებამ. ფსიქოზის განვითარებაში, ფარმაკოფიზიოლოგიური მომენტების გარდა, ცხადია, ჯეროვან როლს ასრულებს ავადმყოფის ემოციური დაძაბვა, შიში, რომელიც აუცილებლად ანგარიშგასაწევი ტრავმული ფაქტორია.

ოპერაციის შემდგომი ფსიქოზებით ავადდებიან ენდოგენური წი-

ნაგანწყობის მქონე პირები (ისტერიით შეპყრობილნი, ფსიქოპათები, ალკოპოლიკები), გარდა ამისა, ხელშემწყობი მნიშვნელობა აქვს ფიზიკურ სისუსტეს და ავადმყოფის მოქანცულობას.

ფსიქოზური მოვლენები, როგორც წესი, თან სდევს დიდ და მძიმე ოპერაციას, რომლის დროს ავადმყოფი ხანგრძლივი ბანგის ქვეშაა და დიდი რაოდენობით სისხლს კარგავს.

ნერვული სისტემის სხვადასხვა ინტოქსიკაციის განხილვისას საჭიროა შევჩერდეთ წარმოებასთან დაკავშირებული ნივთიერებებით მოშხამვაზე, პროფესიულ დაავადებებზე. ამ მხრივ მეტად საინტერესოა ბენზინის, ვერცხლისწყლის, ტყვიის, შავი ქვის, ნახშირბადქანგისა და სხვ. გავლენა ნერვულ სისტემაზე. ამ ნივთიერებათა მავნე გავლენის ასაცილებლად საჭიროა წარმოებაში შრომის დაცვის პირობების შექმნა. მათ მიერ გამოწვეული ინტოქსიკაციების დროს საყურადღებოა, რომ ინტოქსიკაციის ფაზას წინ უსწრებს ცირკულაციის ფაზა.

ცირკულაციის ფაზაში აღინიშნება ჰემოდინამიკური აშლილობა (ზოგიერთ ადგილას სისხლის შეგუბება), რასაც მოსდევს გარკვეული უბნების უფრო მეტი მოწამვლა და ადამიანის დაინვალიდება.

უფრო სწორი იქნება ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვადასხვა უბნის შერჩევითი დაზიანება ავხსნათ როგორც ჰემოდინამიკური, ისე ფიზიკურ-ქიმიური ფაქტორებით, მაგალითად, ქერქვეშა კვანძები (განსაკუთრებით „უახლესი“ ქერქვეშა ბირთვები, მონაკოვის ტერმინოლოგიით) ძლიერ ადვილად ზიანდება სხვადასხვა ინტოქსიკაციის დროს. დამახასიათებელია, რომ ქერქვეშა კვანძები სწორედ ისეთი უბანია, სადაც; ერთი მხრივ, ვენური სისტემის სუსტი განვითარების გამო ადვილად ვითარდება შეგუბებითი მოვლენები და, მეორე მხრივ, ნერვული უჯრედები (გარკვეული ჰისტოქიმიური თვისებების გამო) ადვილად ზიანდება ინტოქსიკაციების დროს. შერჩევით ხდება პალეოსტრიატუმის დაზიანება (სისხლის ჩაქცევები, გარბილებანა), რასაც თან სდევს სხვადასხვა ნევროლოგიური და ფსიქიკური ნიშნის (პალუცინაციები და მეხსიერების დაქვეითება) განვითარება.

ვერცხლისწყალი იწვევს ნევროლოგიურ სიმპტომებს: საერთო კანკალს, სალივაციას, ცენტრალური და პერიფერიული ხასიათის პარეზებსა და პარალიზებს. ამ დროს ფსიქოპათოლოგიური სურათი ძლიერ ღარიბია, აღინიშნება მხოლოდ საერთო ფსიქიკური ასთენია და შიში.

ბენზინით მოწამვლისას აღწერილია თავბრუ, გულის წასვლა და ცნობიერების დაკარგვა.

ტყვიით მოწამვლის სურათი ძლიერ ჰგავს ვერცხლისწყლით ინტოქსიკაციას, მხოლოდ ტყვიას ახასიათებს ზოგიერთი ნევროლოგიური ნიშანი, მაგალითად, პერიფერიული ნერვული სისტემის განსაკუთ-

რებული დაზიანება (სხივის ნერვის დამბლა ორივე მხარეს) და სისხლ-
ძარღვთა სკლეროზული გამკვრივება.

ქვანახშირით ექსპერიმენტული მოწამელისას განსაკუთრებით
ზიანდება ქერქქვეშა კვანძები; კლინიკური მასალის მხრივ ამ დროს
ხშირად აღწერენ პარკინსონიზმის სურათს.

ჰავა და ზოგიერთი ფიზიკური ფაქტორი. ეგზოგენურ მიზეზებს
ეკუთვნის აგრეთვე ჰავა, კოსმოსური, ბარომეტრული და მეტეორო-
ლოგიური თავისებურებანი.

ზოგი დაკვირვების თანახმად, ფსიქოზის კლინიკურ სურათზე,
მიმდინარეობასა და ფორმების სიხშირეზე თითქოს გავლენას ახდენს
გეოგრაფიული და წელიწადის დროების ფაქტორები. საკითხი უკანას-
კნელი ორი ფაქტორის დამოუკიდებელი მნიშვნელობის შესახებ
უნდა მოიხსნას, ვინაიდან ისინი არსებითად განისაზღვრება იმავე ჰა-
ვის პირობების სხვადასხვაობით.

ჰავის განხილვისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ მრავალი სხვა-
დასხვა ფაქტორი, ტემპერატურის ცვალებადობა, მისი მაქსიმუმი და
მინიმუმი, საშუალო წლიური ტემპერატურა, ადგილის სიმაღლე ზღვის
დონიდან, ბარომეტრული წნევის პირობები და სხვ.

თუ რა გავლენას ახდენს ზემოაღნიშნული მომენტები ფსიქოზის
სიხშირეზე და კლინიკურ სურათზე, ჯერ ზუსტად არ არის გამოკვლე-
ული. ამ საკითხის შესახებ არსებული მასალები სრულიად მოუწესრი-
გებელი და ხშირად ერთმანეთის საპირისპიროა. ერთი კი ცხადია, რომ
ჰავას შეუძლია შეცვალოს სიმპტომთა სიმკაცრე, კლინიკური ნიუან-
სები, მაგრამ ვერ წარმოქმნის ფსიქოზების ახალ ნიშნებს და მათ ვერ
გარდაქმნის.

მრავალი ავადმყოფობა, რომლებსაც ავტორები მიაწერენ ჰავის
გავლენას, არსებითად ძლიერ ნაკლებადაა დამოკიდებული ფიზიკურ
მომენტებზე და უფრო სოციალური და ეკონომიური პირობებით გა-
ნისაზღვრება, მაგალითად, ე. წ. ალკოჰოლური ფსიქოზები.

ზოგიერთი ავტორი ალკოჰოლიზმის გავრცელებას მოსახლეობაში
და ამის შედეგად ალკოჰოლური ფსიქოზების სიხშირეს ხსნის ჰავე-
სა და ტემპერატურის თავისებურებებით. მათი აზრით, ალკოჰოლური
სენი გავრცელებულია უფრო ცივ, ვიდრე თბილ ქვეყნებში. ჩვენთვის
ადვილი გასაგებია ალკოჰოლიზმის ახსნის უმართებულობა მხოლოდ
ბიოლოგიური მიზეზებით; ალკოჰოლიზმი თავისი ძირითადი მიზეზე-
ბით სოციალური დაავადებაა.

ჰავისა და ფიზიკური ფაქტორების განხილვისას საინტერესოა მოკ-
ლედ შევჩერდეთ შემდეგ ფაქტორზე მასალაზე: სამხრეთ ქვეყნებში
უფრო ხშირია აგზნებული მდგომარეობა, ვიდრე ჩრდილოეთისაში
(გილიაროესკი, ოსიპოვი). სამხრეთ ქვეყნებში საკმაოდ ხშირია აგ-

რეთვე მზის დაკვრის, ე. წ. ინსოლაციის შემთხვევები, რაც განსაკუთრებით სახიფათოა მსუქნებისა და არტერიოსკლეროზით შეპყრობილ პირთათვის. ამ დროს ადამიანი ძლიერ აგზნებულია და კარგავს გარემოში გარკვევის უნარს.

ატმოსფერული წნევის ცვალებადობა, ქარები და გადაპარბებული ტენიანობა იწვევს გუნება-განწყობის დაქვეითებას და თავის ტიპიკლსაც.

დეპრესიის, ანუ ბოლმიანი მდგომარეობის შეტევები ხშირია შემოდგომაზე. მანიაკალური აგზნება — გაზაფხულზე.

გაზაფხულსა და ზაფხულში სულით ავადმყოფები უფრო აგზნებული არიან, უფრო ხშირად ხედებიან ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, ვიდრე სხვა დროს.

წლის სხვადასხვა პერიოდში გულყრის სიხშირის მხრივ ეპილეფსიის შემთხვევები შეიძლება სხვადასხვა ფორმად დაყვით, მაგალითად შემოდგომისა და გაზაფხულის ფორმები და სხვ. (ე. წ. სეზონური ეპილეფსია).

სულით ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე გავლენას ახდენს აგრეთვე დღე-ღამის ცვალებადობა. ზოგიერთი ავადმყოფობა მძიმედ და მწვავედ მიმდინარეობს დღით (კონსტიტუციური დეპრესიები), ზოგიერთი, პირიქით, საღამოს (ბოლდვითი პალუკინაციური მდგომარეობა და ამენციური — ორიენტაციის დახშობის მდგომარეობა).

ეპილეფსიის ზოგ შემთხვევაში გულყრა ხშირდება დღისით, ზოგჯერ — ღამით (ეპილეფსიის დღისა და ღამის ფორმა).

ფსიქიკური მიზეზები: ფსიქიკური ტრავმა, ფსიქოგენური და იატროგენული დაავადებანი. ფსიქიკური ინდუქცია. ფსიქიკურ მომენტებს გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ფსიქოზთა ეტიოლოგიაში. კორსაკოვი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ფსიქიკურ მიზეზს, რომელიც ან თვითონ იწვევს ფსიქოზს ან ბიძგის მსგავსად ხელს უწყობს უკვე არსებული სულით ავადმყოფობის გამოვლინებას.

სულით ავადმყოფობის შემთხვევებში, როგორც წესი, ირგვლივ მყოფნი, ჩვეულებრივ, აღნიშნავენ ავადმყოფის ძლიერ ფსიქიკურ განცდას, ე. წ. ფსიქიკურ ტრავმას.

საკვიროა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში გამორკვეული იყოს, ჰქონდა თუ არა ავადმყოფს მძლავრი ფსიქიკური განცდა? შეეძლო თუ არა ამ განცდას გამოეყვანა ადამიანი ფსიქიკური წონასწორობიდან? რამდენადაა უშუალოდ დაკავშირებული ფსიქიკური განცდა ფსიქოზთან და მის კლინიკურ სურათთან?

შეიძლება მძლავრი ფსიქიკური განცდის შედეგად უშუალოდ, იმავე წუთს არ განვითარდეს ფსიქოზი; ფაქტობრივად ეს ხდება ძლიერ იშვიათად. ტრავმული განცდისა და ფსიქოზის განვითარების გამოაშ-

კარაგებას შორის გარკვეული დრო გადის, რომელიც ფსიქოზის ე. წ. ორგანიზაციის პერიოდია, როცა ფსიქოზი თანდათანობით ვითარდება (ფსიქოზის „მოცოხნის“ პერიოდი, ჟანეთი).

თუ ფსიქოზი ნამდვილად განვითარდა ტრავმული განცდის შედეგად, ასეთ შემთხვევაში გამოიწვევს ფსიქიკურ მიზეზსა და ფსიქოზის კლინიკურ სურათს შორის უნდა იყოს გასაგები ფსიქოლოგიური კავშირი; ფსიქიკური ტრავმა თავისებურად ჩაქსოვილი უნდა იყოს ფსიქოზის მთლიან სურათში.

ავადმყოფთა მახლობლები ძლიერ ხშირად უკავშირებენ ფსიქოზს რომანული ხასიათის ემოციურ ძვრებს, „შეყვარებას“. ამ საკითხს განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა შევხვით, ვინაიდან ასევე ხშირად რომანული ხასიათის ტრავმული განცდები გამოიწვევი მიზეზი კი არ არის, არამედ უკვე გარკვეული სულით ავადმყოფობის ნაადრევი სიმპტომია. საკითხის საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ შემთხვევას თბილისის ფსიქიატრიის კლინიკიდან: ავადმყოფს შეუყვარდა უცნობი ქალი, რომლის სურათი მან დაინახა ფოტოგრაფთან გამოფენილ სურათებს შორის. ავადმყოფმა მოახერხა ფოტოგრაფისგან სურათის ყიდვა და ამ ქალის საძებნელად დაიწყო თბილისის ქუჩებში სიარული, რაც ორ-სამ თვეს გაგრძელდა. ბოლოს მან ნახა ეს ქალი. ამ დროისათვის ავადმყოფს დაეწყო ბოდვა, მისი ყოფნა სახლში აუტანელი გახდა და იგი ფსიქიატრიულ კლინიკაში მოათავსეს.

ანამუნების შეკრებით გამოირკვა, რომ უკვე სამი თვეა, რაც ავადმყოფს ემჩნეოდა რაღაც უცნაურობა, იგი მოწყდა ყოველგვარ საქმიანობას. მშობლებისათვის ავადმყოფის მდგომარეობა სრულიად გაუგებარი იყო, მაგრამ მათ შვილის სულით ავადმყოფობაში ეჭვი მაინც არ ეპარებოდათ.

ამრიგად, ამ შემთხვევაში შეყვარება პათოლოგიური იყო, ხოლო ქალის დაყენებით ძებნა და ბოლოს მისი მონახვა — ავადმყოფური ხასიათის.

ფსიქიკური ტრავმით გამოწვეული, ანუ ფსიქოგენური სულით ავადმყოფობა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ორი ჯგუფის სახით: კონსტიტუციურ-რეაქტიული ფსიქოზები (ამ შემთხვევაში ფსიქიკური განცდა მხოლოდ ამჟღავნებს არსებულ ავადმყოფობას) და სუფთა რეაქტიული ფსიქოზები. უკანასკნელ შემთხვევაში ფსიქიკური ტრავმა ავადმყოფობის უშუალო გამოიწვევი ფაქტორია. მიუხედავად ამისა, სუფთა ფსიქოგენურ შემთხვევებში საჭიროა პიროვნების მზადყოფნის გათვალისწინებაც. ტრავმული ფსიქოზის ორგანიზაციისთვის საჭიროა არა მარტო გარეგანი, პიროვნების შემრყევი ფსიქიკური განცდები, არამედ შესატყვისი ნიადაგიც.

ტრავმული ფსიქიკური განცდები განსაკუთრებულ მნიშვნელობას

ღებულობს ბავშვთა ასაკში, რადგან ბავშვების ფსიქიკური სფერო უფრო მგრძობიარე და ლაბილურია. ისინი უფრო ცოცხლად, მეტი სიმწვავით პასუხობენ ყველა გამაღიზიანებელ მომენტს.

ფსიქიკური ტრავმის ხასიათს ღებულობს უარყოფითი, მძლავრი უსიამო განცდები (მაგალითად, ძლიერი შიში, განცდები მიწის ძვრის ან სხვა რაიმე კატასტროფის დროს). სასიამოვნო, ანუ დადებითი განცდა არასდროს ხდება ტრავმული ხასიათის.

როგორც წესი, ფსიქიკური ტრავმა არყვევს პიროვნებას და იწვევს დიდ ძვრებს არა მარტო მის სულიერ ცხოვრებაში, არამედ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის სომატურ-მხარეზეც. უსიამო განცდები იწვევს უმადობას, უძილობასა და სივამბდრეს. ცუდი ამბის გამო ქართული ხალხური გამოთქმა „მუხლი მომკვეთაო“ იმის მაჩვენებელია, რომ უსიამო განცდას შეუძლია ორგანიზმში გამოიწვიოს მძლავრი ფიზიოლოგიური, სომატურ-ვეგეტატიური ძვრები: ადამიანს მუხლი მოეკვეთება და დაეცემა.

მყარი და ღონიერი ფსიქიკური აპარატის მქონე და მორალურად ძლიერი პირები ფსიქიკურ ტრავმაზე იშვიათად ავლენენ ავადმყოფურ რეაქციას. სუსტი ფსიქონეროლოგიური სისტემის მქონე პირები ტრავმულ განცდაზე იბნევიან, მათი ქერქი აქტიური მუშაობის ნაცვლად განიცდის განფენილ შეკავშირებას, რასაც მოსდევს ქერქქვეშა ფუნქციების ამოქმედება.

არის შემთხვევები, როდესაც შიში იწვევს პიროვნების უფრო მეტ დაბნევას და ქერქის თითქმის მთლიან შეკაებას, ამის შედეგად ავადმყოფის ფსიქონერული სფერო სრულიად ყუჩდება (სტუპორი).

რეაქციების შესწავლისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ პიროვნების ზოგადი განვითარება და მისი მომწიფების საფეხური. ბავშვები, აგრეთვე სრულასაკოვანი ფსიქიკური ინფანტილიზმის შემთხვევაში ავლენენ სულ სხვა რეაქციებს როგორც შინაარსის, ისე მიმდინარეობის მხრივ. ბავშვს ახასიათებს ცნობიერების ფიზიოლოგიური სივიწროვე, ამასთან ერთად, იგი ემოციებს თავის ფსიქიკაში ცხრილის მსგავსად ატარებს; მისი ფსიქიკური ტევადობა (შევაღვევის ტერმინოლოგიით) მცირეა. ბავშვები ადვილად განიცვირთებიან ხოლმე ემოციებიდან, მაგრამ ამას მოსდევს ბავშვურ რეაქციათა ნაკლები ავთვიანობა. შენიშნულია აგრეთვე, რომ ოლიგოფრენიკთა რეაქციებში ცხადად გამოსკვივის ფსიქიკური აქტივობის უქმარისობა.

ფსიქოლოგიური რეაქციების ცნება გამოკვეთილი არ არის და ამ მხრივ არსებობს სულ სხვადასხვა მნიშვნელობისა და აზრის მრავალი ტერმინი, მაგალითად, ლაპარაკობენ „ფსიქოგენურ ავადმყოფობაზე“, „ფსიქოგენურ რეაქციებზე“, „ფსიქოგენურ მდგომარეობაზე“, „ფსი-

ქოგენურ ავადმყოფურ ფორმებზე“, „სიტუაციურ ფსიქოზზე“ და „სიტუაციურ რეაქციებზე“.

ექიმის ავტორიტეტს, ავადმყოფთა ნდობას მკურნალისადმი დიდი მნიშვნელობა აქვს ყოველი თერაპიული ღონისძიების გატარებისას, მით უფრო ფსიქოგენურ აშლილობათა დროს.

არის შემთხვევები, როდესაც ექიმი ესაუბრება ავადმყოფს მოუფიქრებლად, უპასუხისმგებლოდ, წინდაუხედავად, უცხადებს, რომ მას აქვს „მოიკარდიტი“, „გულის მანკი“, „განფენილი სკლეროზი“, „კიბო“ და სხვ. სუსტი ფსიქონერვული სისტემის მქონე ადამიანი გულგრილი არ რჩება ექიმის ნათქვამისადმი. იგი, მკურნალის ტერმინოლოგიის თანახმად, თავს აცხადებს მძიმე სომატურ ავადმყოფად და განკურნების ნაცვლად მას უვითარდება ახალი ავადმყოფობა, რომელიც შექმნილია მკურნალის მიერ. ეს დაავადება ცნობილია იატროგენული (ანუ ექიმის მიერ გამოწვეული) ავადმყოფობის სახელწოდებით.

ფსიქიკური მიზეზების განხილვისას საჭიროა აღვნიშნოთ ე. წ. ფსიქიკური ინფექციის (ანუ ფსიქიკური ინფექციის) შემთხვევები. „ფსიქიკური ინფექცია“ განსაკუთრებით უვითარდება ისეთ პირებს, რომელთაც გამოხატული აქვთ გადაჭარბებული შთაგონებადობა. ცნობილია ე. წ. ფსიქიკური ეპიდემიები, როდესაც ბოძვა ან სულთ ავადმყოფობის სხვა ნიშნები ირგვლივ მყოფებზეც ვრცელდება.

ფსიქიკური ინფექციები და ეპიდემიები მოსახლეობის დაბალი კულტურული დონის შედეგია.

ენდოგენური მიზეზები: ზოგადი და ინდივიდუალური წინაგანწყობა (ზოგადი წინაგანწყობა: ასაკის, სქესისა და ეროვნების მნიშვნელობა). ასაკის როლისა და მნიშვნელობის გამორკვევა მეტად ძნელია. ერთი შეიძლება ეთქვას გადაჭრით, რომ ასაკი თავისებურ დასასვამს ფსიქიკურ ავადმყოფობას.

ფსიქოზის წარმოქმნაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ე. წ. კრიტიკულ პერიოდს, როდესაც ადამიანის ორგანიზმი ღრმა ფიზიოლოგიურ და ფსიქიკურ ძვრებს განიცდის.

კრიტიკული ასაკის განხილვისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ პუბერტალური, ანუ მომწიფების და ინვოლუციური, ანუ უკუგანვითარების პერიოდებს.

ცნობილია, რომ ბავშვებს ინფექციებისა და ინტოქსიკაციების დროს უფრო ადვილად უვითარდებათ ბოძვითი პროდუქციები, ვიდრე მოზრდილებს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, თითქოს ბავშვის ორგანიზმი და კერძოდ მისი ნერვული სისტემა უმწეო, თავდაცვის უნარმოკლებულ მდგომარეობაში იყოს. პირიქით, ბავშვის ორგანიზმს გამოხა-

ტული აღდგენის, რეგენერაციის ძლიერი თვისებები აქვს, ამიტომ იგი შედარებით უფრო ადვილად გამოდის მძიმე მდგომარეობიდან.

ბავშვთა სპეციალური ფსიქოზები, ე. ი. ფსიქოზთა ისეთი ფორმები, რომლებიც არ გვხვდება მოზრდილთა შორის, არ არსებობს. ბავშვთა ასაკისათვის დამახასიათებელია ე. წ. გონებრივი ჩამორჩენილობის (ოლიგოფრენიების) სხვადასხვა ფორმა. არ არსებობს აგრეთვე სპეციალური პუბერტალური ფსიქოზები; სქესობრივი მომწიფება მხოლოდ ხელს უწყობს სხვადასხვა ფორმის გამოაშკარავებას.

არსებული სტატისტიკური დაკვირვებანი ასაკისა და ფსიქოზის ფორმების ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ ძველ მასალაზეა აგებული და არ ითვალისწინებს ისეთ მთავარ ფაქტორს, როგორცაა სოციალური მომენტები, ამიტომ სავსებით მოძველებული და გამოუსადეგარია ჩვენი დროისათვის.

ზოგადად შეიძლება აღენიშნოთ, რომ ზოგიერთი კლინიკური ფორმა უფრო ხშირად გვხვდება განსაზღვრულ ასაკში. ამ მხრივ საყურადღებოა შემდეგი ცნობები: ნაადრევი ჰქუასუსტობა, ანუ შიზოფრენია ვითარდება 16—25 წლის ასაკში, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის პირველი შეტევა შესაძლებელია განვითარდეს 16—17 წლის ასაკში, ხოლო ფსიქოზი უფრო ხშირად — 20-დან 40 წლამდე. პროგრესული პარალიზი, ანუ სწრაფმავალი დამბლა ვითარდება 35—45 წლის ასაკში; 40 წლიდან ვითარდება ინვოლუციური ფსიქოზი, 50—55 წლის შემდეგ — არტერიოსკლეროზული და პრესენილური ფსიქოზები, ხოლო 55—60 წლებში — სენილური, ანუ მოხუცთა ფსიქოზი.

სქესთან დაკავშირებითაც ურთიერთგადახლართულია ფიზიოლოგიური და სოციალური მომენტები. ამ საკითხის შესახებ არსებული სტატისტიკური დაკვირვებანი სოციალური ფაქტორების გაუთვალისწინებლად ჩვენთვის სრულიად მიუღებელია.

ძირითადად მამაკაცებსა და ქალებს შორის სულით ავადმყოფობის შემთხვევები ერთი და იმავე პროცენტითაა.

ცნობილია სპეციფიკური ფსიქოზების შემთხვევები მენტრუაციის, ორსულობის, კლიმაქსისა და ლაქტაციის დროს. შიზოფრენიის სიხშირე ორივე სქესში თანაბარია.

ეროვნების ფაქტორს არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს ფსიქოზთა განვითარებაში, ამიტომ ცალკეული ეროვნებისათვის დამახასიათებელი რაიმე ფსიქოზები სრულიად წარმოუდგენელია და ამ მხრივ არსებული მასალები ცრუმეცნიერული ხასიათისაა.

ინდივიდუალური წინაგანწყობა: მემკვიდრეობა და კონსტიტუცია. ინდივიდუალურ მიზეზთა შორის ერთ-ერთი მთავარი ადგილი მემკვიდრეობას ეკუთვნის.

პათოლოგიურ მემკვიდრეობას ხშირად მიაწერენ ისეთ სნეულე-ბებს, რომლებიც ვითარდება ნაყოფის (ჩანასახის) დაზიანების ან გარ-თულებული მშობიარობის შედეგად. ასეთი აზრი სწორი არ არის. მემკვიდრეობით ნიშნებად უნდა ვაღიაროთ მხოლოდ შთამომავლო-ბით გადმოსული თვისებები. ერთი ცხადია, რომ მემკვიდრეობითი ფაქ-ტორი ფსიქიკურ ავადმყოფობათა ყველა შემთხვევაში თანაბარი მნიშ-ვნელობის არ არის. სულით ავადმყოფობა სხვადასხვა უარყოფითი მომენტის ურთიერთშეხვედრისა და შეჯამების შედეგია. ეტიოლოგია-ში მნიშვნელოვანია როგორც ეგზოგენია, ისე ენდოგენია.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მემკვიდრეობა საბედისწერო აუცილებ-ლობა, ბიოლოგიური ფაქტუმი არ არის, მისი გამოვლინებისათვის საჭიროა ხელშემწყობი გარე პირობები.

დღემდე არსებული მასალები ფსიქოზთა მემკვიდრეობის შესახებ ეყრდნობოდა ვეისმან-მენდელ-მორგანის მიერ შემუშავებულ თეო-რიას მემკვიდრეობითი ნიშნების უცვლელობაზე. ეს მასალები ცრუ-მეცნიერულია. ამ მოძღვრების თანახმად, მემკვიდრეობითი ნივ-თიერება თითქოსდა უკვდავია და სასიცოცხლო პირობები ვერასდროს ვერ შეცვლის მას.

სრულად საწინააღმდეგო პოზიციებზე დგას შემოქმედებითი დარვინიზმის ფუძემდებელი, რუსი ბიოლოგი მიჩურინი. მან დაამტკი-ცა, რომ მემკვიდრეობა აუცილებელი გარდუვალობა არ არის, რომ გარემო ზემოქმედებს და ცვლის მემკვიდრეობის შემდგომ განვითარე-ბას. მიჩურინის თანახმად, საჭიროა არა მარტო ავსხნათ მეცნარეთა და ცხოველთა სამყარო, არამედ კიდევ ვმართოთ და გარდავექმნათ იგი ადამიანთა საჭიროების შესაბამისად.

მედიცინის წინსვლასთან ერთად ვითარდება აგრეთვე მოძღვრება კონსტიტუციის შესახებ, რომელზეც შეიქმნა უამრავი ლიტერატურა სხვადასხვა შეხედულებით.

ავტორები კონსტიტუციის შესწავლას სხვადასხვაგვარად უდ-გებიან, რაც კმნის შეუთანხმებლობასა და ერთგვარ წინააღმდეგობას თვით ცნების განმარტებაში. არჩევენ ზოგად, ანუ მთლიან და პარცია-ლურ, ანუ ნაწილობრივ კონსტიტუციას, გამოყოფენ აგრეთვე ანატო-მიურ, ანუ მორფოლოგიურ და ფუნქციურ, ანუ ფიზიოლოგიურ კონ-სტიტუციას; მაგრამ უკანასკნელი ორი ათეული წლის განმავლობაში განსაკუთრებით ბევრს წერენ ფსიქიკური კონსტიტუციის შესახებ.

კონსტიტუციის ცნება ფსიქიატრიაში შემოტანილია ზოგადი მედი-ცინიდან და ბიოლოგიიდან.

ადამიანის კონსტიტუცია არ განისაზღვრება მხოლოდ და მხოლოდ მემკვიდრეობითი ან თანდაყოლილი თვისებებით. ადამიანის ცხოვრე-ბის მანძილზე შესაძლებელია ამა თუ იმ ფარგლებში შეიცვალოს

ინფექციების ხასიათი ინსტოქსიკაციების, ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმების ზეგავლენის გამო.

გილიაროვსკის სრულიად დასაშვებად მიაჩნია შექმნილი კონსტიტუციის არსებობა. უფრო მეტიც, მისი აზრით, ცხოვრების ყოველ პერიოდს შეესაბამება თავისებური კონსტიტუცია, ამიტომ ავტორი გამოყოფს ასაკის კონსტიტუციას და მის კერძო სახეს — ბავშვთა კონსტიტუციას.

ფსიქოზთა დიაგნოზის გამორკვევისას საჭირო სომატური და ფსიქიკური კონსტიტუციების, ყოველი ფიზიკური და ფსიქიკური ნიშნის გათვალისწინება, მაგრამ მათ არა აქვთ აბსოლუტურად პათოგნომონური სიმპტომის მნიშვნელობა.

ფსიქიატრი კრეჩმერი არ არის მართალი, როდესაც ფსიქოზებს (შიზოფრენია, ციკლოფრენია) მიიჩნევს ნორმალური ფსიქიკური ხაზების განსაკუთრებულ გამწვავება-გამკაცრებად, როდესაც იგი ავლებს მკვეთრ ზღვარს ჯანმრთელ და ავადმყოფურ მდგომარეობათა შორის და კონსტიტუციას ადამიანისათვის საბედისწერო აუცილებელ ფაქტორად აცხადებს.

ავადმყოფობის დროს წარმოიქმნება სპეციფიკური თვისებები და ახალი კანონზომიერება.

კრეჩმერის მოძღვრებაში კონსტიტუციის შესახებ დაშვებული შეცდომა ჩვენთვის სრულიად მიუღებელია, რადგან ეს არის ფსიქიკური ცხოვრების ბიოლოგიზაცია. სხეულნაგებობისა და ფსიქიკის შორის ყოვლად წარმოდგენელია პირდაპირი კავშირი. ამაში მონაწილეობს სხვადასხვა საშუალო რგოლი, მაგალითად, ენდოკრინულ-ვეგეტატიური აპარატი, ფსიქომოტორული სფერო და სხვ. ამასთან ერთად, ჩვენი მოქმედება განისაზღვრება გარე წრით, სოციალური ფაქტორებით და არა სხეულნაგებობით ან სხვა რაიმე ბიოლოგიური ნიშნით.

მოძღვრება კონსტიტუციაზე სწორად და ამომწურავად დადგინდა პავლოვის იდეების მეოხებით. პავლოვის მიერ გამოყოფილი ცენტრალური ნერვული სისტემის ტიპები აშუქებს კონსტიტუციის, ანუ წინაგანაწყობის საკითხებს.

51

შინაგან ორგანოთა დაავადება

შინაგან ორგანოთა დაავადების ნიადაგზე შესაძლებელია განვიხილოდეს ფსიქიკური აშლილობა. ამ ფაქტორს ზოგი ავტორი მიიჩნევს ეგზოგენურ მიზეზად, ვინაიდან ის ნერვული სისტემისათვის ტკივნა გარეშე მდგარი, ე. წ. ეგზოცერებრული პროცესია.

შინაგან ორგანოთა (შიდაეკრეცეული ჯირკვლები, გული, ღვიძლი, თირკმლები, ფილტვები და სხვ.) დაავადება ან ცვლის კვების

პირობებს ან არღვევს ორგანოთა შორის არსებულ წონასწორობას, ანდა ორგანიზმის მთლიან ინტოქსიკაციას იწვევს.

ფსიქოზების დროს შესაძლებელია აღინიშნებოდეს შინაგანი ორგანოების დაავადება, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ამ ორ პროცესს (ფსიქიკურ და სომატურ ავადმყოფობას) შორის მუდამ მჭიდრო პათოგენეზური კავშირია. ამ შემთხვევაში გამომწვევ მიზეზთა და კლანიკურ სურათებს შორის შეიძლება სხვადასხვა ურთიერთდამოკიდებულება იყოს.

ფსიქიატრიის კლანიკაში ცნობილია მასალები, როდესაც ერთი და იგივე მიზეზი საფუძვლად უდევს როგორც ფსიქიკურ, ისე სომატურ ავადმყოფობას, მაგალითად, ქრონიკული ალკოჰოლიზმი იწვევს როგორც ორგანულ დაავადებას (პოლინევრიტს), ისე სულიერ აშლილობას, სახელობრ, კორსაკოვის მიერ აღწერილ ალკოჰოლურ ფსიქოზს.

შესაძლებელია სომატური და ფსიქიკური ავადმყოფობა მიმდინარეობდეს პარალელურად და მათ შორის არ იყოს მიზეზობრივი კავშირი. ჩვენთვის განსაკუთრებით საინტერესოა ისეთი შემთხვევები, როდესაც ფსიქოზი და სომატური ავადმყოფობა პათოგენეზურად ურთიერთკავშირშია.

ცნობილია ფაქტები, როდესაც ფსიქიკური დაავადება იწვევს სომატურ ძვრებს, მაგალითად, ღრმა ბოღმას (დეპრესიას) ხშირად სდევს უძილობა და საერთო სიგამხდრე. ფსიქიატრიის კლანიკაში ცნობილია მრავალი ისეთი შემთხვევა, როდესაც სომატური ავადმყოფობა ფსიქოზს იწვევს.

ყველა ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია სომატურ დაავადებათა ეგზოცერებრულ გავლენასთან, სიმპტომური ფსიქოზია.

შესაძლებელია სომატურმა ავადმყოფობამ მკურნალობით ზეგავლენა მოახდინოს თვით ფსიქოზზე, მაგალითად, ცნობილია, რომ პროგრესული პარალიზის დროს ყველაზე კარგი სამკურნალო საშუალებაა მალარიათერაპია, რომ ტიფები ხშირად იწვევს რემისიებს შიზოფრენიის მიმდინარეობაში და სხვ.

სიმპტომური ფსიქოზები შესაძლებელია წარმოიქმნას აგრეთვე ხელოვნური მოწამვლისას. ამ მხრივ ძლიერ საყურადღებოა მასალები ფსიქოზთა ექსპერიმენტული თერაპიის დარგიდან, მაგალითისათვის შეიძლება შეეჩერდეთ ე. წ. ინსულინთერაპიაზე.

აღწერილია ჰიპოგლიკემიური ფსიქოზების შემთხვევები, მეორე მხრივ, იგივე ექსპერიმენტული ჰიპოგლიკემია. ინსულინთერაპია კარგ შედეგს გვაძლევს მეტად მძიმე ავადმყოფობის — შიზოფრენიის მკურნალობის დროს.

სიმპტომური ფსიქოზები განიხილება, როგორც პათოლოგიური რე-

აქციები სომატურ ავადმყოფობაზე. ეს ფსიქოზური რეაქციები ცნობილია „ეგზოგენური ტიპის“ სახელწოდებით.

ენდოგენური მოწამვლა, ანუ აუტონტოქსიკაცია უმთავრესად გამოწვეულია შიდასეკრეციის ჯირკვალთა დისფუნქციით.

ცნობილია, რომ შიდასეკრეციის ჯირკვლები, ანუ ენდოკრინული სისტემა მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ზეგავლენას ახდენს ნერვულ და ფსიქონერვულ ფუნქციებზე.

ზოგიერთ ფსიქოზს ავტორები მთლიანად მიაწერენ ენდოკრინული აპარატის აშლას, მაგალითად, ოსიპოვი ნადრევე ჰუუსუსტობას, ანუ შიზოფრენიას მიიჩნევს მრავალჯირკვლოვან, ანუ პლურიგანდულარულ ფსიქოზად.

ფარისებრი ჯირკვლის აწეული ფუნქციის დროს აღინიშნება გადაჭარბებული ემოციურობა, აგზნებადობა (ჰიპერთირეოიდიზმი), პირიქით, დაწეული ფუნქციის დროს ავადმყოფები აპათიური და მოღუნებული არიან. ფსიქიკურ ტონუსზე გავლენას ახდენს აგრეთვე სასქესო ჯირკვალთა ჰორმონები.

საკითხი იმის შესახებ, არის თუ არა შიდასეკრეციის აპარატის დისფუნქციით გამოწვეული სულიერი აშლილობა დამოუკიდებელი ფსიქოზი, საკამათოა და ამის შესახებ ერთი აზრი ჯერ კიდევ არ არის. მაგალითად, ზოგი ავტორის აზრით, ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქციით გამოწვეული ფსიქოზური მოვლენები დამოუკიდებელი ფსიქოზებია ბაზედოვიზმის ფსიქოზის სახით, ზოგნი კი სრულიად საპირისპირო პოზიციებზე დგანან და ძირითად მიზეზად მიიჩნევენ ადამიანის ფსიქოპათიურ განწყობილებას, ხოლო ბაზედოვიზმს მიაწერენ მეორად, ანუ სპაროვოკაციო ფაქტორის როლს. ამ ავტორთა აზრით, ბაზედოვიზმი არაფერს ახალს არა ქმნის, იგი მხოლოდ ამჟღავნებს პიროვნების ძირითად ხაზებს.

თირკმელზედა ჯირკვალთა დისფუნქციამ შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე ნევროფსიქიკური აშლილობა, მაგალითად, ე. წ. აღისონის დავადების დროს ავადმყოფები დამწუხარებულნი არიან, არცთუ იშვიათად ავლენენ ფსიქოზის გაშლილ სურათს.

ექსპერიმენტული შრომებით დამტკიცებულია, რომ შიშის გამო მძლავრი განცდების შემთხვევაში აღინიშნება თირკმელზედა ჯირკვალთა ჰიპერფუნქცია, რის გამოც გადაჭარბებულად გამოიმუშავდება ადრენალინი. დანარჩენი ჯირკვლები, მაგალითად, თიმუსი, ეპიფიზი და თირკმელზედა ჯირკვალთა ქერქოვანი ნივთიერება ზეგავლენას ახდენს უმთავრესად ნერვული სისტემის ვეგეტატიურ ფუნქციებზე და მათი დისფუნქცია იწვევს ნორმალური განვითარების გაუკუმშვარებლას.

შინაგან ორგანოთა დაავადება არ იწვევს დამოუკიდებელ ფსიქოზთა ფორმებს. ამა თუ იმ ორგანოთი გამოწვეული ბიოლოგიურა ძვრება

ხელს უწყობს პიროვნების ძირითადი ხაზების ავადმყოფურ გამკაცრებას, ან შეიძლება შექმნას სიმპტომური ხასიათის (ე. ი. არასპეციფიკური) ფსიქოზური მდგომარეობა. აღწერილია გულის დეკომპენსაციის შემთხვევები, რომლის დროს ავადმყოფს განვითარებია შიში, მოუსვენრობა, შფოთვა.

ზშირად ფსიქიკურ მოვლენებს იწვევს კუჭ-ნაწლავთა ტრაქტის დაავადება, მაგალითად, მძიმე და ხანგრძლივი შეკრულობა, რომლის დროს აღინიშნება ორგანიზმის მოწამელა ტოქსინებით. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც კუჭ-ნაწლავთა ტოქსემიას გამოუწვევია პოლინევიტიული ფსიქოზი.

შიზოფრენიის პათოგენეზში ზოგიერთი ავტორი დიდ როლს მიაწერს კუჭ-ნაწლავთა ტრაქტიდან მომდინარე ტოქსინებს.

ღვიძლის დაავადებას ყოველვის დიდ ყურადღებას უთმობდნენ ფსიქოზთა განვითარებაში. იგი ბარიერის ფუნქციას ასრულებს და ორგანიზმში შეშავალ სისხლს ათავისუფლებს (ანეიტრალებს) მომშხამავი ნივთიერებებისაგან, აქედან გასაგებია, რომ ღვიძლის პათოლოგიას და მის პირველად აშლას მოჰყვება სხეულის ზოგადი მოწამელა. ღვიძლის როლი უფრო ცხადი გახდება, თუ გავიხსენებთ, რომ ღვიძლისა და ქერქვეშა კვანძთა პათოლოგიას შორის მჭიდრო კავშირია, მაგალითად, სტრიალური სისტემის დაავადების დროს ღვიძლის დაავადებთან ერთად ნეოსტრიალურ უბანში აღინიშნება ნერვულ უჯრედთა გადაკვარება.

თირკმლების დაავადება სულიერ აშლას იწვევს ურემიის დროს. ურემიული ფსიქოზების შემთხვევაში ავადმყოფები გაბრუებული არიან, ბოლდითი აზრები აქვთ და ხანდახან აღენიშნებათ აგზნება და ეპილექსიისმაგვარი კრუნჩხვითი გულყრა.

საკიროა გავიხსენოთ, რომ ნივთიერებათა ცვლის დაავადებანი (ნიკრისი, დიაბეტი, სისხლნაკლებობის უმძიმესი ფორმები, ლეიკემია, რაქიტი, ბავშვთა სპაზმოფილია და სხვ.) ზშირად ქმნის ფსიქოზურ მდგომარეობას, ვინაიდან ამ დროს ორგანიზმში გროვდება მომშხამავი ნივთიერებანი და ამის ნიადაგზე იწყება ნერვული სისტემის მოწამელა.

5-14.

ინფივიდალურ-ფიზიოლოგიურ მდგომარეობათა მნიშვნელობა
(თვიური, ორსულობა; მშობიარობა და ძუძუს წოვება)

თვიური, ორსულობა, მშობიარობა და ძუძუს წოვება ორგანიზმში იწვევს დიდ ძვრებს, მაგრამ როგორც ფიზიოლოგიური პროცესები არ იწვევს ფსიქიკურ ფუნქციათა გაუქმდმარებებს (პათოლოგიას).

თვიური არ იწვევს კლინიკურად შემოფარგლულ და დამოუკიდებელ ფსიქოზს: ამ დროს ზოგჯერ აღნიშნავენ შიშს და ორიენტაციის

დაკარგვას. იგი მხოლოდ ხელს უწყობს ენდოგენური, ფსიქოპათოლო-
გიური ხაზების გამკაცრებასა და ავადმყოფურ გაუქუღმართებას. აღ-
წერილია შემთხვევები, როდესაც თვიურის პირველ მოსვლაზე, ე. ი.
ქალის სქესობრივი მომწიფების პერიოდში განვითარებულა სულიერი
აშლილობა, მაგრამ მას ერთგზისი შეტევის ხასიათი ჰქონია.

ნამდვილა მენტრუაციული, ანუ ოვულაციური ფსიქოზების დროს
სულიერ აშლილობას აქვს პერიოდული (სასტემატური შეტევების)
ხასიათი, რომელიც თვიურს ყოველთვის თან სდევს.

აღწერილია ავადმყოფობანი, მაგალითად, მანიაკალურ-დებრესიუ-
ლი ფსიქოზი, შიზოფრენია, ბნედა, ნევროზული და ფსიქოგენური
რეაქციები, რომელთა დასაწყისიც უფარდდება თვიურის პირველ მოს-
ვლას.

მენტრუაციული ფსიქოზი, ჩვეულებრივ, ხანმოკლეა და შესაძლე-
ბელია განვითარდეს როგორც თვიურის დასაწყისში, ისე მისი მიმდინ-
ნარეობის ან ჩათავების დროს.

აღწერილია სულით დაავადების ფორმები, როდესაც თვიური შეწყ-
ვეტილა ამ ავადმყოფობის დაწყებამდე; როგორც ვხედავთ, ასეთ შემ-
თხვევაში თვიურის სრული შეწყვეტა ან გაუქუღმართება ფსიქოზის
ერთგვარი წინამორბედი ნიშანია. ფსიქოზის დროს თვიური ხშირად ამ-
წვევებს კლინიკურ მიმდინარეობას: ავადმყოფები მძლავრად აღიგზნე-
ბიან და კარგავენ გარემოში ორიენტაციის უნარს.

ორსულობის ან მშობიარობის პერიოდისათვის დამახასიათებელი
რაიმე სპეციალური ფსიქოზი არ არის; იგივე უნდა ითქვას ლაქტაცი-
ის, ანუ ძუძუს წოვების პერიოდზე. ამ დროს ზოგჯერ აღინიშნება ში-
ში, აგზნება, ჰალუსინაციები და გარემოში ორიენტაციის დაკარგვა,
ხოლო ზოგ შემთხვევაში საქმე სრულ აბნევამდე მიდის (ამენცია).

ორსულობისა და მშობიარობის დროს შესაძლებელია სხვადასხვა
გართულება ეკლამფსიური, ურემიული და პიემიური ფსიქოზების სა-
ხით.

თავი V

ნეკროლოგიური და ზოგადი სომატური აშლილობანი ფსიქოზების დროს

ნეკროლოგიური აშლილობანი
კანისა და მუხის რეზორსივი და მონათესავე
ფანოზინები

როგორც ყოველი ფენოზენის, ისე კანისა და მუხის რეფლექსებს
გამოკვლევისას მრავალი ინდივიდუალური ვარიაცია აღინიშნება.

კანის რეფლექსებიდან ყურადსაღებია მუცლისა და ტერფიგულის რეფლექსები.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მუცლის რეფლექსები ზოგიერთ ფიზიოლოგიურ პირობებში არ აღინიშნება; მაგალითად, ბავშვთა ჩვილ ასაკში, აგრეთვე მოზრდილთა შორის, როდესაც მუცლის პრესია მოდუნებულია, ეს რეფლექსები შესაძლებელია ძლიერ დაწეული იყოს.

პირამიდული გზის დაზიანებისას მუცლის რეფლექსები დაწეულია, მყესთა რეფლექსები კი, პირიქით, აწეული.

რეფლექსურად მიმდინარე ფენომენთა ძალა, გამოხატულება და სიცხველე დამოკიდებულია აგრეთვე ავადმყოფის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე. როზენფელდის თანახმად, რეფლექსები თავისებური საზომია, რომელიც გვიჩვენებს ცნობიერების აშლილობას, ანუ დახშობის სიღრმეს. გარემოში გარკვეულობის ან ცნობიერების სრული დახშობის (ღრმა კომა) შემთხვევაში რეფლექსები მთლიანად ქრება.

ეპილეფსიური სტატუსის დროს მძიმე გულყრის დასაწყისში მყესთა რეფლექსების აწევა აღინიშნება.

პათოლოგიური რეფლექსებიდან, რომლებიც მიუთითებენ პირამიდული გზის დაზიანებაზე, უნდა აღვნიშნოთ ბაბინაის, ბენტერევის, როსოლიმოს, ყუკოვსკისა და გორდონის რეფლექსები. ყურადსაღებია აგრეთვე ლერისა (ხელის ცერის მიზიდვა მეოთხე და მეხუთე თითების პასიური მოხრის დროს) და მაიერის (იდაყვის მოხრა მეოთხე და მეხუთე თითების პასიური მოხრის დროს) რეფლექსები.

სულით ავადმყოფობის შემთხვევებში დეტალურად უნდა შევისწავლოთ მყესთა ყველა რეფლექსი, ხოლო მუხლის მყესის რეფლექსებს უნდა მივაქციოთ განსაკუთრებული ყურადღება, ვინაიდან იგი დიდად ცვალებადობს როგორც ორგანული, ისე ფუნქციური ფსიქოზების დროს.

მუხლის მყესის რეფლექსების დაწევა ან სრული მოსპობა შესაძლებელია ნევრიტების ან ზურგის ტვინის დაზიანების შემთხვევაში. რეფლექსთა უთანაბრობა (ანიზორეფლექსია) ცალმხრივი ორგანული დაზიანების მაჩვენებელია. მუხლის მყესის რეფლექსების გაძლიერება აღინიშნება სხვადასხვა ორგანული დაზიანების დროს (ტვინის სიფილისი, პროგრესული პარალიზი, ტვინის წყალმანიკი, პირამიდული გზების დაზიანების შემთხვევები, არტერიოსკლეროზული დაავადებანი, მოხუცობულობითი ატროფიები და სხვ.) და დიდი ტვინის ქერქის შემკავებელი მოქმედების მოსპობის შედეგა.

საერთოდ, მყესთა რეფლექსებისა და, კერძოდ, მუხლის მყესის რეფლექსების აწევას აღნიშნავენ აგრეთვე ნევროზებისა და ფსიქონევროზების, მაგალითად, ისტერიის დროს.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფუნქციური შემთხვევებისათ-

ვის დამახასიათებელი მყესთა რეფლექსების აწევა თავისი გამოხატულებით პრაინციპულად განსხვავდება ორგანულ დაავადებათა ამავე ნიშნიდან. ფუნქციური დაავადების დროს მუხლის მყესის გაღიზიანებაზე ვლებულობთ ზოგად პასუხს, სხეულს შეხტომას მთლიანად (ისტერიისათვის დამახასიათებელი ფენომენი).

სხვადასხვა ვეგეტატიური ნევროზის დროს აღწერილია მყესთა რეფლექსების დაწევა ქსოვილის ტურგორის შესუსტებისა და ატონიის შედეგად.

შიზოფრენიული ფსიქოზების მძიმე და მწვავე შემთხვევებში უფრო ხშირად აღინიშნება მყესთა რეფლექსების გაძლიერება.

ლორწოვან გარსთა რეფლექსებიდან ყურადსაღებია კონიუნქტივისა და ხახის რეფლექსები.

წარსულში დიდ მნიშვნელობას მიაწერდნენ კონიუნქტივიტისა და ხახის რეფლექსებს სილონევროზების, კერძოდ, ისტერიის დიაგნოზის შემთხვევაში.

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული რეფლექსების მკვეთრი აწევა ან დაწევა შეიმჩნევა სხვადასხვა ნევროზისა და ფსიქოპათიის შემთხვევაში, მათ მაინც არა აქვთ გადამჭრელი დიფერენციულ-დიაგნოზური მნიშვნელობა.

კონიუნქტივიტისა და ხახის რეფლექსებს დიდი ინდივიდუალური ვარიაციები ახასიათებს; ისინი შეიძლება სრულიად არ აღინიშნებოდეს ან ძლიერ დაწეული იყოს ყოველგვარი პათოლოგიის გარეშე.

ფსიქოზთა (პროგრესული პარალიზი, კატატონია, მძიმე არტერიო-სკლეროზული ფსიქოზი და სხვ.) ფიზიკურ სიმპტომატიკაში განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ეგრეთ წოდებული მიზანსწრაფვის, ანუ ფიზიკური განწყობის რეფლექსები. ეს ნიშანი რთული რეფლექსიაა, რომელიც გულისხმობს სხეულს სხვადასხვა ნაწილის ურთიერთდამოკიდებულებას და, აგრეთვე, სივრცეში მთელი სხეულის მდებარეობის განსაზღვრას.

დაყენების რეფლექსი უმთავრესად დამოკიდებულია წიფელი ბირთვის სისტემის ფუნქციაზე, მას აქვს დიდი კლინიკური მნიშვნელობა.

მიზანსწრაფვის რეფლექსი წარმოაქმნება პროპრიოცეპტულ გაღიზიანებათა შედეგად, რომლებიც მოემართებიან პერიფერული მამოძრავებელი აპარატიდან (ყუნთებიდან და სხვ.) და ლაბირინთიდან. ვარჩევთ ორგვარ ასეთ რეფლექსს: სტატიკურსა და სტატიკურ-კინეტიკურს. სტატიკური რეფლექსი გამოწვეულია სხეულისა და მისი ნაწილების მდებარეობით, სტატიკურ-კინეტიკური კი — სხეულს ან მისი ნაწილების ბრუნვით.

სტატიკურ (ანუ პოზიას) რეფლექსს ეკუთვნის სხეულს მდგომარეობა ამა თუ იმ პოზაში.

ფსაქოზთა ფიზიკური სიმპტომატიკის შესწავლისას განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს გუგის ფორმის, მოყვანილობისა და სინათლეზე რეაქციის უნარის შესწავლა.

ჩვეულებრივ, ფიზიოლოგიურ პირობებში გუგა საშუალო სიდიდისაა, აქვს ზუსტი მრგვალი მოყვანილობა, თანაბარია ორივე მხარეზე და ავლენს ცოცხალ რეაქციას სინათლეზე, აკომოდაციასა და კონვერგენციაზე.

ახალგაზრდა ასაკში გუგა უფრო ფართოა და სინათლეზე სწრაფად პასუხობს, მოხუცებულებს, პირაქით, გუგა ვიწრო აქვთ, ხოლო სინათლეზე რეაქცია — ნელი.

კლინიკურად საინტერესოა გუგის რეაქცია სინათლეზე, აკომოდაცია-კონვერგენციაზე და მისი პასუხი სხვადასხვა ფიზიკურ და ფსაქიკურ გაღიზიანებაზე. დაავადების შემთხვევაში გუგის რეაქტიული უნარი შესაძლოა იყოს აწეული, უფრო ხშირად დაწეული ან სრულიად არ აღინიშნებოდეს. აღწერილია ე. წ. პარადოქსული რეაქციის შემთხვევები, როდესაც გუგა შევიწროების ნაცვლად ფართოვდება.

გუგის მყარ შევიწროებას უწოდებენ მიოზს, ხოლო ასევე მყარ გაფართოებას — მიდრიაზს.

გუგის სივიწროვე დამოკიდებულია ორ ანტაგონურ ინერვაციაზე, სახელდობრ, თვალის მამოძრავებელ და სიმპათიკურ ნერვებზე.

თვალის მამოძრავებელი ნერვის ბოჭკოთა გაღიზიანება იწვევს გუგის შევიწროებას, ხოლო ამავე ბოჭკოების ფუნქციური გამოვარდნა (დაჰპლა) — გაფართოებას.

თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანება უფრო ხშირია მის ბირთვებში, ვიდრე ბოჭკოებში. ბირთვები დაშორებულია ერთმანეთისაგან, მათი წინა ნაწილი, ანუ ჯგუფი, რომელიც გუგის ინერვაციას ასრულებს, გამოცალკევებულია, რაც ხელს უწყობს გუგას მამოძრავებელი ბირთვის იზოლირებულ დაავადებას (დაზიანებას), ეს კი კლინიკურად რეაქციის ასევე იზოლირებულ გაუქუღმართებას იწვევს.

სიმპათიკური ბოჭკოები გუგის გამაგანიერებელ (ლილატაციურ) ფუნქციებს ასრულებს; მათი გაღიზიანება იწვევს თვალის გუგის გაფართოებას, ხოლო დაჰპლა — შევიწროებას.

აკომოდაციის ფუნქციის აშლას მეტი დაზნოზური მნიშვნელობა აქვს უფრო ფუნქციურ დაავადებათა, ვიდრე ორგანულ დაავადებათა შემთხვევაში.

განსაკუთრებული კლინიკური მნიშვნელობა აქვს გუგების ფორმას, მოყვანილობას, ოღენობასა და თანაბრობას. აღწერილია შემთხვევები.

როდესაც უსწორო ფორმის გუვას თანდაყოლილი ხასიათი ჰქონია. ლუესი, პროგრესული პარალიზი და ტაბესი, როგორც წესი, იწვევს გუვის მოყვანილობის შეცვლას (არამრგვალო, უსწორო ან დაკბილულკადიანი გუგები).

ფრიალ საინტერესოა გუვის კონტურის ცვლილებები კატათონის დროს.

გუგათა უთანაბრობა ცნობილია ანიზოკორიის სახელწოდებით. ანიზოკორიას თანდაყოლილი შემთხვევები მოკლებულია რაიმე კლინიკურ ინტერესს. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ შესაძლებელია გუგათა უთანაბრობას ჰქონდეს სრულიად შემთხვევითი (მაგალითად, თუ ერთი თვალი უფრო მეტადაა გაშუქებული) ან მეორადი ხასიათი (აკომოდაციას თანდაყოლილი უთანაბრობა, მხედველობის დეფექტი ცალ თვალზე და სხვ.). აგრეთვე უნდა გვახსოვდეს, რომ ანიზოკორია შესაძლებელია გამოწვეული იყოს არა მარტო ლუესით, არამედ სულ სხვაგვარი სომატური დაავადებით (მაგალითად, ფილტვის ავადმყოფობით, მალარიითა და სხვ.). ინტრაკრანიალური წნევის მკვეთრმა ცვალებადობამაც შეიძლება გამოიწვიოს იგივე უთანაბრობა.

აღწერილია ანიზოკორიის სწრაფი, გარდამავალი შემთხვევები, როდესაც ერთი დღის ან საათის განმავლობაში ეს ფენომენი დიდად ცვალებადობდა.

ანიზოკორია აღწერილია აგრეთვე ეპილექსიისა და შიზოფრენიის დროს.

კლინიკურად ძალიან საინტერესოა გუვის სიდიდე, მისი სიფართოვე და სპეიწროვე.

ვიწრო, ანუ მიოზური გუგა აღინიშნება ტაბესის, პროგრესული პარალიზისა და, აგრეთვე, სხვადასხვა ინტოქსიკაციის, მაგალითად, ბრომით, ოპიუმით, მორფიუმით, ალკოჰოლით, ნიკოტინითა და სხვ. მოწამელის დროს. რაც უფრო მკვეთრადაა გამოხატული მიოზი, მით უფრო სუსტია გუვის რეაქცია სინათლეზე.

გაფართოებული, ანუ მიდრიაზული გუგები აღინიშნება როგორც ორგანულ, ისე ფუნქციურ ავადმყოფობათა დროს.

ნევრასთენიისა და მწვავე ფსიქოზების დროს უფრო ხშირია გუვის გაფართოება.

მიდრიაზს იწვევს ატროპინითა და კოკაინით მოწამვლა.

ძილის დროს გუგა შევიწროებულია და, რაც უფრო დრმა არის ძილი, იმდენად მკვეთრად უნდა იყოს გამოხატული მიოზი. აღსანიშნავია, რომ ხელოვნური პიპნოზური ძილის დროს გუგა არ ვიწროვდება.

თვალის გუვის პათოლოგიიდან განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ე. წ. არჯილ-რობერტსონის სიმპტომს, რომლის დროს გუგას არა

აქვს რეაქცია სინათლეზე, ხოლო რეაქცია აკომოდაცია-კონვერგენციაზე შენარჩუნებულია.

სინათლეზე რეაქციის დაკარგვა უფრო ხშირად ცენტრალური ნერვული სისტემის ათამანგის შედეგია, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს ავრთვე ტვინის არტერიალურიზმის, ტვინის სიმსივნისა და სხვა ორგანულ დაავადებათა შემთხვევაში.

სინათლეზე რეაქციის დაკარგვის გარდა, შესაძლებელია რეაქცია აუოს შენარჩუნებული, ნელა, არაცხოველი.

საყურადღებოა ე. წ. პარადოქსული რეაქციის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი თვალს აღებს, გუგა შევიწროების ნაცვლად ფართოვდება. ამ მოვლენას ავტორები ხსნიან გუგის გამაფართოებელ კუნთთა სინკინეზური მოძრაობით.

სინათლის რეაქციის მავნარ ეფექტს მივიღებთ თვალში სუსტი გაღვანური ღენის გატარებით.

პროგრესული პარალიზის დროს სინათლის რეაქცია და რეაქცია გაღვანურ ნაკადზე, როგორც წესი, არ არის. აქვე უნდა დავძინოთ, რომ პროგრესული პარალიზის დროს ასევე მოსპობილია გუგის რეაქცია ტკივილზე (მტკივნეული გაღვიანება გაფართოებას არ იწვევს).

ფსიქიკურ გაღვიანებაზე გუგა, ჩვეულებრივ, პასუხობს გაფართოებით. მაგალითად, დაძლელი ვონებრივი მუშაობა, დაძაბული ყურადღება და ძლიერი განცდა ნორმალურ პირობებში გავლენას ახდენს თვალის გუგის მდგომარეობაზე.

გუგის ფსიქიკური რეაქციის უქონლობა აღინიშნება თავის ტვინის როგორც ლუესურ და სხვა ორგანულ ავადმყოფობათა, ისე შიზოფრენიის დროსაც, უკანასკნელ შემთხვევაში 60% სიხშირით.

ფსიქიკური განცდები უშუალო ზეგავლენას ახდენს გუგაზე: თვალი (გუგა) ადამიანის განცდათა სარკეა. ამ მხრივ საინტერესოა, რომ ძლიერი და ღრმა განცდა იწვევს გუგის თამაშს, რომლის დროსაც აღინიშნება გუგის შევიწროებისა და გაფართოების ურთიერთცვლა. ეს ფენომენი უფრო ხშირია ღრმა დეპრესიის, ფსიქომოტორული გაყუჩების (სტუპორის) დროს. აღწერილია შემთხვევები (პროგრესული პარალიზი, ტვინის ათამანგი, ტვინის სხვა ორგანული დაავადებანი), როდესაც შეკუმშული გუგა არ იშლება გამაღვიანებელი ფაქტორის (შუქი, გაღვანური ღენი, ტკივალი, მძიმე ფსიქოზური განცდა) მოცილების შემდეგ, შეკუმშული რჩება რამდენიმე წუთის განმავლობაში. ეს რეაქცია ცნობილია გუგის ნეეროტონული, ანუ ტონური რეაქციის სახელწოდებით.

როგორც ვხედავთ, გუგის რეაქცია მეტად მდიდარა ფენომენია ფსიქოზთა სიმპტომატოლოგიაში. მისი შესწავლა მრავალგვარად

შეიძლება. ამასთან ერთად, ის ერთ-ერთი მთავარი დიაგნოზური ნიშანია სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს, მაგალითად, გუგის რეაქციის შესუსტება სინათლეზე შეიძლება აღინიშნებოდეს პროგრესული პარალიზის, კატატონიისა და, აგრეთვე, ისტერიის დროსაც. საჭიროა გვანსოვდეს, რომ ამ სამ გარეგნულად ერთსა და იმავე ნიშანში დიდი განსხვავებაა.

გარეგნულად თანამსგავს ნიშანს თავისი განვითარებითა და წარმოქმნას მექანიზმებით სულ სხვადასხვა საფუძველი აქვს. პროგრესული პარალიზის დროს გუგის რეაქციის მოსპობას საფუძველად უდევს ანატომიური მოქმეტი: სათანადო გამტარი ბოჭკოების განადგურება. იგივე ფენომენი კატატონიის დროს აიხსნება ზოგადი ინტოქსიკაციური მოვლენებით და ტვინში სისხლის მიმოქცევის აშლით, ხოლო ისტერიის დროს გუგის სუსტი რეაქცია ფუნქციური მოქმეტის შედეგია და აიხსნება ამ დროს მძლავრად გამოხატული კონვერგენციით.

სპონტანური ნისტაგმი წარმავალი ნიშანია და გვხვდება ტვინის სხვადასხვა მწვევე დაავადების შემთხვევაში. ამ დროს ნისტაგმი იმის მაჩვენებელია, რომ განვითარდება ცნობიერების აშლა ან ეპილეფსიური გულყრა. სპონტანური ნისტაგმი აღწერილია აგრეთვე შიზოფრენიის მეტად მწვევე და მძიმე შემთხვევებში.

მგრძნობელობის აშლა და ტიპილი

ისტერიის შემთხვევების გარდა, ფსიქოზთა სიმპტომატოლოგიაში მგრძნობელობის აშლას არა აქვს დიდი მნიშვნელობა.

ეპილეფსიურ და პარალიზურ გულყრათა დროს (ცნობიერების დრმა შეცვლის მდგომარეობა) მგრძნობელობა შეცვლილია ახთენიის სახით.

სულით ავადმყოფთა შორის მგრძნობელობის აშლა დამოკიდებულია როგორც პერიფერული ნერვული სისტემის, ისე ცენტრალური აპარატის (ზურგისა და თავის ტვინის) დაზიანებაზე.

პერიფერიული ნერვები პროცესში შესაძლებელია ჩართული იყოს ან სრულიად შემთხვევით ანდა შეიძლება ერთმა და იმავე მანემენტმა (ინტოქსიკაციები, ინფექციები) გამოაწვიოს როგორც მგრძნობელობის აშლა, ისე თვით ფსიქოზი.

მგრძნობელობის აშლისა და გაუყუღმართებულ შემგრძნებათა ნიადაგზე ავადმყოფებს ხშირად უვითარდებათ ბოღეთი აზრები.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბოღვა მეტად რთული ფენომენია, მასი წარმოქმნის უშუალო მიზეზები და მექანიზმები ჭერჯერობით უცნობია. ბოღეთი აზრები გონებრივი სფეროს პათოლოგიაა და ყოვლად

შეუძლებელია მარტივი და გულუბრყვილო კავშირის დაშვება ბოღვით იღვებसा და სხვადასხვა გაუკუღმართებულ შეგარძნებას შორის.

ამის მიუხედავად, ფაქიქტობრივ კლინიკამ იცის პერიფერიული აპარატის დაზიანების მრავალი შემთხვევა, რომლებიც ბიძგის მიმცემი მატერიალური მომენტია ბოღვის განვითარებისა და ბოღვითი შეგარძნებებისათვის. ოსიპოვი აღნიშნავს, რომ პარესთეზიები ძალიან კარგი ნიადაგია ბოღვითი აზრებისა და მოქმედებისათვის. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ქრონიკულმა კოკაინისტმა კანი დანით დააქრა. ამ ავადმყოფს ჰქონია კანის საშინელი ქაეილი. და მძიმე შეგარძნება, თითქმის კანქვეშე ჭიანჭველები დაუცოცავდნენ.

მგარძნობლობის აშლა ვითარდება არა მარტო ტლანქ ორვანულ, არამედ სუფთა ფსიქოგენურ დაავადებათა დროსაც.

ცნობილია, რომ ისტერიული და ტრავმული ფსიქონევროზები იწვევს მრავალგვარ ანესთეზიას, ჰიპერესთეზიასა და პარესთეზიას.

მგარძნობლობის ფსიქოგენური აშლა არსებითად ყალბია, უფრო მკურნალის მიერ შთაგონების შედეგია. იგი ვრცელდება სხეულის ცალკეულ ნაწილზე, ამავე დროს არ არის დაცული პერიფერიული ინერვაციის გარკვეული ზონები.

ნევრასთენიისა, და ფაქიქსთენიის შემთხვევებში აღნიშნება ჰიპერესთეზიები და პარესთეზიები. ამ დროს ანესთეზიები ჩვეულებრივ არ ვვხვდებთ.

ტკივილის შეგარძნება ძალიან დაწეულია ემოციური, ანუ აფექტური მძლავრი დამბულობის, აგრეთვე მელანქოლიური და კატატონიური სტუპორის (ვაყუჩების) დროს.

კანის დრმა მგარძნობლობა ძალიან შემცირებულია ჰქუასუსტობისა და ყურადღების დაქვეითების შემთხვევაში.

ფსიქოზები არ იწვევს სპეციალურა ხასიათის რაიმე ტკივილს. მწვავე ფაქიქოზების ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფები უჩივიან თავის ტკივალს. პროვრესული პარალიზი, ტენინის ათაშანვი და ებილეფსიაც იწვევს მკვეთრ ტკივილსა და მეტად მძიმე შეგარძნებებს.

მელანქოლიის, ანუ დეპრესიის მძიმე შემთხვევებში ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს გულმკერდში, უმთავრესად გულის არეში.

მოტორული აშლილობანი

ცვლილებები მოტორულ სფეროში ორვანულ დაზიანებათა გარეშე შესაძლებელია გამოიწვიოს მხოლოდ სულიერმა განცდამ, ამიტომ ფსიქიატრიის ყურადღებებს საგანი უნდა იყოს არა ცალკეული მოძრაობა, არამედ მთლიანად მოტორიკა. ფსიქიატრი ვალდებულია შეისწავლოს

სულით ავადმყოფთა ქცევა, მიზიკა, მეტყველება, სხეულის მდებარეობა და სხვ. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საერთო მოტორულ მიზანსწრაფვას, მის პოზებს.

მოტორულ სფეროში, აშკარა აშლილობათა (გაუქუღმართებათა) გარდა, ხშირია ზოგადი მოტორული უქმარიობა, რომელიც დაშოკიღებულთა ცენტრალურ ნერვული სისტემის განვითარების შეჩერებაზე (მეზლუღვაზე).

მოდრობათა უქმარიობას აღარებენ ბავშვთა მოტორულ რეაქციებს მათი განვითარების სხვადასხვა ასაკში. როგორც ვიცით, ჩილ ბავშვთა ნაკლებად კოორდინირებული და მოუწესრიგებელი მოძრობა ორგანიზმის საერთო მოწიფებასთან ერთად წესრიღდება.

ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ფსიქოზთან მოტორული აშლილობის კავშირის დაღვენა.

წარულში გადატანილი რაიმე ნერვული დაავადების ნიადაგზე შესაძლებელია განვითარდეს მოტორული აშლილობა, ხოლო შემდეგ სულით ავადმყოფობა; ამ შემთხვევაში, ცხადია, მოტორული მოვლენები თვით ფსიქოზთან უშუალო კავშირში არ არის.

პირიქით, არსებობს ფსიქოზები, რომელთაც თან სდევს სხვადასხვა სახის მოძრობითი აშლილობა. ამ შემთხვევაში მოტორული აშლილობა ფსიქოზისათვის დამახასიათებელი ფიზიკური ნიშანია, რომელიც ვაშოყენებული უნდა იყოს სულით ავადმყოფობათა ფორმების დაავნობისა და დიფერენციული დაავნობის დასაღვენად. მაგალითად, შიზოფრენიის შემთხვევაში ყურადღება უნდა მივაქციოთ მოძრობათა კატატონიურ გაუქუღმართებას, პროგრესული პარალიზის დროს — ნათიფ მოძრობათა უნარის მოსპობას, ეპიდემიური ენცეფალიტის ნიადაგზე წარმოქმნილი ფსიქოზის დროს — პარკინსონიზმს, ამიოსტატიკურ სიმპტომოკომპლექსს და სხვ.

ყველაათვის ცხადია, რომ აღაშიანის გრძობითი, ანუ ემოციური განცდები უშუალო ზეგავლენას ახდენს მოტორულ რეაქციებზე და ქმნის სახის განსაკუთრებულ გამოქტყველებას, მიზიკას. სამხიარულო განცდები უხვ მოძრობას იწვევს, პირიქით, ბოღმა და გუნება-განწყობის მძლავრი დაქვეითება — მოძრობათა შეკავებას, უეცარი შემინება — არულ მოტორულ გაყუჩებას, შიშის მძლავრი აფექტი — მოტორულ მოუსვენრობას და სხვ.

მოძრობათა გაუქუღმართება ვითარდება კატატონიურ და ფსიქოგენურ (განსაკუთრებით ისტერიულ) აშლილობათა დროს.

ისტერიული ხასიათის მოტორული აშლილობანი შეიძლება იყოს პარალიზების, პარეზების, პიპერკინეზიების, გულყრაითი შეტევების, კანკალისა და სხვა მოვლენათა სახით. ეს აშლილობა ფსიქოგენურად

ვითარდება და ასევე ფსიქიკური ზეგავლენით ქრება, მაგალითად, შთავგონებით.

კატატონიურ მოვლენებს ეკუთვნის შემდეგი აშლილობა: ნევატივიზმი, ანუ პათოლოგიური ჩიუტობა, ურჩობა, როდესაც ავადმყოფი უწევს წინააღმდეგობას მის წინაშე დასმულ ყოველგვარ ამოცანას. ნევატივიზმს საფუძვლად უნდა ედოს ავადმყოფთა განურჩევლობა, პირად განცდებში შთანთქმა და ვარე სამყაროდან სრული მოწყვეტა.

სტერეოტიპია ფსიქომოტორული სფეროს გაუკუღმართებაა, რომლის დროსაც აღინიშნება სტერეოტიპულ მოძრაობათა განმეორება ან ხანგრძლივი გაჩერება ერთსა და იმავე პოზიში.

მუტიზმს, ანუ ავადმყოფურ ხანგრძლივ სიჩუმეს (კატატონიური სიჩუმეზე) შესაძლებელია საფუძვლად ედოს განურჩევლობა, ნევატივიზმი ან რაიმე ბოლდითი მიზანსწრაფვა. ერთ-ერთი ჩვენი კატატონიკი, რომელსაც უმადლესი განათლება ჰქონდა მიღებული, რამდენიმე თვის განმავლობაში სრულიად არ ლაპარაკობდა, გარშემო მყოფ პირებთან კი მხოლოდ წერის საშუალებით ამყარებდა კონტაქტს. ავადმყოფის მუტიზმს საფუძვლად ედო ბოლდითი მიზანსწრაფვა; იგი დარწმუნებული იყო, რომ თუ დააღაპარებდა, ყველაფერი დაიღუპებოდა.

კატატონიურ მოვლენებს ეკუთვნის სტუპორი (მოტორული გაყუჩება, შებოკილობა, სრული უძრაობის მდგომარეობა) და კატალექსია, ანუ ცვილისებრი მოქნილობა. უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფის სხეულის ნაწილები ინარჩუნებს ისეთ მდებარეობას, რომელსაც ჩვენ მივცემთ მათ; ავადმყოფის სხეული მოგვაგონებს ერთგვარ ცვალს.

მოტორული აშლიც სიმპტომია, რომლის დროს ავადმყოფები ხანგრძლივად ინარჩუნებენ თავისებურ, მეტად უცნაურ მდგომარეობას, ე. წ. კატატონიურ პოზებს. კატატონიური მოვლენები თავისი ნევროლოგიური ბუნებით ეკუთვნის ექსტრაპირამიდულ აშლილობას.

პერიფერული ხასიათის მოტორული აშლილობა (პარალიზები, პარეზები) გასათვალისწინებელია ფსიქოზთა ფიზიკური სიმპტომატიკის განხილვის დროს მხოლოდ მაშინ, თუ ერთი და იგივე მიზეზება იწვევს როგორც სულით ავადმყოფობას, ისე პერიფერიული ნერვული აპარატის დაზიანებას. მაგალითად, კორსაკოვის ფსიქოზის, ანუ პოლიანეირიტული ფსიქოზის დროს ერთი და იგივე მანე მომენტი (ანტიქსიკაციები, ინფექციები) იწვევს როგორც ფსიქიკურ აშლილობას, ისე პოლიანეირიტს. ამ დროს პერიფერიულმა დაზიანებამ შეიძლება მიიღოს მეტად მძიმე ხასიათი, რომელსაც თან დაერთვის კუნთოვანი ატროფიები და გადაგვარების რეაქციები.

სულით ავადმყოფობათა ორგანული ფორმების შემთხვევებში

მოტორული ფუნქციების აშლილობა ვრცელდება სხვადასხვა სასტემაზე.

როდესაც თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებასთან ერთად ზურგის ტვინიც ცვალებადობს, შესაძლებელია განვითარდეს მენჯის ორგანოების აშლა (შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის მოქმედების გაუქმლმართება).

ზურგის ტვინის საფილისურ დაზიანებას, მრავლობით ნევრიტსა და ტაბესს, ჩვეულებრივ, თან სდევს შარდის პარადოქსული იშურია.

მოტორულ ფუნქციათა განხილვისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ კუნთებისა და სხეულის ნაწილების კანკალს (ტრემორს), რომელიც ძლიერ ხშირად თან სდევს როგორც ფუნქციურ, ისე ორგანულ ფსიქოზებს. კანკალი უმთავრესად ვრცელდება ქუთუთოებზე, ენაზე, კიდურებსა და თათებზე. სხვადასხვა დაზიანების დროს კანკალი სხვადასხვაგვარადაა გამოხატული. ისტერიულ (ფსიქოგენურ) კანკალს აქვს პოლიმორფულ, რითმულ მოძრაობათა ხასიათი.

ნევრასთენიისა და ფსიქანთენიის დროს კანკალი შემცირებულია და ნაკლებად ტიპური. ნევრასთენიულ კანკალს მოგვაგონებს აგრეთვე ტრემორი, რომელიც თან სდევს ტრავმულ ნევროზებსა და ფსიქონევროზებს.

პროგრესული პარალიზის დროს კანკალი ქერქული გაღიზიანების შედეგია და აიხსნება კუნთებისა და სხეულის ნაწილებს პარამონიული ინერვაციის დარღვევით. ორგანულ დაავადებათა შემთხვევაში (პროგრესული პარალიზი, ტვინის ათაშანგი, ტვინის სენილური და არტერიოსკლეროზული ცვლილებები) აღინიშნება მოძრაობათა კოორდინაციის აშლა, რაც აიხსნება როგორც უშუალო ცენტრალური აპარატის (შუბლის წილისა და ნათხემის სისტემების) დაზიანებით, ისე პერიფერული მგრძობელობის აშლით.

მეტყველება, წერა

ფსიქოზების თანმხლები (ნევროლოგიური) სიმპტომატიკის განხილვისას ცენტრალური ადგილი უნდა დაეთმოს ავადმყოფთა მეტყველებისა და წერის შესწავლას. მეტყველების შეცვლა შეიძლება იყოს როგორც შეძენილი, ისე თანდაყოლილი. უკანასკნელ შემთხვევაში უფრო ხშირად საქმე გვაქვს დეფექტურ ბავშვებთან, ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარების ორგანულ ჩამორჩენასთან.

ბავშვს უკვე ჩვილ ასაკში უნდა ეტყობოდეს მეტყველების მხრივ წინსვლა და საარტიკულაციო აპარატის თანდათანობით დაუფლება. მეტყველების პირველი ჩანასახია თვენახევრის ასაკში. რო-

დესაც ბავშვი თანდათან ეჩვევა „აგის“ ან ალუს გამოთქმას. ნახევარ წლის ბავშვი ეჩვევა სხვისი მეტყველების ინტონაციაში, მე-9 ან მე-10 თვეზე — ცალკეულ მარტივ სიტყვებში, ხოლო წლისა და წლისახვერის ასაკში იგი ცდილობს გაიმეოროს მარტივი წინადადებები; ამ დროსათვის სიტყვათა მარაგი დაახლოებით უკვე 30-ს აღწევს (ოზორეცი).

მეტყველების სწორი განვითარება ბავშვის ზოგადი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებელია.

ფსიქიკური განვითარების შეფერხების ან მეტყველებას აპოპტის ფიზიკური უკმარისობის შემთხვევაში (ტუჩების, ენის, კბილების, მაგარი და რბილი სასის დეფექტები) ბავშვი ვერ ეუფლება მეტყველების ტექნიკას (ლაპარაკობს ენის მოკიდებით, გაურკვევლად, ცალკეულ ასოს ვერ გამოთქვამს).

ოზორეციის მიხედვით, არჩევენ არასწორი მეტყველების შემდეგ სახეებს: როტაციზმს — ასო „რ“-ს გამოთქვამენ არასწორად ან სრულიად ვერ გამოთქვამენ; პარაროტაციზმს — ასო „რ“-ს, როგორც ძნელ გამოსატქმელს, ცვლიან სხვა რომელიმე ასოთი; ლამბდაციზმს — ასო „ლ“-ს გამოთქვამენ არასწორად ან სრულიად ვერ გამოთქვამენ; პარალამბდაციზმს — „ლ“-ს ცვლიან სხვა რომელიმე ასოთი. სიგმატიზმს — ვერ გამოთქვამენ ასო „ს“-ს და მის მსგავს ასოებს: ზ, ც, შ-ს; პარასიგმატიზმს — ასო „ს“-ს გამოთქმა შეცვლილია; გამაციზმს — არასწორად გამოთქვამენ გ, კ, ს-ს და სხვ.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ მეტყველების პათოლოგია ხშირად მშობლების ბრალია, მაგალითად, თუ მშობლები ლაპარაკობენ ძალიან ჩქარა, გაუგებრად, ენის მოკიდებით და ასოების შეცვლით, ცხადია, ბავშვიც მათ მიბაძავს და ეჩვევა არასწორ გამოთქმებს.

ორგანული ხასიათის სულით ავადმყოფობათა დროს ხშირია მეტყველების აშლა სხვადასხვა აფაზიის სახით (მოტორული, სენსორული ან ამნეზიური, ანუ ტრანსკორტიკულა აფაზიის შემთხვევები). აღინიშნება აგრეთვე მეტყველების პარაფაზიული აშლილობა. გასაგებია, რომ მეტყველების აშლის ხასიათი და სიმძიმე დამოკიდებულია ორგანული პროცესის ლოკალიზაციაზე.

ჰქუასუსტი ეპილეპტიკები გულყრის შემდგომ, ჩვეულებრივად, გაფანტული არიან და ვერ ცნობენ საგნებს; ეს მდგომარეობა ბერნშტეინმა აღწერა ოლიგოაფაზიური სინდრომის სახით.

ოლიგოაფაზიის დროს ავადმყოფი ცნობს საგანს, მაგრამ ვერ მოუგონია მისი სახელი, კარნახის შემდეგ კი კარგად იმეორებს სიტყვას.

მეტყველების პათოლოგიის განხილვისას საჭიროა გვახსოვდეს, რომ აფონიას, აფაზიას, მუტიზმსა და მუტაციზმს შორის პრიციპული განსხვავებაა.

აფონია ახასიათებს ნერვულ აშლილობას და ფუნქციური მდგომარეობაა; მაგალითად, ისტერიული ავადმყოფი ვერ ლაპარაკობს ალექსების გამო ხმის დაკარგვის შედეგად.

აფაზია მეტყველების ცენტრალური ნერვული აპარატის ორგანული დაზიანების შედეგია (დიდი ტვინის სიფილისური და არტერიოსკლეროზული დაავადებანი).

მუტიზმი და მუტაციზმი ხშირია შიზოფრენიის შემთხვევებში.

მუტიზმი ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც ავადმყოფს ესმის მოცემული კითხვები, მაგრამ არ პასუხობს და ახსნა-განმარტებას იძლევა სხვაგვარად, მაგალითად, თითებით ჩვენებით და სხვ.

მუტაციზმი ერთ-ერთი მეტად დამახასიათებელი კატატონიური ნიშანია; ავადმყოფები სრულიად გაჩუმებულნი არიან და შეკითხვებზე არავითარ რეაქციებს არ ავლენენ. უკანასკნელი ფსიქოპათოლოგიური ფენომენის ბუნება ჯერჯერობით გაურკვეველია. შესაძლებელია მას საფუძვლად ედოს ავადმყოფის ღრმა ნეგატივიზმი (ავადმყოფური ჩიუტობა) ან ბოღვითი მიზანსწრაფვა. თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის ან ოლიგოფრენიის დროს ხშირია მეტყველების დეფექტები.

პროგრესული პარალიზისა და ქრონიკული ალკოჰოლიზმის დროს აღინიშნება დიზარტრია, ანუ მეტყველებითი არტიკულაციის მოშლა: ავადმყოფები ლაპარაკობენ ხმის კანკალით, ძალიან ენაბორძიკობენ, მათ უმეტეს, მძიმე ენაგასატეხი სიტყვების გამეორებისას (მაგალითად, „ფრთა თეთრი და ფრთა ფარფატი“). სუსტად გამოხატული ენაბორძიკობა, ჩვეულებრივ, ძლიერდება სიტყვების ხშირად გამეორების შემდგომ.

წერის აშლა აღინიშნება როგორც ორგანულ, ისე ფუნქციურ დაავადებათა დროს. ორგანული შემთხვევებიდან აღსანიშნავია თავის ტვინის სიფილისური, არტერიოსკლეროზული დაავადებანი, აგრეთვე ინფექციურ-ინტოქსიკაციური ფსიქოზები.

წერის პათოლოგიის განხილვისას ყურადღება უნდა მიექციოთ ხელწერას (მოხუცებულები და არტერიოსკლეროტიკები ხელის კანკალის გამო წერენ კლაკნილ ასოებს), მარცვლების ან ცალკეული ასოს გამოვარდნას. ავადმყოფს შესაძლებელია სრულიად მოესპოს წერის უნარი (აგრაფია) ან წერა გაუუჯულმართდეს ისე, რომ საჭირო სიტყვების ან მარცვლების ნაცვლად სულ სხვა რამ წეროს (პარაგრაფია).

თანდაყოლილი ჭკუასუსტობისას (იმბეცილობა) ავადმყოფები ძლიერ ძნელად ეჩვევიან წერას; ჩვეულებრივი წერის ნაცვლად მათ კალიგრაფიულად გამოჰყავთ ცალკეული ასო.

სულით ავადმყოფთა შესწავლისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ გრძნობათა ორგანოების მდგომარეობას, სახელობრ: მხედველობის, სმენის, ყნოსვისა და გემოვნების რეცეპტორთა ფუნქციონალურ მხარეს. ფსიქოზების დროს გრძნობათა ორგანოების მოქმედება შესაძლებელია იყოს გამახვილებული, დაჩუნჩებული ანუ გაუკუღმართებული. გრძნობათა ორგანოების აშლილობა ან პერიფერიული ხასიათისაა (თვალის, ყურის დაზიანება) ანდა დამოკიდებულა ცენტრალური ნერვული აპარატის (ქერქისა და ქერქქვეშა კვანძების ცენტრები) არანორმალურ მოქმედებაზე.

მხედველობა საჭიროებს გამოკვლევას. პირველ რიგში მხედველობის სიმახვილის, ე. წ. ვიზუსის გამოკვლევა ცხადყოფს თვალისა და მისი ნერვული აპარატის მდგომარეობას.

დიდი მნიშვნელობა აქვს თვალის ფუძის, ანუ ფსკერის გამოკვლევას, რომლის დროსაც შესაძლებელი ხდება მხედველობის ნერვის სხვადასხვა ატროფიული ცელილებისა და, აგრეთვე, ინტრაკრანიალური (ქალასშიდა) წნევის დადგენა. მხედველობის ნერვის დვრილების ატროფია აღინიშნება პროგრესული პარალიზის, ტაბესისა და ტვინის ათაშანგის დროს. გარდა ამისა, ამ ატროფიას შესაძლებელია ჰქონდეს მეორადი პროცესის ხასიათი და გამოწვეული იყოს ინტრაკრანიალური წნევის აწევით, მაგალითად, შეგუბებითი დვრილები ტვინის სიმსივნის შემთხვევაში.

ოჯახურ ამავროზულ იდიოტიას ახასიათებს მხედველობის ნერვისა და მისი დვრილების მკვეთრი ატროფია, რომლებიც ამ დროს უფერულია, ხოლო ყველა ლაქას ადგილას ფსკერზე მოწითალო-ალუბლისფერი არეა. ზოგიერთი ფსიქოზის დროს ბადურა, პირიქით, განსაკუთრებით მგრძნობიარეა.

მხედველობის პერიფერიული აპარატის გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოზთა ბუნების გასარკვევად, ამიტომ ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ავტორიტეტული ოფთალმოლოგის კონსულტაცია.

სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის დროს აღინიშნება მხედველობის არის შევიწროება, მასში უბნების გამოვარდნა ან მხედველობის ნახევარი არის მთლიანი დაკარგვა, ე. წ. პემიანოფსია. ზოგ შემთხვევაში შეიმჩნევა ფერის შეგრძნების აშლა (დიდი ტვინის ქერქის დაზიანების შემთხვევები ან თანდაყოლილი დეფექტი დალტონიზმის სახით).

მხედველობის არის კონცენტრაციული შევიწროება უფრო ხშირად სჩვევია ინტერიას, მაგრამ შეიძლება იგი განვითარდეს ორგანულ

შემთხვევაშიც, მაგალითად, მხედველობის ნერვის ატროფიული ცვლილების დროს.

მხედველობის შესუსტება ბავშვებში იწვევს ადვილად მოქანცულობას, საერთო გაფანტულობას, თავის ტკივილს, ყურადღების შესუსტებასა და სხვა მოვლენებს.

სმენის შესუსტება ან სრული დაკარგვა აღინიშნება ისტერიის, ტრავმული, აგრეთვე ზოგიერთი ორგანული ფსიქოზის დროს, მაგალითად, პროგრესული პარალიზის, სენილური, არტერიოსკლეროზული და ალკოჰოლური ფსიქოზების შემთხვევებში.

სმენის შესწავლას უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ბავშვთა პათოლოგიაში. სმენის მთლიანი თუ ნაწილობრივი დაკარგვა ზეგავლენას ახდენს ბავშვთა გონებრივ დონეზე, აფერხებს მათ განვითარებას.

ყნოსვისა და გემოვნების ფუნქციის რაოდენობით შეცვლას ან გაუკუღმართებას აღწერენ როგორც ფუნქციურ (ისტერია), ისე ორგანულ (პროგრესული პარალიზი) ავადმყოფობათა დროს. ეპილეფსიასა და ალკოჰოლიზმს აგრეთვე ხშირად სჩვევია გემოვნებისა და ყნოსვის ფუნქციის გაუკუღმართება. ყნოსვის სრული მოსპობა, ანუ ანორექსია აღინიშნება ტვინის წყალმანკისა და ტვინის სიმსივნის შემთხვევებში, რომელიც შესაძლებელია დააწვეს ყნოსვის ნერვს.

ყნოსვის გაუკუღმართება (ანუ პაროსმია) ხშირია შიზოფრენიკთა შორის; უკანასკნელ შემთხვევაში ყნოსვის გაუკუღმართებას აქვს ცენტრალური ხასიათი და უფრო აიხსნება ავადმყოფის ბოღვითი მდგომარეობით, ვიდრე თვით აპარატის უშუალო ფიზიკური დაზიანებით (ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი დაჟინებით მოითხოვდა დახმარებას, ვინაიდან იგი განუწყვეტლივ გრძნობდა დამპალი თავის სუნს).

ვეგეტატიური ნერვული სისტემა

ვეგეტატიური ნერვული სისტემის შესწავლა განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს. იგი ზეგავლენას ახდენს როგორც ნორმალურ, ისე პათოლოგიურ ფსიქიკურ პროცესებზე. გრძნობითი, ანუ ემოციური განცდების გამოვლინება, ხასიათი და ამპლიტუდა მკიდროდაა დაკავშირებული ვეგეტატიურ და ენდოკრინულ აპარატთან.

უკანასკნელი დროის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურმა გამოკვლევებმა უფრო გააძლიერა ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მნიშვნელობა ფსიქიკურ პროცესთა მიმდინარეობაში. აღმოჩნდა, რომ ამ სისტემის უმაღლესი ცენტრები არა მარტო უახლოეს ქვერქვეშა კვანძებშია, არამედ დიდი ტვინისა და ნათხემის ქერქშიაც, რაც ნათლად გვიჩვენებს, რომ ფუნქციური თუ ორგანული ფსიქოზების დროს ძლიერ ჩათრეულია ვეგეტატიური სისტემაც.

ვეგეტატიური, ანუ ავტონომიური ნერვული სისტემა შედგება ორი მთავარი: სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნაწილისაგან.

სიმპათიკური სისტემა შედგება გვერდითი სვეტის, ამავე სვეტის კვანძების (ე. წ. ვერტებრალური კვანძები), მისგან გამომავალი პერიფერიული და ეფერენტული ბოჭკოებისაგან. უნდა აღვნიშნოთ, რომ, გამტარი გზების გარდა, სიმპათიკურ სისტემაში არის აგრეთვე მომტანი, აფერენტული ბოჭკოები.

ფრიად საყურადღებოა, რომ აფერენტული ბოჭკოები, რომლებიც მიემართებიან სიმპათიკურ ნერვებთან ერთად, ეკუთვნის ანიმალურ სისტემას, ე. წ. სპინალურ კვანძებს (ვილიგერი). ამ ანატომიური თავისებურების გამო, სიმპათიკური გზით პერიფერიისაკენ მიმავალი აგზნება ბრუნდება უკან ანიმალური ბოჭკოების საშუალებით და ამით მყარდება მჭიდრო კავშირი ორ ძირითად (ანიმალურ და ავტონომიურ) სისტემას შორის.

პარასიმპათიკურ სისტემას ეკუთვნის ის სიმპათიკური ბოჭკოები, რომლებიც გადიან თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის ზოგიერთ ნერვთან ერთად.

სიმპათიკური და პარასიმპათიკური სისტემები ერთმანეთისაგან განსხვავდება როგორც ანატომიურად, ისე ფიზიოლოგიურად; ისინი ასრულებენ თითქმის სრულიად საპირისპირო ფუნქციებს.

სიმპათიკურ სისტემას უწოდებენ აგრეთვე ადრენალინიფილურს (ამჟღავნებს ცოცხალ რეაქციას ადრენალინზე), ხოლო არასიმპათიკურს — პილოკარპინფილურს (რეაქციას ამჟღავნებს პილოკარპინსა და ატროპინზე).

სიმპათიკური სისტემის აგზნება იწვევს გულის ცემის აჩქარებასა და ნაწლავთა პერისტალტიკის შესუსტებას, პარასიმპათიკური სისტემის აგზნება კი, პირიქით, გულის ცემის შენელებასა და ნაწლავთა პერისტალტიკის გაძლიერებას იმისდა მიხედვით, თუ ვეგეტატიური სისტემის რომელი ნაწილია უფრო მკვეთრად წარმოდენილი ან რომელი ნაწილი უფრო ქარბობს ფუნქციურად ეპინეფრი და ჰესი ადამიანებს. ჰყოფენ ორ ჯგუფად: სიმპათიკტონიკებად და პარასიმპათიკტონიკებად, ანუ ვაგოტონიკებად.

სიმპათიკტონიკებს ახასიათებთ ტაქიკარდია, დაძაბული პულსი. თეთრი დერმოგრაფიზმი ვარდისფერი კანის ფონზე, თვალის ფართო გუგა და ცრემლისა და ოფლის ჭირკვალთა სუსტი მუშაობა. საპირისპირო თვისებები ახასიათებთ ვაგოტონიკებს, სახელდობრ ბრადიკარდია, წითელი დერმოგრაფიზმი, ცივი და ლურჯი კანი (უმთავრესად ხელებზე), ვიწრო გუგა, ოფლისა და ცრემლის ჭირკვალთა გაძლიერებული მუშაობა.

ბოლო დროის დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ ადამიანთა დაყოფა

აღნიშნულ ორ ტიპად სქემატურია; სინამდვილეში არ გვხვდება სუფთა ტიპები და, ჩვეულებრივ, ყოველ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს როგორც ვაგოტონიური, ისე სიმპათიკტონიური ნიშნები (ამფოტონური რეაქცია).

დებულება იმის შესახებ, რომ რეფლექსის ხასიათი და ძალა დამოკიდებულია ორგანოს აგუნებადობაზე, უფრო მეტად ეხება ვეგეტატიური, ვიდრე სპინო-ცერებრულ ნერვულ სისტემას. მაგალითად, ცნობილია, რომ გულის შემკავებელმა ნერვმა (თუ გულის კუნთს დააშუშავენ კალციუმით) შეიძლება შეცვალოს თავისი ჩვეულებრივი ფიზიოლოგიური ზეგავლენა და გულის ცემის შენელების ნაცვლად აჩქარება გამოიწვიოს.

როგორც ვხედავთ, სიმპათიკურ და პარასიმპათიკურ სისტემათა შორის მეტად რთული ფიზიოლოგიური ურთიერთდამოკიდებულებაა, მათი მუშაობა და რეაქციის ხასიათი გაპირობებულია ორგანიზმის ან ცალკეული ორგანოს მდგომარეობით. ამიტომ მეტად რთულია ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციის აღნუსხვა ანდა ანალიზი ისეთ მძიმე ავადმყოფობათა დროს, როგორცაა ფსიქოზები.

სულით ავადმყოფობათა შემთხვევებში საკმაოდ ხშირია სხვადასხვა სახის ვეგეტატიური აშლილობა.

შიზოფრენია არცთუ იშვიათად იწყება პოლიმორფული ხასიათის ვეგეტატიური აშლილობით, მაგალითად, მრავალგვარი იპოქონდრიული ჩავილით, თავის ტკივილით, მოვლენებით სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის ორგანოების მხრივ (ვაზომოტორული აშლილობა, გულისა და ფილტვების მუშაობის დაბრკოლება და სხვ.).

შიზოფრენიის დროს, განსაკუთრებით კატატონიური ფორმის შემთხვევაში, არსებული ფიზიკური ნიშნებიდან ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მხრივ აღინიშნება ვიწრო გუგა, მკვეთრი წითელი დერმოგრაფიზმი, კიდურთა სილურჯე და გაცივება.

ლეთარგიული, ანუ ეპიდემიური ენცეფალიზმისათვის დამახასიათებელია წნევის დაწევა, მაჯის შენელება, ოფლიანობა და სალიეაცია.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის მელანქოლიურ ფაზაში დაწეულია როგორც პარასიმპათიკური, ისე სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსი. ფსიქოზის მანიაკალურ სტადიაში აღინიშნება სიმპათიკური ნერვული სისტემის მკვეთრი აწევა, რაც საფუძვლად უდევს პროტოპოპოვის მიერ აღწერილ სიმპტომოკომპლექსს, ანუ ტრიადას (ტაქიკარდია, მიდრიაზი და შეკრულობა).

ძილის გაუაუღართება

ფსიქოზების დროს ყველაზე ხშირია ძილის აშლა, რომლის შესწავლას აქვს ერთგვარი დიაგნოზური მნიშვნელობა. ჯანმრთელი ადამიანი

შიანი იძინებს შედარებით ადვილად, სწრაფად, ასევე ადვილად შეუძლია მას გამოღვიძებაც, რის შემდეგ იგი თავს მხნედ, დასვენებულად გრძნობს.

დაძინების შემდეგ პირველი ორი საათის განმავლობაში ადამიანს ღრმად სძინავს, მერე კი ძილი თანდათანობით ნაკლებად ღრმად, მაგრამ შესაძლებელია დილისათვის, მოკლე დროით, ისევ გაღრმავდეს. ცნობილია, რომ ძილში ადამიანი ისვენებს. ძილა აუცილებელია ყოველი არსებისათვის. ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია, რომ ძაღლები იხოცებიან დაახლოებით ათი დღის უძილობის შემდეგ.

უძილობა ქანცავს ადამიანისა და ცხოველის სხეულს. ამ დროს სისხლისა და ზურგის ტვინის სითხეში წარმოიქმნება სხვადასხვა მომშხამავი ნავთიერება; ე. წ. ჰიპნოტოქსინები, რომლებიც წამლავენ ორგანიზმს და იწვევენ სისხლჩაქცევებსა და პათოლოგიურ ცვლილებებს ქერქსა და ქერქქვეშა კვანძებში. ჰიპნოტოქსინებს ეუთენის კრეატინი, აგრეთვე ფოსფორის, ნახშირისა და რძის მკვებები.

უძილობით გამოწვეული მოქანცულობა ასუსტებს ადამიანის ფსიქიკურ პროცესებს: აღქმა გაძნელებულია, ყურადღება — დაწეული, გარემოში ორიენტაცია — შეზღუდული; ადამიანი მოღუნებულია, უინიციური.

იმისდა მიხედვით, თუ რომელი ფაზაა, ოსიპოვი ჩერდება ძილის აშლილობის შემდეგ სამ სახეზე: ძილის აშლილობა დაძინების წინ, თვით ძილისა და გამოღვიძების პერიოდში.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დროს ავადმყოფებს აქვთ უძილობა, რომელიც უმჯობესდება ფსიქოზის თანდათანობით ჩათავებასთან ერთად. შესაძლებელია ძილი გახანგრძლივებული იყოს ორგანულ დაავადებათა დროს, მაგალითად, არის შემთხვევები, როდესაც ჰკუასუსტ ავადმყოფებს ან ილიოტებს მთელი დღეები სძინავთ; მოხუცებულობით ჰკუასუსტობის დროს ძილი უფრო ხშირად გამრავლებულია.

როგორც აღვნიშნეთ, ძილს აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა. ძილის ფუნქციის გაუმჯობესებასთან ერთად ფსიქიკური სფეროს გამოკეთება დადებითი პროგნოზის მაჩვენებელია.

უძილობა ფსიქოზის ფიზიკური სიმპტომატიკის ერთ-ერთი ნიშნე-შია. უძილობა კი არ იწვევს ფსიქოზს, არამედ ფსიქოზს მოსდევს უძილობა.

ნ. ბ.

ალექსანდრე ნეველინის ფსიქიატრიული

ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა უბნების მსგავსად, დიდი ჰემისფეროების ქერქი წარმოქმნის ელექტროდენს, რომელიც ცნო-

ბილია, როგორც ქერქული აპარატის ბიოდენი, რაც ნერვულ ელემენტთა აქტიური მდგომარეობის მაჩვენებელია.

ფაქტობრივი მასალა დიდი ტვინის ქერქის ბიოდენტთა შესახებ იმდენად გამდიდრდა, რომ დღეს ბიოელექტრული აქტივობა ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიისა და პათოფიზიოლოგიის ერთ-ერთი ახალი მეტად საინტერესო საკითხია.

არსებობს საკმაოდ ზუსტი აპარატი — ოსცილოგრაფი, რომელიც საშუალებას გვაძლევს ადამიანის ქალას კანის ზედაპირზე მოვახდინოთ ბიოდენების რეგისტრაცია, ვინაიდან ნერვული ნევიერების ელექტრული პოტენციალები ვრცელდება ფიზიკურად ტვინის გარსზე, ქალას ძვალსა და, ბოლოს, თვით კანზე.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ბიოდენები შედგება ელექტრულ პოტენციალთა ნელი და სწრაფი რხევებისაგან, ე. წ. ალფა- და ბეტა-ტალღებისაგან.

როგორც აღვნიშნეთ, ელექტრული ტალღები ასახავს ტვინის სხვადასხვა უბნის ნერვულ ელემენტთა რიტმულ მოქმედებას, ამიტომ ბიოდენების თავისებურებათა (ხასიათი, მიმდინარეობა, სიხშირე, ძალა და ამპლიტუდა) შესწავლით შესაძლებელია დავადგინოთ თვით რუხი ნევიერების ფუნქციური მდგომარეობა.

კლინიკურ მასალაზე თავის ტვინის ბიოდენების შესწავლამ იმდენად გაამართლა ფსიქიატრთა იმედები, რომ ელექტროენცეფალოგრაფია ფსიქიატრიაში ერთ-ერთი მეტად მგრძნობიარე და საკმაოდ ზუსტობიექტურ დიაგნოზურ მეთოდად იქცა.

თავისთავად ცხადია, რომ ელექტროენცეფალოგრაფიას არ ძალუძს პათოგენეზურ მომენტთა დაზუსტება. ეს მეთოდი წარმოდგენას გვიქმნის მხოლოდ დაავადების პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებზე, ანუ პათონეიროდინამიკურ წინამძღვრებზე.

5-3 სხეულის ტემპერატურა

ფსიქოზთა უმეტეს შემთხვევაში სხეულის ტემპერატურა რჩება ნორმის ფარგლებში. მიუხედავად ამისა, სულით ავადმყოფებს ისევე სისტემატურად უნდა ვუზომავდეთ ტემპერატურას, როგორც სომატურ დაავადებულთ.

ზოგიერთ ფსიქოზს ახასიათებს სიცხიანი მსვლელობა, ზოგჯერ კი ტემპერატურას აქვს მხოლოდ მეორადი შემთხვევითი ხასიათი.

სხეულის ტემპერატურის განხილვისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ ტემპერატურის აწევას, დაწევას, აგრეთვე მის ცვალებადობას დღე-ღამის განმავლობაში.

ინფექციურ ნიადაგზე წარმოქმნილ ე. წ. მწვავე ბოდვის, ჩვეუ-
ლებრივ, თან სდევს მაღალი ტემპერატურა, რომელმაც შეიძლება აი-
წიოს 40 გრადუსამდე.

რანტერი აღწერს ექსპერიმენტულად მიღებული ცერებრულა
ტემპერატურის სუფთა შემთხვევებს, რომლებიც დაკავშირებული უნ-
და იყოს გარდამავალი ტვინის (პიპოთალამური არე) ვეგეტატიური
ცენტრების ძვრებთან. ტემპერატურა აღწერილია აგრეთვე მწვავე
ტრავმული ფსიქოზების შედეგადაც.

ტემპერატურის აწევას თეთრი ცხელების დროს ცუდი პროგნოზუ-
ლი მნიშვნელობა აქვს.

მკვეთრად გამოხატული მწვავე ფსიქომოტორული აგზნება იწვევს
სუბფებრილურ ტემპერატურას, მაგალითად, მანიაკალური აგზნება
ცაკლოფრენის ან პროგრესული პარალიზის, ანდა ინფექციური ფსი-
ქოზების დროს.

-პირიქით, დაბოლმიანებას, ანუ დეპრესიულ მდგომარეობას, ზო-
გად შეაკავება-შებოქვას (ფსიქომოტორული და მოტორული სტუპორი)
სჩვევია ტემპერატურის დაწვეა ნორმალური დონიდან.

ბებტერევს თავის კლასიკურ დისერტაციაში, რომელიც ენება სუ-
ლით ავადმყოფთა ტემპერატურის საკითხს, მოჰყავს სუბნორმალუ-
რი ტემპერატურა (34,5) იდიოტიის — ღრმა ჰუასუსტობის შემთხვე-
ვაში. იგივე ავტორი აღწერს აგრეთვე დღედამური ტემპერატურის
ცვალებადობის გაუკუღმართებას (ე. წ. ტემპერატურის ინვერ-
ზია), რომლის დროს დილით ტემპერატურა ჰარბობს სადამოსას ან
შეიძლება აღინიშნებოდეს სიცხის მოულოდნელი ხანმოკლე აწევა.
ბებტერევს ტემპერატურის გაუკუღმართება. აღუნიშნავს მელანქო-
ლიის, კატატონიისა და, აგრეთვე, მანიაკალური აგზნების შესუსტების
მდგომარეობაში.

პროგრესული პარალიზის დროს ტემპერატურის აწევა გულყრითი
შეტევების წინამორბედი ნიშანია. ეს ავადმყოფობა (მით უმეტეს აღი-
ნამიკურ პერიოდში) არცთუ იშვიათად იწვევს ტემპერატურის და-
წევას, მაგალითად, ოსიპოვს მოჰყავს შემთხვევები, როდესაც პრო-
გრესული პარალიტიკის ტემპერატურა დაცემულია 25°-დან 22,4°-მდე.

ფსიქიატრიულ ლიტერატურაში აღწერილია მწვავე ბოდვის შემ-
თხვევა, ჩათავებული ექსიტუსით, რომლის დროს ტემპერატურა 43°-
მდე აწეულა.

6-7.

სისხლის წნევის ვაზომოტორული აშლილობა

და ფორმირან ელემენტთა შედგენილობა

ტვინის ყოველ მძიმე დაავადებას შეუძლია გამოიწვიოს როგორც
ფსიქიკური აშლილობა, ისე ცვლილებები სისხლის წნევისა და სისხ-
ლის მორფოლოგიური სურათის მხრივ.

შესაძლებელია ტვინის სიმსივნეზე ვიფიქროთ, თუ ავადმყოფი გაბრუნებულ-დარეტიანებულია და პულსაც ძლიერ შენელებული აქვს. ეიფორიული გუნება-განწყობა და ამასთან ერთად პერიფერიულ ძარღვთა გაგანაირება მიგვითითებს ალკოჰოლურ მოწამვლაზე.

ფრიად საყურადღებოა, რომ მაჯის, სისხლის წნევისა და სხვა ვაზომოტორული აშლილობა შესაძლებელია განვითარდეს (უშუალო ანატომიურ-ფაზიოლოგიურ ცვლილებათა გარეშე) ფსიქიკურ განცდათა ნიადაგზე, მაგალითად, შიშის ძლიერი აფექტის შედეგად.

ცნობილია, რომ შიში ან ყურადღების უეცარი აგზნება იწვევს პულსის შენელებას, ფსიქიკური მუშაობა კი, პირაქით, აჩქარებას. პულსის შესწავლას ფსიქოზის დროს ვოლფი დიდ მნიშვნელობას მიაწერს; მისი აზრით, სფიგმოგრაფიას ფსიქიატრიის კლინიკაში ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც ტემპერატურის გამოკვლევას სომატურა ავადმყოფობის შემთხვევაში.

ვოლფის დაკვირვებით, ფსიქოზების დროს მაჯა დიკროტიული და მონოკროტიულია, ტრიკროტიულას ნაცვლად, ხოლო ტემპერატურის აწევისას სულით ავადმყოფთა პულსი უფრო ნაკლებ ხშირდება, ვიდრე ჯანმრთელთა პულსი.

შემდგომში დაკვირვებებმა არ გაამართლა ვოლფის შეხედულებანი; აღმოჩნდა, რომ მაჯის ცემას აქვს სიმპტომური მნიშვნელობა. სფიგმოგრამა მიუთითებს მხოლოდ ავადმყოფის მდგომარეობაზე და იგი შეუძლებელია სპეციფიკური იყოს ფსიქოზთა გარკვეული ფორმებისათვის.

მაჯის გამოკვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაშინ, როდესაც მასთან ერთად სწავლობენ სისხლის წნევესაც.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის აშლა განსაკუთრებით ახასიათებთ ნევროპათებს (ე. წ. ვაზომოტორულ ტიპებს) და ამ მხრივ ფრიად საინტერესოა მათი პულსის შესწავლა.

ბოლო ხანებში ავტორები დიდ ყურადღებას აქცევენ პულსის რესპირატორული არიტმიის შესწავლას ფსიქოზების დროს; მაგალითად, ცნობილია, რომ ეს არიტმია ხანგრძლივი და ძლიერია ოლიგოფრენიული ჰქუასუსტობის, იმბეცილობისა და იდიოტიის შემთხვევებში.

სისხლის წნევის შესწავლა არ გვაძლევს თანაბარ შედეგებს.

სისხლის წნევა პროგრესული პარალიზის დროს ნორმაზე მცირეა, შემდეგ თანდათანობით ეცემა, რაც უფრო უახლოვდება საბოლოო, ანუ ადინამიკურ პერიოდს, ნორმას კი უბრუნდება მხოლოდ ავადმყოფთა გამოკეთებისას.

სისხლის წნევა აწეულია დეპრესიის დროს, აგრეთვე არტერიოსკლეროზული სენიუმის შემთხვევებში.

ნაადრევი ჰქუასუსტობის დროს სისხლის წნევა არ იწვევს რაიმე კანონზომიერ ცვლილებებს.

ვაზომოტორული აშლილობა ახასიათებს სხვადასხვა ფსიქოზს. ზოგიერთი ავტორი აღიარებს მკიდრო კავშირს ვაზომოტორულ ნევროზსა და მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს შორის.

ხშირად აღინიშნება კიდურებზე პასიური ჰიპერემია, მაგალითად, კატატონიური სტუპორის დროს კიდურები ცივია, მუქი წითელი ფერის, ხან სრულიად ლურჯი.

თავბრუ სჩვევია ორგანულ ფსიქოზებს, პროგრესულ პარალიზს, არტერიოსკლეროზულ, სენილურ და პრესენილურ ფსიქოზებს.

ფსიქოზების დროს დერმოგრაფიზმს არა აქვს რაიმე დიაგნოზური მნიშვნელობა; იგი უფრო ვაზომოტორული ზოგადი ლაბილობის მაჩვენებელია.

ვაზომოტორულ მოვლენებს ეკუთვნის აგრეთვე გარდამავალი ხასიათის ერთემული გამონაყარა.

ვაზომოტორულ სიმპტომებს უნდა მივაკუთვნოთ გულის ბოლმითი წუხილი, რომელიც დამახასიათებელია მძიმე მელანქოლიისათვის; ამ დროს ავადმყოფი შეიგრძნობს მძიმე სტენოკარდიულ მოვლენებს გულის არეში.

ბოლმითი წუხილის დროს ტკივილი არ არის დაკავშირებული გულსისხლძარღვთა სკლეროზულ პროცესებთან, იგი აიხსნება გულის არტერიის ფუნქციური სპაზმით. ამ სპაზმს რომ საფუძვლად უდევს ვაზოკონსტრიქტორების (სიმპათიკუსის) ტონუსის აწევა, დასტურდება ოპიუმის პრეპარატების დადებითი მოქმედებით.

ფსიქოზების დროს სისხლის ფორმიანი ელემენტების სურათი არ ავლენს რაიმე კანონზომიერებას. ამ მხრივ გარკვეული ცნობები არსებობს მხოლოდ ეპილეფსიის შესახებ, მაგალითად, გულყრის დროს ჰიპერლეიკოციტიზი აღინიშნება. აღწერენ ციკლოფრენიის მანიაკალურ ფაზაში ჰემოგლობინის რაოდენობის შემცირებას, მელანქოლიურ ფაზაში კი — მომატებას. აღნიშნავენ აგრეთვე დეპრესიის დროს ერითროციტებისა და ლეიკოციტების რაოდენობის მომატებას.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზების ფაზის შეცვლის ან ფსიქოზის ჩათაგების დროს იცვლება ლეიკოციტური ფორმულა.

აღწერილია შიზოფრენიის მწვავე ფაზაში ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა.

ბროფიკული აშლილობანი

ბროფიკული აშლილობანი თან სდევს როგორც ორგანულ, ისე ფუნქციურ ფსიქოზებს.

ცნობილია ფსიქიკურ ავადმყოფთა სიქაჩლე (ალოპეცია), ნაადრევი გაქალარავება ან გადაქარბებული თმიანობა. თვითონ თმა უხეშ-

დება და ადვილად მტკრევადი ხდება. აღინიშნება აგრეთვე ფრჩხილების ცვლილებები (სკდება და მტკრევადი ხდება).

ჯანის პათოლოგიიდან ფსიქოზების დროს აღსანიშნავია ერთმეული და ეგზემური გამონაყარი, ჰერპესზოსტერი, პურპურა, ფსორიაზი და ჰემფიგუსი.

საერთო კვების დაქვეითების გამო სულთ ავადმყოფთა შორის ძლიერ ხშირია ფურუნკულოზი.

ტროფიკული ცვლილებებიდან უფრო ხშირია ნაწოლები, რომლებიც ხანდახან ძლიერ სწრაფად ვითარდებიან და 2—3 დღეში ქსოვილების ღრმა ნეკროზს (მწვავე ნაწოლები) იწვევენ. ჩვეულებრივ ნაწოლები უვითარდებათ დიდი ხნის ლოგინად ჩაეარდნილ ავადმყოფებს (პროგრესული პარალიზის, კატატონიის, სენილური ფსიქოზების შემთხვევები). ნაწოლებიანი ავადმყოფები განსაკუთრებით სუფთად უნდა იწვნენ, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ზოგადი სექტიკოპიემია.

პროგრესული პარალიზის (ხშირად) და შაზოფრენიის დროს ყურზე იწყება ტროფიკული ცვლილება ჰემატომის სახით, რომელსაც უწოდებენ ოთემატომას. დასაწყისში ეს სიმსივნე მუქი ლურჯი ფერისაა, შემდეგ იწყებს ფლუქტუაციას; სითხე შეიწოვება, ჰემატომის არე შეიჭმუნება და ყური მახინჯდება.

ტროფიკული აშლილობა ვრცელდება ძვლოვან ქსოვილებზეც. ძვლები გაილევა და ძლიერ ადვილად მტკრევადი ხდება. ძვლის ტროფიკული ცვლილებები დამახასიათებელია პროგრესული პარალიზისათვის. პოპოვს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც პროგრესულ პარალიტიკს გადაუტეხნია ბარძაყი ჩექმის ჩაცმის დროს.

პროგრესული პარალიზის დროს სახსრების ტროფიკული დაზიანება ტაბესთან ძირითადი ავადმყოფობის კომბინაციის შედეგია და არსებითად ტაბესური ათროპათიაა.

აღწერილია ნაადრევი ჰქუასუსტობის დროს ოსტეომალაციის შემთხვევები.

სპარაკორულ ფუნქციათა აშლა

ფსიქოზთა ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის განხილვისას საჭიროა გავიხსენოთ სეკრეტორულ ფუნქციათა აშლა: ცრემლის, ოფლისა და ნერწყვის გამოყოფა. მელანქოლიურ მდგომარეობაში, ბოლმის მძიმე აფექტის დროს ცრემლის გამოყოფა შეფერხებულია. ასეთი ავადმყოფები ვერ ტირიან და უცრემლოდ განიცდიან დიდ მწუხარებას. ცრემლის დენის უნარი სრულიად დაქვეითებულია, თვალი მთლიანად გამშრალია და მისი გარსები ადვილად ღიზიანდება.

ცრემლის გამოყოფის უნარის დაბრუნება ავადმყოფებს უადვილებს ბოლმის განცდებს და დეპრესიული მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებელია. ზოგიერთი ავტორი ცრემლის დენის უნარის შემცირებას იმდენად ტიპურად მიიჩნევს სუფთა მელანქოლიური, ანუ დეპრესიული მდგომარეობისათვის, რომ მას ასახელებს ერთ-ერთ მთავარ დიაგნოზურ ნიშნად. ეს ავტორები აღნიშნავენ, რომ ცრემლიანი დეპრესია არ არის სუფთა ენდოგენური დეპრესია; იგი აღინიშნება მეორადი დეპრესიების დროს (პროგრესული პარალიზი, არტერიოსკლეროზული და სენილური ფსიქოზები), რაც ავადმყოფის გონებრივი დონის დაწვევის მაჩვენებელია.

ფსიქიატრიის კლინიკამ იცის სხვადასხვა ფუნქციონალური (ისტერია, ფსიქასთენია, რეაქტიული ფსიქოზები) და ორგანული (პროგრესული პარალიზი, ალკოჰოლური და სენილური ფსიქოზები) ავადმყოფობა, რომლის დროსაც ცრემლის დენა გადაჭარბებულია; ავადმყოფები ძალიან ადვილად ტირიან (ე. წ. პათოლოგიური გულჩვილობა, ანუ სუსტსულოვნება).

აღწერილია აგრეთვე აკვიატებული ტირილი შიზოფრენიისა და ეპიდემიური ენფეცალიტის დროს. პირველ შემთხვევაში ტირილი ერთ-ერთი კატატონიური ნიშანია (უფფექტო, სტერეოტიპული ტირილი), ხოლო მეორე შემთხვევაში ტირილი ეკუთვნის აკვიატებულ ქცევათა ჯგუფს და დაკავშირებულია ქერქქვეშა კვანძების ორგანულ დაზიანებასთან.

ფსიქოზების დროს შესაძლებელია ოფლის გამოყოფის როგორც შემცირება (ანჰიდროზი), ისე გაძლიერება (ჰიპერჰიდროზი). სტუპოროზული მდგომარეობის, ე. წ. მელანქოლიური შეკავების ან კატატონიური შეჩერების დროს ოფლის დენის უნარი ძალიან შემცირებულია.

ოსიპოვის თანახმად, ოფლის დენა შემცირებულია აგრეთვე ჰკუასუსტ ავადმყოფთა შორის და კრეტინიზმის შემთხვევებში.

ბაზედოვიზმის, ალკოჰოლური ფსიქოზებისა და ფუნქციურ დაავადებათა, კატატონიისა და მანიაკალური აგზნების დროს აღწერენ გადაჭარბებულ ოფლის დენას.

საინტერესოა შევჩერდეთ ნერწყვის გამოყოფის ფუნქციაზე. ბოლმისა და შიშის მძლავრი განცდების დროს (სუფთა დეპრესიულ მდგომარეობა, ისტერია, რეაქტიული ფსიქოზი) ავადმყოფებს იმდენად შემცირებული აქვთ ნერწყვის გამოყოფის უნარი, რომ მათ პირი უშრებით, ტურები და ენა დამსკდარი აქვთ.

მანიაკალური აგზნების, კატატონიური სტუპორის, ეპილეფსიური გულყრისა და პარალიზური ჰკუასუსტობის შემთხვევაში აღინიშნება ნერწყვის გადაჭარბებული გამოყოფა, სალივაცია. ასეთ ავადმყოფებს პირი გავსებული აქვთ ნერწყვით და დროდადრო (ან გამუდმებით)

იფურთხებიან. ფსიქოზების უმეტეს შემთხვევაში ნერწყვი თხელია და ქაფისმაგვარი. ამ მხრივ გამონაკლისია მხოლოდ კატატონიური სტუპორი, რომლის დროს (ოსიპოვის დაკვირვების თანახმად) ნერწყვი სქელია, წებოვანი. ის უმთავრესად ყბისქვეშა და ენისქვეშა ჭირკვალთა გადაჭარბებული მუშაობის შედეგია.

ნამდვილი სალივაციიდან უნდა განვასხვაოთ ე. წ. ყალბი, ანუ ფსევდოსალივაცია, რომლის დროს ნერწყვის გადაჭარბებული გამოყოფა არ აღინიშნება, ავადმყოფები არ ყლაპავენ და პირში იგრავებენ ნერწყვს, რაც ნამდვილი სალივაციის შთაბეჭდილებას სტოვებს; ნერწყვის ასეთი დაგროვება ყველაზე ხშირია კატატონიკთა შორის და აიხსნება მათი ბოლდვითი მიზანსწრაფვით, ნეგატივიზმითა და ზოგადი განურჩევლობით.

სხეულის წონა

წონის სისტემატური გამოკვლევა ფსიქიატრიის ერთ-ერთი კლინიკური მეთოდია, რომელსაც აქვს როგორც დიაგნოზური, ისე პროგნოზული მნიშვნელობა.

ტვინის ორგანული დაავადება სხეულის წონის ცვალებადობას იწვევს.

მოკყავთ წონის შემცირების შემთხვევები პრეარტერიოსკლეროზულ პერიოდში, აგრეთვე აღწერენ ე. წ. ცერებრულ გასუქებას, რომელიც განვითარებულია ეპიდემიური ენცეფალიტის გადატანის შემდეგ.

სხვადასხვა ფსიქოზური მდგომარეობა იწვევს წონის როგორც შემცირებას, ისე მომატებას და, აგრეთვე, ცვალებადობას. ფრიად საინტერესოა, რომ წონის ცვალებადობა შეიძლება იყოს ხანგრძლივი და ხანმოკლე.

სხეულის წონის მკვეთრ დაწევას იწვევს მწვავედ მიმდინარე ფსიქოზები, დელირიოზული და ამენციური მდგომარეობანი და პროგრესული პარალიზი განლევის პერიოდში.

დებრესიული ავადმყოფები ღრმა ბოლმის გამო არ იკვებებიან, შფოთავენ და არ ძინავენ, ამიტომ ძალიან კლებულობენ წონაში.

შიზოფრენიის შემთხვევებში ავადმყოფები ხშირად ქამაზე უარს აცხადებენ, რის გამოც მათ უვითარდებათ განლევა და საჭირო ხდება მათი ხელოვნური კვება.

მწვავედ მიმდინარე ფსიქოზების დროს შეიძლება წონა ყოველდღიურად იკლებდეს 400 გრამამდე. ოსიპოვს მოჰყავს შემთხვევები, როდესაც წონის დღიური დანაკარგი უღრიდა 2 კილოგრამს. წონა შეიძლება ასევე სწრაფად აღდგეს, მაგალითად, ყოველდღიურად 500—600 გრამით.

როგორც აღვნიშნეთ, წონის მომატებას აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა; წონის მომატებასთან ერთად ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება დადებითი პროგნოზის მაჩვენებელია, ხოლო თუ წონის მომატებასთან ერთად ფსიქიკური მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება, ეს მიუთითებს ავადმყოფობის მყარ, მოუარჩეველ, ქრონიკულ ხასიათზე, რომელსაც თან სდევს სრული კეუასუსტობა.

5-3.

ენდოკრინული სისტემა

ენდოკრინული, ანუ შიდასეკრეციული სისტემის აშლა იწვევს დიდ ძვრებს ადამიანის ნერვულ-ფსიქიკურ სფეროში. ამ ჭირკვალთა მუშაობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის განვითარების დროს; ამ პერიოდში მათი მუშაობის აშლა იწვევს ადამიანის როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ ჩამორჩენილობას. მოზრდილთა შორის ენდოკრინული სისტემის დისფუნქცია ცვლის ადამიანის თვისებებს, მაგალითად, ბაზედოვიზმი იწვევს პიროვნების ახალი ნიშნების განვითარებას: იგი ემოციურად ძლიერა ლაბილური ხდება, ადვილად იგზნება, აქვს მხიარული გუნება-განწყობა, ამასთან ერთად ადვილად იღლება როგორც ფსიქიკურად, ისე ფიზიკურად. ფარისებრი ჭირკვლის ჰიპოფუნქცია, პირიქით, იწვევს ფსიქიკური პროცესების ტონუსის შენელებას, მეხსიერების დაქვეითებას და სხვ.

ზოგადი ფსიქიკური აღინაშნა აღინიშნება ე. წ. ადისონის ავადმყოფობის დროს (თირკმელზედა ჭირკვლის ჰიპოფუნქცია), როცა ავადმყოფი სუსტი და დამწუხრებულია, მეხსიერება დაქვეითებული აქვს. საერთო აპათია და უძილობა უვითარდება.

შიზოფრენიის ეტიოლოგიის მომენტად ოსიპოვს მიაჩნია შიდასეკრეციულ ჭირკვალთა პათოლოგია, ხოლო თვით ავადმყოფობას იგი უწოდებს მრავალჭირკვლოვან, ანუ პლურიგლანდულარულ დაავადებას.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ენდოკრინული სისტემის დაზიანებისას ფსიქოზები შედარებით იშვიათია.

ბაზედოვიზმით გამოწვეული ფსიქოზი ჩამოყალიბებული ფორმა არ არის. ფარისებრი ჭირკვლის ჰიპოფუნქციის საფუძველზე შესაძლებელია განვითარდეს სულ სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი, მაგალითად, ისტერიული, ნევრასთენიული, მანიაკალური, დეპრესიული და კატატონიური.

ზოგი ავტორი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ ენდოკრინული სისტემის არასპეციფიკური დაზიანება შესაძლებელია მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზისა და შიზოფრენიის დროს.

ოსიპოვის თანახმად, სულით ავადმყოფებში ნივთიერებათა ცვლის ზუსტი გამოკვლევა და შესწავლა მეტად მძიმე საქმეა იპიტომ, რომ მათ ხშირად აღენიშნებათ მკვეთრი ფსიქომოტორული აგზნება; ისინი იჩენენ ძლიერ ნეგატივიზმს, უსუფთაონი არიან, რაც ხელს უშლის ზუსტი კლინიკური ექსპერიმენტის ჩატარებას.

ამ მხრივ საჭიროა მუშაობის ხელახლა და ფართოდ გაშლა ყველა საჭირო პირობის დაცვით. დაკვირვება არ არის სრული და დამაკმაყოფილებელი. ძველი ავტორები ძლიერ შეზღუდული იყვნენ მეთოდის მხრივ და, გარდა ამისა, ჯერ კიდევ არ იყო დაზუსტებული საკითხი ფსიქოზთა კლასიფიკაციის, ანუ სისტემატიკის შესახებ. უკანასკნელი დროის ავტორები ნივთიერებათა ცვლას იკვლევენ ფსიქოზთა ცალკეული ფორმის, მაგალითად, პროგრესული პარალიზის, ეპილეფსიის, შიზოფრენიისა და მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის შემთხვევებში.

ფრიად საინტერესოა პროგრესული პარალიზის დროს ნივთიერებათა ცვლაზე დაკვირვება. ნივთიერებათა ცვლა გაუკუღმართებულია იმ მხრივ, რომ ორგანიზმს არ შეუძლია მთლიანად დაამთავროს, საბოლოო შედეგამდე მიიყვანოს ის, რის გამოც ნივთიერებათა ცვლა ერთგვარ შუამდებარე, ანუ გარდამავალ საფეხურზე რჩება.

ცვლილებები შარდში

კარგა ხანია ცნობილია, რომ ფსიქოზების დროს ძალიან აწეულია შარდის ტოქსიკური, ანუ მომშხამავი თვისებები.

შარდის ტოქსიკურობასა და ამასთან ერთად აზოტოვან და ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა ცვლის აშლას ხსნიდნენ ზოგადი ჟანგვითი პროცესების დაქვეითებით, რასაც ემყარება ბუსკაინოს მიერ შემუშავებული რეაქცია (5 კუბ. სმ შარდს უმატებენ ამავე რაოდენობით აზოტმქავა ვერცხლის 5%-იან ხსნარს, ათბობენ 20—30 წამის განმავლობაში და დადებით შემთხვევაში შავ ნალექს ღებულობენ). ეს რეაქცია ავლენს შარდში ნივთიერებათა არამთლიანი ცვლის პროდუქტებს. ძალიან საინტერესოა ავტორთა დაკვირვება, რომელთა თანახმად მწვავე სულით ავადმყოფთა შარდი უფრო ტოქსიკურია, ვიდრე კუჟასუსტი ქრონიკული ავადმყოფების, რაც მიუთითებს, რომ მეორე შემთხვევა შედარებით სტაბილური მდგომარეობაა.

ახალი დროის გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ მწვავე ფსიქოზების დროს შარდის ტოქსიკურობა თანაბარი არ არის, მაგალითად, მა-

ნიაკალურ მდგომარეობაში დაწეულია, ხოლო კატატონიურ და მელანქოლიურ მდგომარეობაში — აწეული.

ფრიად საინტერესოა აგრეთვე ავტორთა შეხედულება, რომ ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად იკლებს შარდის ტოქსიკური თვისებები, რაც თითქოს იმის მაჩვენებელია, რომ ორგანიზმში თავისუფლდება მომშხამავი ნივთიერებებისაგან.

შარდის დღეღამური გამოყოფა ძალიან გადიდებულია ციკლოფრენიის მანიაკალურ ფაზაში, ხოლო დეპრესიულ ფაზაში, აგრეთვე კატატონიური სტუპორის დროს — ძალიან შემცირებული.

დეპრესიულ ავადმყოფთა შარდის კუთრი წონა უფრო მაღალია, ვიდრე მანიაკალური ავადმყოფების.

სხვადასხვა ფსიქოზისა და ფსიქოზური მდგომარეობის შემთხვევებში საჭიროა შარდში სხვადასხვა ნივთიერების, მგალითად, შაქრის, აცეტონის, ინდიკანისა და ურობილინის შემცველობის დადგენა, მაგრამ ამ მხრივ ჭერჭერობით რაიმე გარკვეული კანონზომიერება განსაზღვრული არ არის.

ცვლილებები შინაგან ორგანოებში

ფსიქიკურ აშლილობათა დროს შინაგანი ორგანოების მხრივ (გულა, კუჭ-ნაწლავთა ტრაქტი, ღვიძლი და სხვ.) აღინიშნება სხვადასხვა ცვლილება. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ზუსტი განსაზღვრა, თუ რა დამოკიდებულებაა ფსიქოზსა და შინაგანი ორგანოების ცვლილებათა შორის. გამოკვლეული უნდა იყოს შინაგან ორგანოთა საკითხი; პათოლოგია იწვევს ფსიქოზს (ან სდევს მას, როგორც აუცილებელი სომატური ნიშანი), თუ იგი სრულიად შემთხვევითია.

გულისა და სისხლძარღვთა სისტემა ცვალებადობს როგორც ორგანული, ისე ფუნქციური ფსიქოზების დროს. ფუნქციური ფსიქოზებიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ემოციური, ანუ აფექტური ფსიქოზები, რომელთა დროს ვეგეტატიური ნერვული სისტემა ძლიერ აშლილია, რაც მოქმედებს სისხლის მიმოქცევის დინამიკაზე.

საყურადღებოა აგრეთვე სუნთქვის შესწავლა, რომელიც ცვალებადობს როგორც რიტმის, ისე ძირითადი თვისებების მხრივ. დეპრესიულ ავადმყოფებს ახასიათებთ ზერელე და აჩქარებული სუნთქვა, კატატონიურ გაყუჩებას კი — ზერელე, მაგრამ შენელებული სუნთქვა. ორგანულ ფსიქოზთა უკანასკნელ სტადიაში (პროგრესული პარალაზი, სენილური და არტერიოსკლეროზული ფსიქოზები) სუნთქვა ხანდახან მოგვაგონებს ე. წ. ჩეინ-სტოქსის ტიპის სუნთქვას.

ზოგიერთი ავტორი ცდილობს იპოვოს პათოგენეზური კავშირი შიზოფრენიასა და კუჭ-ნაწლავთა პათოლოგიას შორის, მაგრამ ეს სა-

კითხი არ შეიძლება ჯერჯერობით გამორკვეულად ჩავთვალოთ. კუქ-
ნაწლავთა ფუნქცია განსაკუთრებით ცვალებადობს აგრეთვე მანიაკა-
ლურ-დებრესიული ფსიქოზის დროს, მაგალითად, ძლიერი შეკრუ-
ლობა დებრესიის ფაზაში.

აზრთა სხვადასხვაობის მიუხედავად, ძლიერ საინტერესოა კუქის
წვენის შესწავლა. ციკლოფრენიის მანიაკალურ ფაზაში აღნიშნავენ
კუქის წვენის მკაფიანობის დაწევას. კუქის წვენის მკაფიანობა განსა-
კუთრებით ეცემა კატატონიური სტუპორის დროს.

ზურგის ტვინის სითხე და მისი ცვლილებები

ზურგის ტვინის, ანუ ცერებრო-სპინური სითხე საკმარისს განსა-
კუთრებულ შესწავლას, ვინაიდან იგი ფსიქოზების დროს სხვადასხვა
ბიოქიმიურ და მორფოლოგიურ ცვლილებას განიცდის.

ნორმალური ცერებრო-სპინური სითხე უფერულია, გამჭვირვალე
და ძლიერ მცირე რაოდენობით ფორმიან ელემენტებს შეიცავს. ისინი
მხოლოდ ლიმფოციტებია და ერთ კუბურ მილიმეტრში 5—6 ცალს
არ აღემატება.

თავისა და ზურგის ტვინის დაავადების დროს ცერებრო-სპინურ
სითხეში, ჩვეულებრივ, მატულობს ფორმიან ელემენტთა რიცხვი, მა-
გალითად, მრავლდება ლიმფოციტთა რაოდენობა და წარმოიქმნება
სხვათა ელემენტები (პლასმური უჯრედები, ლეიკოციტები), რომლე-
ბიც ნორმის დროს ან სრულიად არ არიან ანდა თითო-ოროლა.

ცერებრო-სპინური სითხე ტვინის პარაკუქებსა და სუბარაქნოიდულ
(ე. ი. ქსილქვეშა) სივრცეშია და თავისა და ზურგის ტვინის ზედაპირს
მთლიანად ფარავს. სუბარაქნოიდული ღრუ და პარაკუქები ერთმანეთს
უერთდება ხერელების საშუალებით, რის გამოც ისინი თავისი სით-
ხით ერთი მთლიანი სისტემაა.

როგორც ვხედავთ, სითხე ფარავს, ერთი მხრივ, თავისა და ზურგის
ტვინის ზედაპირს, ხოლო, მეორე მხრივ, პარაკუქთა ღრუების ზედა-
პირს, ამიტომ სითხე პათოლოგიურად არ ცვალებადობს იმ შემთხვე-
ვებში, როდესაც სიმსივნე და აბსცესი ტვინის სიღრმეშია — ღრუები-
დან დაშორებით.

ახალი გამოკვლევები ადასტურებს, რომ სითხე არ არის სისხლის
უბრალო ფიზიოლოგიური ტრანსჟდატი; იგი ტვინის სისხლძარღვო-
ვანი წნულებისა და ტვინის ღრუების (სუბარაქნოიდული სივრცე,
პარაკუქები, ზურგის ტვინის არხი) ენდოთელური უჯრედების აქტი-
ური მუშაობის შედეგია. სითხე რომ სისხლის უბრალო ტრანსჟდატი
არ არის, იმიტაც მტკიცდება, რომ სისხლში შეყვანილი სხვადასხვა
ნივთიერება ცერებრო-სპინურ სითხეში მხოლოდ ნაწილობრივ გადა-
დის.

სისხლძარღვთა სისტემასა და ტვინის ღრუების სისტემას შორის არის დაბრკოლება, ზღუდე, რომლის გადალახვა საჭიროა სისხლსა და სითხეს შორის დინამიკური ურთიერთობის დასამყარებლად. ეს ზღუდე ცნობილია ჰემოენფეცალური ბარიერის სახელწოდებით და ტვინის წნულებისა და ღრუების ენდოთელური უჯრედების სახითაა წარმოდგენილი.

ჰემოენციფალური ბარიერი იცავს ტვინის ქსოვილს მავნე ნივთიერებებისაგან. მაგალითად, სისხლში არსებული ბაქტერიები, სხვადასხვა ტოქსინი და მომშხამავი ნივთიერება ვერ ახერხებს ზღუდის გადალახვასა და უშუალოდ ტვინის ქსოვილში შეჭრას. როგორც ვხედავთ, ბარიერის გამო ცენტრალური ნერვული სისტემა დაზღვეულია მავნე აგენტთა უშუალო ზემოქმედებისაგან.

სითხეში მომშხამავ ნივთიერებათა (ღარიშხანის, უროტროპინის, ბრომისა და სხვ.) აღმოჩენა მაშინ ხერხდება, როცა ისინი დიდი კონცენტრაციითაა სისხლში.

ჰემოენციფალურ ბარიერს აქვს თავისი უარყოფითი მხარეც, სახელობრ ის, რომ სისხლში შეყვანილი სამკურნალწამლო ნივთიერება ვერ აღწევს ტვინის ქსოვილამდე და ამიტომ ახდენს უშუალო თერაპიულ ზეგავლენას. ფსიქოზების დროს საჭიროა ზღუდის ხელოვნური დაწევა, რომ შესაძლო გახდეს მედიკამენტების გადასვლა სითხეში.

ცერებრო-სპინური სითხის აღების ტექნიკა საკმაოდ მარტივია. პუნქციის გაკეთება შესაძლებელია ავადმყოფის როგორც მწოლიარე, ისე მჯდომარე მდგომარეობაში. საჭიროა ავადმყოფი იწვეს გვერდზე ან ისე იჯდეს, რომ ხერხემალი მაქსიმალურად ჰქონდეს მოხრილი და ზურგისაკენ გამოზნექილი.

ზურგის ტვინის კაუდალური ნაწილი თავსდება დაახლოებით წელის პირველ და მეორე მალეებს შუა. ამ დონის ქვემოთ თავისუფლად შეიძლება პუნქციის გაკეთება, რადგან ზურგის ტვინის ქსოვილის უშუალო დაზიანების უკვე აღარ უნდა გვეშინოდეს. ტექნიკურად უფრო მიღებულია პუნქციის გაკეთება წელის მე-3 და მე-4 მალთაშუა დონეზე.

შესაძლოა პუნქციის დროს მოვხვდეთ ვენურ წნულში და დავაზიანოთ ძარღვი, რის შედეგადაც ცერებრო-სპინური სითხის ნაცვლად სისხლს მივიღებთ.

ხანდახან ცერებრო-სპინური სითხე თვითონაა შეფერილი. ამ დროს საჭიროა დადგენა, თუ რასთან გვაქვს საქმე — ტექნიკურ დეფექტებთან თუ ცერებრო-სპინურ სითხეში მართლაც სისხლი ურევია?

თუ ცენტრიფუგირების შემდეგ სითხე არ გამკვირვალდა და ისევ შეფერილი დარჩა, ეს სითხეში სისხლის შემცველობის მაჩვენებელია.

ცხადია, რომ პუნქციის გაკეთება საჭიროა აბსოლუტურად სტერილურ პირობებში. ჩვეულებრივ იღებენ 5—6 კუბ. სმ სითხეს. უნდა გვახსოვდეს, რომ რაც უფრო მეტი რაოდენობით სითხეს ავიღებთ, იმდენად უფრო მოსალოდნელია გართულებანი და მეორადი მოვლენები (ზოგადი ტეხა, თავის ტკივილი და სხვ.).

სუბოქციპიტალური პუნქცია, ლუმბალურთან შედარებით, უფრო სახიფათო და ტექნიკურად მძიმეა. ჩხვლეტენ ატლანტის უკანა მორჩის ქვემოთ, ამასთან ნემსი ყოველთვის უნდა ეჭიროთ კისრის ზედაპირისადმი პერპენდიკულარულად.

ზოგიერთი ავადმყოფი, მაგალითად. პროგრესული პარალიტიკები პუნქციის გაკეთებას გულგრილად ხვდებიან, შიზოფრენიკები კი, პირიქით, ხანდახან მკვეთრ წინააღმდეგობას იჩენენ.

ცერებრო-სპინური სითხის დეტალური გამოკვლევა და შესწავლა საშუალებას გვაძლევს წარმოდგენა შევიქმნათ როგორც თვით ტვინის ნივთიერების, ისე ტვინის გარსებისა და, აგრეთვე, მთელი ორგანიზმის მდგომარეობაზე. ზურგის ტვინის სითხე განსაკუთრებულ რეაქციას ავლენს სხვადასხვა ინფექციისა და ინტოქსიკაციის დროს, ამიტომ მის შესწავლას დიდი დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვს.

სიფილისის მეორეულ პერიოდში ზურგის ტვინის სითხე იწვევს ფორმიანი ელემენტების, აგრეთვე გლობულინის რაოდენობის მომატებას, იმ დროს, როდესაც ჯერ კიდევ ობიექტური ნიშნები არ არის ან სუბიექტური ჩივილი არ აღინიშნება.

ზურგის ტვინის სითხის წნევა ნორმალურად უდრის 20—40 კუბურ სანტიმეტრს, ავადმყოფურ შემთხვევებში კი (აპოპლქსია, მენინგიტები, ტვინის სიმსივნე და აბსცესი, შიზოფრენიის ზოგიერთი ფორმა), — აწეულია და ხანდახან დიდ ციფრებს აღწევს. წნევა აწეულია აგრეთვე პროგრესული პარალიზის, ტაბესისა და ტვინის სიფილისის დროს.

ყველა მკვლევარი მიუთითებს, რომ მიღებული სითხე ფორმიანი ელემენტების აღმოსაჩენად მყისვე უნდა გამოიკვლიონ მიკროსკოპულად.

სითხის კუთრი წონა აწეულია მხოლოდ პროგრესული პარალიზისა და ტვინის სიფილისის დროს.

უჯრედთა, ანუ ფორმიან ელემენტთა მომატება ცერებრო-სპინურ სითხეში ცნობილია პლეოციტოზის სახელწოდებით; როგორც აღნიშნეთ, 2—3 ფორმიანი ელემენტი შესაძლებელია არსებობდეს ნორმის შემთხვევაშიც.

არჩევნ უჯრედოვან ელემენტთა მომატების სხვადასხვა დონეს; ერთ კუბურ მილიმეტრში 10—20 ფორმიანი ელემენტის არსებობა ცნობილია, როგორც სუსტი დადებითი რეაქცია, 21—60-სა — დადებითი რეაქცია, ხოლო 60—100-ის — მკვეთრად დადებითი რეაქცია.

თავისა და ზურგის ტვინის სიფილასურ დაავადებათა (პროგრესული პარალიზი, ტაბესი, ტვინის ათაშანგი და სხვა ფორმები) დიაგნოსტიკაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია პლეოციტოზს. ლიმფოციტებთან ერთად პლაზმურ უჯრედთა არსებობა მიჩნეულია პროგრესული პარალიზის პათოგნომონურ ნიშნად, მკვეთრი ლეიკოციტები — ტუბერკულოზური მენინგიტის, ლეიკოციტოზი კი ჩირქოვანი პროცესების მაჩვენებელია.

დიდ ყურადღებას აქცევენ ზურგის ტვინის სითხის ცილოვან ნივთიერებათა შესწავლას. ჯანმრთელი ადამიანის სითხე შეიცავს ცილას ალბუმინის სახით. ტვინისა და მისი გარსების ორგანული დაავადება სითხეში იწვევს ცილის საერთო რაოდენობის მომატებას და, გარდა ამისა, ცილის სხვა ფორმის, სახელობრ, გლობულინის წარმოქმნას.

ცილა შემკირებულია ტვინის წყალმანკისა და შიზოფრენიის ზოგიერთ შემთხვევაში; პლეოციტოზსა და ცილის მომატებას შორის ყოველთვის არ არის პირდაპირი და სწორი ფარდობა.

ძლიერ იშვიათია, რომ ცილა მომატებული იყოს და თვით ზურგის ტვინის სითხე რაიმე ცვლილებებს არ განიცდიდეს. მაგრამ ამ მხრივ არის გამონაკლისი შემთხვევებიც, მაგალითად, პოლინევრიტისა და კონტუზიის დროს შესაძლოა მხოლოდ ცილის მომატება აღინიშნებოდეს. ცნობილია სხვაგვარი შემთხვევებიც, როდესაც სითხე განიცდის პათოლოგიურ მოვლენებს, მაგრამ ცილა არ არის მომატებული. ამ მხრივ ყურადსაღებია პროგრესული პარალიზის შემთხვევები მალარიათერაპიის შემდგომ, როდესაც ვასერმანის რეაქცია შესაძლებელია იყოს დადებითი, მაგრამ ცილების რაოდენობა მომატებული არ იყოს.

სიმპტომური ფსიქოზების, შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმის, არტერიოსკლეროზული და სხვა ფსიქოზების დროს ავტორები მიუთითებენ ჰემოენცეფალური ბარიერის პათოლოგიურ გამტარიანობაზე, მაგრამ ამ დროს შესაძლებელია ცილა ნორმის ფარგლებში იყოს.

ალბუმინის გამრავლებას საფუძვლად უდევს ჰემატოგენური გენეზი, ხოლო გლობულინის მომატება ნერვული ქსოვილას უშუალო რღვევის მაჩვენებელია.

ნორმალურ სითხეში კოეფიციენტი, ე. ი. გლობულინის შეფარდება ალბუმინის რაოდენობასთან $\frac{1}{4}$ -ია, ე. ი. 0,25%; რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ალბუმინის რაოდენობა ნორმაში ოთხჯერ უფრო ჭარბობს. ეს პროპორცია სრულად ირღვევა პათოლოგიური გლობულინის რაოდენობის მომატებით.

მენინგიტების დროს ცილა მატულობს—ალბუმინის, ხოლო პროგრესული პარალიზის დროს — გლობულინის მომატების სახით.

საინტერესოა აგრეთვე აღვნიშნოთ, რომ შესაძლებელია აღინიშნებოდეს სითხეში შაქრისა (ეპიდემიური ენცეფალიტი) და ქოლესტერი-

ხის მომატება (მიზოფრენია, პროგრესული პარალიზი, არტერიოსკლეროზული და სენილური ფსიქოზები).

ცერებრო-სპინური სითხის შესწავლისას მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეოდეს ვასერმანის რეაქციის ჩატარებას.

სითხეში ვასერმანის დადებითი რეაქცია მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის სიფილისურ დაავადებაზე: ამ მხრივ ლიტერატურაში გამოწვევებიც ცნობილია, მაგალითად, სითხეში ვასერმანის დადებითი რეაქცია ტუბერკულოზური მენინგიტის, ტვინის სიმსივნისა (გლიომები) და პარტახტიანი ტიფის შემთხვევებში.

მეორე მხრივ, პროგრესული პარალიზის დროს ვასერმანის რეაქცია შეიძლება იყოს სუსტი დადებითი ან სრულიად უარყოფითი. ჩვეულებრივ ვასერმანის უარყოფითი რეაქცია ახასიათებს აგრეთვე პროგრესული პარალიზის რემისიებს. როგორც ვხედავთ, ზურგის ტვინის სითხეში ვასერმანის უარყოფითი რეაქცია არ გამორიცხავს ცენტრალური ნერვული სისტემის ლუესურ დაავადებას. ბოშტრემს მოჰყავს პათოლოგიურ-ანატომიურად დადასტურებული პროგრესული პარალიზის შემთხვევა, როდესაც ვასერმანის რეაქცია უარყოფითი ყოფილა როგორც სითხეში, ისე სისხლში. ვასერმანის რეაქცია, ყოველი რეაქციის მსგავსად, აბსოლუტურად პათოგნომონური ნიშანი არ არის: საბოლოო დიაგნოზის გამოსატანად საჭიროა, პირველ ყოვლისა, დავეყრდნოთ თვით ავადმყოფობის კლინიკურ სურათს.

ვასერმანის რეაქციის შემდეგ დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ლანგეს მიერ შემუშავებულ ე. წ. ოქროს რეაქციას. ცენტრალური ნერვული სისტემის სიფილისური დაავადების სხვადასხვა შემთხვევაში აღინაშნება ლანგეს რეაქციის მეტად დამახასიათებელი სპეციფიკური მიმდინარეობა.

თ ა ვ ი VI

ფსიქოლოგიისა და პათოფსიქოლოგიის საკითხები

პერსონოლოგიის ატავალური პროზაფაზია

ბუნებისმეტყველების თანამედროვე დონეზე პერსონოლოგიური ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის თეორიული და პრაქტიკული საკითხები სხვადასხვა დარგის მეცნიერული კვლევის საგანია. ცნობილია, რომ მოძღვრება პიროვნებაზე ნორმასა და პათოლოგიაში მუდამ იყო ფსიქოლოგიის, კლინიკური ფსიქიატრიის, ფილოსოფიისა და სოციოლოგიის ყურადღების ცენტრში.

გამოჩენილი მეცნიერის დ. უზნაძის მიერ შექმნილმა განწყობის ფსიქოლოგიამ, როგორც პერსონოლოგიურმა მიმართულებამ, სათანადო აღიარება ჰპოვა ჩვენში და უცხოეთშიაც. პერსონოლოგია განსაკუთრებით აქტუალური და საინტერესოა თანამედროვე ფსიქონევროლოგიისათვის. რით უნდა ავსნათ ეს?

ბუნებისმეტყველების, უწინარეს ყოვლისა სინაფსოლოგიის, ელექტრონული მიკროსკოპიის (მოლეკულური ბიოლოგიის), ჰისტოქიმიის, ციტოლოგიის, სტერეონევროლოგიის, ბიოფიზიკის, ბიოქიმიისა და კიბერნეტიკის მიღწევები საშუალებას გვაძლევს საცხებით ახლებურად გავიგოთ თავის ტვინის ფუნქციისა და სტრუქტურის ნაირსახეობანი. ამ შემოქმედებით კვლევაში წამყვანი ადგილი უკავია ჩვენი ქვეყნის მეცნიერებს. ი. პავლოვის კლასიკური მოძღვრება სტრუქტურის, დეტერმინიზმისა და დროებითი კავშირების შესახებ შემდგომი კვლევითი მუშაობას ერთადერთი სწორი გზაა.

დღევანდელი ნევროლოგიის, პათონევროლოგიის, ფსიქოლოგიისა და პათოფსიქოლოგიის შინაარსის განმსაზღვრელი ძირითადი დებულებაა ის, რომ ცხოველის, მით უმეტეს ადამიანის, თავის ტვინი მთლიანი და ინტეგრალური აპარატია და მისი არსის მიგნება მთლიანობის ასპექტის გარეშე შეუძლებელია.

ევოლუციური ანალიზი ამტკიცებს, რომ ფიზიკურ და ბიოლოგიურ სამყაროში ყველაზე მთლიანი და ინტეგრალური გამოვლენებაა ადამიანის ფსიქიკური აპარატი. მთლიანობა, ანუ დინამიკური ერთიანობა და ურთიერთდამოკიდებულება ფსიქიკის სპეციფიკური საფუძველია. ეს მთლიანობა ფსიქიკის ყველა დონეზე მკლავდებდა; მისი დისოციაცია არღვევს, აინვალიდებს პიროვნებას, რასაც დოსტოვესკიც აღნიშნავდა.

პერსონოლოგიის სათანადო სიმაღლეზე ასაყვანად მზედველობაში უნდა მივიღოთ ისეთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორები, როგორცაა ევოლუციურ-დინამიკური ასპექტი ფსიქოლოგიასა და პათოფსიქოლოგიაში, მოძღვრება თავის ტვინის ინტეგრაციისა და ფსიქიკური აპარატის მთლიანობის შესახებ, ფსიქიკური რეაქციები და აბერაციები, მიკროსოციოლოგიური მომენტები და, ბოლოს, შეხედულებანი ფსიქიკის მასალას შესახებ (კერძოდ, თავისებური ანალოგიები კიბერნეტიკიდან: მანქანური მესხიერება, მათემატიკური ლინგვისტიკა და სხვ.). პერსონოლოგიური ძიებანი გადაუდებელი ამოცანაა.

პერსონოლოგიური ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის ყოველი საკითხი ევოლუციურ ანალიზს საჭიროებს. უნდა გვახსოვდეს, რომ პიროვნული გამოვლენებანი, ადამიანის ფსიქიკური აპარატის როგორც ურთულესი და უმაღლესი ფუნქცია, თავის ტვინის მთლიან მოქმედებასთანაა დაკავშირებული. ამასთან ევოლუციური სრულყო-

ფადობის პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება თავის ტვინის ქერქს — სიგნალურ სისტემათა სუბსტრატს.

ყოველი სტრუქტურა გარკვეული ფუნქციის დინამიკური მტარებელია. სტრუქტურა და ფუნქცია დაუნაწევრებელი მთლიანობაა. ფალოგენეზური განვითარება ნერვულ უჯრედთა ფუნქციური კონგლომერატების წარმოქმნას განაპირობებს.

ევხებით რა პიროვნების სპეციფიკურ სტრუქტურულ წინამძღვრებს, საჭიროდ მიგვაჩნია მოვიხსენიოთ ბროდალის შეხედულებანი, რომელთა თანახმად, ადამიანის ტვინი არსებითად და თვისობრივად განსხვავდება ცხოველის ტვინისაგან, მათ შორის ადამიანის მსგავსი მაიმუნის ტვინისაგანაც.

პიროვნული რეგისტრირების კვლევის დროს განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ფსიქიკური აპარატის ემოციური სფეროს ევოლუცია, მისი შენება და ფსიქოლოგიური თავისებურებანი. განვითარების თვალსაზრისით ტივილი, შიში და ღებრესია უნდა განვიხილოთ, როგორც ემოციურ გამოვლინებათა სხვადასხვა საფეხური.

კრეპელინი აღნიშნავს, რომ ადამიანის პიროვნება ისტორიულად ყალიბდებოდა თანდათანობითი განვითარების გზით, ნატიფი, თითქმის შეუმჩნეველი წინსვლით. ამასთან აღინიშნებოდა აგრეთვე მოძრაობა უკუმიმართულებით. განვითარების გზები იქმნებოდა და ისევ იკარგებოდა.

პიროვნების დონეზე, რომელიც ევოლუციურად მოწოდებულია შეასრულოს ანალიზისა და სინთეზის უმაღლესი ფუნქციები, ფსიქიკის ცალკეული სფერო თითქმის კარგავს დამახასიათებელ თავისებურებას. ისინი მოქმედებენ შერწყმული ინტელექტუალურ-ემოციური აქტების სახით. ვ. ბებტერევის თანახმად, შეცნობითი აქტები უმაღლესი დონის განცდასა და პიროვნების მოქმედების სფეროს მოიცავს. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ინტელექტუალურ გრძნობასთან, რომლის შესახებ თავის დროზე წერდა ვუნდტი. აქვე აღვნიშნავთ, რომ ემოციური გრძნობის თავისებურებაა ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო ვექტორი, ორი ანატომიური მდგომარეობა (სასიამოვნო—არასასიამოვნო, სიყვარული — სიძულელი, მოწონება — არმოწონება), ინტელექტუალური გრძნობისათვის კი დამახასიათებელია ერთვექტორული განცდა (დამშვიდება, ამაღლება, სიყვარულის მაღალი ემოციები). ჩვენი აზრით, ემოციური გრძნობა ორი ნაწილისაგან შედგება (სთენიური და ასთენიური), მაშინ როცა ინტელექტუალურ გრძნობას მხოლოდ ერთი საფუძველი (სთენიური) აქვს.

ბუნებისმეტყველების ევოლუციურ-დინამიკურ ასპექტს, პირველ რიგში მოძღვრებას ტვინის სტრუქტურული და ფუნქციური ჩამოყალიბების შესახებ, იმ დასკვნამდე მივყავართ, რომ ადამიანის ფსიქი-

კური აპარატის სპეციფიკაა მისი პიროვნული თვისებები. ამასთან დაკავშირებით ადამიანის ფსიქიკის შესახებ ლაკონურად შემდეგი შეიძლება შევნიშნათ: ინტელექტუალური აპარატი ანალიზს აკეთებს — შეიცნობს, ემოციური — გრძნობს და განიცდის, მოტორულ-მამოძრავებელი — ასრულებს, ცნობიერება თვითორიენტაციისა და გარემოში ორიენტაციის საშუალებას იძლევა, ხოლო პიროვნული აპარატი აწონ-დაწონის მოვლენებს, აფასებს მათ, გარემოზე რეაგირებას ახდენს, მოქმედებს და ითვისისწინებს, რომ ადამიანის ამა თუ იმ საქციელს განაპირობებს არა შიში და სარგებლიანობა, არამედ მოვალეობა. ს. კორსაკოვი მიუთითებდა, რომ ადამიანზე უნდა ვიმსჯელოთ არა იმის მიხედვით, თუ რას იღებს იგი, არამედ იმის მიხედვით, თუ რას ქმნის იგი საზოგადოებისათვის.

ჩვენს დროში საბუნებისმეტყველო მეცნიერების წარმომადგენელთა წინაშე ახალი შემოქმედებითი ამოცანები ისახება: ტვინის მოქმედების სპეციფიკური მხარეების შესწავლა ცხოველებსა და ადამიანში, განსხვავება ზოოფსიქოლოგიასა და ანთროპოფსიქოლოგიას შორის, ცხოველის ქცევასა და ადამიანის პიროვნულ რეაქციებს შორის. ეს ამოცანები მტკიცდება თანამედროვე საინჟინრო ტექნიკითა და ზუსტ მეცნიერებათა მიღწევებით. სწორედ კიბერნეტიკა, ელექტრონიკა გვასწავლის, რომ მანქანის პრინციპის გადატანა შესაძლებელია ადამიანისა და ცხოველის მხოლოდ ცოდნის სფეროში, ხოლო ელექტრონული ტვინი ვერასდროს ვერ მიღწევს პიროვნულ რეგისტრს, ვინაიდან ადამიანის ტვინის მოქმედება გაპირობებულია ბიოლოგიური სამყაროს ევოლუციისა და ადამიანის სოციალურ-ბიოლოგიური ჩამოყალიბების მთლიანი ისტორიით.

ცხოველის ქცევა ეყრდნობა ჰედონიზმის პრინციპსა (სიამოვნება) და შიშს, ადამიანის პიროვნული მოქმედება კი — მოვალეობის; სოციალური ჰეროიკისა და შინაგანი სინდისის პრინციპებს. აქედან ცხადია, რომ ცხოველი შეიძლება მიეჩვიოს შიშს მექანიკური ვარჯიშით, ხოლო ადამიანი შიშსა და საფრთხეს დათრგუნავს, გმირობას ჩაიღწენს და იხელმძღვანელებს მაღალი, კეთილშობილური გრძნობებით. შიში მორალურად აშაშვლებს ფსიქიკას და პიროვნება არაარაობამდე დაჰყავს.

ყოველ შეგნებულ პატრიოტს შეუძლია შიშის დაძლევა, რითაც აიხსნება მეზრძოლთა მამაცობა. შიშის დათრგუნვა შეიძლება მხოლოდ პიროვნული რეგისტრებით, მოვალეობის გრძნობით. ასეთ ასპექტში პიროვნება კონტროლს უწევს თავდაცვის ინსტინქტს.

პიროვნების სტრუქტურაში ცალკეული ფსიქიკური სფერო გადაირთვება უფრო მაღალ სპეციფიკურ ადამიანურ ფუნქციებზე: იქმნება წარმოდგენა მორალსა და მოვალეობაზე, თავს იჩენს აბსტრაგირებისა და ქეშმარიტების ძიების ტენდენცია და ა. შ.

დოსტოევსკის ფორმულა ადამიანის სიამაყის გრძნობის შესახებ, რომელიც მან თავის დროზე პუშკინის ზეიმზე წამოაყენა, სათანადო-დაა გაშუქებული მორალისა და მოვალეობის წარმოდგენათა ასპექტში.

პიროვნება არ არის რაღაც უმოქმედო, სუსტი „ცენზორი“, პირიქით, თავისი სოციალური არსით იგი მოწოდებულია არ დაემორჩილოს ინსტინქტებს, კორექცია გაუწიოს ან ჩაახშოს ისინი.

ადამიანის ერთ-ერთი ძირითადი თავისუბლებათაა აზროვნების კავშირი დროის ფორმებთან, მხოლოდ ადამიანს აქვს წარსული, ანუ ისტორია და მხოლოდ ის შეყურებს მომავალს. დროის კატეგორია ფართო ასახვას პოულობს კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიაში (მიმართულებაში, სურვილებსა და შეფასებაში).

პიროვნების დონეზე დეპრესია ვლინდება, როგორც სასოწარკვეთილება — მომავლის პერსპექტივის დაკარგვა: მახინჯდება დროის კატეგორია, დროის ბორბალი უკულმა ბრუნავს, ვინაიდან პერსპექტივა მოხსნილია, დროც თითქოს ჩერდება, მაგრამ ცხოვრება ვერ შეჩერდება და ამიტომ იქმნება „დროის უკულმა მოძრაობის“ ავადმყოფური ფსიქოლოგიური განცდა.

ჩვენ ვერ დავეთანხმებით ფრეიდს იმაში, თითქოს ადამიანმა განიცადა სამი ზოგადსაკაცობრიო ტრავმა და ამით მიღებული ჭრილობები არასოდეს შეუხორცდება. მხედველობაში გვაქვს ანთროპოლოგიური ჭრილობა (გეოცენტრიზმი, ანუ ანთროპოცენტრიზმი იცვლება პელეოცენტრიზმით), ბიოლოგიური ჭრილობა (დარვინის აღმოჩენა, რომ ადამიანსა და მაიმუნს საერთო წინაპარი ჰყავდათ) და ფსიქოლოგიური ჭრილობა (ფრეიდის მოძღვრება ქვეცნობიერი განცდების მნიშვნელობის შესახებ).

ადამიანი არასოდეს არ დაკარგავს თავის მნიშვნელობასა და დანიშნულებას. პელეოცენტრიზმისა და ფილოგენეზური ევოლუციის პრინციპების აღმოჩენა ადამიანის დამარცხება კი არ არის, მისი შემოქმედებითი ნიჭის გამარჯვებაა.

ფრეიდი ვერ ამალდა პიროვნული ფსიქოლოგიის დონემდე. მისი ფსიქოლოგია ემყარება სულიერ მიზიდულობებს, რომლებიც ძლიერ ახლოსაა შოპენჰაუერის არაცნობიერთან. იგი მიზიდულობათა ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის შემქმნელია (ვეგეტოსომატოფსიქიკა არაუმალღესი თიმოფსიქიკისა): ყველაფერი შენდება სიამოვნებისა და ჰედონური მოთხოვნილების პრინციპზე. ფრეიდის თანახმად, „მე“, „ეგო“, ანუ პიროვნება არის მხოლოდ ჯოხით შეიარაღებული „ცენზორი“. იგი არ ითვალისწინებს, რომ პიროვნების დონეზე შრომა და მოვალეობა განსაკუთრებით მაღალი მოთხოვნილებაა.

პიროვნების დონეზე დეპრესიაც კი შესაძლოა მიმდინარეობდეს

აქტიური შემოქმედებით, ადამიანს უზღნდება შრომის აქტიური მოთხოვნილება. იგი მიისწრაფვის სრულყოფისა და სულაერი სიწმინდისაკენ. სიზარმაცე და ჯობი მხოლოდ ცხოველის აუცილებელი ატრიბუტია. არაცნობიერს, ფრეიდის მიხედვით, განვიხილავთ, როგორც უსიქიკურამდე აყვანილ ლტოლვას.

პიროვნების ევოლუციური ჩამოყალიბების პროცესში ცნობიერი აქტიურ ზეგავლენას უნდა ახდენდეს არაცნობიერზე და არა პირიქით. ყურადსაღებია რიბოს აზრი, რომლის თანახმად, შეგნება თავისი ფესვებით ბიოლოგიურია, მაგრამ იგი ვითარდება, როგორც სოციალური მოვლენა.

ანთროპოფსიქოლოგიაში ძირათადად წარმოდგენილია ადამიანის სპეციფიკური მოქმედების ორი ფორმა, კერძოდ, ცნობიერება და პიროვნება. ევოლუციური თვალსაზრისით ცნობიერება ყველაზე ასლოა პიროვნებასთან. ჩვენ ვეთანხმებით იმ ფსიქოლოგთა აზრს, რომელთათვის ცნობიერება მხოლოდ ცოდნა კი არ არის, არამედ დამოკიდებულება, განსაზღვრული მიმართულება და ორიენტაციაა უმადლეს, ადამიანურ დონეზე.

ქვეყნის მოტივებისა და სიტუაციის შეფასება და რეაქციები ფსიქიკის უმადლეს რეგისტრებზე პიროვნების ამოცანაა და არა ცნობიერების.

ცნობიერება, როგორც ორიენტაციის ურთულესი პროცესი. საჭიროებს გარე სამყაროს შეცნობას, აქტიურ ამორჩევით აღქმას (აპერცეპცია), რაც ხორციელდება ყურადღების საშუალებით, რომელიც წარმართავს ცნობიერების ველს. ს. კოსაკოვი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს ყურადღების აქტს, რომლის მეოხებითაც არაცნობიერი სფეროდან გამოიყოფა სათადარიგო შენახული ესა თუ ის წარმოდგენა. ადამიანის ფსიქიკა შეიძლება შევადაროდ აისბერგს, რომლის ჩაძირული ნაწილი არაცნობიერია, წყალზედა ნაწილი კი ცნობიერი, ამასთან წყლის ზევეითაა აისბერგის მხოლოდ ერთი მეხუთედი ან ერთი მეექვსედი ნაწილი. რა თქმა უნდა, ადამიანის ფსიქიკის მოყვანილი გულუბრყვილო მექანისტური სქემა არასრულყოფილია. რა ნაწილიც არ უნდა იყოს წყლის ზემოთ, იგი აქტიურად მოქმედი და პასუხისმგებელია, თუ პიროვნება პათოლოგიურად ან სოციალურად არ არის დამახინჯებული.

პერსონალისტური მიდგომა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ ასპექტში, რომელიც შემოქმედებითად აღელვებდა პ. განუშკინს. მხედველობაში გვაქვს ადამიანის გონების შეცდომებისა და ცრუმორწმუნეობის, ბრბოს ფსიქოლოგიისა და შემოქმედების, აგრეთვე საზოგადოებრივი და სოციალური ფსიქიატრიის საკითხები. ამასთან პ. განუშკინის თეზისი ნორმალური და პათოლოგიური ფსიქოლოგიის სიპ-

ბიოზის მნიშვნელობისა და ევრისტულობის შესახებ სრულ გამართლებას პოულობს პიროვნების შესახებ მოძღვრების პოზიციებიდან.

ნორმალური და პათოლოგიური ფსიქოლოგიის სიმბიოზი საპირობებს ფსიქოლოგიური დეტალების ნატიფ ანალიზს სოციალური ფაქტორების გათვალისწინებით და არა ნორმისა და პათოლოგიის გულბრყვილო ანალოგიას.

სულიერი აშლილობის დროს იცვლება პიროვნების სოციალურ-შრომათი და ემოციურ-მორალური წარმოდგენები. ადამიანის სპეციფიკური თვისებები — შრომა, მოვალეობა და დაუცხრომელი მოთხოვნილება — ზიანდება. ადამიანის მორალურ გაბზარვასთან ერთად ქრება იმის შეგნება, რომ სინდისი, როგორც სოციალურ-ფსიქოლოგიური კატეგორია, ადამიანის სიცოცხლის საწყისი და სიხარულია, შრომის საუკეთესო მოკავშირეა. სინდისი ზრუნვის ხმა კი არა, მოვალეობის ძახილია. შრომა და მოვალეობის შესრულების გრძნობა ადამიანს ანიჭებს უდიდეს სიამოვნებას, უქმნის პერსპექტივას მომავალი ცხოვრებისათვის. იგი ამაყია, რადგან მის შემდეგ რჩება მის სახელთან დაკავშირებული შრომის შედეგი. ადამიანის მოქმედება გაპირობებულია მისი მორალით და ამიტომ სრულიად გაუმართლებელია მორენოს თეზისი, რომ მეცნიერებასა და თეოლოგიას შორის წარსულში არსებული უფსკრული აღარ არის და რჩება მხოლოდ „უტოლინარ“ მეცნიერთათვის.

მისწრაფება, სურვილი პიროვნების დონეზე მკიდრო კავშირშია მაკრო- და მიკროსოციალურ ფაქტორებთან და ვერ განისაზღვრება ფრეიდის პანსექსუალიზმით, ადლერის მბრძანებლობის სურვილით, იუნგის პრიმატიული არაცნობიერებითა და ადოლფ მაიერის ვიწრო ადაპტაციური ინტეგრაციით.

ინტარპერსონალური, ანუ პიროვნებათა შორის დამოკიდებულების შესწავლისას ამოსავალ წერტილად უნდა მივიღოთ აზრი, რომ ფსიქიკური აპარატი რეაგირებას ახდენს სხვადასხვა მაკრო- და მიკროსოციალური წრის მნიშვნელობაზე (ე. წ. მცირე სოციალური ჯგუფები). ირკვევა, რომ მიკროსოციალური ფსიქოტრავმული ფაქტორები (ოჯახი, მშობლები, ახლობლები, მეზობლები, სამსახური და ა. შ.) ადამიანისათვის ზოგჯერ ძლიერ მნიშვნელოვანია, არსებითი, იწვევს მთელი პიროვნების, მისი ფსიქოლოგიური წყობისა და სასიცოცხლო (ფილოსოფიური) კრედოს გაბზარვას.

ადამიანში პიროვნების უმაღლესი რეგისტრირების დონეზე ორიენტაცია გამოვლინდა, როგორც უმაღლესი, სოციალურად გაპირობებული ფუნქცია და ის განაპირობებს პიროვნების რეაგირების უნარს, გარე სამყაროსა და საკუთარ თავში მოცემულ ფაქტორთა პიროვნულ შეფასებას.

ამ მხრივ ადამიანის ორიენტაცია წარმოდგენილია მიკრო- და მაკროსოციალური ორიენტაციის ასპექტში. მიკროსოციალური ორიენტაცია გულისხმობს ორიენტაციას ოჯახში, სამსახურში, ამხანაგებსა, ახლობლებსა და მეზობლებს შორის. მაკროსოციალური ორიენტაცია უფრო მაღალი სახისაა.

პიროვნების ორიენტაციას, როგორც სოციალური და ფსიქოლოგიურ ადაპტაციას, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის შემოქმედებაში. ეს ორიენტაცია შეიძლება დაკავშირებული იყოს პიროვნების უმაღლეს კეთილშობილურ მისწრაფებებთან (პატრიოტიზმი, მოვალეობა, საზოგადოებრივი ინტერესი, შრომითი ინტერესი და ა. შ.), მეორე მხრივ კი, — მდაბალ მისწრაფებებთან (ეგოიზმი, სიცრუე).

შტერნის პერსონალისტიკაში მცირე ყურადღება აქვს დათმობილი გარე წრის ფაქტორებს და ცალმხრივად აღინიშნება თვითმოქმედი მიზნობრივი გონიერი ერთიანობის მნიშვნელობა. მიუხედავად ამისა, თვით შტერნისათვის პიროვნება, ანუ პერსონა განისაზღვრება მისი შემოქმედებით. ცნობიერებისა და პიროვნების ცნებები ფსიქოლოგიაში ერთმანეთს კი არ გამორიცხავს, არამედ ერთმანეთს განსაზღვრავს. ცნობიერების პათოლოგიურ საწყის სტადიებზე იქმნება პირობები პიროვნების პათოლოგიური გარდაქმნისათვის. მეორე მხრივ, პირველადი ბზარი პიროვნებაში უსპობს მას გარე წრეში ორიენტაციისა და სუბიექტური განცდების კრიტიკის უნარს.

თანამედროვე ნევროლოგიას იმ დასკვნამდე მიყვავართ, რომ არც ერთ ორგანოს არა აქვს ისეთი მდიდარი კომპენსაციური შესაძლებლობები, როგორც თავის ტვინის ქერქულ-ქერქქვეშა წარმონაქმნებს (ვიკარული ფუნქციისა და რევერზიბილობის მეოხებით). მაგრამ ფსიქიკური კომპენსაცია მეტად ნაკლებია არა მარტო ცალკეული ფუნქციის აღდგენის ფორმით (კომპენსაციის მარტივი და უშუალო სახე), არამედ, როგორც ფსიქოლოგიურად რთული გადართვები: პიროვნული კომპენსაციის არაპირდაპირი სახე. უკანასკნელ შემთხვევაში კომპენსაცია წარმოდგენილია როგორც ორი საწინააღმდეგო, ანტინომიური მდგომარეობის ერთდროული გამოქვავება.

გარეგნულად ანტინომია და ამბივალენტობა მსგავსია, მაგრამ ისინი აგებულია სხვადასხვა ფსიქოლოგიური მექანიზმზე. ამბივალენტური პროდუქციების საფუძველია საინფორმაციო არხების ატაქსიური დამახინჯება. ანტინომიების დროს პიროვნება გახლეჩილი არ არის და საწინააღმდეგო გამოვლინება განისაზღვრება კომპლექსური, ემოციურ-ინტელექტუალური აქტების დაძაბვით. ანტინომიების შორეული, მხოლოდ გარეგნულად მსგავსი პროტოტიპებია ნორმალურ ფსიქიკურ ცხოვრებაში: ყოველი გადაწყვეტალება გულმოდგინე, მრავალმხრივი, ზოგჯერ საწინააღმდეგო (ანტინომიური) მომენტების ანალიზის შედეგია.

ფსიქოზის დროს, რომელიც პიროვნების დაავადებაა, ვითარდება არა მარტო დეფექტი, დაქვეითება, განმუხრუქება, არამედ აქტიური, თუმცა პათოლოგიური გადართვა, განვითარება, რეაგირებაც; სწორედ ეს ქმნის ადამიანში ფუნქციურად ახალს. გამოჩენილი მწერლის ვ. გარშინის მიხედვით, ბოლდვიანი ავადმყოფი ადამიანია. იგი მოკლებული არ არის უმალლეს, კეთილშობილურ ემოციებს და შეუძლია შეეწიროს თავის წმინდა მიზანს.

პიროვნული ფსიქოლოგია, როგორც ზოგადსაადაცობრივი პრობლემა

რუსთაველი, როგორც გენიალური შემოქმედი — ფსიქოლოგი, ეხება ყველაზე რთულ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ პრობლემას. იგი თითქოს გეოლოგიური წერაქვით გადაგვიშლის სულ სხვადასხვაგვარ სულიერ გამოვლინებათა გენეზისის, ჩამოყალიბების, ონტოლოგიური ბუნებისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის საკითხებს.

რუსთაველის ფსიქოლოგიურ შემოქმედებით ძიებაში ცენტრალური ადგილი უჭირავს პიროვნულ ფსიქოლოგიას, რომელიც მის პოემაში წამოყენებულია, როგორც ზოგადსააკაცობრივი პრობლემა.

რუსთაველის თანახმად, ადამიანი ვალდებულია თავის ყოველდღიურ საქმიანობაში ხელმძღვანელობდეს ცნებებით მორალის, მოვალეობისა და შრომის შესახებ.

რუსთაველი, როგორც პიროვნული სიყვარულის აპოლეგეტი, ავითარებს თეზისს, რომ სიყვარული მოვალეობისა და მორალის წყაროც არის და შედეგიც. უფრო მეტიც, პრაქტიკაში სიყვარული, როგორც ადამიანის მორალის უმალლესი გამოვლინება, პპოვებს ასახვას: ერთსა და იმავე დროს სიყვარულით იწყება ადამიანის ყოველგვარი საქმიანობა და მითივე მთავრდება. აღნიშნულ ფსიქოლოგიურ დეტალს მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის საზოგადოებრივ-შრომით მოღვაწეობაში: ყოველ შრომით რეაქციას თან უნდა ახლდეს გატაცება და სიყვარული; შრომის შედეგები ადამიანს ანიჭებს თავისი საქმით კმაყოფილებისა და მისდამი სიყვარულის გრძნობას.

შრომითი მოღვაწეობაა ის ბრძმედი, რომელშიც ისახება, ვითარდება, იწრთობა და სრულყოფილი ხდება ადამიანის პიროვნება. შრომა ადამიანის არა მარტო მოვალეობა და მოთხოვნილება; იგი მისი სიხარული და მშვენიებაა, განსაზღვრავს მისი სიცოცხლის აზრს, დანიშნულებასა და შინაარსს, გარდა ამისა, მატერიალური კეთილდღეობის წყაროცაა.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ტალანტის მქონე ადამიანი ბევრს და რაძებულად მუშაობს თავის თავზე. თუ ევრეთ წოდებული ნიჭი-

რი ადამიანი ზარმაცია, ის ორმაგად ღირსია საზოგადოებრივი გაკიცხვისა, ვინაიდან იგი მარხავს ბუნებრივ სიმდიდრეს, რის მორალური უფლებაც არა აქვს.

ნიკიერების ცნება არაფრით არ ეგუება წარმოდგენას სიზარმაცეზე. ნიჭით აღსავსე არ შეიძლება ზარმაცი იყოს. თავის მხრივ, შეზოქმედებითი შრომით გატაცება უექველად ტალანტის არსებითი ხიშნაია. შემოქმედი პიროვნების ძირითადი ამოცანაა მიზნის ღირსეულად მიღწევა.

რუსთაველი ავითარებს აბსოლუტური სიკეთისა და ბოროტებაზე მისი გამარჯვების იდეას. ავტორი პიროვნების წინაშე სვამს ამოცანას — ირწმუნოს უსაზღვრო სიკეთე და იხელმძღვანელოს ამით.

მტკიცედ უნდა გვახსოვდეს, რომ არაერთარი ემოცია, თუგინდ სიკეთის რწმენაც, არ შეიძლება მოქმედი პრინციპი გახდეს, თუ არ განმტკიცდება პიროვნების წარმოდგენები მოვალეობასა და მორალზე.

როცა აფექტის მდგომარეობაში პიროვნული ორდინაცია იხსნება, ადამიანი თავისი რეაქციით მხეცს ემსგავსება.

როგორც ვხედავთ, ყველასათვის და ყოველგვარ მდგომარეობაში აუცილებელია პიროვნების ცენზურა, მისი წარმმართველი და მაკონტროლებელი როლი.

განუმეორებელი მხატვრული ხერხით და ამავე დროს განსაკუთრებული დამაჯერებლობით გვიჩვენებს რუსთაველი, რომ შრომის, მოვალეობის, მორალისა და ღირსეულობის ცნებები ადამიანის ყველაზე დამახასიათებელი თავისებურებებია, რითაც მან ჯერ კიდევ XII საუკუნეში მთელი სიღრმით დასვა პიროვნების პრობლემა.

რუსთაველის პოემაში ნაჩვენებია პიროვნული სრულყოფისადმი მისწრაფების სიღრმე, უხვადაა მოყვანილი პიროვნული აბერაციები.

პიროვნების პრობლემა მუდმივი და უქცავია, როგორც ფსიქიკური აპარატის არსისა (მისი ბუნების, შინაარსის, კანონზომიერების ძეგანობის) და მისი ონტოგენეზურად უმაღლესი ფსიქოლინამიკური დონის საკაცობრიო ფსიქოლოგიური პრობლემა.

უფრო მეტიც, პიროვნება აგრეთვე მარადიული ზოგადსაკაცობრიო სოციალურ-ფსიქოლოგიური პრობლემაა იმდენად, რამდენადაც განიხილება ადამიანის ადგილის, მნიშვნელობისა და დანიშნულების საკითხები.

აღნიშნული პრობლემები და მათთან დაკავშირებული საკითხები ცოცხალ მეცნიერულ და პრაქტიკულ ინტერესს იწვევს ჩვენს დროში, როდესაც მაკრო-მიკროსოციოლოგიური საკითხების ფსიქოლოგიური ასპექტი იზიდავს მკვლევართა ფართო წრეს.

პერსონოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დადგენილადაა მიჩნეული, რომ პიროვნების სპეციფიკური თავისებურებანი — შრომა,

მოვალეობა და მორალი ერთიმეორისგან გათიშულა ცნებები არ არის. პირიქით, მოქმედ პიროვნებაში ეს სამი კატეგორია ურთიერთდაკავშირებული ჰარმონიით მქლავნდება, ერთიმეორეს განაპირობებს.

შრომისადმი ადამიანის მოთხოვნილება ქმნის სოციალურ-ფსიქოლოგიურ მიმართულებას, რის საფუძველზეც გამომუშავდება ადამიანის მორალური კრედო. თავის მხრივ, მორალური განწყობა, როგორც მძლავრი ფსიქოდინამოგენეზი, პიროვნებას ალაფრთოვანებს და დადებითად განაწყობს შრომისადმი.

შრომა და მორალი მოუწოდებს ადამიანს თავის გადაწყვეტილებაში, მსჯელობაში, შეფასებაში, მოქმედებასა და ქცევაში იხელმძღვანელოს მხოლოდ მოვალეობის გრძნობით. ამგვარად, პიროვნულ დონეზე შრომის, მოვალეობისა და მორალის კატეგორიები წარმოდგენილია ერთიანი სპეციფიკური ადამიანურ-ფსიქოლოგიური სისტემის სახით.

იქმნება ფონი სიყვარულისა და სიქველის გრძნობის განვითარებისათვის, როდესაც ადამიანი თავის წმინდა მოვალეობად მიიჩნევს იზარუნოს სხვაზე და ყოველთვის მზად იყოს დაეხმაროს მას.

მხოლოდ ინსტინქტური მოთხოვნილებით ნაკარნახევი მუშაობა ემსახურება ვიწრო პრინციპს ინდივიდუუმის ან ინდივიდუუმების თავდაცვისა და თვითშენახვისათვის.

აქვე გვსურს შევეხოთ პრობლემას მორალისა და მეცნიერების ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ. გამოჩენილი მეცნიერი და საზოგადო მოღვაწე პ. მელიქიშვილი აღნიშნავდა, რომ თავდადება, სიყვარული და პატივისცემა ის ძირითადი ფსიქოლოგიური თვისებებია, რომლებსაც მოითხოვს მეცნიერება. გასაგებია, რომ ზემოაღნიშნული თავისებურებანი პიროვნულ კატეგორიებია, რომლებიც გამომდინარეობენ ადამიანის მორალური კრედოდან.

ზოგჯერ გამიგონია, რომ მეცნიერი, რომელსაც დიდი ზნეობრივი სიფრთხილე მოეთხოვება, უარყოფს მეცნიერებასა და ეთიკას შორის ჭეშმარიტ ურთიერთობას. ამ დამოკიდებულების უგულვებელყოფა სწორი არ არის იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მხედველობაში გვაქვს პოზიტიური ურთიერთდამოკიდებულება.

ყოველი შრომა, მათ შორის მეცნიერულიც, აუცილებლად ითვალისწინებს მაღალ მორალურ თვისებებსა და სულიერ სისპეტაკეს. დანებების ღირსია ის მეცნიერი, ვინც ამ ჭეშმარიტებას ანგარიშს არ უწყევს.

პიროვნულ დონეზე შრომას, რომელიც ადამიანის უმაღლესი, სოციალურ-ფსიქოლოგიური გამოვლინებაა, აქვს უფრო ფართო და შორეული დანიშნულება და თავდაცვის ინსტინქტით არ ისაზღვრება. ადამიანის შრომითი მოღვაწეობა, ფიზიკური იქნება ის თუ ინტელექ-

ტულური, საზოგადოებრივი მოვალეობის შესრულებით მას უდიდეს კმაყოფილებას ანიჭებს.

შრომითი პროდუქცია ემსახურება არა მარტო ინდოვიდუუმის, არამედ მთელი საზოგადოების ფიზიკური და სულიერ-მორალური კეთილდღეობის საქმეს. ამასთან, შრომის ნაყოფი, როგორც სულიერი და მატერიალური სიმდიდრე, დიდხანს რჩება. გენიის პროდუქცია კი, როგორც ადამიანური აზრის გიგანტური აღმაფრენა, მარადიულია.

მინდა აღვნიშნო კიდევ ერთი ფსიქოლოგიური დეტალი: შრომის-მოყვარე მაღალმორალური თვისებების მქონე ადამიანი აღსავეს კეთილშობილებისა და დიდსულოვნების გრძნობებით: იცის თავისი ადგილი და დანიშნულება, ოპტიმისტურად ბედნიერია თავისი ცხოვრებით და თავის სოციალურ შრომით მოღვაწეობაში ჰპოვებს კმაყოფილებას, ბედნიერებას, აგრეთვე მომავლის რწმენას. შემოქმედებითი შრომა და მოვალეობის გრძნობა ის სუბიექტურ-ფსიქოლოგიური პირობებია, რომლებიც შეიძლება ადამიანმა გამოიყენოს თავისი სულიერი ცხოვრების იდეალისა და მიზნის შექმნისათვის და არა მარტო ფიზიკური არსებობისათვის.

არის სულ საწინააღმდეგო ფსიქოლოგიური სიტუაცია, როდესაც ადამიანი უსაქმურობის, სიზარმაცისა და სიცრუის გავლენის ქვეშ მოექცევა. ამგვარი პიროვნება მოვალეა ისწრაფოდეს შრომისადმი, რომელიც სიბილწის, სიმდაბლისა და ადამიანის მანკიერების საწინააღმდეგო ერთადერთი მშვენიერად მოქმედი სამკურნალო საშუალებაა. შრომა და მოვალეობა ქმნის ნამდვილ ადამიანს.

შოთა რუსთაველმა თავის გენიალურ ნაწარმოებში დახატა ადამიანთა შესანიშნავი სახეები, რომლებსაც ამოქმედებთ ამაღლებული გრძნობები. გარდა ამისა, მან მოხაზა კიდევ მოქმედებათა გეგმა, რისკინაც უნდა ისწრაფოდეს ადამიანი. არა მარტო ცალკე ადამიანებს შორის, არამედ სხვადასხვა ხალხს შორის ძმობისა და მეგობრობის იდეა, განვითარებული ე. წ. აღმოსავლეთის რენესანსის განთავსებ, ცხადია, შესაფერ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ დასაბუთებას მოითხოვდა.

როგორც ცნობილია, იდეები პრაქტიკულად ხორციელდება რეალურ, კონკრეტულ მაგალითზე. ჰუმანიზმის იდეები შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ და მხოლოდ მაღალ პიროვნულ დონეზე. ჰუმანიზმში, როგორც სპეციფიკური თავისებურება, ძირითადად გოლისხმობს ორგვარ ადამიანურ დამოკიდებულებას, სახელდობრ, სიყვარულს ადამიანისადმი და პატიოსნებას მოქმედებასა და ქიცვადში.

ორი სპეციფიკური თავისებურება — სიყვარული და პატიოსნება ფსიქიკური აპარატის უმაღლესი განვითარების შედეგია და ადამიანის ცხოვრებაში მათ უექველად დიდი ფსიქოპროფილაქტიკური მნიშვნელობა აქვთ.

კეთილი და სიყვარულთ აღსავსე დამოკიდებულება ადამიანისადმი არა მარტო ხსნის კანიბალიზმის ნიშანს, არამედ ხელს უწყობს კიდევ ისეთი ფსიქოლოგიური მოდუსის ჩამოყალიბებას, როდესაც უსიამო განცდები ეძლევა დავიწყებას, ხოლო კარგი მტკიცედ შენარჩუნდება ინდივიდუუმის ფსიქიკაში.

პატიოსნების კატეგორიასთან დაკავშირებით საჭიროა ორი მომენტის ხაზგასმა: პირველ რიგში, პატიოსანი შრომით გროვდება მატერიალური თუ სულიერი სიმდიდრე, და მეორე, პატიოსან კაცს სინდისი არ ქენჯნის, მშვიდად სძინავს, რასაც ღრმა ფსიქოპროფილაქტიკური აზრი აქვს. ამ მხრივ საინტერესოა ერთ-ერთი ცნობილი მწერლის ანტინომიური თეზისი: „პატიოსნურად მძაგს, მაგრამ გულწრფელად მიყვარს“, რაც შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ პიროვნულ დონეზე.

პერსონოლოგიისათვის მეტად საინტერესოა რუსთაველის პოემა. ჩვენს შრომაში დასახულია „ვეფხისტყაოსნის“ მდიდარი მასალის მხოლოდ ფსიქოლოგიური ანალიზის გარკვეული გზები; აუცილებელია ამ ასპექტში შემდგომი შემოქმედებითი ძიება.

მ. ჯანაშვილი მართებულად აღნიშნავს, რომ შოთა რუსთაველს აუცილებლად ჰყავდა თავისი შემოქმედებითი წინამორბედი, მას ხელთ გააჩნდა აგრეთვე გარკვეული ლიტერატურული ნიმუშები.

ნ. მარის მიხედვით, შ. რუსთაველის „ვეფხისტყაოსნის“ ესოდენ დიდი პოპულარობა იმით აიხსნება, რომ იგი ასახავს ქართველი ერის სულიერ სამყაროს, მის მისწრაფებას. ჩვენი აზრით, ქართველი ხალხის სიყვარული „ვეფხისტყაოსნისადმი“ მხოლოდ ამით არ განისაზღვრება. ცნობილია არა ერთი მხატვრული ნაწარმოები, რომელშიც ძალიან კარგადაა აღბეჭდილი ერის ეთნოფსიქოლოგია, მაგრამ იგი არასოდეს არ გამხდარა ხალხის საზოგადოებრივ-ფსიქოლოგიური ცხოვრების მოდუსი. რუსთაველის პოემამ ეროვნული რელიქვიის, კანონისა და მოძღვრების ხასიათი მიიღო. რეალის წლის მანძილზე ქართველი ერი სწორედ ამ პოემით ხელმძღვანელობდა თავისი ისტორიის ბედნიერ თუ ავბედით დროს. ქართველმა ხალხმა იგი ერის მორალურ კოდექსად გადააქცია.

ამ ნაწარმოების უნივერსალური ხასიათი განისაზღვრება იმით, რომ მასში გენიალურადაა გადმოცემული პიროვნების შინაარსი, დანიშნულება, მნიშვნელობა, ხაზგასმულია, რომ თავისი ერის ყოველი პატრიოტი უნდა ხელმძღვანელობდეს ისეთი სპეციფიკური თავისებურებებით, როგორცაა მორალი, მოვალეობა, შრომა.

პათოპსიქოლოგიის პრობლემათა ევოლუციურ ასპექტი

სამეცნიერო-კვლევით ძიებათა მიმართულება ფსიქიატრიაში განისაზღვრება საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა დარგების თეორიული

დონით. ამასთან, რადგან ფსიქიატრია არის არა მარტო სამედიცინო-ბიოლოგიური დისციპლინა, მისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ეთნოგრაფიულ, სოციალურ-საზოგადოებრივ და საყოფაცხოვრებო ფსიქოლოგიის ასპექტებს (მაკრო- და მიკროსოციოლოგიურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორები).

ბიოლოგიის, კერძოდ მოლეკულური ბიოლოგიის, მისი ჰისტოქიმიური და ულტრამიკროსკოპული (ელექტრომიკროსკოპული) დარგების, აგრეთვე ლაბორატორიული მეთოდების უდიდესი მიღწევებისა და საინჟინრო-ტექნიკური აზროვნების ძლიერი განვითარების მიუხედავად, ტვინისა და ფსიქიკის პრობლემა არასოდეს არ ყოფილა ასე ძნელად გადასაჭრელი, როგორც დღეს. აღნიშნული ვითარება სრულიად კანონზომიერია, რადგან კვლევა-ძიებაში წარმატებას, როგორც წესი, მოსდევს პრობლემატიკის არა შევიწროება, არამედ შემდგომი გაღრმავება.

მნატვრულ ლიტერატურაში ხშირად ვხვდებით პრობლემებს: რა იქნება შემდეგ? რას გააკეთებს გმირი პიროვნების კატასტროფის შემდეგ? საით და როგორ წარიმართება მისი ცხოვრება? დასმული კითხვები ცხოვრების განახლების, ე. ი. მოვლენების შემდგომი განვითარების პრობლემაა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ქეშმარიტად ქმედითი ცხოვრება, მისთვის დამახასიათებელი მარადიული და მუდმივი განახლებით, არსად ისე მკაფიოდ არ არის წარმოდგენილი, როგორც შემოქმედებით მუშაობაში.

შემოქმედებითი ცხოვრება არ ბერდება, არ ხავსდება, ის ყოველთვის ახალგაზრდაა, რადგან განახლების დაუსრულებელ პროცესშია. აქედან ფორმულა: მეცნიერება არ ბერდება, ის მხოლოდ ეტაპია შემოქმედებითი სრულყოფისა.

მეცნიერება, ერთი მხრივ, როგორც სხვადასხვა აზრისა და მიმართულების ბრძოლაში მუდმივი განვითარების ლოგიკური კვანძი, ასახავს წარსულის ისტორიას, მეორე მხრივ კი, მომავალში კვლევა-ძიებისა და შემოქმედებითი წვის დაუსრულებელ გზებს. ფორმულაზე „ყველაფერი რაც ახალია, საინტერესო არ არის“, შეიძლება ასე ვუპასუხოთ: „საინტერესოა“, რადგან დინამიკურად დაკავშირებულია ძველთან; მეცნიერული პროგრესი და შემოქმედებითი მიღწევები გაპირობებულია ისტორიით.

ჩვენი ცოდნის დღევანდელ ეტაპზე ფიზიკურისა და ფსიქიკურის, ე. ი. ობიექტურისა და სუბიექტურის ურთიერთდაკავშირების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეუთმოთ პავლოვის ფიზიოლოგიურ მოძღვრებას და უზნაძის განწყობის ფსიქოლოგიას.

დარვინის თეორიის მეოხებით მეცნიერებას დასჭირდა 100 წელი მისოლიყო დასკვნამდე, რომ აუცილებელია ადამიანისა და ცხოველის ტვინის არა მარტო საერთო თვისებების, არამედ, უპირველეს ყოვ-

ლისა, მათ შორის განსხვავების შესწავლა; კიბერნეტიკისათვის (მისი განსაკუთრებული დინამიკურობის გამო) საკმარისი აღმოჩნდა მხოლოდ 10 წელი იმის დასადგენად, რომ აუცილებელია ბუნებრივი (ადამიანის) და ხელოვნური (ელექტული) ტვინის არა მარტო საერთო თვისებების, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, მათ შორის განსხვავების შესწავლა; ელექტრონული მიკროსკოპიის, ჰისტოქიმიის, ელექტრონულ-მიკროსკოპული ჰისტოქიმიის, ბიოქიმიისა და ბიოფიზიკის მიზანი კი — ყოველი უნატიფესი მორფოლოგიური წარმონაქმნის შესწავლა მათი სტრუქტურის ასპექტში (სტრუქტურა, როგორც ფუნქციების საფუძველი) — იმთავითვე ცხადი იყო.

ფიზიოლოგიურ ფსიქოლოგიას აქვს თავისი მიღწევები და მონაპოვარი, მაგრამ მისი თითოეული მონაცემი (ე. წ. ელექტროფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური ფსიქოლოგიის მონაცემები) არ არის სრულყოფილი ფსიქონერვულ გამოვლინებათა ევოლუციური ანალიზის გარეშე. ამ მხრივ ევოლუციური განვითარების ისტორიის სწორი გაგებიდან მცირედ გადახრასაც კი მივეყვართ ან ფსიქოფიზიოლოგიურ პარალელიზმამდე (ამ შემთხვევაში პრობლემა ღიად რჩება) ან, მოლემოტის მსგავსად, გულუბრყვილო მექანიკურ პოზიციამდე.

ფსიქიკური აპარატის განვითარების დონის ანალიზისათვის საჭიროა ვისარგებლოთ კლასიკური ცნებებით მასალისა და კონსტრუქციის შესახებ.

ფსიქიკური აპარატის მასალა გამოცდილების, ცოდნის, სწავლის დაგროვებაა, ხოლო კონსტრუქცია ადამიანისა და ცხოველის მოქმედებისა და რეაქციის ახალი თვისობრივი წინამძღვარი.

როდესაც ლაპარაკია ადამიანისა და ცხოველის ფსიქონერვული აპარატის განსხვავებაზე, უნდა აღვნიშნოთ, რომ მისი განვითარების მრელი ისტორიის მანძილზე განსხვავება პირველ რიგში ეხება არა იმდენად მასალას, რამდენადაც კონსტრუქციას. მასალის მხრივ, მაგალითად, მეხსიერებით (იგულისხმება მექანიკური ფიქსაცია და არა ასოციაციური მეხსიერების ლოგიკური ოპერაციები), ცხოველი საკმაოდ ძლიერია; მეხსიერებისა და მათემატიკური ლოგიკის მიხედვით კიბერნეტიკული მანქანა, ე. ი. ელექტრონული ტვინი ბევრად აღემატება ადამიანისა და ცხოველის ტვინს.

კონსტრუქცია, ე. ი. სინთეზ-ანალიზი ფსიქიკური აპარატის ისტორიული განვითარების პროცესის სპეციფიკაციაა. ამასთან, კონსტრუქციის სრულყოფის პროცესში უმაღლეს დინამიკურ დონეზე ცალკეული ფუნქციური გამოვლინება შერწყმულია, როგორც ლეგიონებული ფონქციები. პიროვნების დონეზე ფუნქციები ერთიანია და მხოლოდ განყინებულად შეიძლება შევნიშნოთ მათში ფსიქიკური აპარატის ცალკეული უბნის სხვადასხვა ფუნქცია.

კლასიკური დებულებანი სომატოფსიქეს, თიმოფსიქესა და სოპროფსიქეს შესახებ გარკვეულადაა გაშუქებული თანამედროვე ევოლუციურ ბიოლოგიაში, მოლეკულურ ბიოლოგიაში, ევოლუციურ ფსიქონევროლოგიაში, ნევროლოგიასა და ფსიქოლოგიაში.

სომატოფსიქიკა ისეთი სფეროა, სადაც ქარბობს ინსტინქტები, ვეგეტატიური, ცვლითი პროცესები, განსაკუთრებით თვალსაჩინოა სომატურ-ფსიქიკური კავშირი და დინამიკური მთლიანობა.

თიმოფსიქიკა უმაღლესი, მეორე სფეროა, სადაც ქარბობს აფექტური მოქმედება, წინა პლანზეა ვეგეტატიური გამოვლინებანი და ჯერ კიდევ ჩანს დინამიკური კავშირი ფსიქიკასა და სომატიკას შორის. ამ შემთხვევაში აფექტური სფეროს ზემოქმედებით ვლანდება ცხოვრების ტემპი: ნაგულისხმევია კლასიკური ცნება ტემპერამენტის შესახებ (რეაქტიულ გამოვლინებათა ძრაობა და სიჩქარე).

სოპროფსიქიკა გულისხმობს ინტელექტს, როდესაც ვეგეტატიური, ცვლითი პროცესები ითრგუნება და წყდება. ეს არის მოქმედებებისა და დამოკიდებულებათა სამყარო (ინტრავერსია, ექსტრავერსია), რომელიც განსაზღვრავს პიროვნების ხასიათს.

ევოლუციის პროცესში ადამიანისათვის განსაკუთრებით სპეციფიკურია პიროვნული დონე, რომელიც მისი ინდივიდუალური „მე“-ა. ამ დონეს, როგორც ფსიქიკური აპარატის სრულყოფის უმაღლეს სართულს. შეიძლება ვუწოდოთ ეგოფსიქე, ანუ ეგოფსიქიკა. ამ დროს აღინიშნება ცნობიერების გამოვლინებები (ორიენტაცია საკუთარ თავსა და გარემოში) და ადამიანის მნიშვნელობისა და დანიშნულების პიროვნული შეფასება. აქვე გამომუშავდება შრომის, მორალისა და მოვალეობის კატეგორიები. პიროვნულ დონეზე არ ვხვდებით ცალკეული ფსიქიკური სფეროს გამოვლინებებს და გვაქვს ინტელექტუალურ და ემოციურ ფუნქციათა შერწყმული ამაღაბა, მაგალითად. ინტელექტუალური გრძნობა.

ინტელექტუალური გრძნობის მაგალითად მიმაჩნია ცრემლების პრობლემა უმაღლეს პიროვნულ დონეზე. ჩვენი კლინიკურ-ფსიქოლოგიური მასალის, აგრეთვე შოთა რუსთაველის მხატვრული სახეების ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ცრემლები არ არის ადამიანის სუბიექტური საშუაროს მარტივად ამსახველი საკვე; ისინი დაკავშირებულია ღრმა და რთულ ემოციურ ძვრებთან. პიროვნული რეგისტრის დონეზე ცრემლებს აქვს სრულიად განსხვავებული ფსიქოლოგიური მნიშვნელობა.

პიროვნული სართულები, აყიწროებს რა არაცნობიერ და ქვიცილობიერ გამოვლინებათა და მოქმედებათა სამყაროს კონტოლს, წარმართავს ფსიქიკური აპარატის დაბალ დონეებს, ამგვარად, ფსიქიკური აპარატი ექვემდებარება პიროვნების კონტროლს. ამასთან თვით პი-

როვნება კონტროლის ქვეშაა და მოქმედებს საზოგადოებრივ-ფსიქოლოგიური კატეგორიების კანონისა და ცხოვრების უფლების სახით.

პრობლემის „ტვინი და ფსიქიკა“ სწორად გასაგებად საჭიროა შიზოფრენიის, პათოფსიქოლოგიისა და პათონეიროდინამიკის შესწავლა. შიზოფრენია კვლამარტივი ადამიანური ფსიქოზია, რომელიც ვითარდება ქერქისა და ქერქქვეშა აპარატის უნატიფეს ორგანულ ცვლილებათა ნიადაგზე. ფსიქიკური აპარატის მასალა შიზოფრენიის დროს ძირითადად ხელშეუხებელია, ხოლო ფსიქიკის კონსტრუქცია განიცდის თვისობრივ გაუქუღმარებებს.

შიზოფრენიული პროცესის მიმდინარეობის ხანგრძლივ პერიოდში თითოეული მისი ეტაპი, ანუ სტადია გარკვეულ ძვრებს იწვევს ავადმყოფის პიროვნებაში. ინტრაფსიქიკური ატაქსიის, აპათიის, ანუ აბულისის სინდრომები უშუალოდ დაკავშირებულია პიროვნული ფუნქციების პათოლოგიასთან.

როგორც ცნობილია, სურვილი-მისწრაფება და შემოქმედებითი ინიციატივა პიროვნული სპეციფიკაა, რომლის გაუქუღმარება უღევს საფუძვლად აპათიურ-აბულიურ სინდრომს.

პერსონოლოგიის ასპექტში შემოქმედებითად აიხსნება შრომათერაპიის თეორია და პრაქტიკა. თუ შრომათერაპია ისტორიულად შეიქმნება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, ეს არ შეიძლება აეხსნათ მხოლოდ სამკურნალო-ეკონომიური მოსაზრებით ან ავადმყოფთა გართობის სურვილით. შრომათერაპიის იდეის პერსონოლოგიური ანალიზი ნათელყოფს შრომათერაპიის, როგორც ფსიქოზის მკურნალობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მეთოდის, ქმედით როლს, რაც ხელს უწყობს ავადმყოფის რეაბილიტაციას, რეადაპტაციას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შრომა აკეთილშობილებს, ამშვენებს ავადმყოფებს, უთრგუნავს მათ ავადმყოფურ აზრებს, აქტიურად ეხმარება პიროვნების შესაძლებლობათა კომპენსატორულ გამოვლინებაში.

პერსონოლოგიურ ანალიზს წამყვანი მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ფსიქოზებისა და ფსიქონევროზების დიაგნოსტიკის საქმეში, არამედ მეცნიერულად დასაბუთებული ფსიქოთერაპიის, აგრეთვე ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხებშიაც.

როგორც ცნობილია, პეროიკისაკენ მისწრაფება შეიძლება მხოლოდ პიროვნების საშუალებით, მისტიკური კი აბუნდოვნებს ფსიქიკური აპარატის ზედა სართულებს და ამით უკარგავს ადამიანს რეალობის შეგნებული შეფასებისა და კრიტიკულად მოფიქრებული აქტიური წინააღმდეგობის უნარს.

ხაზი უნდა გავუსვათ იმასაც, რომ ისტორიულად სამამულო ფსიქიატრია ყოველთვის ითვალისწინებდა პიროვნების წამყვან როლს ნორმასა და პათოლოგიაში.

საერთოდ აღიარებულია სუგესტიის მნიშვნელობა ავადმყოფზე

ჰიპნოზური ზემოქმედების დროს. ამგვარი თერაპიული ტაქტიკისათვის საჭიროა, როგორც ყოველთვის, კლინიკურ შემთხვევათა სათანადო შერჩევა.

მაგრამ ე. წ. ტრავმული განცდის გახსნის ან გაზიარების თერაპიის შემთხვევაში საჭიროა რაც შეიძლება გავაძლიეროთ ავადმყოფის პიროვნულ მოდუსი და მისი წარმოდგენა შრომასა, მოვალეობასა და მორალზე. რაციონალური მეთოდი მიმართული უნდა იყოს სწორედ ამ გზით, ფსიქოთერაპიული მიდგომა კი მიიღებს პიროვნული ფსიქოთერაპიის, ე. ი. პერსონოფსიქოთერაპიის ან ეგოფსიქოთერაპიის ჩასათს.

პალეოფსიქოპათოლოგიის საპითხაზისათვის

როგორც ცნობილია, ერნსტ კრეჩმერის გამოკვლევებმა ისტერიის ბუნების შესახებ ჩვენი საუკუნის პირველ მესამედში დიდი შემოქმედებითი ინტერესი გამოიწვია მსოფლიო ფსიქონევროლოგთა შორის. ეს გამოკვლევები გვიზიდავს არა მარტო ბრწყინვალე სტილითა და კლინიკური მასალის შეუდარებელი ანალიზით, არამედ პირველ რიგში პრობლემისადმი ახლებური მიდგომითაც. ავტორი მიზნად ისახავდა ისტერიული სინდრომების პალეობიოლოგიურ გაშუქებას და განიხილავდა მათ ატავისტური რეაქციის გამოვლინებად ფილოგენურად დაბალ საფეხურზე.

კრეჩმერი ისტერიულ სტუპორს განიხილავდა, როგორც ცრუსიკვდილის რეფლექსების უძველესი მექანიზმების ამოქმედებას, ისტერიულ მოტორულ აგზნებას კი — როგორც მოძრაობის ქარიზხლის უძველესი მექანიზმების ამოქმედებას. აღნიშნული დებულებები დარჩება მეცნიერების ისტორიაში, როგორც ისტერიის კლინიკური გაგების გულუბრყვილო მექანიზტური ბიოლოგიზაცია.

ამავე დროს დაავადების პათობიოლოგიურ და პათოფსიქოლოგიურ ანალიზს დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. იგი გარკვეულ როლს ასრულებს შემკვიდრებითი თვისებების გადაცემის საკითხის დადგენაშიც.

პალეონტოლოგია მდიდარია მატერიალური კულტურის ძეგლებით, მათ შორის პალეოფსიქოპათოლოგიური მონაცემებითაც, რომლებიც შემოიფარგლება სინდრომებისა და სიმპტომების დეტალების ანალიზით ისტორიულ ასპექტში.

გამოჩენილი ფსიქოპათოლოგი იუნგი წერს განცდათა არქაული ფორმების შესახებ. ჩვენი აზრით, პალეო- და არქეოფსიქოპათოლოგია უნდა სწავლობდეს არა განცდათა ფორმას, არამედ აზუსტებდეს და ხსნიდეს ფსიქოდინამიკურ საფუძვლებს, რომლებიც დააკავშირებდნენ შორეულ და ახლანდელ ცალკეულ ავადმყოფურ გამოვლინებებს.

ამ მხრივ შემოქმედებითი ძიება გამართლებულია თანამედროვე

მედიცინისა და ბიოლოგიის ძირითადი მიმართულებით, რომელიც უნდა ხელმძღვანელობდეს ევოლუციური პრინციპებით.

კრეჩმერის მოძღვრების მსგავსად, ნოქტამბულიზმის დაკავშირება ღამურის ცხოვრების თავისებურებებთან ან ისტერიის სინდრომოლოგიის დაკავშირება უძველესი ინდივიდების რეაქციებთან ასევე ფსიქიკურის ბიოლოგიზაცია და გულუბრყვილო, გაუმართლებელი პარალელიზმია.

დიდი ხანია დაგმობილია პოზიცია, რომლის თანახმად ატავისტური გამოვლინება მიჩნეულია ქალას და მასთან ერთად თავის ტვინის განვითარების ღრმა პათოლოგიად (მიკროცეფალია). თეორიული და კლინიკური ფსიქიატრია დაინტერესებულია მიკროცეფალიის პრობლემებით, მხოლოდ ონტოგენეზური, უფრო ზუსტად, ემბრიოგენეზური განვითარების ანომალიით.

მიუღებელია რ. ბილცის კონცეფცია პალეოფსიქოლოგიის შესახებ: ავტორი ახდენს სოციალურ-ფსიქოლოგიური კატეგორიების ბიოლოგიზაციას, რასაც ადამიანთა ურთიერთობას უდებს საფუძვლად.

პალეოფსიქოლოგიისა და პალეოფსიქოპათოლოგიის საკითხების კვლევის დროს საჭიროა დაზუსტდეს, თუ როგორი იყო შორეულ წარსულში, კაცობრიობის ცოდნის ჩამოყალიბების დასაწყისში, წარმოდგენები ფსიქიკურ-სომატურ და ფსიქოლოგიურ კავშირებზე. ამ მხრივ განსაკუთრებით საინტერესოა ძველი ეგვიპტის მედიცინიდან ერთი ფსიქოლოგიური დეტალი; რომელიც ფიქსირებულია ყოფილა პაპირუსებზე და, ამგვარად, იგი წერილობითი მასალაა. ხაზგასმულია, რომ სინანულისა და მონანიების განცდები (მეორე პირველის შედეგია) ყველაზე მძიმე ცოდვია, ვინაიდან ისინი ზიანს აყენებენ ადამიანის გულს.

პალეოფსიქოლოგიის თვალსაზრისით საინტერესოდ უნდა ჩავთვალოთ ენდოგენური დეპრესიის სინდრომის, ანუ ციკლოფრენიული მელანქოლიის ბუნების ევოლუციური ანალიზი. სულით დაავადებთა კლინიკაში განსაკუთრებით დიდია აფექტური პათოლოგიის როლი, ხოლო მოგვიანებულ ასაკში სისხლძარღვოვანი ფაქტორის აქცენტუაციით აფექტური ფსიქოზები ქარბობს ყველა სხვა ფორმას და გერონტოლოგიური ფსიქიატრიის ძირითადი მასალაა. ასთენიურ განცდებს წამყვანი პათოგენეზური მნიშვნელობა აქვს მწვავე პროლონგირებულ რეაქტიულ მდგომარეობათა შემთხვევაში.

დეპრესიული, ანუ მელანქოლიური სინდრომი აღინიშნება სრულიად სხვადასხვა ნოზოლოგიის დროს. ჩვენი მიზანია შევჩერდეთ რეაქტიული და ენდოგენური ბუნების დეპრესიებზე.

ჩვენი აზრით, პიროვნულ რეგისტრებთან მიახლოებისას შიში წარმოდგება, როგორც დეპრესია. ამასთან, ტკივილის, შიშისა და დეპრესიის ფენომენებს აქვს ერთიანი ევოლუციურ-გენეზური საწყისი:

ფსიქიკური აპარატის სხვადასხვა დონეზე ასთენიური განცდა ფენო-მენოლოგიურად ფორმდება სხვადასხვაგვარად.

შიშსაც და ტკივლსაც თან ახლავს ვეგეტატიური კომპონენტი, პირველ ყოვლისა, გახშირებული გულისძვერა; განცდათა აღნიშნული ორი ფორმა უძველესი ინსტინქტური რეაქციაა, რომელთანაც მემკვიდრეობითა დაკავშირებული გულას რიტმის აჩქარება, შიში მოწმობს ინდივიდუუმის შემზარავ, განსაკუთრებულ მდგომარეობას და ეტიოლოგიურად უფრო ხშირად დაკავშირებულია რეაქტიულ-ფსიქოგენურ ფაქტორებთან; ხშირად საექვო ხდება ფიზიკური ან ფსიქიკური არსებობა ანდა ორივე ერთად.

პირენების დონეზე ეგზოგენურად გამოწვეული შიში იღებს რეაქტიული დეპრესიის ხასიათს, რომელსაც თან სდევს მემკვიდრეობითი ფიქსირებული მოვლენები გულის მხრივ, როგორც კომპონენტი.

როგორც ცნობილია, ცნება სიცოცხლის შესახებ დაკავშირებულია გულის მოქმედებასთან, ხოლო სიკვდილის ცნება — ამ მოქმედების შეწყვეტასთან. ამიტომაც, რომ ადამიანი ისტორიულად გულს უკავშირებს თავის ფიზიკურ არსებობას და მუდმივად ადევნებს თვალყურს მის რიტმს, როგორც თავისი კეთილდღეობის გარკვეულ მოდულს. ამით რეაქტიული დეპრესია და გულის კომპონენტი ერთიანი ფსიქიკურ-სომატური გამოვლინებაა, რომელიც მემკვიდრეობით მტკიცდება, როგორც პათოლოგიური რეაქციის ფორმა.

ისტორიული განვითარების პროცესში მემკვიდრეობით განმტკიცებული ფორმა თანდათანობით კარგავს მისი განმეორებისათვის საჭირო გარე ფაქტორებს და იღებს ენდოგენურად მიმდინარე ავადმყოფური გამწვავების ხასიათს ენდოგენური, ანუ ვიტალური დეპრესიის ფორმით, როგორც პერიოდული ფსიქოზის — ციკლოფრანიის თაზა. უძველესი რეაქტიული დეპრესია შემდგომში ენდოგენური ხასიათის ხდება და ვიტალურია, რამდენადაც დაკავშირებულია სიცოცხლესთან მნაშენელოვანი შეგრძნებებით გულის მხრივ. ამით ენდოგენური, ანუ ვიტალური დეპრესია გინიზორად უკავშირდება რეაქტიული დაავადების პალეოფსიქოლოგიურ ფესვებს.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეტიოგენეზის ტრანსფორმაციასთან ერთად აღნიშნება შეგრძნებათა ტრანსფორმაცია გულის მხრივ, რაც ვლინდება გულზე „მძივე ლოდის დაწოლის“ შეგრძნების სახით, რომელიც ფსიქიატრიის კლინიკაში ცნობილია, როგორც გულის წუხილი. უფრო მეტიც, იგი არცთუ იშვიათად შეიძინევა აგრეთვე რეაქტიული დეპრესიის დროსაც. ამით დინამიკურად უახლოვდება ერთმანეთს დეპრესიულ გამოვლინებათა ორი სხვადასხვა სახე.

ავადმყოფობა, როგორც შეგოებისა და ბრძოლის პროიისი, განსაზღვრება პათოგენურსა და ინდივიდუალურ რეაქტიულს შორის ურთიერთობით; ამასთან, აღნიშნულ ურთიერთობას, როგორც არსებობა-

სათვის ბრძოლის გამოვლინებას, თავისი საწყისი შორეულ წარსულში აქვს.

ი. დავიდოვსკის თანახმად, „ავადმყოფობა არის ბუნებრივი მოვლენა ცოცხალ სამყაროში, რომელიც ასახავს სახეობათა და ცალკეული პიროვნების გარემოსთან შეგუების ობიექტურ სიძნელეებს არსებობისათვის ბრძოლაში“ და შემდეგ: „იმისათვის, რომ უვნებელყოთ ესა თუ ის დაავადება. საჭიროა ვიცოდეთ მისი განვითარების კანონზომიერებანი. ეს კანონზომიერებანი მოცემულია არა მარტო ინდივიდუალური ცხოვრების სიღრმეში, არამედ საუკუნეთა სიღრმეშიც, ადამიანის განვითარების ისტორიაში“.

ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა მემკვიდრეობით გადაცემის შესწავლისას განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს სულით დაავადების ეტიო-პათოგენეზური ტრანსფორმაციის პრობლემა. ხანგრძლივი ისტორიული პროცესის მანძილზე ფსიქოგენურ-რეაქტიული ენდოგენური ხასიათის ხდება.

ფსიქოპათოლოგიაში ხშირია შიშის ფენომენი, რომელიც ფსიქიკური აპარატის სხვადასხვა დონეზე შეიძლება გახდეს სხვადასხვა სინდრომის ფსიქოდინამიკური წინამძღვარი.

შიშისა და დეპრესიის ემოციები ეკუთვნის განცდათა უძველეს ფორმებს, რომლებიც შორეული წარსულიდან თან სდევნენ ადამიანის ისტორიას მისი ბიოლოგიური და საზოგადოებრივ-მორალური არსებობისათვის მუდმივ ბრძოლაში. ისეთი პიროვნული კატეგორიების ზეგავლენის შედეგად, როგორცაა წარმოდგენა შრომაზე, მოვალეობაზე, მორალზე, ჩლუნგდება შიშის ემოცია და მისი ფსიქოლოგიური დერივატი; ადამიანი თავის სოციალურ-შრომით მოღვაწეობაში კპოვებს როგორც სიამოვნებას, ისე თავის მოწოდებასა და მომავლისადმი რწმენას.

53 ფსიქიკურ ფუნქციათა პათოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები

ფსიქოზთა შესწავლა გულისხმობს ავადმყოფობის სურათის დეტალურ გაცნობასა და გამოკვლევას. ფსიქიკურ დაავადებათა სიმპტომატოლოგია მეტად რთული და მრავალფეროვანია. ერთგვრადი გამოკვლევა ვერ ამოწურავს ავადმყოფის განცდებს, მის სურვილთა და ქცევათა მოტივებს. საჭიროა მუდმივი და ხანგრძლივი დაკვირვება. ფსიქიკური პროცესები არ არსებობს განცალკევებულად; ყოველი ფსიქიკური აქტი პიროვნების მთლიანი რეაქციის შედეგია.

სულიერი მოქმედების დაყოფის ცდა ცალკეულ, მაგალითად, გონებრივ, ანუ ინტელექტუალურ, გრძნობით, ანუ ემოციურ (სულიერი განცდები, გონება-განწყობა, თვითგრძნობა) და ნებით (სურვილები, ლტოლვა, მოქმედებანი და ქცევანი) სფეროებად სრულიად ხელოვნუ-

რია და არ შეიძლება მართებულად ჩავთვალოთ; პათოლოგიურ მასალაზე სულიერი მოქმედების ცალკეულ სფეროებად დაყოფა განსაკუთრებით ძნელია.

მართებული იქნება სფეროების ნაცვლად დაკვირვებისა და კვლევის საგნად ავილოთ სხვადასხვა ფსიქიკური პროცესი, ხოლო ამასთან ერთად გვახსოვდეს, რომ ცალკეული ფსიქიკური პროცესი ყოველთვის განხილული უნდა იყოს სხვა პროცესებთან და ადამიანის მთლიან პიროვნებასთან ერთად.

5-14

ადამიანის პათოლოგია

შეგრძნება, წარმოდგენა, აღქმა (მიმღებლობა)

გრძნობათა ორგანოების გაღიზიანება (მაგალითად, თვალის რეცეპტორისა — სინათლით, ყურისა — ბგერით და სხვ.) ცენტრიპეტალური გზებით გადაეცემა დიდი ტვინის ქერქს, სადაც წარმოიქმნება სრულიად გარკვეული ფიზიოლოგიური რეაქცია. ეს ფიზიოლოგიური რეაქცია ყველაზე მარტივი გონებრივი აქტია, სახელდობრ, შეგრძნების საფუძველი.

შეგრძნება ყველაზე მარტივი გონებრივი პროცესია. მის გამოსაწვევად საჭიროა მგრძნობიარე ნერვების პერიფერიულ დაბოლოებათა გაღიზიანება. ამრიგად, ის სრულიად რეალური ფსიქიკური აქტია, ვინაიდან მის მისაღებად საჭიროა გარკვეული რეალური გაღიზიანება.

ყოველი შეგრძნების განხილვისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ ფიზიკური და ფიზიოლოგიური მხარე. ფიზიკური მხარეა, მაგალითად, ბგერის ტალღები, რომლებიც უშუალოდ აღწევენ ყურამდე და აღიზიანებენ სმენის რეცეპტორს. ფიზიოლოგიური მხარეა აგზნება, რომელიც მიემართება პერიფერიიდან ცენტრისაკენ და იკრიბება ქერქის გარკვეულ უბანში. ფსიქიკური მხარე, ე. ი. შეგრძნება, როგორც უმაღლესი ნერვული პროცესი, უმაღლესად ორგანიზებული მატერიისთვისაა. ერთხელ მიღებული შეგრძნება ადამიანისათვის უკვალოდ არ იკარგება; იგი ადამიანის ფსიქიკაში რჩება; როგორც წარმოდგენა. შეგრძნებასთან შედარებით წარმოდგენა მოკლებულია რეალობასა და სხეულოვნებას; მის გამოსაწვევად სრულებით არ არის საჭირო გრძნობათა ორგანოების უშუალო გაღიზიანება.

მაგრამ მდგომარეობა საგრძნობლად რთულდება, როდესაც შეგრძნებას თან სდევს ოდესღაც მიღებული წარმოდგენა საგნის შესახებ, უკეთ რომ ეთქვათ, როდესაც შეგრძნება წარმოდგენასთანაა შეზავებული. უკანასკნელ შემთხვევაში შეგრძნების გამომწვევ საგანს უფრო ღრმად ავითვისებთ, ანუ აღვიქვამთ.

ამგვარად, აღქმა (ანუ მიმღებლობა) რთული ინტელექტუალური,

სრულიად რეალური, ობიექტური და სხეულოვანი აქტია, აღქმისათვის კი საჭიროა გამაღიზიანებელი საგანი.

აღამიანი აღიქვას არა პასიურად, მექანიკურად, ფოტოგრაფიული სიზუსტით, არამედ შეგნებულად, ამორჩევით, პირადი გახსუობისა და ინტერესის თანახმად.

უნდა გვახსოვდეს, რომ აღქმა მთლიანი აქტია. აღამიანის სოციალურ-ისტორიული გამოცდილება აღქმას აძლევს მიმართულებას, ფორმულირებასა და, აგრეთვე, შეგნებული ფსიქიკური პროცესების ხასიათს.

სულით ავადმყოფობის დროს აღქმა სხვადასხვაგვარად აშლილია. აღწერენ მეტად საინტერესო მდგომარეობას, როგორც ბავშვთა (ნორმალური ფიზიოლოგიური მოვლენა), ისე მოზრდილთა (ნევროტიკთა) შორის, როდესაც მხედველობითი სურათები უშუალოდ აღქმის შემდგომ კიდევ კარგა ხანს სტოვებს თავის სიცხოველეს, სხეულოვნებას.

5.3 აგნოზია

როგორც აღვნიშნეთ, აღქმა რთული ინტელექტუალური აქტია, რომლის დროს ხდება გარემოს არა მშრალი, სქემატური აღქმა, არამედ მისი შეგნებული ათვისება.

საკმარისი არ არის გვესმოდეს მხოლოდ ბგერათა კომპლექსი; საჭიროა გავერკვეთ თვით ბგერის ხასიათში, ბგერათა მელოდიურობაში. ასევე არ არის საკმარისი ვხედავდეთ საგანს, საჭიროა იგი შევიცნოთ, გავერკვეთ მასში.

აღქმის ისეთ შეცვლას, როდესაც საგანი შეიგრძნობა, მაგრამ მისი შეცნობა არ ხდება, აგნოზია ეწოდება. ამრიგად, აგნოზია აღქმის პათოლოგიური შეცვლის ერთ-ერთი სახე და გონებრივი მოქმედების უკმარისობის მაჩვენებელია. კლინიკურად მეტად საინტერესოა აგნოზიის შემდეგი სახეები: მხედველობის (ოპტიკური) აგნოზია, ანუ სულიერი სიბრმავე, როდესაც ავადმყოფი ხედავს საგანს, მაგრამ ვერ ცნობს მას; საგანში რომ გაერკვეს, საჭიროა მას ხელით შეეხოს.

უსმენას აგნოზიის, ანუ სულიერი სიყრუის შემთხვევაში ავადმყოფი ისმენს სიტყვას, მაგრამ არ ესმის მისი შინაარსი (სენსორული აფაზია) ან ესმის ბგერათა კომპლექსი, მაგრამ ვერ ერკვევა მელოდიას (სენსორული ამუზია).

ტაქტილური აგნოზიის, ანუ ასთერეოგნოზიის შემთხვევაში ავადმყოფს არ ძალუძს გამოიცნოს საგანი შეხებით.

შესაძლებელია ავადმყოფი ხედვით ან შეხებით გრძნობდეს თავისი სხეულის ნაწილებს, მაგრამ ვერ ერკვეოდეს მათში, ვერ შეიცნობდეს მათ, რასაც თითის აგნოზია და აუტოტოპაგნოზია ეწოდება.

აგნოზიის მოვლენასთან საკმაოდ ახლოა ბაბინსკის მიერ აღწერილი ფენომენი ანაზოგნოზიის სახელწოდებით (ავადმყოფი ვერ ერკვევა თავისი სხეულის ნაწილის მდგომარეობაში, მაგალითად, იგი სრულაად ვერ გრძნობს, რომ კიდური პარალიზებული აქვს), რომლის ერთ-ერთი სახეა ე. წ. ფანტომის გრძნობა, როდესაც ავადმყოფს ჰგონია, რომ აქვს სხეულის არასრული ნაწილი, მაგალითად, ამპუტირებული კიდური და სხვ.

ფსიქოსენსორული აშლილობანი

სხვადასხვა გრძნობის ორგანოს საშუალებით მიღებული აღქმა საჭიროებს შემდგომ გადამუშავებას, ანალიზსა და სინთეზს; საჭიროა მოხდეს აღქმის ცალკეული აქტის შექამება — ინტეგრაცია, მათი ზოგადი შეფასება, რომ ადამიანი მთლიანად ჭეროვნად გაერკვეს გარემოში. ეს მოვლენა უფრო რთული პროცესია, რომელსაც საფუძვლად უდევს მიმღებლობის აქტები და ცნობილია ფსიქოსენსორული ფუნქციის სახელწოდებით, ამგვარად ფსიქოსენსორული ფუნქციები აღქმითი პროცესების შემდგომი გაღრმავებაა, რომელიც ხელს უწყობს საგანთა უფრო დეტალურ, ყოველმხრივ ათვისებას.

კლინიკურად მნიშვნელოვანია ფსიქოსენსორული აშლილობის შემდეგი სახეები:

① საკუთარი სხეულის სქემის დარღვევა: ავადმყოფები ვერ ერკვევიან თავიანთი სხეულისა და მისი ნაწილების მდგომარეობაში; მაგალითად, ისინი აღიქვამენ უკვე არარსებულ, ამპუტირებულ კიდურს; მათ ჰგონიათ, რომ სხეულის რომელიმე ნაწილი ან ძლიერ გაუდიდდათ და დაუმძიმდათ ანდა, პირაქით, ძლიერ დაუპატარავდათ და შეუძმსებუქდათ. უკანასკნელი მდგომარეობა მოგვეგონებს სხეულის ნაწილთა გაუკულმართებულ, ერთგვარ ბოდვით აღქმას და აღინიშნება სისხლის ჩაქცევის, ტვინის სიმპივნის, ეპილეფსიის, შიზოფრენიისა და ორგანულ დაავადებათა დროს;

② სივრცის აღქმის დარღვევა: ამ შემთხვევაში ავადმყოფებს დაკარგული აქვთ სივრცეში გარკვევის, სწორი განზომილებისა და მასში ორიენტაციის უნარი. ავადმყოფები საგანს ხედავენ არა იმ ადგილას, სადაც იგი დევს, არამედ სხვაგან (ოპტიკური ალესთეზია) ან საგნებს ხედავენ უფრო გადიდებულად ანდა შემცირებულად (მიკრო- და მაკროფსია), ან შესაძლებელია საგნები მათ უფრო შორს ან ახლოს ეჩვენებოდეთ, ვიდრე სინამდვილეშია.

აღნიშნული ფენომენი ქერქული ნეიროდინამიკის გაუკულმართების შედეგია და, ცხადია, არ შეიძლება აეხსნათ მხოლოდ პერიფერიული აპარატის (რეცეპტორთა) მდგომარეობით:

③ დროის აღქმის გაუკულმართება: ავადმყოფები ვერ ერკვევიან

დროში ისევე, როგორც სივრცეში. მათ დაკარგული აქვთ დროის განზომილებისა და ფაქტების თანმიმდევრობითი დალაგების უნარი. შესაძლებელია პირველად ნანახი მათ აღიქვან უკვე ნაცნობ და განცდილ ფაქტად („უკვე ნანახის“ ფენომენი) ან, პირიქით, ცნობილ საგანში ვერ გაერკვნენ და არნანახად მიიჩნიონ („არასდროს არნანახის ფენომენი“).

④ გარე წრის დინამიკურობის აღქმის დარღვევა: ავადმყოფები გარემოს აღიქვამენ, როგორც მყარ, უმოძრაო და უცნობ სამყაროს ან შეიძლება დინამიკურობის აღქმა გაუკუღმართებული იყოს შებრუნებულად, მაგალითად, ავადმყოფებს ეჩვენებათ, რომ ყველაფერი მათ გარშემო ქარიშხლისებურად ტრიალებს, მოძრაობს („ობტიკური ქარიშხლის ფენომენი“).

ამრიგად, ზემოჩამოთვლილი ოთხი ფენომენი შესაძლებელია წარმოვიდგინოთ ორი მდგომარეობის სახით: ერთ შემთხვევაში ავადმყოფებს დარღვეული, გაუკუღმართებული აქვთ საკუთარი სხეულის დეტალური და სრული აღქმის შესაძლებლობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში ისევე გაუკუღმართებულია გარემოს აღქმის (დროისა და სივრცის სრული აღქმისა და გაგების) უნარი. პირველი მდგომარეობა კლინიკაში ცნობილია დეპერსონალიზაციის სინდრომის, ხოლო მეორე მდგომარეობა — დერეალიზაციის სინდრომის სახით.

6-3

ილუზიები და მათი სახეები

აღქმის გაუკუღმართების სახეებიდან განსაკუთრებულ კლინიკურ ინტერესს იწვევს ილუზიები და ჰალუცინაციები. ჯერ კიდევ ძველი კლანიციტები მიუთითებდნენ, რომ ილუზიებსა და ჰალუცინაციებს შორის პრინციპული განსხვავებაა.

ილუზია შემცდარი აღქმაა, ჰალუცინაცია, პირიქით, აღქმის ძირითადი თვისობრივი გაუკუღმართება, რომლის ფიზიოლოგიურ პროცესთან შედარება შეუძლებელია.

ილუზია, ანუ ცრულაქმა ნორმალური პროცესის ერთგვარი კარიატურაა, რადგან ამ დროს არსებობს სამომლო საგანი, მაგრამ მისი აღქმა ხდება არაჯეროვნად, გაუკუღმართებულად, სინამდვილესთან სრული შეუსაბამობით, მაგალითად, მინდორში ძეძვის ბუჩქი დღისით ჩვენ აღვიქვით ნორმალურად, მაგრამ შებინდებისას, როდესაც უკვე ბუნდოვნად ვამჩნევთ საგნებს, მით უმეტეს, თუ იმის შიშიც გვაქვს, რომ არ წავაწყდეთ რომელიმე მხეცს, შესაძლებელია ჩვეულებრივი ბუჩქი აღვიქვათ, როგორც მგელი. ამ შემთხვევაში საგანი არსებობს. მაგრამ მისი აღქმა არასწორია.

ვარჩევთ ილუზიის სამ სახეს: ფიზიკურს, ფიზიოლოგიურსა და პათოლოგიურს.

ფიზიკური ილუზია სრულიად ნორმალური მოვლენაა, იგი აიხსნება ფიზიკაში ცნობილი კანონებით, მაგალითად, სწორი ჯოხი წყალში მოხრილად და გატეხილად გვეჩვენება.

ფიზიოლოგიურ ილუზიას საფუძვლად უდევს ადამიანის წინასწარი ემოციური მიზანსწრაფვა (გახწყობა) ან ძილისმაგვარი, არაფიზიკური მდგომარეობა (ბურანში ყოფნა ანდა გრძნობათა ორგანოების სიმახვილის შესუსტება, ვთქვათ, დაბინდების გამო); მაგალითად, თუ ჩვენ გრძნობათა დაძაბვით ველით რომელიმე პირს, შესაძლებელია შევეცდეთ და სრულიად უცხო ადამიანი მივიჩნიოთ ნაცნობ პირად, თუ ჯერ კიდევ ბურანში ვართ, ვერ გამოვიღვიძეთ, შეიძლება ოთახის კუთხეში ჩამოკიდებული ნაბადი აღვიქვათ ადამიანად, რომელიც კედელთან ატუზულა.

პათოლოგიური ილუზიის მაგალითები ხშირია სულით ავადმყოფთა შორის.

სულით ავადმყოფები (შიზოფრენიკები) მომვლელ პერსონალს ხშირად აღიქვამენ სრულიად სხვა პირებად (მახლობლებად, ნათესალებად ან მტრებად), ექიმის ფანჯარს ან სტეტოსკოპს — სასროლ იარაღად (რევოლვერებად), წამალს — საწამლადად, სხვების ლაპარაკს, რომელიც მათ არ შეეხებათ, აღიქვამენ, როგორც მათ საწინააღმდეგოდ მიმართულ დიალოგს და ა. შ. მოყვანილი მაგალითები პათოლოგიური აღქმის შემთხვევებია და მათ საფუძვლად უდევს უფრო ავადმყოფთა ბოღვითი შეფასება, საგანთა და მოვლენათა ბოღვითი ახსნა-განმარტება, ინტერპრეტაცია.

ილუზიები ხშირია ციკლოფრენიის, ეპილეფსიის, თეთრი ცხელებისა და სხვა ავადმყოფობის დროს.

ფრიად საინტერესოა, რომ მანიაკალურ ავადმყოფთა ილუზიები აღქმის ნამდვილი გაუკუღმართება კი არ არის, არამედ უფრო ავადმყოფთა თეატრალიზაციით, ოხუნჯობით აიხსნება.

ილუზიებთან ახლოსაა სხვა მოვლენა, რომელსაც პარეიდოლიას უწოდებენ. ეს ფენომენი აღინიშნება როგორც ფიზიოლოგიურად, ისე სულით ავადმყოფთა შორის. ამ დროს სრულიად უბრალო სურათი გადაპარბებული ფანტაზიის გამო შესაძლებელია აღქმული იყოს, როგორც არაჩვეულებრივ ლანდშაფტი.

5-13

ს ა ლ უ ც ი ნ ა ც ი ე ა

ჰალუცინაციები აღქმის თვისობრივი გაუკუღმართებაა, რომლის დროს გარე გამაღიზიანებელი ობიექტი არ არსებობს. ჰალუცინაცია უობიექტო აღქმაა (სინამდვილეში არარსებული საგნის ხედვა).

რადგან საგნები სინამდვილეში არ არსებობს, ჰალუცინაციური აღქმა ივენთვის არარეალურია, მაგრამ ავადმყოფისათვის სრულიად რეალური.

ჰალუცინაციები ავადმყოფებისათვის იმდენად რეალური განცდაა, რომ ისინი ახდენენ არარსებულ საგანთა პროექციას, ე. ი. საგნებს სახავენ გარემოში (ავადმყოფი ზუსტად აღნიშნავს, თუ სად და რა მანძილზეა მოთავსებული არარსებული ობიექტი). ერთ-ერთი სენი ავადმყოფი, რომელიც შეპყრობილი იყო სმენითი ჰალუცინაციებით, სრული რწმენით მოგვითარობდა, რომ მას ესმას სიმღერა ბათუმიდან გარკვეულ საათებში, რომლის დროს მას აშკარად ეტყობოდა სმენის საორიენტაციო დაძაბვა.

ჰალუციაციები ხან რეალური სურათების მსგავსია, ხან კი საზარელი, ფანტასტიკური შინაარსის.

ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში ჰალუცინაციები ახასიათებთ შიზოფრენიკებს (სმენითა და მხედველობითი ჰალუცინაციები).

შეცვლილი ცნობიერების დროს ჰალუცინაციები თავიანთი ხასიათით უფრო ჭანჭრთელ ადამიანთა სიზმრებს ჰგავს. ისინი ცნობილია პიპნოგოგიური ჰალუცინაციების სახელწოდებით და ხშირია ალკოჰოლიკთა შორის.

პიპნოგოგიური ჰალუცინაციები შესაძლოა წარმოიქმნას ძილის წინ, ბურანში გადასვლის დროს.

ჰალუცინაციები პრინციპულად განსხვავდება როგორც წარმოდგენისაგან; ისე წარმოსახვისაგან. წარმოდგენა მოკლებულია რეალობასა და სხეულოვნებას, ჰალუცინაცია კი არა. წარმოსახვის დროს აღინიშნება შინაგანი მუშაობის გრძნობა, ჰალუცინაციები კი მოკლებულია ასეთ დაძაბვას.

ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში შიზოფრენიკთა შორის ხშირია ე. წ. ფსევდოჰალუცინაციები, ანუ კანდისკის ჰალუცინაციები.

კანდისკის ფსევდოჰალუცინაციები ჰგავს ჩვეულებრივ ჰალუცინაციებს თავიანთი სიცხველითა და განცდის ინტენსივობით, სოლო მათი პროექცია გარემოში არ ხდება.

ფსიქიკური ჰალუცინაციები შეიძლება განვიხილოთ, როგორც გაინტენსივებული წარმოდგენები; ნამდვილი წარმოდგენებიდან ისინი განსხვავდება შინაგანი მუშაობის გრძნობის არარსებობით.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს აქვს ჰალუცინაციები. მაგრამ არ არის დარწმუნებული ამაში. იგი გამოთქვამს ეჭვს, რომ შესაძლებელია ჰალუცინაციები მოჩვენება იყოს; ასეთი ჰალუცინაციები ჰალუცინოიდების სახელწოდებითაა ცნობილი.

ჰალუცინაციათა კლინიკა ფრიად საინტერესო, მაგრამ ამავე დროს მეტად რთული და მრავალფეროვანია.

ორგანულ დაავადებათა შემთხვევაში (მაგალითად, დიდი ტენის

სიძსიენეები და სხვ.) რღვევით, დეგენერაციულ პროცესში ხშირად ჩართულია ქერქისკენ მიმავალი მგრძნობიარე გზები, მაგალითად, სქენის ან მადდელობის გაღიზიანებათა გამტარი ბოქკოები. აღნიშნული დეგენერაციული პროცესი, აღიზიანებს რა მგრძნობიარე ბოქკოებს, იწვევს სხვადასხვა შეგრძნებას, მაგალითად შესაძლებელია ავადმყოფს ჰქონდეს სინათლის ან ფერის შეგრძნება (ფოტოფსია), გამუღმებით ესმოდეს გარკვეული ხმაური და ბგერები (აკოაზმა)

ფოტოფსიებს, აკოაზმებსა და სხვა ანალოგიურ მოვლენებს ავტორები განიხილავენ როგორც ელემენტარულ ჰალუცინაციებს.

უნდა ხაზგასმით აღვნიშნოთ, რომ ელემენტარულ შეგრძნებათა და ჰალუცინაციათა გაიგივება სწორი არ არის, რადგან ჰალუცინაციები თავისი ბუნებით მეტად რთული ფენომენია.

გრძნობათა ორგანოების მიხედვით არჩევენ სმენით, მხედველობით, გემოვნებით, ყნოსვით და შეხებით (ტაქტილურ) ჰალუცინაციებს.

მათ გარდა, აღწერენ ექსტრააკამპინურ (ამ დროს ავადმყოფები ნათლად ხედავენ თუ რა ხდება მათ ზურგს უკან) და ვესტიბულარულ ჰალუცინაციებს. აშლილია წონასწორობის გრძნობა, ავადმყოფები აშკარად განიცდიან, თითქოს ვარდებიან, თავზე ეცემათ ჭერი და ა. შ.

ჰალუცინაციათა ყოველ სახეს აქვს მეტად მრავალფეროვანი შინაარსი და გამოხატულება. ჰალუცინაციები შესაძლებელია იყოს სასიამოვნო ან უსიამო.

სასიამოვნო ან ინდიფერენტული ჰალუცინაციების დროს ავადმყოფები რაიმე ცუდ გრძნობებს არ განიცდიან, ისინი უცქერიან და ისმენენ, როგორც კინოს მაყურებელნი.

ავადმყოფთა მდგომარეობა სრულიად იცვლება, როდესაც ჰალუცინაციები თავისი შინაარსით შემზარავია. გილიაროვსკის მოაჯეს შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი ხედავდა, რომ მისი სხეული აქუწულაა და ქვაბში იხარშება. ერთ-ერთ ჩვენს ავადმყოფს ფსიქოზი დაეწყო უსაშინელესი აგზნებით და თვითმკვლელობის ცდით. ვინაიდან მას უეცრად სმენია, რომ იგი დაიღუპება, მისი მახლობლები და მთელი ოჯახი კი უკვე დაიღუპნენ.

საშუალო ასაკის დარბაისელ მანდილოსანს ესმოდა ძლიერ არასასიამოვნო ლაპარაკი, თითქოს იგი ცუდი ყოფაქცევის ქალი იყო და ათაშანგით იყო დაავადებული; ეს ხმები საშინლად აწუხებდა მას და იგი დაჟინებით გეთხოვდა დავხმარებოდით, როგორმე გამოიგვეყვანა ამ მძიმე მდგომარეობიდან.

ჩვენს კლინიკაში იწვა თეთრი ცხელებით შეპყრობილი ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა მხედველობითი და ტაქტილური ჰალუცინაციები; ავადმყოფი აშკარად ხედავდა, რომ მისკენ მიტოკავს მომწვანო ფერის დიდი გველი, რომელიც შემდეგ მას ყელზე ეხვევა და ახრჩობს.

სრულიად გასაგებია, რომ ასეთი შემზარავი განცდები ცვლის ავადმყოფების როგორც გუნება-განწყობას, ისე ქცევას; ავადმყოფები იზუნებან და ცდილობენ განთავისუფლდნენ არასასიამოვნო მდგომარეობიდან.

ხშირად პალუცინაციებს (მაგალითად, სმენით პალუცინაციას) აქვს ბრძანებითი, ანუ იმპერატიული ხასიათი; ავადმყოფს თითქოს ვიღაც უბრძანებს და იგი ვალდებულია შეასრულოს ნაბრძანები. ერთ-ერთმა ჩვენმა ავადმყოფმა სცადა დაემტერია ფანჯარა და გადამხტარიყო, რადგან თითქოს მან მიიღო ბრძანება სხვა პიროვნებისაგან, რომელსაც უნდა დაემორჩილოს.

აღწერილია მეტად თავისებური სმენითი პალუცინაციები შიზოფრენიის დროს: ავადმყოფის ყოველ აზრს ვიღაცა იმეორებს. იქმნება ისეთი მდგომარეობა, რომ თითქოს მას ვიღაც უსმენს, თვალყურს ადევნებს მის აზრებს და იმწამსვე იმეორებს; ამ ფენომენს აზრთა გახმოვანებას (ანუ ხმოვან აზრებს) უწოდებენ.

არის შემთხვევები, როდესაც პალუცინაცია იწყება ან ძლიერდება რაიმე გარეშე გამაღიზიანებელ მომენტებთან დაკავშირებით. ერთ შიზოფრენიკს სმენითი პალუცინაცია ეწყებოდა ხმაზე, რომლის შეწყვეტისთანავე პალუცინაცია ქრებოდა. როგორც ვხედავთ, ამ შემთხვევაში პალუცინაცია დაკავშირებულია გარემოდან მომავალ გაღიზიანებასთან და განისაზღვრება ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობით. ასეთ პალუცინაციებს ფუნქციურს უწოდებენ.

ზოგიერთი ავადმყოფი თავისუფლად მოგვითხრობს თავისი პალუცინაციების შესახებ, ზოგი კი მალავს მათ

პალუცინაციათა შესასწავლად საჭიროა ავადმყოფებზე კლინიკური დაკვირვება, აგრეთვე სპეციალური ხერხის გამოყენება.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ მხოლოდ პალუცინაციის მიხედვით არ შეიძლება გადავჭრათ საკითხი სულით ავადმყოფობის შესახებ. ფსიქოზის დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა, რომ პალუცინაციებთან ერთად სხვა ნიშნებიც აღინიშნებოდეს.

პალუცინაციები შესაძლებელია გამოვიწვიოთ ხელოვნურად, შთავონებით; მაგალითად, ჰიპნოზურ მდგომარეობაში შეიძლება შთავაგონოთ საცდელ პირს, რომ იგი ხედავს სხვადასხვა სურათს, ესმის ლაპარაკი და ა. შ. ანდა, რომ სინამდვილეში არსებული საგნები აღარ არის (უარყოფითი პალუცინაციები).

სულით ავადმყოფობის სხვადასხვა შემთხვევაში აღინიშნება სულ სხვადასხვა სახისა და შინაარსის პალუცინაციები, ამიტომ ფსიქოზთა კლინიკურ მიმდინარეობაში მათ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ. პალუცინაციები მეტად მდიდარი პლასტიკური მასალაა, რომელაც ხელს უწყობს ფსიქოზის კლინიკური სურათის გამოკვეთას, მის სტრუქტურას.

შიზოფრენიას ახასიათებს სმენითი და ტაქტილური ჰალუცინაციები. ინტოქსიკაციები იწვევს უხვ და პოლიმორფულ ჰალუცინაციებს. ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის დროს (თეთრი ცხელება) სხვადასხვა სახის ჰალუცინაციები და მათი კომბინაციები ვითარდება.

კოკაინიზმი იწვევს მხედველობით ჰალუცინაციებს; ამ დროს მეტად დამახასიათებელია ტაქტილური ჰალუცინაციებიც; ავადმყოფი კანქვეშ გრძნობს ქაველსა და კიების ფუსფუსს.

აღწერენ უარყოფითი ტონის სმენით ჰალუცინაციებს მელანქოლიურ, დებრესიულ, ანუ დაბოღმანებულ მდგომარეობაში; ავადმყოფებს ესმით, რომ ისინი ცოდვილნი, დამნაშავენი არიან და ა. შ. ამ შემთხვევაში ჰალუცინაციათა შინაარსი გამოხატავს ავადმყოფთა ძირითად გუნება-განწყობას.

სმენითი და ტაქტილური ჰალუცინაციები ციხის ფსიქოზების დროსაც აღინიშნება.

ჰალუცინაციათა გამოკვლევა შეიძლება ორგვარი ხერხით: სუბიექტურით (ავადმყოფის გამოკითხვა) და ობიექტურით (დაკვირვება და ავადმყოფთა უშუალო ექსპერიმენტული გამოკვლევა).

სუბიექტური ხერხი ყოველთვის არ გვაძლევს შედეგს, რადგან ავადმყოფები ხშირად მალავენ ჰალუცინაციებს (ახდენენ დისიმულაციას) ან იჩენენ წინააღმდეგობას და შეკითხვებზე სრულიად არ პასუხობენ.

მეტი კლინიკური მნიშვნელობა აქვს ჰალუცინაციათა ობიექტური ნიშნებს (ავადმყოფთა ქცევა, რეაქციები, საორიენტაციო დაძაბულობა); ავადმყოფები ვილაცას ელაპარაკებიან, რაღაც ჟესტებს აკეთებენ, ლაპარაკს უფრო დიალოგის ხასიათი აქვს. უსიამო ხმების შემთხვევაში ისინი ყურებში ბამბას იღებენ. აღწერილია აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები ყურში ბამბას იღებენ არა უსიამო ხმების გამო, არამედ სასიამოვნო ჰალუცინაციების გასაძლიერებლად.

ერთ-ერთ ჩვენ შიზოფრენიკს ცხვირის ნესტოები მუდამ ბამბით ჰქონდა ამოვსებული; ამით იგი ცდილობდა უსიამო, მყრალი სუნის მოშორებას. მეორე შიზოფრენიკს პირი ჩერებით ჰქონდა გავსებული, რომ როგორმე თავი დაეღწია გემოვნებითი ჰალუცინაციებისაგან.

შესაძლებელია ჰალუცინაციათა პროვოკაცია ხელოვნურადაც.

თეთრი ცხელებით შეპყრობილ ავადმყოფს მიდრეკილება აქვს ჰალუცინაციებისადმი, ამიტომ მას თვალის კაკალზე თითი რომ დავაჭიროთ და შევეკითხოთ, რას ხედავს იგი (ხედავს თუ არა რაიმე ცხოველს), მივიღებთ სრულიად გარკვეულ დადებით პასუხს, რომ იგი ხედავს სხვადასხვა საგანს, გაჭენებულ ცხენს და ა. შ. შეიძლება ავადმყოფის თვლების წინ დავიჭიროთ თეთრი სუფთა ქაღალდი და შევეკითხოთ, თუ რას ხედავს იგი, პასუხი კვლავ დადებითი იქნება.

ხშირად ავადმყოფებს აძლევენ საერთო ქსელიდან გამოთიშულ

ტელეფონის ძალს, რომლითაც ისინი ისე საუბრობენ, თითქოს სინამდვილეში მათ ვინმე ელაპარაკებოდეს.

ალკოჰოლური ფსიქოზის დროს შეიძლება აგრეთვე ტაქტილური ჰალუცინაციის შთაგონება. მაგალითად, თუ ავადმყოფს თითები მოეუხარეთ და ვკითხეთ, მუშტში რა აქვს, შეიძლება მივიღოთ პასუხი, რომ მას მუშტით რაიმე საგანი უჭირავს.

ჰალუცინაციათა წარმოქმნის შესახებ სხვადასხვა თეორია არსებობს. ერთნი ჰალუცინაციას მიაწერენ გრძნობათა ორგანოს პერიფერიული აპარატის პათოლოგიას, ხოლო მეორენი — ქერქის ან ქერქქვეშა კვანძთა გარკვეულ უბნებს. ყველა ეს შეხედულება მექანიკურია და, ცხადია, ვერ განმარტავს ჰალუცინაციის რთულ ბუნებას.

ამ საკითხზე ერთადერთი სწორი აზრია პავლოვის მოძღვრება უმაღლესი ნერვული მოქმედების შესახებ.

პავლოვის იდეების თანახმად, ფსიქოზების დროს ქერქში ვითარდება სხვადასხვა სიღრმისა და განფენილობის შეკავება, რაც ქმნის პათონეიროდინამიკურ პირობებს ჰალუცინაციათა განვითარებისათვის.

ბოლო დროს ავტორები აღწერენ მხედველობითი ჰალუცინაციების შემთხვევებს ტვინის ფეხის დაზიანების შედეგად (ე. წ. პედუნკულარული ჰალუცინაციები). სრულიად გასაგებია, რომ ასეთ შემთხვევაში დაუშვებელია ჰალუცინაციათა ლოკალიზაცია ტვინის ფეხში.

ტვინის ფეხის დაზიანება დიდ ტვინში, კერძოდ, ჰემისფეროთა ქერქში იწვევს ფიზიოლოგიურ ძვრებს, რასაც შესაძლებელია მოყვეს აღქმის გაუკუღმართება.

მხსნიარება, მისი პათოლოგია, ავლათა კლინიკური სახეები და გამოკვლევის მეთოდები

ადამიანის ინტელექტის, ანუ გონებრივი დონის შესწავლისას ერთ-ერთი მთავარი ადგილი უნდა დაეთმოთ მეხსიერების გამოკვლევას.

მეხსიერება ცოდნის მასალაა, რომლის საშუალებითაც ხდება უამრავი ეგზოგენური გავლენების მიღება, შენახვა და საჭიროების დროს ხელახლა გამოყენება.

ადამიანი მეხსიერების საშუალებით იხსომებს ფაქტებს, მომხდარ ამბებს, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ცოდნის ჩარჩოების გაფართოებას.

ორგანული პროცესები, რომლებიც იწვევენ ტვინის ქერქის რღვევას, გამანადგურებლად მოქმედებს აგრეთვე მეხსიერებაზე, მაგალითად, პროგრესული პარალიზი მთლიანად აკნინებს გონებრივ სფეროს და მასთან ერთად მნეზიურ ფუნქციებს.

ყოველი ფსიქიკური განცდა ადამიანის ტვინში სტოვებს თავის კვალს, რომელიც დროის განმავლობაში თანდათან მკრთალდება და შეიძლება სრულიად მოისპოს.

მნეზიური ფუნქციების სიმტკიცე განისაზღვრება მათი შეუღლებით (ასოციაციური დაკავშირებით) ადამიანისათვის უკვე კარგად ცნობილ სხვა წარმოდგენებთან.

მეხსიერება სქემატურად შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს სამი ფუნქციის სახით: დახსომება, ანუ მიღებული შთაბეჭდილების შენარჩუნების უნარი, ე. წ. ფიქსაცია, ფსიქიკურ განცდათა დაგროვების უნარი, ანუ რეტენცია და ხელახალი გახსენების უნარი, ანუ რეპროდუქცია.

ფიქსაციის უნარზე დამოკიდებულია მეხსიერების (დახსომების) სიმახვილე, რეტენციაზე — მეხსიერების მოცულობა, ხოლო რეპროდუქციაზე — მეხსიერების მთლიანი ინტენსივობა.

ფუნქციურად რეტენცია და რეპროდუქცია ერთმანეთთან მჭიდროდა დაკავშირებული, მაგალითად, შეუძლებელია რაიმე ფაქტის განახლება, თუ იგი არ არის შენარჩუნებული ფსიქიკურ აპარატში. ამიტომ პრაქტიკული მუშაობის დროს ვჩერდებით ორი მნეზიური ფუნქციის, სახელდობრ ფიქსაცია-რეპროდუქციის შესწავლაზე.

დახსომების შეთოდის მიხედვით არჩევენ სამი ტიპის მეხსიერებას: მხედველობითს, სმენითსა და მოტორულს. ერთი უფრო კარგად იხსომებს დანახულს და წაკითხულს (ობტიკური მეხსიერება), მეორე — გაგონილს (აკუსტიკური მეხსიერება), ხოლო მესამე — სიტყვით გამეორებულს (მოტორული მეხსიერება). ჩვეულებრივ შერეული ტიპის მეხსიერებაა ხშირი.

მეხსიერების შეცვლას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიაში.

არჩევენ მეხსიერების რაოდენობით (ჰიპერმნეზია, ჰიპომნეზია) და თვისებით (ამნეზია, პარამნეზია) ცვლილებებს.

ჰიპერმნეზია, ანუ ფსიქიკურ განცდათა გამახვილებული განხსენება (გარეგნულად მეხსიერების გაძლიერება) აღინიშნება ინფექცია-ინტოქსიკაციების დროს. ასეთ შემთხვევაში მაღალი ტემპერატურისა და გაძლიერებული სისხლის მიმოქცევის გამო ავადმყოფები იმყოფებიან აწეულ, ანუ ეიფორიულ მდგომარეობაში და ადვილად იხსენებენ სხვადასხვა ამბავს. ჰიპერმნეზიური მდგომარეობა იქმნება აგრეთვე ბანგის მიცემის დროს (აგზნების პერიოდში).

ფიზიოლოგიურად ჰიპერმნეზიას იჩენენ ე. წ. ფენომენალური მთვლელები. მეტად საინტერესოა, რომ ასეთ პირთ გადაკარბებული მეხსიერება აქვთ ერთი გარკვეული მიმართულებით; ხშირად ასეთი გენიალური მთვლელები თვლის გარეშე ვერ იჩენენ რაიმე განსაკუთ-

რებულ მეხსიერებას და თან ზოგადი გონებრივი განვითარებით ვერ სცილდებიან საშუალო დონეს.

ლიტერატურაში აღწერილია ფენომენალური პოლიგლოტი; მას ზედმიწევნით სცოდნია 40 ენა, რომლებიც დამოუკიდებლად შესწავლია. იგი თურმე ლაპარაკობდა უძველეს ენებზე, მაგალითად, სანსკრიტულად, ბაბილონურად და სხვ. ამ პირს მთელი თავისი სიცოცხლე გაუტარებია ერთ ქალაქში და ენების ცოდნის გარდა არაფრით შესამჩნევი არ ყოფილა.

ჰიპერმნეზიას აღნიშნავენ ისტერიული აგზნებისა და ციკლოფრენიული ხასიათის ჰიპომანიაკალურ მდგომარეობაში, აგრეთვე ჰიპნოზის დროს. როგორც ჩანს, ჰიპნოზური მდგომარეობა ხელს უწყობს განცდილ შთაბეჭდილებათა ხელახლა განმეორებას.

ჰიპომნეზია, ანუ მეხსიერების შესუსტება ვითარდება საერთო მოქანცულობის დროს. სომატური ავადმყოფობით გამოწვეულ სისუსტეს თან სდევს აგრეთვე ზოგადი ფსიქიკური ასთენია მეხსიერების შესუსტებით. სხვადასხვა დონით გამოხატული ჰიპომნეზია აღინიშნება თანდაყოლილი, ანუ ოლიგოფრენიული კუჟასუსტობის შემთხვევაში.

დიდი კლინიკური მნიშვნელობა აქვს ამნეზიებს.

ტერმინი ამნეზია მეხსიერების არარსებობას ნიშნავს. ამნეზიის დროს შეიძლება გარკვეული დროის ფაქტების მიმართ მეხსიერების აშლა, ანუ, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ამნეზია არის უკვი მომხდარი სხვადასხვა ფაქტის რეპროდუქციის (ხელახალი გახსენების) უნარის მოსპობა.

ამნეზიის მოცულობა სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვაგვარია, მაგალითად, შესაძლებელია მეხსიერების როგორც სულ უმნიშვნელო ამოვარდნის (აშლის), ისე სრული ამნეზიის შემთხვევები.

როგორც აღვნიშნეთ, მეხსიერების აშლა ამნეზიების სახით უფრო ხშირად გონებრივი პროცესების დაკნინების მაჩვენებელია. მაგრამ ნამდვილი ამნეზიების განვითარება, ე. ი. გარკვეული დროის მანძილზე გადატანილ განცდათა სრული დავიწყება შესაძლებელია აგრეთვე ცნობიერების შეცვლის დროს, მაგალითად, ბინდისებრი ცნობიერების, დელირიოზული, აგრეთვე ღრმა და მძიმე აფექტური მდგომარეობის დროს (აფექტური აბნევა).

მიზეზის მიხედვით ამნეზიები შეიძლება იყოს ორგანული, ფუნქციური და ფსიქოგენური.

ორგანული ამნეზია მყარი ამნეზიაა და აუცილებლად მიუთითებს ინტელექტის შელახვაზე. იგი ვითარდება პროგრესული პარალიზის, ტვინის ათაშანგის, მოხუცებულობითი კუჟასუსტობისა და ტვინის უშუალო ტრავმული დაზიანების შემთხვევებში.

ორგანულ ამნეზიას საფუძვლად უდევს დიდი ტვინის ქერქის მკვეთრი განადგურება, რაც შესაძლებელია გამოწვეული იყოს დიდი ტვინის ჰემისფეროების დაზიანებით სხვადასხვა უბანში, მაგალითად ქვედა თხემის, კეფა-თხემისა და საფეთქლის არეში.

ფუნქციური ამნეზია აიხსნება ყურადღების დაქვეითებით, ვთქვათ, დაღლილობის დროს. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს არ ძალუძს დაძაბოს მეხსიერება და გაიხსენოს ფაქტები.

ფსიქოგენური ამნეზია გამოწვეულია მეტად მძლავრი უსიამო ფსიქიკური განცდით, ანუ ფსიქიკური ტრავმით. ფსიქოგენური ამნეზიის დროს ავადმყოფები იჩენენ განსაკუთრებულ მიზანდასახულობას და ივიწყებენ სრულიად გარკვეულ ფაქტებს, ამიტომ ფსიქოგენურ ამნეზიას განიხილავენ, როგორც სისტემატური ხასიათის ამნეზიას (სისტემატური ამნეზია).

ასათიანი აღწერს ისტერიული ფსიქოზის მეტად საინტერესო შემთხვევას: დედა ვერ ეგუება ფაქტს, რომ მან დაკარგა მ წლის შვილი, ამ მძიმე ტრავმის გამო მას ემართება ისტერიული ფსიქოზი. დედა ლაპარაკობს, რომ მისი შვილი ცოცხალია. მას მივიწყებული აქვს შვილის ავადმყოფობისა და სიკვდილის პერიოდი, იგი შერჩევით განდევნის არასასურველ ფაქტს, იქცევა ისე, თითქოს ბავშვი მართლაც ცოცხალი იყოს, მაგალითად, გართულია ბავშვის სათამაშოებით და თითქოს მასთან ერთად თამაშობს.

ფსიქოგენური, ანუ სისტემატური ამნეზია თავისთავად ისპობა კონფლიქტის ამოწურვასთან ერთად ან ავადმყოფის მდგომარეობის ძირითადად შეცვლის შედეგად ანდა შესაძლებელია ავადმყოფობის ხელოვნურად დარღვევა პიპნოზის საშუალებით.

კლინიკური გამოსახულების მიხედვით ვარჩევთ ამნეზიის შემდეგ სახეებს: 1. მთლიანს, ანუ ტოტალურს, 2. ნაწილობრივს, ანუ პარციალურს, 3. ანტეროგრადულს, 4. რეტროგრადულსა და 5. ანტერო-რეტროგრადულს.

ტოტალური ამნეზიის დროს მეხსიერების აპარატი მთლიანად აშლილია; ავადმყოფებს არ ძალუძთ რაიმე ფაქტის ან ამბის სწორი გახსენება. რეპროდუქციის უნარს მთლიანად სპობს სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზი, მაგალითად, პროგრესული პარალიზისა და მოხუცებულობითი ქუუასუსტობის შორსწასული ფორმები.

ნაწილობრივ, ანუ პარციალური ამნეზიები ვითარდება თავის ტვინისა და, კერძოდ, დიდი ჰემისფეროების ქერქის კეროვანი, ანუ ბუდობრივი დაავადების შემთხვევებში. ახალი გამოკვლევების თანახმად, ალქსია, აგრაფია და აგნოზია, რომელთაც ძველი ავტორები აკუთვნებენ პარციალური ამნეზიის მოვლენებს, უფრო ალქმის გაუქმდობის შიდაგია. ვიდრე მეხსიერების პათოლოგია.

ანტეროგრადული ამნეზიები ნიშნავს ავადმყოფობის დაწყების

შემდეგ მომხდარი ამბების დაიწყებას, რეტროგრადული ამნეზია კი — ავადმყოფობის წინა, მის დაწყებამდე მომხდარი ფაქტების დაიწყებას.

ანტერო-რეტროგრადული ამნეზიები უფრო რთული ფსიქოპათოლოგიური სინდრომია; ამ შემთხვევაში აღინიშნება როგორც ავადმყოფობამდე, ისე მისი დაწყების შემდეგ მომხდარი ამბების დაიწყება.

ანტეროგრადული, რეტროგრადული ან ანტერო-რეტროგრადული ამნეზიები ვითარდება ტვინის კონტუზიებისა და კომოციების დროს, აგრეთვე ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში, სენილური და ალკოჰოლური ფსიქოზების დროს.

მეხსიერების თვისებითი გაუკუღმართება ცნობილია პარამნეზიის სახელწოდებით. პარამნეზიების დროს ავადმყოფი ერთი ამბის, ფაქტის ნაცვლად იგონებს მეორეს და, გარდა ამისა, ფაქტებისა და ამბების გახსენება, ანუ მოგონება სრულიად გაუკუღმართებულია, ამიტომ პარამნეზიებს უწოდებენ მეხსიერების ილუზიას, ანუ ჰალუცინაციას.

სხვადასხვა სახის პარამნეზიები ყველაზე ხშირია შიზოფრენიის შემთხვევებში. მეხსიერების ილუზიის დროს ავადმყოფი იგონებს სინამდვილეში არსებულ სხვადასხვა ფაქტს ან ამბავს, მაგრამ მათი რეპროდუქცია გაუკუღმართებულია, მაგალითად, ავადმყოფებს ჰგონიათ, რომ ესა თუ ის სიტუაცია ან ამბავი მათ უკვე განიცადეს ან, პირიქით, დარწმუნებული არიან, რომ არასდროს განუცდიათ.

მეხსიერებას ჰალუცინაციას ეკუთვნის ე. წ. ფანტაზიური ამნეზიები, ანუ ცრუმოგონებანი: ამ შემთხვევაში ავადმყოფები იგონებენ, თხზავენ, ახალ ფაქტებსა და ამბებს, რომლებიც სინამდვილეში არ მოქმედებენ.

ხშირად ავადმყოფები ცრუმოგონებებს ფანტაზიურად გადააქმნიან. ერთ-ერთი პროგრესული პარალიტიკი, რომელიც ღრმა ქვეუსუბტობის მდგომარეობაში იყო და ფიზიკური პროპრაციის ვაჰო გამოუძებნათ იწვა, დიდი გატაცებითა და სრული რწმენით მოკითხრობდა, რომ იგი გუშინ საღამოს ჩოხა-ახალუხში გამოწყობილი დასეირნობდა თბილისის მთავარ ქუჩებზე და აკეთებდა მრავალ სააშირო, საარაკო საქმეს. მეხსიერების ასეთ აშლას, როდესაც აღინიშნება ფანტაზიურად წარმოდგენილი ცრუმოგონებები, კონფაბულაციას უწოდებენ.

როგორც ვხედავთ, ფსევდორემინისცენიასა და კონფაბულაციას შორის მხოლოდ რაოდენობრივი განსხვავებაა. ისინი ძლიერ აღვილად ვითარდება ქვეუსუსტ და კრიტიკას მოკლებულ ფსიქიკურ ფონზე. ერთი მხრივ, მეხსიერების დეფექტები, ხოლო, მეორე მხრივ, ცრუ-

მოგონებები ავადმყოფს უსპობს გარემოში ორიენტაციის (გარკვეულობის) უნარს (ე. წ. ამაეზური, აბნევის მდგომარეობა).

აღწერალია შიზოფრენიის ერთ-ერთი შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი ვანაზღერულ ღროს მიძიქვ იგზნებოდა და სხვა ავადმყოფების მიმართ დიდ აგრესიას ავლენდა, შემდეგ კი დაქინებთ აღნიშნავდა, რომ აგრესიას მის მიმართ იჩენდნენ.

შეიძლება იყოს სრულიად საწინააღმდეგო მდგომარეობაც. მაგალითად, ერთი შიზოფრენიკი მეზობელი ავადმყოფის თავგადასავალს თავის თავს მიაწერდა და ღრმად იყო დარწმუნებული, რომ ეს ამბები მას გადახდა. ასეთ მდგომარეობას, როდესაც ავადმყოფი თავის თავგადასავალს სხვას მიაწერს ან, პირიქით, სხვისას თვითონ მიიწერს, პიკი მენსაერების ილუზიის ტრანზივიატულ ფორმას უწოდებს.

ჩვენი აზრით, საკითხი ფაქტების ტრანზივიატული რეპროდუქციის შესახებ ჯერ კიდევ დაუდგენელია. საქაროა გამოარკვევს, რასთან გვაქვს საქმე: გაუქულმართებულ რეპროდუქციასთან, თუ ფაქტებისა და ამბების უცნაურ, ბოღვით ინტერპრეტაციასთან, ბოღვით აღქმა-ათვისებასთან.

პიკმა შიზოფრენიისა და სხვა დაავადებათა შემთხვევებში შენიშნა, რომ ავადმყოფები ნანახ ფაქტს ან განცდილ ამბებს ხელახლა იხსენებენ უკვე ორმაგი ან სამმაგი სახით, მაგალითად, ერთ-ერთი ავადმყოფი დარწმუნებული იყო, რომ აგა ცნობს სამ ექიპს, რომლებიც ერთსა და იმავე პროფესორ პიკს წარმოადგენენ. ასეთ მდგომარეობას პიკი და ბლეილერი რედუპლირებულ პარამენიას უწოდებენ.

მენსაერების თვისობრივ გაუქულმართებას ეკუთვნის აგრეთვე კრაპტომენია; ამ შემთხვევაშიც ავადმყოფი ან სხვისგან გავონილ ამბებს, ფაქტებს ანდა სხვის საქციელს თავის თავზე მიიღებს.

ჩვენი აზრით, კრაპტომენიებს სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვა საფუძველი აქვს.

სხვის მიერ განცდილი ან სხვისი ნაამბობი შესაძლებელია თავისად მიიღოს როგორც შიზოფრენიკმა და ჭკუასუსტმა მოუყვამ, ისე მანიაკალურმა ან დეპრესიულმა ავადმყოფმა; ფიზიოლოგიურა კრაპტომენიის მაგალითებია მოზრდილთა და ბავშვთა შორისაც.

სავარაუდოა, რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში კრაპტომენიას საფუძველად უდევს ავადმყოფთა ბოღვითი მიზანსწრაფვა, მოხუცთა კრაპტომენია კი ჭკუასუსტობით აიხსნება.

ციკლოფრენის ღროს კრაპტომენია „ყალბი ფენოქენია“, ვინაიდან ავადმყოფები სინამდვილეში დარწმუნებული არიან, რომ მათი დასკვნები მართებულია.

ფაქტობები იწვევს მენსაერების სხვადასხვა სახის გაუქულმართებას, მაგალითად, კორსაკოვის, ანუ პოლინევერიტული ფაქტობის ღროს

აღნიშნება ფიქსაციას (დახსომებას) უნარის ძლიერი შესუსტება. რეტროგრადული აშწნეები ან კონტაბულაციები. პროგრესულ პარალიტიკებსა და ეპილექტიკებს უქვეითდებათ რეპროდუქციის უნარი და ა. შ.

მეხსიერების აშლის განხილვისას საჭიროა შევჩერდეთ ე. წ. მითომონიაზე, ანუ პათოლოგიურ ცრუობაზე (ფანტაზიურა ფსევდოლოგია).

პათოლოგიური ცრუობა ახასიათებს მოსაზღვრე პირებს: — ფსიქოპათებს, არსებითად კი იგი არა მარტო მეხსიერების, არამედ ხასიათის ანომალიაა. ასეთ პირებს ახასიათებთ გადაქარბებული, წარმტაცი ფანტაზიები. ისინი თხზავენ სხვადასხვა თავადასაველს და ამბებს. ფსევდოლოგია განსხვავდება კონტაბულაციებისა და ფსეიდოროემინიციანციებისაგან, ვინაიდან მის დროს შესაძლებელია აზრებში ერთგვარი კორექციის შეტანა, ავადმყოფის ლოგიკის გასწორება; შესაძლებელია ავადმყოფი მოვაშორეთ ფანტაზიათა და ოცნებათა სამყაროს და სინამდვილეს დაეუბრუნოთ.

მეხსიერების გამოკვლევის მეთოდები. მეხსიერების გამოკვლევის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ექიმის პირად საუბარს ავადმყოფთან. ობიექტური, ექსპერიმენტული მეთოდების გარეშე შესაძლებელია მხოლოდ საუბრით ან ანაწნეური ცნობების შეკრებით მივიღოთ შეტად დამახასიათებელი ცნობები, რომლებიც დაგვანახებენ ავადმყოფის რეპროდუქციას და რეტენციის უნარს, მისი ცოდნის მარაგს, ერთი სიტყვით, მეხსიერების მოცულობას. გამოკითხვას უბრალო საუბრის ხასიათი უნდა ჰქონდეს, რათა ავადმყოფი თავს თავისუფლად გრძნობდეს და ყოველგვარი ექვის გარეშე სრული ნდობით გვაასუხობდეს. ამასთან ერთად, ჩვენი შეკითხვები სრულიად უნდა შეეფერებოდეს ავადმყოფის განათლებას, ცოდნას. სასურველია, კითხვები დაახლოებით იმ დარგს ეხებოდეს, რომელშიც ავადმყოფი მუშაობდა.

საუბრის გარდა, მეხსიერების მდგომარეობის გამოკვლევისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ქცევის შესწავლასა და საერთო დაკვირვებას. ჰეუსუსტ პროგრესულ პარალიტიკებს ან ჰეუსუსტ მოხუცებულებს მეხსიერება ხშირად იმდენად აშლილი აქვთ, რომ ვეღარ პოულობენ თავიანთ პალატას, საწოლს და სხვ.

ფიქსაციის, ანუ დახსომებას უნარის გამოკვლევად ძლიერ სასარგებლოა ბერნშტეინის მეთოდი: გამოსაცდელ პირს დაახლოებით 30 წამს ვუჩვენებთ 9 სხვადასხვა ფორმის გეომეტრიულ სურათს და ვთხოვთ დაიხსომოს ისინი, აღნიშნული დროის შემდეგ ვუჩვენებთ სხვა ტაბულას 25 გეომეტრიული სურათით, რომელთა შორის გაფანტულია ადრე ნაჩვენები 9 სურათი; ავადმყოფმა მეორე ტაბულაზე უნდა იპოვოს წინასწარ ნაჩვენები 9 სურათი.

ინტელექტის პათოლოგია: ათვისება, მოფიქრება, მოსაზრება და
კრიტიკა-აზროვნება, მათი კლინიკური მნიშვნელობა და
გამოკვლევის მეთოდები

ინტელექტი, ანუ გონება უმაღლესი ფსიქონერვული ფუნქციაა, რომლის საშუალებით ადამიანი ასრულებს გეგმიან მუშაობას და წინასწარ მოფიქრებულ ქცევებს.

ინტელექტუალური, ანუ გონებრივი ქცევა უშუალოდ დაკავშირებულია აზროვნების პროცესთან; ადამიანი ჯერ მოიფიქრებს, მოისაზრებს, განაჩის, კრიტიკულად შეაფასებს, ხოლო შემდეგ მიიღებს ამა თუ იმ გადაწყვეტილებას, შეასრულებს ამა თუ იმ მოქმედებას. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ინტელექტი ვულისხმობს ანალიზ-სინთეზს; ინტელექტუალური ფუნქცია ანალიზურ-სინთეზური ფუნქციაა. ადამიანი ჯერ დაშლის მოვლენათა კომპლექსს და შემდეგ ისევ აერთიანებს, ახდენს მათ ინტეგრაციას.

ინსტინქტური ქცევა, პირიქით, მოუსაზრებელი მოქმედებაა და აგებულია ე. წ. ცდებებსა და შეცდომების მეთოდზე.

ადამიანის ინტელექტუალური ქცევა სპეციალურად ადამიანურია, ე. ი. გაპირობებულია კლასობრივი თვითშეგნებით, ამიტომ ადამიანის ინტელექტუალური გადაწყვეტილება და ყოველგვარი ქცევა სოციალური კატეგორიის მოვლენებია, რომელთა განხილვაც დაუშვებელია ფსიქოპათოლოგიური (ფსიქიატრიული) თვალთახედვით.

ფსიქიატრები ადამიანის ინტელექტს (მსჯელობის, აზროვნებისა და სინთეზ-ანალიზის უნარის) შესწავლას მხოლოდ მარტივად, ფორმალურად ვუდგებით და ვცდილობთ შევისწავლოთ მისი კლინიკური თავისებურება ფსიქოზთა ცალკეულ შემთხვევაში.

მეტყველება, ყურადღება, მეხსიერება და აღქმის შესაძლებლობა, რასაკვირველია, ამდარებს და ამხვილებს ინტელექტუალურ ფუნქციას. მიუხედავად ამისა, შეუძლებელია ინტელექტის დაყვანა, ვთქვათ, მეხსიერებაზე ან ყურადღებაზე.

ჩვენ ვიცით მრავალი ავადმყოფი, რომელთაც აშლილი აქვთ მეხსიერება და ყურადღება ქუთაუსტობის ყოველგვარი ნიშნების გარეშე, მაგალითად მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის მანიაკალურ სტადიაში ავადმყოფები ძლიერ აგზნებული არიან, შესუსტებული აქვთ ყურადღება, ვერ ახდენენ გარკვეულ წარმოდგენებზე ფიქსაციას. მიუხედავად ამისა, ზეტალური კლანიკური დაკვირვება აშკარად გვიჩვენებს, რომ ამ შემთხვევაში არავითარ ქუთაუსტობაზე და ინტელექტის დაქნაზე ლაპარაკი არ შეიძლება. ცნობილია ქუთაუსტობის სხვადასხვა შემთხვევა, როდესაც მეხსიერება ფენომენალური ყოფილა.

შიზოფრენიის დროს, ჩვეულებრივ, მეხსიერება შენარჩუნებულია,

მიუხედავად ამისა, აღინიშნება სტრუქტურული ჭკუასუსტობა. ლიტერატურიდან ცნობილია თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის, ანუ ოლიგოფრენიის შემთხვევები, როდესაც ვარკვეული მიმართულება მეხსიერება ფენომენალურა ყოფილა.

პროგრესული პარალაზის დროს ვითარდება დრმა ჭკუასუსტობა, აგრეთვე მეხსიერების მკვეთრი განადგურება; ამ შემთხვევაში ჩანს ორგანული რღვევითი პროცესი, რომელიც ანადგურებს უმადლესი ფსიქიკური მოქმედების ანატომიურ სუბსტრატს (ქერქს), იგი ერთდროულად უნდა იწვევდეს როგორც მეხსიერების, ისე ინტელექტის პირველად დაავადებას.

ინტელექტის განვითარება სრულიად შესაძლებელია მოტორული მეტყველების გარეშე, აგრეთვე გრძობათა ორგანოების სრული დაზიანების (ვაშოვარდნის) შემთხვევაშიაც; მავალითად, პროფესორმა შჩერბინმა, რომელიც ჩველ ასაკში ორჯე თვალით დაბრმავდა. არა მარტო უნივერსიტეტი დაამთავრა, არამედ გამოჩენილი მეცნიერიც გახდა.

ინტელექტუალურ აშლილობათა პათოლოგია განსაკუთრებით გამდიდრდა მას შემდეგ, რაც დაადგინეს, რომ აფაზიები და აპრაქსიები არ ეკუთვნის ინტელექტუალური სფეროს აშლას.

როგორც ვხედავთ, კლინიკურად შეუძლებელია ინტელექტი, ანუ გონება გაიგვებული იყოს აღქმასა ან მეხსიერებასთან.

ცხადია, ინტელექტუალური ფუნქციების განხილვისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ აგრეთვე ადამიანის განათლება, ე. ი. ცოდნის ის მარაგი, რომელიც მას აქვს მიღებული. სრულიად გასაგებია, რომ ნაკლები ცოდნა არ ნიშნავს ვანებრაივი აპარატის სისუსტეს.

ამიტომ გონებრაივი დონის გამოსარკვევად რაიმე სტაბილური, სტანდარტული სქემის გამოყენება ყოვლად დაუშვებელია. ამასია ცრუმეცნიერთა ძირითადი შეცდომა, რომლებიც ბევრთა გონებრაივი დონის გასარკვევად აღგენენ სხვადასხვა სტანდარტულ ტაბულას, ანუ „ტესტებს“, სინამდვილისაგან მოწყვეტილ, განყენებულ კითხვებს. რომლებშიც გათვალისწინებული არ არის ბევრთა ინდივიდუალური ჩვევები.

ავადმყოფზე დაკვირვება, მისი შესწავლა და ამასთან ერთად ცოდნის გამოკვლევა ჩვეულებრაივი საუბრით კვლევის სწორი მეთოდია. თავისთავად ცხადია, რომ ინტელექტის შესწავლისას შესაძლებელია გამოვიყენოთ შეკითხვები და სხვადასხვა ამოცანა, რომლებიც განყენებულა არ უნდა იყოს და ყოველი შეკითხვა ავადმყოფის ცხოვრების გამოცდილებიდან გამოზდინარეობდეს.

ინტელექტის გამოკვლევის დროს ცოდნის ფორმალური განსაზღვრა ჭერ კიდევ თავისთავად არაფერს მოწმობს, საჭიროა ცოდნას

პრაქტიკული საწყისი ჰქონდეს; ავადმყოფს უნდა შეეძლოს თავისა ცოდნის გამოყენება; ამიტომ მთავარია საკითხის დასმა არა იმ მხრივ, თუ ავადმყოფმა რამდენი იცის, არამედ, როგორ იცის და როგორ იყენებს ამ ცოდნას. ხშირია შემთხვევები, როდესაც უმაღლესი ვანათლებლია და საერთოდ ღიღი ცოდნის მქონე შიზოფრენიკი, რომელსაც ჯერ კიდევ არ დაუყარგავს მიღებული ცოდნის მარაგი, პრაქტიკულად სრულიად უმწეო მდგომარეობაშია.

გონებრივი ღონის შეაწავლასა ძლიერ საინტერესოა გავავთ, თუ ავადმყოფები როგორი სიღრმით და შეგნებით განასხვავებენ სავნებს (რა განსხვავებაა წყალსა და ყინულს შორის, ბავშვსა და ქონდრას კაცს შორის და სხვ.) და როგორ განასხვავებენ მათ (რას ნიშნავს შინაური ფრინველი, ავეჯი და სხვ.). საქაროა ავრეთვე გავიჯოთ, როგორ ერკვევიან ავადმყოფები არითმეტიკულ ამოცანებში.

ვაპოკვლევის დროს უნდა გავითვალისწინოთ ავადმყოფთა ინტელექტის ინდივიდუალური თავისებურება.

კლანიკურად მეტად საინტერესოა გამოჩენილი რუბი ფსიქიატრის ბერნშტეინის ხერხი ინტელექტუალური სფეროს გამოსაკვლევად. ინტელექტის შეაწავლის დროს იგი ჩერდება შეპღვე ცალკეულ მომენტზე: შეთვინებასა, მოფიქრებასა, მოსახრებასა და კრატეაზე.

ბერნშტეინის თანახმად, ათვისება ისეთი გონებრივი პროცესია, რომლის საშუალებითაც ადამიანი ახდენს აშვის კერძო, ანუ ინდივიდუალურ შეფაებას. ავადმყოფი ვალდებულია სურათზე გამოყოს ცალკე მოქმედება და მღვომარეობა.

როგორც ვხედავთ, ათვისების დროს გამოსაკვლევი პირი სურათის მთლიან შინაარსს ანაწილებს ცალკე მოქმედებად, აკეთებს სურათის ანალიზს.

მოფიქრება უფრო რთული ინტელექტუალური პროცესია, ვიდრე ათვისება.

ბერნშტეინი მოფიქრებაში გამოყოფს ორ სტადიას: პირველ სტადიაში გამოსაკვლევი პირი ითვისებს წარღვენილ მასალას და ახდენს შეღარებით შეფაებასა და ანალიზს, ხოლო მეორე სტადიაში აერთიანებს ცალკე ათვისებულ ფაქტებს, რასაც მოსდევს საბოლოო აზრის გამოტანა. ახვავვარად, რომ ვთქვათ, პირველ სტადიაში ავადმყოფი აღწერს აშვის ცალკეულ ფაქტს (აღწერის ფაზა), მეორე სტადიაში კი ყვება, ე. ი. გაღვმოგვეყმს აშვის ღეღაზრს (თხრობის ფაზა).

მოფიქრებას გამოსაკვლევაღ ყველაზე უფრო მარტივი და გამოსადიგია ბერნშტეინის მეთოდი, რომლის თანახმად გამოსაკვლევი პირს უჩვენებენ რაღვენემე სურათს, საღაც თანმიმღვერობითაა გაღვმოცემული ერთი მთლიანი აშვაგი, მავალითად, „ბეზიისა და ბავშვის თავგადასავალი“, რომელიც ბერნშტეინს გაღვმოცემული აქვს ხუთ სუ-

რათხე. თავგადასავლის შინაარსი შემდეგია: 1. ბებია იღებს წყალს ჭიდან, რომელთანაც დვას მისი პატარა შვილიშვილი; 2. ბავშვი მოისურვებს დახმარებას, შედგება ჭის პირას მღებარე ფიცარზე და ჩამოსწევს თოკს, რომელიც გაწყდება და ბავშვი ჭაში ჩავარდება, 3. ბებია შეშინდება, იწყებს ტირილს და ბავშვის მამას ეძახის; 4. ამ ამბავზე მორბიან მეზობლები და ბავშვის მამაც; 5. ერთ-ერთი პირი სასწრაფოდ ჩაეშვება ჭაში და ბავშვს ამოიყვანს. ამგვარად, ბავშვს გადაარჩინენ დახრჩობისაგან.

გამოსაკვლევმა პირმა სურათები თანმიმდევრობით უნდა აითვისოს და შემდეგ მოკლედ გადმოგვეცეს მათი შინაარსი.

საყურადღებოა, რომ ჭკუასუსტი ავადმყოფები ხშირად ვერ ერკვევიან ამბის ძირითად აზრში და მოთხრობას ნაცვლად დეტალურად აღწერენ ცალკეულ სურათს.

ბერნშტეინი მოსაზრებაში არჩევს სამ ფუნქციურ კომპლექსს, რომელთაგან კლინიკურად ჩვენ საინტერესოდ მხოლოდ ორი მიგვაჩნია, სახელდობრ კომბინაციის უნარი და კრიტიკა.

კომბინაციის უნარის დადგენის ყველაზე მარტოვი წესია სურათებზე მუშაობა: გამოსაკვლევ პირს ვაძლევთ რამდენიმე ნაწილად გაჭრილ სურათს, იგი ვალდებულია უმოდელოდ აღადგინოს მთლიანი სურათი. ამ ამოცანის შესრულებისას ჭკუასუსტი ავადმყოფები მექანიკურად, წინასწარ მოუფიქრებლად მოქმედებენ.

დადებით პასუხად უნდა ჩავთვალოთ გამოსაკვლევ პირის მუშაობა, თუ იგი მუშაობის დაწყებამდე გააკეთებს სურათების ანალიზს და შეადგენს მუშაობის გეგმას (გეგმიანი მუშაობა).

კრიტიკა მეტად რთული ინტელექტუალური პროცესია, რომლის დროს აღამიანი ახდენს მოვლენათა ურთიერთშედარებას, აწონ-დაწონას და იძლევა საბოლოო შეფასებას:

თავისთავად ცხადია, რომ ყოველ სულით ავადმყოფს დაკარგულა აქვს შევნებული ცნობიერი შრომისუნარიანობა; იგი მოწყვეტილად საზოგადოებას (ცხადია, ვიდრე ის სულით ავადმყოფია), როგორც აქტიური სოციალური ელემენტი; მას არა აქვს როგორც გარემოში, ისე პირად მდგომარეობაში კრიტიკული გარკვევის უნარი, ამიტომაც, რომ ფსიქოზით შეპყრობილთ თავიანთი თავი არასდროს არ მიაჩნიათ ავადმყოფებად ან თუ მიაჩნიათ, არაშეგნებულად, შემთხვევითად. სულით ავადმყოფებს ხშირად არა აქვთ უმაღლესი, რთული კრიტიკული გარკვეულობის უნარი.

ჩვენ გვაინტერესებს კრიტიკა, როგორც სხვადასხვა ამბავში მარტივი ორიენტაციის უნარი.

კრიტიკის გამოსაკვლევად იყენებენ სხვადასხვა ხერხს. მაგალითად, ბერნშტეინის ხერხის მიხედვით ავადმყოფებს უჩვენებენ სხვადა-

სხვა უმართებულო სურათს (ვთქვათ, „თევზი გალიაში“, საყაბო წარწერით „აფთიაქა“ და სხვ.). გამონაკვეთი პირი ვალდებულია შენიშნოს და შეიგნოს უმართებულობის ძირითადი მომენტი ანდა შეიქლება ავადმყოფს მოუთხრონ სხვადასხვა ამბავი, იგი კი ვალდებულია დაიჭიროს ძირითადი აზრი, შეაფასოს კრიტიკულად და აღნიშნოს უმართებულობა.

ასეთი შემთხვევებისათვის ავადმყოფთათვის განკუთვნილი მაგალითები მოვცეყავს ასათიანის მოკლე სახელმძღვანელოდან.

„ერთმა კაცმა შექამა ერთი გირვანქა პური, ვერ გაძღა; შექამა კიდევ გირვანქა, ვერ გაძღა; შექამა კიდევ ერთი პატარა ნამცხვარი და გაძღა“;

„წვიმდა; კაცი შედიოდა სახლში; მას მისცეს წინადადება ტალახიანი ფხეხეხი დაეწმინდა და ისე შეუღლაყო; ამაზე უპასუხა: ჭერ მოვალ და შერე დავიწმენდო“.

ინტელექტუალური დონის შესწავლის დროს მთავარი ყურადღება უნდა მივაქციოთ აზროვნებას, რომელსაც საშუალებითაც ადამიანი ახდენს მოვლენათა ანალიზ-სინთეზს, ერკვევა მოვლენათა ურთიერთდამოკიდებულებაში.

აზროვნების საშუალებით ადამიანი არა მარტო აღიქვამს და ითვისებს გარე მოვლენებს, არამედ მათ აქტიურად გადაამუშავებს, ახდენს მოვლენათა აქტურ ანიმილაციას, ავლენს ფაქტებისა და მოვლენათა შესახებ პირად მოსაზრებებსა და დასკვნებს.

თავისთავად ცხადია, რომ აზროვნება არ შეიძლება განხილული იყოს სოციალური გამოცდილების გარეშე. მარქსი წერს: „მხოლოდ ხალხები, რომლებიც ავითარებენ თავიანთ მატერიალურ წარმოებას და თავიანთ მატერიალურ ურთიერთდამოკიდებულებას, ცვლიან ამ მოქმედებაში აგრეთვე თავიანთ აზროვნებასა და აზროვნების პროდუქტებს“.

აზროვნების თვისობრივ შეცვლას დიდი კლინიკური მნიშვნელობა აქვს.

არჩევნ ავადმყოფური აზროვნების სხვადასხვა სახეს.

გაჰიანურებული აზროვნების შემთხვევაში ავადმყოფი ვერ ამთავრებს ლაპარაკს, იგი მოგვეთხრობს დაწვრილებით, მაგრამ ვერ მოუყრებია აზრი ძირითადის გადმოსაცემად, აუარებელ სატყვეურ პროდუქციას ხარჯავს, ვადრე მიაღწევდეს შიზანს, გადმოგვეცემდეს ამბის მთავარ მომენტებს. ასეთი აზროვნება ხშირია ეპილეფსიის, მოხუცებულობითი და ოლიგოფრენიული ჰქუასუხტობის შემთხვევებში.

საერთოდ აზროვნება მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო ეკონომიური და მდიდარია ის ლოგიკური თანმიმდევრობით. ამბის გადმოცემისას ავადმყოფები ხშირად ვერ აღწევენ თავს წვრილმან დეტალებს და მათ

სიტყვიერ პროდუქციაში აღწერილობითი მომენტი ჭარბობს თხრობითს. ისეთ აზროვნებას, როდესაც აღწერა თვალსაჩინოდ ჭარბობს თხრობას, სადა აზროვნებას უწოდებენ.

წყვეტილი აზროვნება ყველაზე ხშირია შიზოფრენიის შემთხვევებში. ამ დროს ასოციაციათა შორის კავშირი სრულიად გაწყვეტილია. გრამატიკულად თითქოს სწორ ფორმებშია გადმოცემული სრულიად უაზრო, უცნაურა და შემთხვევითი სიტყვიერი პროდუქციები, ამიტომაც, რომ ასეთი აზროვნების გაგება და ამ დროს რაიმე ძირითადი ფაქტის დაჭერა ყოვლად შეუძლებელია. ხშირად სიტყვები იმდენად უაზრო და შემთხვევითია, რომ აღნიშნავენ „სიტყვიერ ღოჭხალს“.

უაზრო, წყვეტილი ასოციაციების მეტყველება ცნობილია ვერბიგერაციის სახელწოდებით.

აუტისტური აზროვნება აღინიშნება შიზოფრენიის დროს; ავადმყოფი უარყოფს გარე სინამდვილეს და გატაცებულია შინაგანი, პირადი განცდებით; იგი პირად სამყაროშია მოქცეული.

ავადმყოფთა ბოღვითი აზრები, ასოციაციური გაფხვიერება, ასოციაციათა რგოლების ამოვარდნა და ვარემოსთან კონტაქტის გაწყვეტა (სრული განუჩივლობა) ხელს უწყობს აუტიზტურ აზროვნების განვითარებას.

რეზონიორობის, ანუ პარალოგიური აზროვნების დროს დატულია მსჯელობის ფორმალური მხარე, მთავარი ნაწილი კი მივიჩნევებულია: პირველი ადგილი რაიმე უმნიშვნელო მომენტს ეთმობა, რეზონიორული აზროვნება აღინიშნება როგორც ფსიქოზების, ისე მოსაზღვრე მდგომარეობის დროს.

სერბსკის მოყავს რეზონიორული აზროვნების მაგალითი; ფსიქოპათა შვილი ღეღის შენაშენაზე, თუ რატომ არ მოვიდა იგი სადილად, რომ ყველაფერი მისთვის იყო მომზადებული და მას ელოდნენ, ჩამტკრევს ფანჯრის რამდენიმე უშუას, რათა „აანაზღაუროს“, გადაიხადოს ის ხარჯი, რომელიც სპეციალურად მისთვის იყო გაწეული. გასაგებია, რომ ამ შემთხვევაში ფსიქოპათი ღეღის ზრუნვას ფორმალურად უღებდა. ფორმალური, არაარსებითი აზროვნების შედეგად ფიქოპათი სრულიად უმართებულო (არაადეკვატურ) საქციელს სჩადის.

იღვათა ასოციაცია და ასოციაციური მასპარეზობა

(ამოღებულია მ. ასათიანის „გეგმა და მეთოდის“-დან ცვლილებებით)

ასოციაცია წარმოდგენათა ურთიერთშეუღლებაა, როდესაც ყოველი წინამავალი წარმოდგენა კვალდაკვალ იწვევს თანმიმდევარი წარმოდგენის წარმოქმნას. ყოველი ინტელექტუალური სფეროს გამოკე-

ლევის დროს მეზიერებასთან ერთად ასოციაციაც მთავარ მომენტია. ასოციაციათა რიცხობრივ და თვისობრივ ცვლილებებს (სისწრაფს, თანმიმდევრობას, კავშირის უქონლობას, წარმოდგენათა ძეწკვიდან რგოლების გამოვარდნას, სტერეოტიპიასა და სხვ.) სათანადო მნიშვნელობა აქვს.

კლინიკურ მასალაზე ასოციაციათა შეწავლით შექაძლოა პიროვნების ზოგადი თანებებულება დადგენა; ამ მიზანს ისახავს ე. წ. ასოციაციური ექსპერიმენტი, რომლითაც შეიძლება სუბიექტისათვის სრულიად მოულოდნელად კომპლექსების აღმოჩენა, გამოამჟარაგება. კომპლექსი აფექტურად შეფერადებულ წარმოდგენათა ჯგუფია, რომელსაც მჭიდრო კავშირი აქვს პიროვნების ძირითად მიზანსწრაფვასთან. კომპლექსი არამც თუ არ სტოვებს ფსიქიკურ ცხოვრებას უკვალოდ, არამედ გავლენას ახდენს პიროვნების მოქმედება-ქცევაზე, განსაზღვრავს მის განწყობას, მიზანსწრაფვას.

ასოციაციური ექსპერიმენტი უნდა ჩატარდეს შემდეგნაირად: გამოსაკვლევ პირს ვაწვდით სხვადასხვა სიტყვას, ე. წ. „სიტყვა-გამლიზიანებელს“, რომელზეც მან უნდა ვეიპასუხოს ამ გლიზიანებით ვამოწვეულ პირველად წამოჭრილი სიტყვით ე. წ. „სიტყვა-პასუხით“, ამასთანავე ვაფრთხილებთ, რომ პასუხი მხოლოდ ერთი სიტყვით მოგვეცეს.

„სიტყვა-გამლიზიანებელსა“ და „სიტყვა-პასუხს“ შორის პერიოდს „რეაქტიული დრო“ ეწოდება და იზომება წუთობით სათანადო წუთმზომით. რეაქტიული დროს უფრო ზუსტი გაზომვის მიზნით შეიძლება ვიპარგებლოთ ქრონოსკოპით. ცხადა, საპასუხო რეაქტიული პერიოდი სხვადასხვა იქნება, ამიტომ საჭიროა საშუალო რეაქტიული დროს განსაზღვრა.

ასოციაციური ექსპერიმენტის ჩატარების დროს ხშირად, წინასწარი ვაფრთხილების მიუხედავად, სიტყვა-პასუხი მთელი წინადადებითაა, რომელშიც ვანციფრების გამომხატველი მარცვლები და სიტყვებია ჩართული. ასეთ პასუხებს აღვნიშავთ როგორც რეაქტიული ფორმის ვანსაკუთრებულ სახეს. დიდი მნიშვნელობა აქვს ე. წ. რეპროდუქციის მიუღებლობას, რაც უმეტეს შემთხვევაში მიგვითითებს იმაზე, რომ პასუხი პიროვნებისათვის არ არის რაღაც შემთხვევითი, ინაქტიური, იგი მჭიდროდაა დაკავშირებული მის შინაგან ვანცვლებთან.

პირადი შემთხვევების მიხედვით ექსპერიმენტის დასასრულოს შუგვიძლია ვამოსაკვლევ პირს მოვთხოვოთ პასუხის დეტალური ვანმარტება. ხშირად სიტყვა-პასუხი უფარდდება არა სათანადო სიტყვა-გამლიზიანებელს, არამედ წინა ვამლიზიანებელს. ასეთი რეაქცია ცნობილია პერსევერაციის სახელწოდებით და რეაქციის გრძნობითი ტონით შეზავების მაჩვენებელია. პერსევერაციის დროს არის ხანვრძლივი რეაქ-

ტიული პერიოდი და მცდარი რეპროდუქცია. კომპლექსისათვის დამახასიათებელია ეგრეთ წოდებული კომპლექსური ნიშნები: 1. რეაქტიული დროის ხანგრძლივობა, 2. შემცდარი რეპროდუქცია, 3. პასუხის დროს სახის დამახასიათებელი მიხიკა, 4. განცვიფრებითი წამოძახილი, 5. პერსევერაცია, 6. გამლიზიანებელი სიტყვის გამეორება, 7. იგავე გაქეორება შეკითხვის ნიშნით, 8. პასუხის სრული მოუტემლობა და 9. გამლიზიანებელი სიტყვის სხვა მნიშვნელობით გაგება.

ავადმყოფობათა დროს ფრიად დამახასიათებელი და დიაგნოსტიკურად მნიშვნელოვანია ასოციაციური ექსპერიმენტის შედეგები.

1. იმბეცილია რეაქტიული დრო მოპატებულია. ისინი პასუხობენ მთელი წინადადებებით. ავადმყოფთა აზრები კონკრეტულ-პრიმიტიული ხასიათისაა, მოკლებულია ორიგინალობას, მრავალფეროვნებას და ერთი მიმართულებიანაა;

2. იმ ეპილეპტიკებს, რომელთაც უფრო ხასიათის შეცვლა ემჩნევათ, ვიდრე ინტელექტის დაქვეითება, ახასიათებთ მრავალი პერსევერაცია, ყურადღების დაძაბვა კომპლექსურ ასოციაციასზე, რის გამოც ექსპერიმენტი ხშირად ფერხდება, ზოგჯერ კი შეუძლებელიც ხდება. გონებრივად დაქვეითებულ ეპილეპტიკათთვის, კომპლექსურ ასოციაციათა გარდა, დამახასიათებელია იმბეცილების მსგავსი პასუხები;

3. შიზოფრენიის დროს ასოციაციები ხშირად შეფერხებულია. უმეტეს შემთხვევაში რეაქტიული პასუხები არადეკვატური და უცნაური ხასიათისაა ასოციაციათა რგოლების გამოვარდნის, ცნებათა გაფხვიერების, წარმოდგენათა სიღარიბის, მათი შემთხვევათი შეჯვარებისა და ინტრაფსიქიკური ატაქსიის გამო;

4. მანიაკალურ ავადმყოფებს ახასიათებთ უხვი და უფრო გარეგანი ასოციაციები, რომელთაც შეკითხვასთან მხოლოდ შორეული კავშირი აქვთ. ასოციაციების ასეთი ხასიათი აიხსნება ფანტაზიის სიმძლავრით, ყურადღების აცოლებით და იდეათა მოტორული რეალიზაციის გაადვილებათ. პასუხად ვლებულობთ სხვადასხვა ფანტაზიურ წარმონაქმნს, უხვ სიტყვებს, რითმებსა და ზოგჯერ ასოციაციათა ქარიშხალს.

ძლიერ აგზნებული ავადმყოფის რეაქტიული დრო საშუალოზე მეტია, საერთოდ კი ნორმის ფარგლებშია.

ხშირად ერთი გამლიზიანებელი სიტყვით ვლებულობთ აზრთა შეუჩერებელ ნაკადს ან იდეათა ქარიშხალს, ხან კი წარმოდგენები იმდენად უხვია, რომ ავადმყოფი ვერც ასწრებს მათ გამოთქმას და სრულიად უაზრო სიტყვიერ პროდუქციებს იძლევა.

ასოციაციურ, ანუ სიტყვიერ ექსპერიმენტს დიდი მნიშვნელობა აქვს მეორე სააიგნალო სისტემის ნეიროლინამიკურ თავისებურებათა შესწავლისათვის.

ირკვევა, რომ თავის ტვინის ქერქული აპარატის შეკავებისას სიტყვიერ ექსპერიმენტებში განსაკუთრებით გაღაღებულია რეაქტიული, ანუ ლატენტური პერიოდი, ხოლო სიტყვა-პასუხებს აქვთ ექოლალიები, პერაქვერაციებისა და ზოგჯერ რეზონანორული პროდუქციების ხასიათი.

რეაქტიული დროის შესამჩნევი სხვადასხვაობა, ე. წ. რეაქტიული დროის ჩავარდნები (როდესაც მცირე რეაქტიულ დროს თან სდევს განსაკუთრებით დიდი მაჩვენებელი) გვაფიქრებინებს დაცვითი შეკავების გაღრმავებაზე.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბოლო დრომდე სიტყვიერა ექსპერიმენტი იხმარებოდა პირველ რიგში კომპლექსურა წარმოდგენების გამოვლინების მიზნით.

ამჟამად მეტყველებათი პროდუქციების ანალიზი და ასოციაციური ექსპერიმენტი განსაკუთრებით საყურადღებოა პიროვნების გონებრივი, ანუ შემეცნებითი ფუნქციების შესასწავლად.

ადამიანის ფსიქიკურ ფუნქციათა ევოლუციას შესწავლის დროს ცენტრალური ადვილი უნდა დაეთმოს სიტყვების ონტოგენეზურ კვლევას. კლინიკური და ექსპერიმენტული მასალების ანალიზის შედეგად ირკვევა, რომ სიტყვები ონტოგენეზური სირთულის მხრივ შესაძლოა სხვადასხვა თანმიმდევრობით დალაგდეს. კლინიკურა კვლევის დროს ასოციაციური ექსპერიმენტის გამოყენებისას პირველ რიგში უნდა გავითვალისწინოთ სიტყვას შინაარსობრივი მხარე, ე. ი. მასი ზემანტიკა. სიტყვა — არსებითი სახელი თავისი ნეირო-დინამიკურა ბუნებით უფრო მარტივია, ვიდრე სიტყვა — ზედსართავი ან ზმნის-მიერი არსებითი სახელი.

აკვიატებული იდეები და მდგომარეობა

აკვიატებულ, ანუ ნაძალადევ იდეებს უწოდებენ ისეთ წარმოდგენებსა და აზრებს, რომლებიც ძალით იჭრებან ადამიანის ფსიქიკაში: ამ დროს ავადმყოფები გრძნობენ აზრთა სრულ უმართებულობას. ავადმყოფურ ხასიათს და მათ მიმართ კრიტიკულად არიან განწყობილი. ავადმყოფები ებრძვიან აკვიატებულ იდეებს, შეგნებულად ცდილობენ მოიშორონ ისინი, მაგრამ სრულიად უშედეგოდ. აკვიატებული იდეები მჭიდროდ უკავშირდება პიროვნების ემოციურ, ანუ აფექტურ სფეროს და ხელს უშლის აზრთა სწორ სვლასა და ლოგიკურ თანმიმდევრობას. არის შემთხვევები, როდესაც ეს აზრები იმდენად ღრმა ძვრებს ახდენს პიროვნებაში, რომ ავადმყოფს ეკარგება მთი კრიტიკული შეფასების უნარი, მაგრამ ასეთი მდგომარეობა დროებითია, მოკლევადიანი, გარდამავალი, რადგანაც ავადმყოფები მალე ფხიზლ-

დებთან, გამოდიან აფექტური დაძაბულობიდან და კვლავ იწყებენ აზრთა კრიტიკულ შეფასებას, მათთან ბრძოლას.

აკვიატებული, ანუ ნაძალადევი იდეები პრაინციპულად ვანახვავდება ბოღვითი იდეებისაგან. იდეის აკვიატების დროს ავადმყოფები გრანობენ აზრთა უშართებულობას, მათდაჰი კრატაჟულად არაან დანწყობილი და ებრძვიან მათ. ბოღვითი იდეის შემთხვევაში კი, პირიქით, ავადმყოფები არ ვრძნობენ აზრთა უშართებულობას, მათდაჰი კრიტიკულად არ არიან განწყობილი და შებრძოლების ნაცვლად ცვილობენ უშართებულო იდეების ფაქააციას, განმტკიკეებას.

ბოღვები აშკარად მიგვიითათებს სულით ავადმყოფობაზე, აკვიატებული იდეები კი, პირიქით, ნევროზების, ფსიქონევროზებისა და ფსიქოპათიების მახვენებელია.

ზოგიერთი ფრად აეტორატეტული კლინიცისტი (მაგალითად, ოსიბოვი და სხვ.) იზიარებს აზრს, რომ აკვიატებული იდეა შესაძლებელია გახდეს ბოღვითი იდეის მიზეზი, ე. ი. მათ შესაძლოდ მიახნიათ აკვიატებული იდეის გადაქცევა ბოღვით იდეად. ამ მხრავ ფრად საყურადღებოა პავლოვის პოზიციაები. ივა გამოთქვამს აზრს, რომ განვითარების ფიზიოლოგიური მექანიზმების მხრივ ბოღვით იდეებსა და აკვიატებულ წარმოდგენათა შორის პრინციპული განსხვავება არ უნდა იყოს.

პავლოვის აზრით, აკვიატებული იდეების წარმოქმნის მექანიზმები შესაძლებელია ახანილი იყოს. ულტრაპარადოქსული ფაზით, როდესაც ჩვეულებრივი დაღებითი გამაღიზიანებელი ხდება შემკავებელი; ხოლო შემკავებელი გამღიზიანებლის თვისებებს ღებულობს. მაგალითად, მის თანახმად, აკვიატებულ იდეათა შემთხვევაში ავადმყოფს ყველააგან პატივისცემა სურს, ფაქტიურად კი მას ყველა შეურაცხყოფს; პატივისცემის სურვილი შეიცვალა შეურაცხყოფით (პავლოვის მიხედვით, ულტრაპარადოქსული ფაზა).

ზოგჯერ სრულიად ფიზიოლოგიურად შესაძლებელია ადამიანს აკვიატოს ერთი და ავავე წარმოდგენები (დაღლილობის ან ემოციური დაძაბულობის დროს და სხვ.), რაც ცნობილია ფიზიოლოგიური აკვიატებული იდეების სახელწოდებით.

აკვიატებული იდეის შემთხვევაში ხშირია აგრეთვე აკვიატებულა შიში და მოქმედება, ამიტომ უფრო სწორი იქნება აკვიატების ეს სხვადასხვა სახე გავაერთიანოთ ერთი სახელწოდებით — აკვიატებული მღვომარეობა.

როგორც თეორიულად, ისე კლინიკურად საინტერესოა აკვიატებულ მღვომარეობათა ქვემოთ ჩამოთვლილი სახეები.

აკვიატებული აზრები, რომელთა შემთხვევაში აღსანიშნავია ავადმყოფური დაურწმუნებულობა, ანუ ავადმყოფური ექვანობის მღვომარეობა, რომელიც ხშირად იწვევს ე. წ. „პროფესიონალურ აბულიას“,

ე. ი. ავადმყოფს უძნელდება მუშაობა თავისი პროფესიით. მას ტანჯავს მუღმივი ექვი, შეძლებს თუ არა თავიაი უშუალო მოვალეობის შესარღლებას (მაგალითად, პიანისტი — როიალზე დაკვრას, ექიმი — რეცეპტის გამოწერას და ა. შ.) და ფაქტიურად ინვალიდს ხდის მას. აკვიატებულ დაურწმუნებლობას ეკუთვნის ავრეთვე ე. წ. ავადმყოფური ყოყმანი. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი გაუღმპებით ყოყმანობს: შეასრულოს ესა თუ ის მოქმედება თუ არა (კარების დაკეტვა, ფანჯრის დახურვა, სინათლის ჩაქრობა და ა. შ.). ასეთი ყოყმანის გამო ის შესაძლებელია მრავალჯერ მიუბრუნდეს და შეამოწმოს, დაკეტა თვისი ოთახის კარი თუ არა. აკვიატებულ აზრებს ეკუთვნის ავრეთვე ე. წ. ავადმყოფური გრძნობა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფებს ვერ მოუშორებიათ აზრები: რატომაა, რომ წყალბადისა და ქანვბადის ურთიერთშეერთება იძლევა წყალს. ან რატომ აქვს მავადას ოთხი ფეხი და ა. შ.

აკვიატებული შიშის, ანუ ფობიების შემთხვევაში ავადმყოფებს აქვთ დაუძლეველი შიში, რომელიც მათ მორალურად ტანჯავს, ხოლო პრაქტიკულ ცხოვრებაში აინვალიდებს. ცნობილია ფობიების მრავალი სხვადასხვა სახე.

ერთობით, ანუ გაწითლების აკვიატებული შიშით შეპყრობილი ავადმყოფები, ჩვეულებრივ, მორცხვები არიან, საერთოდ ლაბილური ვაზომოტორული მოქმედების გამო ხალხში სხვის შეხედვაზე ადვილად წითლდებიან, უხერხულ მდგომარეობაში ვარდებიან და ამიტომ იტანჯებიან (შეხედვას შიში).

ავარობით, ანუ სივრცის შიშით შეპყრობილ ავადმყოფებს მოეძნებზე ყოფნისა ეშიანათ, ელიან რაღაც უსაპოვნებას, მოედანი მათში ბადებს უარყოფითი ტონის გუნება-განწყობას.

კლაუსტროფობია ხანძრის შიშს ნიშნავს, ტანატოფობია — სიკვდილის შიშს, სიფილოფობია — სიფილისით დაავადების შიშს, თემცა ამის მიზეზი სრულებით არ არის. ხანდახან ავადმყოფს იმის შიში აქვს, რომ ავად არ გახდეს ფობიებით, ე. ი. მას აქვს შიშის შიში ე. წ. ფობოფობია.

აკვიატებულ მოქმედების შემთხვევაში ავადმყოფს აქვს მოთხოვნილება შეასრულოს ესა თუ ის მოქმედება.

არითმონია ნიშნავს დათვლის აკვიატებულ სურვილს (ავადმყოფი სრულად უნიზნოდ თვლას ფანჯრებს, აზრებს, წარწერებს, ასოებსა და სხვ.).

კლექტომანია ნიშნავს აკვიატებულ ქურდობას უანვაროდ (ხშირად იპარავენ სრულიად გამოუხადევარ ნივთებსაც), კობროლალია — გინების აკვიატებულ მოთხოვნილებას, ექსციზიციონიზმი — სხეულის ნაწილების სხეებთან გაშიშვლების აკვიატებულ მოთხოვნილებას.

აკვიატებული მოქმედებაა აგრეთვე კოლექციონერობა იმ შემთხვევაში, როდესაც ავროვებენ სხვადასხვა არასაქირო საგანს, მაგალითად, დამწვარ ლერებს და სხვ.

როგორც აღვნიშნეთ, აკვიატებული იღუბები და მღვთმარეობანი უფრო ხშირად მოსაზღვრე შექმნევენია.

ზოგჯერ ფსიქოზების ნაადრევი სტადიაც იწვევს აკვიატებულ შიშს, მაგალითად, შიზოფრენიის დროს. ამ შემთხვევაში საქიროა ზუტატი დიაგნოსტიკა, რადგანაც შესაძლებელია აკვიატებული შიში და მღვთმარეობა ახსნებოდეს ავადმყოფთა ბოღვითი განწყობით.

აკვიატებული მღვთმარეობა პრინციპულად განსხვავდება ნაძალადევი მოქმედებისა და მოძრაობისაგან, რომლებიც აღინიშნება შიზოფრენიისა და ლეთარგიულა ენცეფალიტის დროს.

ბოღვითი იღუბები და მათი კლინიკა

ფსიქოზების არსებით ნიშნებს შორის მთავარია ბოღვები, ანუ ბოღვითი იღუბები (აზრები). სხვადასხვა ფსიქოზის დროს აღინიშნება სულ სხვადასხვა შინაარსის, კონსტრუქციის, გამძლეობისა და დაძაბულობის ბოღვითი აზრები, ამიტომ ბოღვების ხასიათის შეწყველას დიდი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ბოღვა შემცდარი მსჯელობაა, რომლის უარყოფაც ავადმყოფის მხრივ (ანუ ბოღვითი აზრების გასწორება-კორექცია) სრულიად შეუძლებელია.

ბოღვა განსხვავდება როგორც ცრუმორწმუნეობისაგან, ისე ჩვეულებრივი შემცდარი მსჯელობისაგან.

ადამიანმა შეიძლება უარყოს თავისი ცრუმორწმუნე აზრები მისი კულტურული დონის ამალღების შედეგად, ადვილია აგრეთვე ჩვეულებრივი მცდარი მსჯელობის კორექცია. მცდარი მსჯელობის ფიზიოლოგიურ შემთხვევებში ადამიანი შეაფასებს თავის და სხვის არგუმენტაციას, აუცილებლად გაუწევს ანგარიშს მოპირდაპირის მოსაზრებებს, ფაქტიურ მასალებს და, თუ იგრძნო, რომ სწორ პოზიციებზე არა დგას, თავის ძირითად აზრებს შეასწორებს.

ბოღვების დროს კი, პირიქით, ვერავითარი არგუმენტაციითა და ფაქტიური მასალებით ვერ დააჭერებთ ავადმყოფებს, მათ ბოღვითი აზრები ჭეშმარიტებად მიაჩნიათ.

პრინციპული განსხვავებაა აგრეთვე ბოღვით და ე. წ. ზედირებულოვან იღუბებს შორის. ემოციური ტონი და განსაკუთრებული დაძაბულობა, რომელსაც პიროვნება იჩენს ზედირებულოვანი იღუბებისადმი, არ სცილდება ნორმალურ ჩაჩოვებს და თავისი ბუნებით პათოლოგიური არ არის.

როგორც აღვნიშნეთ, ყოვლად შეუძლებელია დავარწმუნოთ ავად-

მყოფი ბოღვის უაზრობაში. უფრო მეტიც, შეკამათება, ბოღვის კრიტიკა უფრო ამტკიცებს ავადმყოფთა ბოღვით პოზიციებს და ხელს უწყობს მათ შემდგომ განვითარებას. ბოღვათა კლინიკურ მიმდინარეობას ახასიათებს თავისი დინამიკურობა. ბოღვითი აზრები ხან მკვეთრდება და მრავლდება, ხან კი მცირდება და მკრთალდება.

ავადმყოფთა გამოკეთებისას შესაძლებელია ბოღვა აღარ აღინიშნებოდეს, მაგრამ, აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბოღვათა გაფხვიერება და სიმკრთალე ყოველთვის არ არის დადებითი პროგნოზის მაჩვენებელი. ჰიპოაუსტობის განვითარების, ინტელექტუალური დონის დეგრადაციასთან ერთად, ჩვეულებრივ, ბოღვები მკრთალდება და კარგავს კატეგორიულობას. შესაძლებელია ავადმყოფის გამოკეთების შემთხვევაში დიდხანს დარჩეს კიდევ ზოგიერთი ბოღვითი აზრი, ე. წ. „დანაშთი ბოღვა“.

ავადმყოფები ბოღვით აზრებს ხშირად იმდენად დალაგებულად და ლოგიკურად გამოთქვამენ, რომ ირგვლივ მყოფთ ადვილად არწმუნებენ თავიანთ აზრებში.

ისმის საკითხი ნორმალური და ბოღვითი მსჯელობის სადიფერენციაციო ნიშნების შესახებ.

რა პრინციპული თავისებურება ახასიათებს ბოღვებს?

1. საქმიანი და თბიქტური კრიტიკის ნაცვლად ავადმყოფები იჩენენ აფექტურ, ემოციურ ად ეგოცენტრულ განწყობილებას;

2. ბოღვითი აზრების შემთხვევაში ავადმყოფები არ უწყევენ ანგარიშს სინამდვილეს და თავიანთ რეალურ შესაძლებლობას;

3. უცნაურ თავისებურ დასკვნებს აკეთებენ, მაგალითად, ერთი ჩვენი ავადმყოფი ამტკიცებდა, რომ დედა მას წამლავს, რადგანაც მან შენიშნა კედელზე ლურსმნები და გიტარა არა იქ, სადაც ჩვეულებრივად უნდა ყოფილიყო;

4. აზროვნება უკიდურესად ტენდენციური და ცალმხრივია; ავადმყოფები თავიანთ აზრებში ზედავენ მხოლოდ დადებითს, ხოლო ის, რაც ეწინააღმდეგება მათ ბოღვითს აზრებს, უარყოფითად მიაჩნიათ.

ბოღვით იღვებში ყოველთვის ასახულია პიროვნების კულტურული დონე, შესაძლებლობანი. ძველად ავადმყოფებს ჰქონდათ ქაჩები-სა და ავ ძალთა მიერ შეპყრობილობის (დემონომანიური) ბოღვები, ახლა ავადმყოფები აღნიშნავენ, რომ მათზე მოქმედებენ რაღოთი, მაგნიტი. ელდენით, რომ ისინი ესაუბრებიან გარკვეულ პირებს უმაჯთულო ტელეკრაფით, ტელეფონით და სხვ.

არჩევენ ბოღვითი იღვებას სხვადასხვა სახეს, მაგალითად, გუნება-განწყობის მხრივ არჩევენ დეპრესიულ და ექსპანსიურ ბოღვებს.

დეპრესიული ბოღვები შეიძლება შემდეგი შინაარსის იყოს: თვით-

დამცირების, თვითბრალდების, ცოლვიანობის, გაძარცვის, განადგურების, იპოქონძრული და ნიჰილისტური. ექსპანსიური აზრების მხრივ კი აღსანიშნავია თვითგანდიდების (მეგალომანიური), რელიგიური და გამოგონებას ბოღვები.

დამოკიდებულების, ანუ ურთიერთგანწყობილების მხრივ არჩევენ ინტერპრეტაციის (ახანა-განმარტების), მოდაეობის, დევნის, ზეკავლენისა და ღალატის ბოღვითს იღებებს.

კონტრუქციის, ანუ სტრუქტურის მხრივ არჩევენ: სისტემურ (გარკვეული მსოფლმხედველობისამებრ ჩამოყალიბებული აზრები) და უსისტემო (წყვეტილი, უაზრო, შემთხვევითი აზრები) ბოღვითს იღებებს.

ხშირად დევნის ბოღვაში ჩართული არიან ავადმყოფის უახლოესი პირები, ნათესაეები, ნაცნობ-მეგობრები, ავრეთვე პალატის ექიმები ან ავადმყოფის მომვლელი პერსონალი. სულ უბრალო, ინდივიდუალურ მოქმედებას ავადმყოფები აძლევენ ბოღვით შეფასებას, ბოღვით ახანა-განმარტებას; ქუჩაში ვიღაცამ ჩაახველა სწორედ მაშინ, როღუეაც იგი ვადიოდა ქუჩის ერთი მხრიდან მეორეზე, ვიღაცამ ხელი ჩაიყო ჯიბეში, აქედან ავადმყოფი დაასკენის, რომ მისი მოწამვლა უნდათ, რომ ყველა ეს საქციელი მის წინააღმდეგაა მიმართული.

მოწამვლის, ისევე როგორც დევნის, ბოღვა ხშირია შიზოფრენიის დროს. ავადმყოფს ყველაფერში ეჭვი ეპარება: ჰგონია, რომ მისი მოწამვლა უნდათ მახლობლებს, ნათესაეებს. მას მშობლებისაც კი არ სჯერა. მავალითად, ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი, სპეციალობით ინჟინერია, სრულიად დარწმუნებული ეუბნებოდა თავის მამას, რომ მას მისცეს არა საძინებელი წამალი, არამედ ძლიერი საწამლაკი — სტრიქნინი. ხშირად ასეთი ავადმყოფები მოითხოვენ ნელ პროდუქტებს და თვითონ ხარშავენ საჭმელს, რადგანაც ყველას უნდობლად უყურებენ.

გაძარცვისა და გაქურდვის ბოღვა აღინიშნება მოხუცებულობითი კეთასუსტობის დროს. ასეთი ავადმყოფები საერთო ორთენტაციის უნარის დაქვეითების გამო ეჭვიანი ხდებიან, ჰგონიათ, რომ რაღაც უნდა დაკარგონ, რომ ყველა მათ გაქურდვას, გაძარცვას ცდილობს.

ღალატის ბოღვა აღინიშნება როგორც მამაკაცთა, ისე ქალთა შორის. ამ დროს ავადმყოფებს ჰგონიათ, რომ მათ ღალატობენ, რომ ცოლთან ან ქმართან დადიან საეჭვი პირები და სხვ.

ღალატის ბოღვა მამაკაცს უფითარდება ალკოჰოლიზმის ნიადაგზე და საფუძვლად უდევს სქესობრივი სისუსტე და საერთოდ ოჯახური უსიამოვნებანი. ღალატის ბოღვა საკმაოდ ხშირია კლიმაქსური ფსიქოზების დროს.

ნიჰილისტური ბოღვით შეპყრობილი ავადმყოფები ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ ყველაფერი დაიღუპა, არაფერი აღარ არსებობს. მოხუ-

ცებულობითი ჭკუაუსტობის დროს ნიპილიტური ბოღვა ეხება კერძოდ ავადმყოფის სხეულის ნაწილების უარყოფას. ასეთი ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათ არა აქვთ არც კუჭი, არც ვული და არც ფაღტვები და სხვა ორგანოები. ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფები გრძნობენ, რომ თითქოს ძლიერ დაპატარავდნენ, საოცრად შეშუბუქდნენ, ბუჩბულის წონა აქვთ, მიკროსკოპული ოდენობის გახდნენ, იშვინაღ, რომ ნემისი ყუნწში გაძვრებიან (მიკრომანაული ბოღვა).

განდილების ბოღვა ექსპანსიური ხასიათისაა, უფრო ხშირად აღინიშნება პროგრესული პარალიზის დროს. ავადმყოფები დარწმუნებულები არიან, რომ მათ აქვთ დიდი ღონე: ერთი ხელით გადააბრუნებენ დატვირთულ ვაგონს და სახელგანთქმული მოჭიდავენი არიან, ანღა აუარებელი ოქრო, ვერცხლი და ბრილიანტები აქვთ. ერთი ჩვენი ავადმყოფი გვეუბნებოდა, რომ იგი იყო ბუხარში, სადაც შეიძინა ერთი ვაგონი ბრილიანტი და ბაჯალლო ოქრო. ჩვენს კლინიკაში პარალიტიკი გვარწმუნებდა, რომ თვითონ მთლიანად ოქროსაგანაა გაკეთებული. განდილებისა და სიძლიერას პროდუქციები აბსურდამდე მიდის და მჭიდროდაა დაკავშირებული ავადმყოფის გონებრივი ღონის საერთო დაქვეითებასთან.

გამოკონიბისა და აღმოჩენის ბოღვების შემთხვევაში ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათ აღმოაჩინეს და გამოიგონეს იშვიათი ნივთები და საშუალებანაი, მავალითად, „მუღვიოი მამოძრაებელი“. ერთი შიზოფრენიკი მოგვითხრობდა, რომ შეუძლია მოკრილი თავი მიაკეროს სხეულს.

ბოღვის სიმტკაცეე და დაძაბულობა სხვადასხვაა როგორც ფსიქოზის დასაწყისში, ისე მისი მიმდინარეობის დროს, ე. ი. ბოღვა ცვალებადობს. ბოღვითი პროდუქტები ხან მკრთალდება, ხან იწვე მწვეაღდება.

შესაძლებელია ფსიქოზის კლინიკური მიმდინარეობისას შეიცვალოს ბოღვა არა მარტო რაოდენობრივად, არამედ თვისობრივადც. დევნის ბოღვა შეიცვლება ექსპანსიური, განდილების აზრებით; ამ შემთხვევაში ლაპარაკობენ ბოღვის ტრანსფორმაციის შესახებ.

ზოგჯერ ავადმყოფები დიდი საამოვნებით მოგვითხრობენ თავიანთ ბოღვითს იღიებზე (აღმოჩენებზე, გამოგონებებზე), ზოგჯერ კი (მაგალითად, შიზოფრენიის დროს) მალავენ ბოღვებს (უშთავრესად დევნისა და მოწამელის ბოღვა) და ამ მხრავ დინამილაციას ახდენენ.

საკითხი ბოღვის წარმოქმნის მიზეზებისა და ვანვითარების მექანიზმების შესახებ ფრიად რთულია და ჭერჯერობით არ არის გადაწყვეტილი.

ბოღვა მიგვითითებს საერთო ფსიქიკურ აშლილობაზე, მას საფუძვლად უდევს პირველ რივში ცნობიერების შეცვლა ან საერთო

ფსიქიკურა სისუსტე, რაც ავადმყოფს უკარგავს სწორი ორიენტაციის, ანუ გარემოს კრიტიკული ასიმილაციის უნარს და ბოღვითს დასკვნებს ქმნის.

ვესტფალის შეხედულება, რომ ბოღვებს საფუძვლად უღევს გონებრივი აპარატის შესუსტება (ე. ი. ქკუასუსტობა), არ გამართლდა. პირიქით, შენიშნულია, რომ ბოღვების განვითარებისათვის საჭიროა გარკვეული ინტელექტუალური აქტივობა.

ცნობილია, რომ იდიოტიის შემთხვევაში არავითარი ბოღვები არ არის, ხოლო ორგანული ფსიქოზების შემთხვევაში, ქკუასუსტობის წინაგლასთან ერთად, ბოღვები თანდათანობით მცირდება, მკრთალდება და, ბოლოს, სრულიად იკარგება, ქრება, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ბოღვები წარმოუდგენელია ინტელექტუალური მარაგის გარეშე.

ბოღვების განვითარების შემდგომ გზად შეიძლება მივიჩნიოთ ადამიანის აფექტური, ანუ კათათიპიური აზროვნება. ამ ღროს ბოღვითი პროლექციები უფარღდება არაებულ ძირითად აფექტურ ტონს, მაგალითად, ექსპანსიური, ანუ აწეული გუნება-განწყობა წარმოქმნის განდიდების ბოღვით იდეებს, დეპრესიული, ანუ დაწეული გუნება-განწყობა კი — თვითბრალებისა და ცოდვების იდეებს.

ცნება და მისი სახეები

ადამიანის აზროვნებაში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს ცნებები. მათი საშუალებით ადამიანი აერთიანებს და განაზოგადებს სხვადასხვა საგანსა და მოვლენას.

აზროვნება ცნებებით აზროვნების უმაღლესი სახეა და განისაზღვრება ადამიანის სოციალური გამოცდილების უმაღლესი განვითარებით.

თავისთავად ცხადია, რომ ფსიქოზთა უმრავლეს შემთხვევაში ძალიან მცირეა ცნებათა განვითარების შესაძლებლობანი.

კლინიკური გავებით, ცნება წარმოდგენათა შეჯამებისა და ურთიერთდაპირისპირების უნარია, რომლის საშუალებითაც ადამიანი ეცნობა საგნის შინაარსსა და ღანიშნულებას.

ცნება სამგვარია: ძირითადი, ანუ უმარტივესი, საგნობრივი, ანუ კონკრეტული და განყენებული, ანუ აბსტრაქტული.

ძირითადი, ანუ უმარტივესი ცნება ვულისხმობს დროის, სივრცისა და რაცხვის ცოდნას; ძირითადი ცნებები აუცილებელია ადამიანის ფსიქიკის განვითარებისათვის.

იდიოტიის შემთხვევაში მოსპობილია ძირითადი ცნებების გამომუშავების უნარი. იდიოტმა არ იცის: დღეა თუ ღამე, დილა თუ საღამო, რომელი ჭოხია მოკლე, რომელი გრძელი; რა უფრო მკტია: 3, 1, 2 თუ 5. მათი პასუხები სრულიად შემთხვევითია, შეუფგნებელი და მე-

ქანიკური. ილიოტები მოკლებული არიან ფსიქიკური განვითარების ყოველგვარ შესაძლებლობას.

საგნობრავი, ანუ კონკრეტული ცნება გულისხმობს ცალკე საგნის ან მოვლენის გაერთიანებას ერთი სახელწოდებით, მაგალითად: ხარი, კამეჩი, ძროხა, ცხენი, თხა, ცხვარი და სხვ. „შინაური ცხოველებია“. ამგვარად, „შინაური ცხოველი“ არის ცნება, რომელიც გულისხმობს სრულიად გარკვეულ საგანთა არსებობას.

იმპეცილებს (თანდაყოლილი, ანუ ოლიგოფრენიული ქუთასუსტობის ერთ-ერთი ფორმა) აქვთ როგორც ძირითადი, ისე კონკრეტული ცნებები.

განყენებული, ანუ აბსტრაქტული ცნება რთულ გაერთიანებათა და განყენებულ განზოგადებათა უნარია. ღებილებს (ოლიგოფრენიული ქუთასუსტობის იოლი ფორმები) აქვთ როგორც ძირითადი და კონკრეტული, ისე აბსტრაქტული ცნებები, მაგრამ ეს უკანასკნელნი ძალიან ღარიბად აქვთ წარმოდგენილი.

აბსტრაქტული ცნებების გამოკვლევისას ავადმყოფს ვეკითხებით, რას ნიშნავს გმირობა, სიკეთე, თავდადება, ზნეობა, ბოროტება და სხვ. სხვადასხვა ფსიქოზის შემთხვევაში აღინიშნება ცნებათა თვისებრივი გაუკუღმართება, აშლა, გაფხვიერება, მაგალითად შესაძლებელია ერთი და იგივე სიტყვა სხვადასხვა დროს გამოხატავდეს სულ სხვადასხვა ცნებას.

ემოციურ აზლილოგათა კლინიკა

როგორც გარე სამყაროდან, ისე შინაგანი ორგანოებიდან აღამიანი იღებს უამრავ შევრძნებას, რომლებიც არ აღიქვებიან მშრალად, განურჩეველი სქემების სახით. პირიქით, ისინი აღამიანში იწვევენ გარკვეულ ფსიქიკურ რეაქციას, საპასუხო გრძნობითს, ანუ ემოციურ ტონს.

გრძნობითი, ემოციური, ანუ აფექტური ტონი ყოველთვის სასიამოვნო ან უსიამოა.

ყველაზე მარტივი და ძირითადი სასიამოვნო ან უსიამო განცდაა გრძნობა, რომლის დროს ხდება რეაქცია ცალკეულ შევრძნებასა და შთაბეჭდილებაზე.

ემოცია, პირიქით, უფრო რთული, გაცილებით მეტი ხანგრძლივობის გრძნობითი აქტია, რომელსაც საფუძვლად უდევს მრავალფეროვანი შთაბეჭდილებები სხვადასხვა საგნის, მოვლენისა და ყოფაცხოვრებითი ამბების გამო.

აღამიანის ემოციური ცხოვრების შესწავლისას გარკვეულ ყურადღებას საქარობს ე. წ. აფექტი, რადგანაც ის კლინიკურად ძალიან საინტერესოა.

ემოციასთან შედარებით, აფექტი უფრო მეტი ინტენსივობისა და დაძაბულობის გრძნობითი განცდაა, სამაგიეროდ შედარებით ხანმოკლე დროს გრძელდება. აფექტი როგორც მძლავრი ვანკა ადამიანში იწვევს დიდ ფსიქიკურ და ფიზიოლოგიურ ძვრებს. ამასთან ერთად, არაჩვეულებრივი ძალისა და სიღრმის ფსიქიკური განცდა ადამიანს აყენებს განსაკუთრებულ პირობებში და აიძულებს ჩაიღინოს მისი პიროვნებისათვის უჩვეულო საქციელი.

აფექტს თან სდევს სისხლის მიმოქცევის, სუნთქვის, მოძრაობისა და სეკრეციული ფუნქციების ცვლილებანი. კენონანს დაკვირვების თანახმად, აფექტურ მდგომარეობასა და შიდასეკრეციულ ორგანოთა მოქმედებას ინტენსივობას შორის ერთგვარი კავშირია, რომელიც სორციელდება ავტონომიური ნერვული სისტემის საშუალებით.

კენონანს თანახმად, აფექტის შემთხვევაში სისხლში ძლიერ მატულობს ადრენალინისა და შაქრის რაოდენობა. აფექტური დაძაბულობა არა მარტო იწვევს ფიზიოლოგიურ ძვრებს, სომატური ხასიათის ცვლილებებს, არამედ დიდ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიკურ პროცესებზეც. აფექტი მოქმედებს ვონებრივ პროცესებზე და ამასთან ერთად ცვლის ადამიანის გადაწყვეტილებასა და ქცევებს.

როგორც აღვნიშნეთ, ინტენსიური და ღრმა ემოციური განცდები ორგანიზმში იწვევს სომატურ ცვლილებებს, მეორე მხრივ, ორგანიზმის სომატური მდგომარეობა დიდ ზეგავლენას ახდენს ემოციურ განცდათა ძირითად ტონზე. ამიტომ ემოციურ მდგომარეობათა შესწავლისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ აგრეთვე ადამიანის სომატური მდგომარეობა, ე. ი. მისი თვითგრძნობა.

ცნობილია, რომ ცუდი თვითგრძნობა, მაგალითად, საერთო ფიზიკური სუსუტე, ტეხა, ტკივილი ადამიანს უქმნის უარყოფითი (უსიამო) ტონის ემოციურ განცდებს.

როგორც ვხედავთ, თვითგრძნობის, ანუ ფიზიკური მდგომარეობის გრძნობის გამოკვლევა ემოციათა უშუალო შესწავლის წინა ეტაპია.

ფსიქიკური შთაბეჭდილებები, რომელთა გავლენის ქვეშაც ვამყოფებით, და მათთან ერთად თვითგრძნობა გვიქმნის გარკვეულ ემოციურ მდგომარეობას, ანუ გუნება-ვანწყობას.

ადამიანის გუნება-ვანწყობა, ანუ ძირითადი ემოციური ტონი შეიძლება იყოს სასიამოვნო (სთენიური), უსიამო (ასთენური) და განურჩეველი (ინდიფერენტული) ხასიათის.

ემოციებს საფუძვლად უდევს ცერებრული პროცესები, რომელთა ტეპში და ხასიათი განისაზღვრება ორგანიზმის საერთო ბიოლოგიური ტონუსით, აგრეთვე ცენტრალური ნერვული სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავიანებურებებით.

მრავალი ფაქტი ადასტურებს, რომ ემოციურ, ანუ აფექტურ გან-

ცდებს მკიდრო კავშირი აქვს ქერქვეშა კვანძებთან, სახელდობრ თალაშურ და სტრიალურ სისტემასთან.

პერიფერიიდან და საკუთარი სხეულიდან მომავალი ყოველგვარი შეგრძნება იკრიბება მხედველობით ბორცვში, რომელიც, ასე ვთქვათ, გრძნობითი განცდების ქერქვეშა ცენტრია.

აფექტური ტონის ჩამოყალიბებაში ქერქვეშა კვანძების დიდი მნიშვნელობა განსაკუთრებით ნათლად ჩანს ეპილეფიური ენცეფალიტის შემთხვევებში. ცნობილია, რომ ამ დაავადების დროს ქერქვეშა კვანძების დაზიანებასთან ერთად აღინიშნება აგრეთვე აფექტური მოღუწება და საერთოდ ემოციურ განცდათა გაუქმლპარება.

ლეთარგიული, ანუ ეპილეფიური ენცეფალიტით შეპყრობილ პირებს ხშირად ახასიათებთ აკვიატებული სიცილი ან ტირილი, რომელიც დადებითი, მსიარული გუნება-განწყობის ნაცვლად ქმნის დაბოლმიანებულ, აპათურ მდგომარეობას.

აფექტურ განცდათა ბუნების შესახებ ჯერჯერობით ამოკშურავი თეორია არ არსებობს. ერთი რამ კი შეიძლება გარკვევით ვთქვათ: ემოციების მთლიანად დაკავშირება ქერქვეშა კვანძებთან აწორი არ არის, მით უმეტეს, როდესაც საქმე ეხება უშალღესი ხასიათის ემოციებს, ადამიანის ზნეობრივი ხასიათის განცდებს.

უშალღეს განცდათა მატერიალური საფუძველია ცენტრალური ნერვული სისტემა მთლიანად და პირველ რიგში დიდი ტენის ქერქი.

პერიფერიული თეორიის თანახმად, ემოციათა ბუნება ასეთია: ჯერ ცახცახი, ხოლო შემდეგ შიშის აფექტი.

„ჩვენ დაწუხრებული ვართ და იმიტომ კი არ ვტირით, არამედ, პირიქით, დაწუხრებული ვართ იმიტომ, რომ ვტირათ, ასევე შიშის აფექტს განვიცდათ იმიტომ, რომ კვანკალეზთ“ (ლანვი).

პერიფერიული თეორია ცალმხრივი, მექანიკური და გულუბრყვილოა, ამიტომ მას ამჟამად ცოტა მიმდევრები ჰყავს და მეთოდოლოგიურად ის ჩვენთვის სრულიად მიუღებელია.

მრავალი ფაქტი ადასტურებს, რომ პერიფერიულმა მოქმეტმა არ შეიძლება განსაზღვროს და ამოსწუროს გრძნობითი განცდის მეტად რთული ბუნება. ჩვენ კარგად ვიცით, რომ აღრენალინისა შეშხაპუნება იწვევს მხოლოდ კანკალს, გულანცემას და არა ემოციება. ძლიერ დამახასიათებელია აგრეთვე ფაქტი, რომ სხვადასხვა ემოციურმა მდგომარეობამ შეიძლება ვამოიწვიოს ერთი და იგივე სომატური რეაქცია, მაგალითად, გლიკემია მანიისა და დეპრესიის დროს.

გამოკვლევის მეთოდები. გონებრივი მდგომარეობის გამოკვლევადა სხვადასხვა მეთოდი ვანკუთუნალია, გრძნობითი განცდების, ემოციებათა და აფექტების ზუსტი ობიექტური გამოკვლევის შესაძლებლობა კი არა გვაქვს.

ემოციათა კვლევის მეთოდები არ აკმაყოფილებს კლინიკის მოთხოვნებს; ისინი უფრო ავადმყოფის დაკითხვაა, ვიდრე ზუსტი ობიექტური შეაწავლა. ავადმყოფს ეკითხებიან, როგორ გრძნობს თავს, როგორი გუნება-განწყობილება აქვს, ხომ არაფერი სტიკია, მხიარულია თუ მოწყენილი და სხვ.

ძველი ავტორები, რომელნიც იკვლევდნენ ადამიანის აფექტურ მხარეს, უმთავრესად სწავლობდნენ სომატურ ნიშნებს გულისა და ფალტვების მხრივ.

ემოციური მდგომარეობის გამოკვლევა, როგორც ვხედავთ, მხოლოდ დაკითხვით და ექსპერიმენტით ძლიერ ძნელია და არასრული, ამიტომ კლინიკურ-ფენომენოლოგიური გზა, ე. ი. ავადმყოფებზე ყოველდღიური კლინიკური დაკვირვება, მათი მოქმედებისა და აფექტური რეაქციების შეაწავლა ერთ-ერთი სწორი ხერხია.

ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური აფექტი

აფექტების შეაწავლას დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც კლინიკური, ისე სასამართლო ფსიქიატრიისათვის.

არჩევნ საშვებარ აფექტს:

1. სთენიურს (დადებითი ტონის ძლიერი გრძნობა, მაგალითად, აღტაცება, სიხარული, ექსტაზი);
2. ასთენიურს (უარყოფითი ტონის ძლიერი გრძნობები, მაგალითად, შიში, ელდა, ყოყმანი, სევდა, ბოლმა);
3. შერეულ აფექტებს — მძლავრი განცდა, რომელსაც აქვს როგორც სთენიური, ისე ასთენიური აფექტის ნიშნები. ამ აფექტს ეკუთვნის მოუთმენლობა, ლოდანი, მრისხანება.

არჩევნ ფიზოლოგიურ და პათოლოგიურ აფექტებს. ფიზოლოგიური აფექტის დროს განცდა საშუალო ინტენსივობისაა და ადამიანს არ უსპობს ფსიქიკური წონასწორობის გრძნობას. პათოლოგიური აფექტი, პირიქით, მძლავრი ინტენსივობისაა, ადამიანს უსპობს შემკავებელ საშუალებებს და წონასწორობის გრძნობას.

რასობი ფიზოლოგიური აფექტის ნაცვლად ლაპარაკობს ჯამრთელ პირთა აფექტებზე, ხოლო პათოლოგიურის ნაცვლად — ავადმყოფ პირთა აფექტზე.

პათოლოგიური აფექტის შეაწავლას სასამართლო ფსიქიატრიისათვის დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან მისი განსაზღვრა საბოლოოდ გადაწყვეტს ადამიანის დანაშაულის კვალიფიკაციის, ე. ი. შეურაცხადობის საკითხს.

მოვიყვანთ ძირითად ელემენტებს, რომელთა საშუალებითაც კლინიკურად შესაძლებელი ხდება ფიზოლოგიურ და პათოლოგიურ აფექტებს შორის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება (ასათიანის თანახმად):

ფიზიოლოგიური აფექტი:

1. საშუალო ინტენსივობა
2. გამომწვევ მიზეზთან შეფარდებულობა
3. ცნობიერება არ არის შეცვლილი
4. თავდაუქერლობა (ზოგჯერ)
5. იდეათა შეუღლების აშლა (ზოგჯერ)
6. მოგონების შენარჩუნება
7. რეაქტიული სისუსტე

პათოლოგიური აფექტი:

1. გადაჭარბებული ინტენსივობა, ხანგრძლივობა
2. გამომწვევ მიზეზთან შეუფარდებლობა
3. ცნობიერება შეცვლილია (უალრესა შევიწროებადან სრულ აბნევაძდე)
4. ანგარიშმიუცემლობა დროებით სულიერ აშლილობამდე
5. იდეათა უთავბოლო შეუღლება
6. ამნეზიები: შესაძლებელია შემდეგში ამნეზიები თავისით დაირღვეს
7. პათოლოგიური ძილი

ემოციური აშლილობანი

აწეული აფექტური ავზნებულობა, ანუ ფსიქიკური ჰიპერესთეზია ფიზიოლოგიურად აღინიშნება ბავშვთა შორის, აგრეთვე მოზრდილებში დადლილობისა და უძილობის დროს.

ფსიქიკური ჰიპერესთეზია უფრო ხშირია მოსაზღვრე და სულით ავადმყოფობათა შემთხვევებში (ეპილეფსია, ქრონიკული ალკოპოლიზმი, მანია).

ფსიქიკური ჰიპერესთეზია, როდესაც აღინიშნება სთენიური, ანუ დადებითი ტონის გუნება-განწყობა და ამათან ერთად გონებრივი სფეროს ავზნება, ცნობილია ეიფორიის სახით. ეიფორია მოგვაცონებს შეზარხომებულ მღვთმარეობას, როდესაც ავადმყოფი მხიარულია, ბევრს ლაპარაკობს და ოხუნჯობს.

ფსიქიკური ანესთეზია უფრო ხშირია დეპრესიის შემთხვევებში. ამ დროს ემოციური რეაქცია შინაგანი და გარეგან გაღიზიანებაზე ან სრულიად მოსპობილია ანდა ძლიერ შესუსტებულია.

სუსტსულოვნება, გრძობათა აჩვილება, ანუ პათოლოგიური გულჩვილობა აღინიშნება ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებისას, მაგალათად, ტვინის არტერიოკლეროზის, გაფანტული სკლეროზისა და, პირველ ყოვლისა, პროგრესული პარალიზის დროს. სულიერი პროცესები მოკლებულია სიღრმეს და ამიტომ ადვილად იცვლება გუნება-განწყობა. ავადმყოფბა უცებ ატირლებიან ხოლმე, მაგრამ საკმარისია გამხნეება, რომ ტირილი უცბად შეეცვალოთ სიმხიარულით, სიცილით.

გარემოდან მიღებულ შთაბეჭდილებებს ადამიანი გადაამუშავებს, ახდენს მათ სინთეზ-ანალიზს და შექმნევს ლებულობას ამა თუ იმ გადაწყვეტილებას. თავისთავად ცხადია, რომ ადამიანის ყოველგვარ გადაწყვეტილებას საფუძვლად უდევს მისი სოციალური გამოცდრლება.

შთაბეჭდილებათა ვადამუშავებას და მიღებულ გადაწყვეტილებას მოსდევს ეფექტური რეაქციები, ე. ი. სხვადასხვა რთული საპასუხო მოძრაობა, მოქმედება და ქცევები. ეს რთული საპასუხო მოძრაობა, მოქმედება და ქცევები ადამიანის ნებითი აქტებია.

ნებითს აქტებს, ანუ ნებას აქვს თავისი ნეიროდინამიკური, ფიზიოლოგიური მექანიზმები; მისი ანატომიური სუბსტრატია ცენტრალური ნერვული სისტემა მთლიანად, კერძოდ კი დიდი ტვინის ქერქი. ამასთან ერთად, როგორც აღვნიშნეთ, ნებითი აქტები, ანუ პროცესები ვაპირობებულა სოციალური ფაქტორებით, სოციალური ყოფა-ცხოვრებით.

ნებითი პროცესები გარე წრის სოციალურ მომანტებთან უშუალო კავშირშია. უნდა გვახსოვდეს, რომ ნება არ არის მხოლოდ და მხოლოდ ადამიანის ბიოლოგიური განვითარების პროდუქტი. ის, პირველ ყოვლისა, ადამიანთა შრომითი-წარმოებითი ურთიერთდამოკიდებულების შედეგია და მას საფუძვლად უდევს ადამიანის ქცევის ისტორიული განვითარება (გილიაროვსკი, ოსიპოვი).

ნებითი ფუნქციების შესასწავლად ერთი რაიმე გარკვეული მეთოდის გამოყენება საკმარისი არ არის. საჭიროა ავადმყოფზე დაკვირვება, მისი მოტორული რეაქციების, ამასთან ერთად ნებითი აქტივობის, ამ უკანასკნელის ხასიათისა და ცვალებადობის შესწავლა.

ნებითი ფუნქციების აზლილობანი. დიდაქტიკურად უფრო მისაღებია ცალ-ცალკე შეეჩერდეთ მოძრაობათა და მოქმედებათა აზლის კლინიკაზე. როგორც მოძრაობა, ისე მოქმედება შესაძლებელია იყოს გამრავლებული, შემციირებული და გაუყუღმართებული.

მოძრაობათა გამრავლება ვითარდება სხვადასხვა ინფექციური დაავადების დროს. მაგალითად, ებიდემიური ენცეფალიტის შემთხვიობში ის გამოწვეულია ქერქქვეშა კვანძების გაღიზიანებით. აღსანიშნავია ათეტოზური, ტიკისმაგვარი, ქორეასმაგვარი და სხვა მოძრაობები.

მოძრაობათა შემციირება აღინიშნება სხვადასხვა ფსიქოზის დროს. არის შემთხვევები, როდესაც მოძრაობათა შემციირება იპუნაღ მძლავრად გამოხატული, რომ ავადმყოფი გაყუჩებულია, სრულ უმოძრაოდ მდგომარობაშია, რაც ანობილია სტუპორის სახელოოდებით.

სტუპორს ყველაზე ხშირად ვხვდებით შიზოფრენიისა (კატატონის) და მელანქოლიის დროს.

შიზოფრენიული სტუპორის დროს ავადმყოფი მოტორულად გაყუჩებულია. უმოძრაოდ წევს, კუნთები დაქინებული აქვს, მდგომარეობის შეცვლის წინადადებაზე დიდ წინააღმდეგობას გვიწევს. ამ სტუპორის დროს მოძრაობა სრულიად შეწყვეტილია, ამიტომ შიზოფრენიულ, ანუ კატატონიურ სტუპორს სუფთა მოტორულ სტუპორს უწოდებენ.

საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ფსიქოზების დროს არსებული აკინეზიური და ჰიპერკინეზიური მდგომარეობა გარეგნულად ძლიერ წააგავს მოძრაობათა ვაუკულმართებას, რომელიც ვათარდება ექსტრაპირამიდული სისტემის დაზიანების შემთხვევაში. მაგრამ კლინიკურ-ფენო-მენოლოგიურად პრინციპული განსხვავებაა ფსიქოზების დროს არსებული და სუფთა ნევროლოგიურ აკინეზია-ჰიპერკინეზიას შორის.

სუფთა ნევროლოგიური აკინეზია ან ჰიპერკინეზია არ ისპობა ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლით ან თვით ავადმყოფის სურვალით და, პირიქით, შიზოფრენიის დროს აკინეზია-ჰიპერკინეზია შეიძლება უცებ სრულიად შეწყდეს ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლით ან ავადმყოფისავე სურვილით.

მელანქოლია, ანუ დეპრესიის დროს შესაძლებელია აკრეთვე სტუპორი განვითარდეს. მელანქოლიური სტუპორის შემთხვევაში ავადმყოფი მოძრაობს, მაგრამ ძლიერ ნელა, ამასთან ერთად მძიმედ ლაპარაკობს, საჭიროა დიდი დრო, რამდენჯერმე შეკითხვის მიცემა, გაღიზიანება, რომ პააუხი მივიღოთ.

მელანქოლიური სტუპორი სრულიად განსხვავდება კატატონიური სტუპორიანაგან, სახელდობრ, მელანქოლიური სტუპორის დროს ფსიქომოტორული პროცესები მიმდინარეობს, მაგრამ ძლიერ ნელა, ე. ი. ვითარდება ფსიქიკური მოტორული აქტების შეკავება. კატატონიური სტუპორის დროს, პირიქით, ფსიქომოტორული აქტების მიმდინარეობა სრულიად შეწყვეტილია, ე. ი. მოტორული აქტები შეჩერებულია.

შეჩერებასა და შეკავებას შორის პრინციპული, თვისობრივი განსხვავებაა და, როგორც დავინახავთ, სრულიად სხვადასხვა ფსიქოზის დროს აღინიშნება.

შესაძლებელია სრული ფსიქომოტორული გაყუჩება რაიმე მძიმე ფსიქიკური ტრავმის შედეგად (ელდა, შიში); ამ შემთხვევაში ავადმყოფი მოკლებულია ფსიქომოტორულ რეაქციათა შესაძლებლობას; ასეთ სტუპორს ფსიქოგენურს უწოდებენ, რომლიდანაც შესაძლებელია ავადმყოფის გამოყვანა.

ამრავალ, არსებობს სამი სახის სტუპორი: მოტორული, ფსიქომოტორული და ფსიქოგენური.

კლინიკურად ძლიერ საინტერესოა შეეჩერდეთ მოძრაობათა თვისობრივ ვაუკულმართებაზე, რომელიც შესაძლებელია გამოხატული იყოს მოძრაობათა თავისებური გამრავლებით ან შემცირებით, რაც

აღინიშნება კატატონიის დროს. ამიტომ მოძრაობათა თვისობრივ გაუ-
კუღმართებას განიხილავენ როგორც სხვადასხვა სახის კატატონიურ
მოვლენებს.

ვარჩევთ ქვემოჩამოთვლილ კატატონიურ მოვლენებს.

1. ტეტანიის დროს ყველა მომხრელი და მომხიდავი კუნთი შე-
კუმშულია და დაჭიმულია. ავადმყოფი ემბრიონული მდებარეობის პო-
ზიშია: ზრულიად მოხრილი. კიდურები მოკეცილი აქვს, მხოლოდ
ნიკაბი მუცელთან მიბჯენილი.

2. კატალექსიის შემთხვევაში ვადაჭარბებულად. ავადმყოფურადაა
გამოხატული შთაგონებულობა.

ფიზიოლოგიურად აწეული შთაგონებულობა ახასიათებთ ბავშვებს,
აგრეთვე სრულწაკოვანთ დაღლილობის და სიძთვრალის დროს. გადა-
ჭარბებული შთაგონებულობა აღინიშნება კატატონიის, ისტერიისა და
ჰანსოზის შემთხვევებში.

კრიტიკის შესუსტება და საერთო გონებრივი დონის დაქვეითება
იწვევს შთაგონების გაძლიერებას, მაგრამ საკმარისია ერთი სიტყვა
უთხრათ ასეთ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს, რომ მათ უცებ
შეწყვიტონ მოქმედება.

შიზოფრენიის კატატონიურ ფორმაში შთაგონებულობა შესაძლე-
ბელია გამოხატული იყოს ორი სახით: კატალექსიით ან ავტომატური
დამორჩილებით.

კატალექსიას უწოდებენ ცვილისებრ მოქნილობას, რადგანაც ამ
დროს ავადმყოფის სხეულის ყოველ ნაწილს შეიძლება მიეცეთ სა-
სურველი მდებარეობა ან ავადმყოფი მოვათავსოთ სასურველ პოზიში;
ავადმყოფის სხეული მოგვაგონებს ცვილს და ინარჩუნებს მიცემულ
პოზს. კატალექსიის გამოკვლევისას საუბრისა და გასინჯვის დროს
ავადმყოფი მისთვის შეუმჩნეველად უნდა მოვათავსოთ რაიმე პოზიში,
თორემ შესაძლებელია მან განზრახ აქტიურად გააჩეროს კიდური.

ავტომატური დამორჩილების მაგალითია ექობრაქსია (სხვისი მოძ-
რაობის მიბაძვა), ექოლალია (სხვის მიერ თქმული სიტყვების გამეო-
რება), ექომიზია (სხვისა სახის გამომეტყველების მიღება).

ექოლალიისაგან განსხვავდება ე. წ. პალელალია, როდესაც ავად-
მყოფი იმეორებს თავისავე სიტყვებს (მაგალითად, მის მიერ წარმო-
თქმული წინადადების უკანასკნელ სიტყვას). პალელალია ვითარდება
როგორც შიზოფრენიის, ისე ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს.

3. ნეგატივიზმი კატალექსიის ზრულიად საპირისპირო მდგომარე-
ობაა, რაც გულსხმობს პათოლოგიურ ურჩობას: ავადმყოფები ძლი-
ერ წინააღმდეგობას იჩენენ მათი მდგომარეობის შეცვლისას. მათ
შთაგონებულობა ან ძლიერ დაქვეითებული აქვთ. ანდა სრულიად
არა აქვთ.

არჩევენ პასიურ და აქტიურ ნეგატივიზმს.

პასიური ნეგატივიზმის შემთხვევაში ავადმყოფი არ ასრულებს მის წინაშე დასმულ ამოცანას, ხოლო აქტიური ნეგატივიზმის დროს ამ ამოცანის სრულიად საპირისპიროდ იქცევა (მაგალითად, როდესაც ეუბნებიან, რომ ადგეს, ჯდება და პირიქით).

შესაძლებელია ერთსა და იმავე ავადმყოფს ერთსა და იმავე დროს გამოხატული ჰქონდეს როგორც ნეგატივიზმი, ისე კატალექსია.

4. მიზაძვისადმი მიდრეკილება აიხსნება ავადმყოფთა გადაჭარბებული შთაგონებულობით.

5. სტერეოტიპია გულისხმობს ერთი და იმავე მდგომარეობის ან მოქმედების შენარჩუნებასა და განმეორებას რამდენიმე საათის, დღის, კვირისა და შეიძლება თვის განმავლობაშიც.

ვარჩევთ მეტყველების, მოძრაობათა და პოზის (სხეულის მდებარეობის) სტერეოტიპიას.

6. ვერგიბერაციის დროს ავადმყოფი ხმარობს სრულიად უაზრო, უთავბოლო სიტყვიერ პროდუქციებს, მათ ისე ალაგებს, რომ დაცულია გრამატიკული ფორმები და გარეგნულად იქმნება შთაბეჭდილება, თითქოს წინადადებებით ლაპარაკობდეს.

7. ნეოლოგიზმების შემთხვევაში ავადმყოფები თხზავენ. იგონებენ ჩვენთვის სრულიად ვაუგებარ ახალ სიტყვებს.

8. მანერიანობის, ანუ პრანჭიანობის შემთხვევაში ჩვეულებრივ მოძრაობებსა და მოქმედებებს ავადმყოფები ასრულებენ გაუკუღმართებულად: უცნაურად დადიან, ავადმყოფურად იპრანჭებიან, ხელის ჩამორთმევის დროს შეიძლება მოგვაწოდონ მარცხენა ხელი, ან მხოლოდ ერთი თითი და ა. შ.

მოქმედებათა აშლის დროსაც შესაძლებელია სამგვარი მდგომარეობა: შემცირება, გამჩაგლება (გაძლიერება) და გაუკუღმართება.

შოქმედებათა შემცირება, ანუ ჰიპოფუნქცია ზოგჯერ იმდენად მძლავრადაა. გამოხატული, რომ ავადმყოფი სრულიად უმოქმედოაა, რა აქვს რაიმე საქმიანობის სურვილი და ინტერესი, მიცემულ წინადადებას ასრულებს უინიციატივოდ, რასაც აბუღიას უწოდებენ.

აბულიური მდგომარეობა ხშირია სხვადასხვა ნევროტიკთა შორის, აგრეთვე ტვინის ორგანული დაზიანების შემთხვევებში.

ადამიანის ნებითი გადაწყვეტილებები მკიდრო კავშირშია მის ინტელექტუალურ ფუნქციებთან და ემოციურ მდგომარეობასთან.

აკვიატებული მოქმედება აკვიატებული მდგომარეობის ერთ-ერთი სახეა, მაგალითად, რიტუალა აკვიატებული იდეების შემთხვევაში. როგორც აღვნიშნეთ, აკვიატებულ მოქმედებათა მიმართ ავადმყოფები იჩენენ კრიტიკას, ებრძვიან მათ, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ასრულებენ სხვადასხვა არასაჭირო მოქმედებას უნებურად, შინაგანი დაუძლეველი ლტოლვის თანახმად.

იპსულსურა მოქმედება აღინიშნება შიზოფრენიის დროს: ავად-
მყოფები უეცრივ, ყველასათვის მოულოდნელად, უმოტივო ენდოგენ-
ური მოთხოვნების თანახმად რთულ და მრავალაზოვან მოქმედე-
ბებს აკეთებენ.

ავტომატური მოქმედებანი. ამ დროს ავადმყოფები ასრულებენ
რთულ მოქმედებებს თავისთავად, ავტომატურად, ყოველგვარი სურ-
ვილის გარეშე,

ავტომატურ მოქმედებათა ერთ-ერთი რთული სახეა ფსიქიკური ავ-
ტომატიზმი, ანუ ფსიქიკური ტრანსი.

ფსიქიკური ავტომატიზმის შემთხვევაში გარკვეული დროის მან-
ძილზე ავადმყოფს შეცვლილი აქვს ცნობიერება და ის ასრულებს მე-
ტად რთულ სხვადასხვა მოქმედებას, რომელთა მიმართ ეკარგება ყო-
ველგვარი მოგონება მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ.

ფსიქიკური ავტომატიზმი შეიძლება განვითარდეს ისტერიული
სომნამბულაზმის, ეპილეფსიური და ალკოჰოლური ფსიქოზების დროს.

ერთ-ერთი ეპილეპტიკი ასეთი შეცვლილი ცნობიერებით მიდიოდა
მეორე ქალაქში, სადაც რჩებოდა რამდენიმე კვირა, მდგომარეობიდან
გამოსვლის შემდეგ კი განცვიფრებული იყო სხვა ქალაქში ყოფნის
გამო.

აპტიური და პასიური ყურადღება

ყურადღების საშუალებით ადამიანი გარემოდან გამოყოფს, ითვი-
სებს სრულიად გარკვეულ საგნებსა და შთაბეჭდილებებს, ამას გარ-
და, ძაბავს პირად ფსიქიკურ ძალ-ღონეს ამ საგნებისა და მოვლენების
მიმართ.

ყურადღების აქტს თან სდევს საორიენტაციო რეაქციათა გამახვი-
ლება, რის გამოც ადამიანი იღებს გარკვეულ „საორიენტაციო პო-
ზებს“: იცვლის მიმიკას, იცქირება ან ისმენს გარკვეული მიმართუ-
ლებით და სხვ.

არჩევენ პასიურ და აქტიურ ყურადღებას. ასეთ დაყოფას დიდი
კლინიკური მნიშვნელობა აქვს.

პასიური ყურადღება დამოკიდებულია გარედან მომავალ გაღი-
ზიანებათა ხასიათსა და ინტენსივობაზე.

აქტიური ყურადღება განისაზღვრება თვით პიროვნების ინტერე-
სით, ემოციური მიზანსწრაფვით და, რაც მთავარია, მიღებული სოცია-
ლური გამოცდილებით.

ყურადღება მეტად რთული ბუნების ფსიქიკური პროცესია, რო-
მელსაც მკვიდრო კავშირი აქვს როგორც ინტელექტუალურ, ისე ემო-
ციურ და ნებით პროცესებთან.

ყურადღების ფიზიოლოგიური მექანიზმი შეიძლება შევადაროთ

აგზნების დომინანტური კერის (უხტომსკის მოძღვრების მიხედვით) ან ოპტიმალური ცენტრის (პავლოვის თანახმად) მუშაობას.

კლინიკურ მასალაზე ყურადღების შესწავლისას ძლიერ საინტერესოა ყურადღების ზოგიერთი სპეციფიკური მხარის, მაგალითად, ყურადღების მოცულობის, ცვალებადობის, კონცენტრაციის, გამძლეობისა და დაღლილობის გათვალისწინება.

ყურადღების პათოლოგია მეტად რთულია, რადგანაც მასზე ზეგავლენას ახდენს მრავალი სხვადასხვა მეორადი, შემთხვევითი მომენტი, მაგალითად, ოლიგოფრენიით და სხვა ორგანული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფებს ყურადღების მოცულობა შემცირებული აქვთ ინტელექტის სიღარიბის გამო, მელანქოლიკთა და პარანოიკთა ყურადღების მოცულობის შესუსტება კი უფრო ავადმყოფთა ცალმხრივი ემოციური დაძაბვითაა გამოწვეული.

კლინიკურად განსაკუთრებით საინტერესოა ყურადღების შეკავება და აცილება.

ციკლოფრენიის, ანუ მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დეპრესიულ სტადიაში ავადმყოფს შესაძლებელია ჰქონდეს შეკავებული ყურადღება. ამ დროს იგი მთლიანად შეპყრობილია პირადი განცდებით, რის გამოც გარეგანი გაღიზიანებანი და შთაბეჭდილებანი ვერ აღწევს ფსიქიკურ აპარატს და მისი ინტერესების გარეშე რჩება.

ყურადღების აცილება აღინიშნება ორგანული და ინფექციური ფსიქოზების დროს, უფრო ხშირად კი ციკლოფრენიის მანაკალურ სტადიაში.

კლინიკურად ყურადღების აცილება გამოიხატება იმით, რომ ავადმყოფს არ შეუძლია ფიქსაცია მოახდინოს გარკვეულ საგნებზე, მოვლენებსა და შთაბეჭდილებებზე; იგი სწრაფად გადადის ერთი საგნიდან მეორეზე, ვერ სწვდება ერთი საგნისა და მოვლენის ბუნებას და ყველაფერს მხოლოდ ზერელედ ითვისებს.

კვუასუსტ ავადმყოფს (პროგრესული პარალიზი და სხვა ორგანული ფსიქოზები) ემჩნევა ყურადღების სიციწროვე ან სრული დაჩლუნგება; ასეთი ავადმყოფები განურჩეველი არიან და გარემოსადმი ინტერესს არ იჩენენ.

მიზიდულობანი და მათი პათოლოგია

მიზიდულობანი უშუალოდ დაკავშირებულია ორგანიზმის ძირითად ვიტალურ, ანუ სასიცოცხლო მოთხოვნილებებთან (თვითდაცვისა და შთამომავლობის გაგრძელების ინსტიქტები).

მიზიდულობა იგივე ინსტიქტია, მხოლოდ ამოქმედებული და ნებითი ფუნქციებით გამოსახული, ამიტომ მიზიდულობა თავისი ბიო-

ლოგიური ბუხებით ბიოლოგიურად ფიქსირებული აქტია და ფუნქციურად დაკავშირებულია დიდი ტვინის ღრმა ნაწილებთან.

ფსიქიკური პროცესებიდან მიზიდულობასთან ყველაზე მჭიდრო კავშირი აქვს აფექტივობას; მიზიდულობის დაკმაყოფილება იწვევს სასიამოვნო, დაუკმაყოფილებლობა კი — უსიამო გრძობას.

თვითშენახვის, ანუ თვითდაცვის ინსტინქტი, პირველ ყოვლისა, ვლინდება ჭამისადმი მიზიდულობით, ხოლო შთამომავლობის გაგრძელების ინსტინქტი — სქესობრივი მიზიდულობით.

ჭამისა და სქესობრივ მიზიდულობათა პათოლოგია კლინიკურად ძალიან საინტერესოა. ეს მიზიდულობანი შესაძლებელია იყოს გაძლიერებული, შესუსტებული და გაუკუღმართებული. ჭამის მიზიდულობის დაქვეითება ან საჭმლის სრული უარყოფა აღინიშნება დეპრესიისა და შიზოფრენიის დროს. ავადმყოფური უმადობა ცნობილია ანორექსიის სახელწოდებით.

ჭკუასუსტ ავადმყოფს (პროგრესულ პარალიტიკებსა და იდიოტებს) აქვთ ჭამის გაძლიერებული მიზიდულობა (პოლიფაგია: ჭამენ ბევრს და განურჩევლად).

გადაჭარბებულად გამოხატულ მადას ბულიმიას (მგლის მადა) უწოდებენ.

ჭამის მიზიდულობის გაუკუღმართების მაგალითად შეიძლება დავასახელოთ ე. წ. კოპროფაგია, როდესაც შიზოფრენიკი ჭამს საკუთარ ექსკრემენტს.

სექსუალური, ანუ სქესობრივი მიზიდულობის გაძლიერება აღინიშნება იმბეცილთა და ფსიქოპათთა შორის, აგრეთვე მანიაკალურ მდგომარეობასა და პროგრესული პარალიზის დაწყებში ტაბიდაში.

ნარკოზანიები, დეპრესიები და ცენტრალური ნერვული სისტემის ჩამოყალიბებული ლუესური დაავადებანი (პროგრესული პარალიზი, ტაბესი) იწვევს სქესობრივი მიზიდულობის მკვეთრ დაწევას.

ცნობილია სქესობრივი გაუკუღმართების სხვადასხვა სახე.

ცნობიარება, თვითცნობიარება, ცნობიარების პათოლოგია

მარქსის განმარტების თანახმად: „ჩემი დამოკიდებულება ჩემ წრესთან არის ჩემი ცნობიერება“. ცნობიერება ყველაზე რთული, მხოლოდ ადამიანისათვის დამახასიათებელი და სპეციფიკური ფუნქციაა.

გარემოდან მიღებულ შთაბეჭდილებათა და მოვლენათა დეტალური ანალიზ-სინთეზის შედეგად ადამიანი ასრულებს ცნობიერ, გარკვეული მიზანდასახულობის მოქმედებას. იგი გამოყოფს თავის პიროვნებას, თავის „მე“-ს გარემოდან და ამასთან ერთად გარემოსთან რთული შეგნებული, ცნობიერი დამოკიდებულება აქვს.

ცნობიერების სტრუქტურაში ცენტრალური ადგილი უკავია თვით-
ცნობიერებას, რომელიც გულსხმობს წარმოდგენას საკუთარი „მე“-ს
შესახებ და სუბიექტ-ობიექტის ერთმანეთისაგან განსხვავების უნარს.
თვითცნობიერებას, ანუ სუბიექტ-ობიექტის ცნებას საფუძვლად უდევს
ადამიანის პრაქტიკა და იგი პირველად წარმოიქმნება დაახლოებით
ორი-სამი წლის ასაკში.

ცნობიერება ფსიქიკურ მოქმედებათა უმაღლესი სინთეზია, ამი-
ტომ მისი ანატომიური სუბსტრატია მთლიანად დიდი ტვინი.

სულით ავადმყოფთა ფუნქციების შესწავლისას ჩვენ ვსარგებ-
ლობთ ცნობიერებისა და თვითცნობიერების კლინიკური განმარტებით.
ფსიქოზების დროს სხვადასხვა ავადმყოფური ნიშნის გამო (ბოდვები,
ფსიქიკურ ფუნქციათა გახლეჩილობა, ჰალუსინაციები და სხვ.) ავად-
მყოფს დაკარგული აქვს გარე წრესთან ცნობიერი ურთიერთდამოკი-
ლებულების შესაძლებლობა.

ყოველდღიური კლინიკური მუშაობისას უფრო მისაღებია ცნობი-
ერების განხილვას მივუდგეთ წმინდა პრაქტიკული თვალსაზრისით და
გავიგოთ, თუ რა შესაძლებლობანი აქვს ავადმყოფს სახელდობრ პრაქ-
ტიკული ორიენტაციისათვის. ასეთი ფორმალური და ვიწრო კლინიკუ-
რი გაგებით, ცნობიერება საკუთარ აზრებში, გარემოსა და ირგვლივ
მყოფთა შორის ადამიანის ორიენტაციას უნარია.

ცნობიერების გამოკვლევისას ავადმყოფებზე დაკვირვებასთან ერ-
თად საჭიროა მათი გამოკითხვა, მაგალითად: სად იმყოფებიან ისინი,
რა დროა ახლა (თვე, რიცხვი), ვინ არიან მათ გარშემო და სხვ.

კლინიკურად ძლიერ საინტერესოა თუ როგორ ერკვევა ავადმყოფი
ადგილში, დროში, სივრცეში და ირგვლივ მყოფთა შორის, პირად
მდგომარეობაში, მაგალითად: იცის თუ არა, ვინ არის იგი, მიაჩნია თუ
არა თავისი თავი ავადმყოფად. ცნობს თუ არა ირგვლივ მყოფთ
და ა. შ.

ცნობიერების პათოლოგია. ცნობიერების აშლა აღინიშნება სხვადა-
სხვა მძიმე ფსიქოზის დროს.

ზემოაღნიშნული განმარტების თანახმად, თვითცნობიერების აშ-
ლის დროს ავადმყოფს დაკარგული აქვს სუბიექტ-ობიექტის განსხვავ-
ების შესაძლებლობა; მას არ შეუძლია თავისი პიროვნება, თავისი
„მე“ გამოყოფს გარე საწყაროდან.

ფსიქოპათოლოგიურად ძლიერ საინტერესოა ცნობიერების აშლის
ერთ-ერთი სახე, რომელსაც დეპერსონალიზაციას უწოდებენ. ამ შემ-
თხვევაში ავადმყოფებს შენარჩუნებული აქვთ სუბიექტ-ობიექტის
ცნება, წარმოდგენა თავისი „მე“-ს შესახებ; ამით დეპერსონალიზაცია
პრინციპულად განსხვავდება თვითცნობიერების პათოლოგიისაგან.

სუბიექტ-ობიექტის ცნებისა და თავისი „მე“-ს გრძნობის შენარ-

ჩუნებასთან ერთად დეპერსონალიზაციის დროს დარღვეულია სწორი ურთიერთდამოკიდებულება ავადმყოფის განცდათა, შთაბეჭდილებათა და მის პიროვნებას შორის; დეპერსონალიზაციის დროს პიროვნება, ავადმყოფის „მე“ ერთგვარად გარებულება: ძირითადი „მე“-ს გარდა, ავადმყოფის ფსიქიკურ აპარატში არის მეორე „მე“. ერთ-ერთი შიზოფრენიკი დაჟინებით გვარწმუნებდა, რომ მასში პარაზიტული მეორე პიროვნებაა, სახელად „გეტო“, რომელთანაც ხშირად საუბრობდა. მეორე შიზოფრენიკი მოგვითხრობდა, რომ მის თავში წარმოქმნილი აზრები მას კი არ ეკუთვნის, არამედ ძალადაა შეტანილი ვიღაცის მიერ. დეპერსონალიზაციის ნიშანი შეიმჩნევა მელანქოლიურ მდგომარეობაში, შიზოფრენიის დროს და სხვ.

ცნობიერების პათოლოგიის შესწავლისას უნდა გამოვიკვლიოთ თუ რით აიხსნება ორიენტაციის დაკარგვა, ავადმყოფი ვერ ერკვევა იმიტომ, რომ მას აღქმა აქვს გაუკუღმართებული და ვერ აღიქვამს გარემოს, თუ აღქმა არის, არააწორია მისი გადამუშავება. პირველ შემთხვევაში ცნობიერება უფრო ღრმადაა გაუკუღმართებული, მეორეში, პირიქით, პროცესი ზერელეა და მეორადი ხასიათის.

იმისდა მიხედვით, თუ რა უშლის აღქმულ საგანთა და შთაბეჭდილებათა გადამუშავებას, კლინიკურად ვარჩევთ ცნობიერების აბნევის შემდეგ სახეებს: ასოციაციურს, მანიაკალურს, ჰალუცინაციურს, ბოღვიოს, აფექტურს, ამნეზიურსა და დემენციურს.

ასოციაციური, ჰალუცინაციური და ბოღვითი აბნევის სახეები უფრო ხშირია შიზოფრენიის დროს. ამ შემთხვევაში ავადმყოფები სწორად აღიქვამენ, მაგრამ აღქმის გადამუშავებისა და გარემოში ორიენტაციის უნარი არა აქვთ გაფხვიერებული წყვეტილი აპოციაციების შედეგად ან ჰალუცინაციებისა და ბოღვის მოზღვაების გამო.

მანიაკალური აბნევა აღინიშნება ციკლოფრენიის დროს, თან სდევს ავადმყოფთა მძლავრ აგზნებას და იდეებისა და აზრების ქარიშხლისებრ აჩქარებას.

აფექტური აბნევა ვითარდება ეპალეფსიის, მელანქოლიის, ოლიგოფრენიისა და სხვა ორგანულ ფსიქოზთა შემთხვევებში. ამ დროს ავადმყოფები დაძაბული არიან და ფიქსაციას ახდენენ გარკვეულ აფექტზე, რის გამოც შთაბეჭდილებებს ვერ ახახვენ და მათ ანალიზს ვერ აკეთებენ.

ამნეზიური და დემენციური აბნევის სახეები აღინიშნება სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზის დროს და აიხსნება ღრმა კუპალსტობით ან მეხაიერების მკვეთრი დაქვეითებით.

ის შემთხვევები, როდესაც ცნობიერება შეცვლილა ღრმად და პირველად (ე. ი. აღქმის გაუკუღმართების გამო), ეკუთვნის ცნობიერების აშლის პათოლოგიას. კლინიკურად საინტერესოა ცნობიერების

აშლის შემდეგი სახეები: გაბრუება (ანუ გაბრუებული მდგომარეობა), დელირიოზული, ამენციური და ბინდისებრი ცნობიერება.

ცნობიერების გაბრუებული მდგომარეობაა თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებათა შემთხვევებში, აგრეთვე შიზოფრენიის, თეთრი ცხელების, ინფექციების, ინტოქსიკაციების დროს და ა. შ. გაბრუებული ავადმყოფები ადვილად იგზნებიან, მათი აღქმა მოკლებულია სიზუსტეს და სიცხადეს, რის გამოც დაკარგულია ორიენტაციის შესაძლებლობა. ღრმა გაბრუებას შესაძლებელია მოჰყვეს სომნოლენცია. სოპორი ან კომა.

სომნოლენციის დროს ავადმყოფი ძილად არის მივარდნილი; რეფლექსები შენარჩუნებულია. დაუინებელი გამოკითხვით შესაძლებელია ავადმყოფის გამოყვანა ამ მდგომარეობიდან.

სოპორი უფრო ღრმა მდგომარეობაა, ვიდრე სომნოლენცია, და პათოლოგიური ძილის შემთხვევაა. რეფლექსები ამ დროსაც შენარჩუნებულია. ავადმყოფის გამოღვიძება შეიძლება მხოლოდ რამდენიმე წუთით.

კომა სრული უგონობაა, რომლის დროს ყველა რეფლექსი დაკარგულია. ამ დროს აღინიშნება ქერქული ფუნქციის სრული ამოვარდნა. რაჟაც მოსდევს ცნობიერების სრული დაკარგვა.

კომა, ანუ სრული უგონობა აღინიშნება ეპილეფსიური გულყრის დროს, აგრეთვე ინსულტებისა და გულწასვლის შემთხვევებში.

დელირიოზული ცნობიერებაა სხვადასხვა ინტოქსიკაციის და ინფექციის დროს; ამ მდგომარეობას იწვევს აგრეთვე ტვინის სიმპიენები და ქალას ტრავმული დაზიანებანი. ცნობიერება მძიმედაა შეცვლილი, რაც შედარებით ხანმოკლედ გრძელდება (დღეები, კვირები და იშვიათად რამდენიმე თვე).

დელირიოზული ცნობიერების დროს ავადმყოფები ძლიერ მოუსვენარი და აგზნებული არიან, ამასთან ერთად, მათ შენარჩუნებული აქვთ თვითცნობიერება და წარმოდგენა საკუთარ „მე“-ზე, რაც ხელს უწყობს ფსიქოზის პერიოდზე მოგონების შენარჩუნებას. ხშირია შიშის განცდები.

დელირიოზული მდგომარეობისას პირველ რიგში ყურადღება უნდა მივაქციოთ აღქმის პათოლოგიას: უხვადაა პალუცინაციები, ფსევდოპალუცინაციები და ილუზიები. ყველაზე ხშირია მხედველობის პალუცინაციები, ავადმყოფთა აზროვნება შეუკავშირებელია, ქაოსური.

ამენციური ცნობიერება ახასიათებს მძიმე ინფექციურ და სხვადასხვა ორგანულ ფსიქოზს, ზოგჯერ შიზოფრენიის ან ციკლოფრენიას: გრძელდება რამდენიმე კვირა, ზოგჯერ რამდენიმე თვეც.

ამენციური აშლა ყველაზე უფრო ღრმად შეცვლილი ცნობიერებაა. ამ დროს ავადმყოფებს დაკარგული აქვთ თვითცნობიერება; მათ არ

შეუძლიათ შეასრულონ სრულიად ელემენტარული ფსიქიკური ფუნქციები და საცხები მოკლებული არიან ანალიზ-სინთეზის უნარს. ამიტომ გამოკეთების შემდეგ ავადმყოფებს ფსიქოზის შესახებ არავითარი მოგონება არ რჩებათ (სრული ან მთლიანი ამნეზია).

ავადმყოფები ვერ იგებენ მათდამი მიმართულ უბრალო კითხვებს, ვერ ერკვევიან სავნებში, დაბნეული არიან, უვითარდებათ უაზრო სიტყვიერი პროლექციები. წარმოდგენათა და ემოციურ განცდათა შორის კოორდინაცია დარღვეულია. აღინიშნება არამყარი პალუცინაციები და ბოდვითი იდეები. ავადმყოფები ან ძლიერ აგზნებული ანდა სრულიად გაყუჩებული არიან (სტუმბორობულ მდგომარეობაში).

ბინდისებრი ცნობიერება აღინიშნება ეპილეფსიური ფსიქოზის დროს, უფრო იშვიათად შიზოფრენიის, პროგრესული პარალიზის, ქალას ტრავმებისა და ინფექცია-ინტოქსიკაციების დროს. უკანასკნელ შემთხვევებში ცნობიერება განსხვავდება ნამდვილი ბინდისებრი მდგომარეობისაგან და ფენომენოლოგიურად უფრო დელირიოზულ ან სიზმრისებრ ცნობიერებას წააგავს.

ბინდისებრ ცნობიერებას აკუთვნებენ აგრეთვე ცნობიერების შეცვლას ისტეჭიის დროს.

კლინიკური თვალსაზრისით, უფრო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ცნობიერების მოცულობის შევიწროების დაყოფა სამ სახედ: ბინდისებრ, ანუ ეპილეფსიურ, სომნამბულურ, ანუ ისტერიულ და ონეიროიდულ, ანუ სიზმრისებრ ცნობიერებად.

ბინდისებრი ცნობიერება, ჩვეულებრივ, ხანმოკლეა (გრძელდება რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდე, იშვიათად რამდენიმე კვირა).

ბინდისებრი ცნობიერება, როგორც წესი, თავდება ძილით და ფსიქოზის შესახებ არავითარი მოგონება არ რჩება (სრული ამნეზია). ამ დროს გარემოს აღქმა პალუცინაციური და ილუზიურია. ავადმყოფი ხედავს საშინელ სურათებს, მისი აზროვნება შენელებულია, მიღებულ შთაბეჭდილებას გადაამუშავებს ბოდვითად, უვითარდება მძლავრი აფექტური დამაბულობა. აფექტი უფრო ხშირად უსიამო ტონისაა: საშინელ განცდათა მოლოდინში ავადმყოფები ძლიერ აგზნებული, მუუკარებელი არიან და საშიშად მოქმედებენ.

ცნობიერების ბინდისებრ შევიწროებას ეკუთვნის კლინიკურად ძლიერ საინტერესო ფენომენი ე. წ. ეპილეფსიური ტრანსი. ამ დროს ავადმყოფი გარეგნულად სწორად აკეთებს სხვადასხვა მოქმედებას, ავადმყოფის „მე“-ს, ბიროვნებისაგან დამოუკიდებლად. ავადმყოფს მდგომარეობის შესახებ მოგონება არ რჩება. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ეპილეფსიურ ტრანსში ავადმყოფები ასრულებდნენ მეტად რთულ მოქმედებებს, მაგალითად, ერთი ასეთი ავადმყოფი (პათოლოგიური მდგომარეობის გამო) პარიზიდან ბომბეიში გამგზავრებულა.

სომნამბულური ცნობიერების შემთხვევაში ავადმყოფი ახდენს გადატანილი ფსიქიკური ტრავმის გულყრითს განმეორებას, ამიტომ იგი ეერ ზედაეს რეალურ სინამდვილეს და ყველაფერს აღიქვამს კომპლექსურად, მიღებული ფსიქიკური ტრავმის შინაარსის თანახმად ბინდისებურ და სომნამბულურ ცნობიერებას შორის განსხვავებაა კლინიკური შინაარსისა და აღნაგობის მხრივ. ბინდისებრი ცნობიერება პერმეტულადაა დახშული, სომნამბულური ცნობიერების დროს, პირიქით, შესაძლებელია ავადმყოფთან კავშირი, ანუ რაპორტის დამყარება. უნდა გვახსოვდეს. რომ სომნამბულიზმის დროს აღინიშნება ცნობიერების უაღრესი შევიწროება, იგი პერმეტულად დახშული არ არის.

ისტერიკთა ცნობიერების შევიწროებას ძლიერ ჰგავს ცნობიერების შევიწროება ჰიპნოზის დროს.

ონიერიოიღული ცნობიერება თავისი ფსიქოლოგიური ბუნებით ჰგავს სიზმრისებრ მდგომარეობას, რის გამოც ავადმყოფს რჩება გადატანილ ფსიქოზზე დეტალური მოგონება.

ავადმყოფები გარემოს აღიქვამენ პალუცინაციურად და ილუზიურად, დიდი ემოციური დაძაბულობით განიცდიან სხვადასხვა ფანტაზიურ ამბავს.

ონიერიოიღულ მდგომარეობაში, ისე როგორც სიზმრის დროს, შეცვლილია წარმოდგენა საკუთარ პიროვნებაზე, მოსპობილია ლოგიკური მსჯელობისა და განცდათა კრიტიკული შეფასების უნარი, დაკარგულია წარმოდგენა დროსა და სივრცეზე. გარედან მომავალი გალიზიანებანი ან სრულიად არ აღწევს ავადმყოფის ცნობიერებამდე ანდა ბუნდოვნად აღწევს და ხელს უწყობს სხვადასხვა ფანტაზიის წარმოქმნას.

თ ა ვ ი VII

ფსიქიკური ავადმყოფის ისტორია

გვარი, სახელი. მამის სახელი	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ასაკი	.	.	.	.	.	.	.	.	.
სოციალური მდგომარეობა	.	.	.	.	.	.	.	.	.
განათლება	.	.	.	.	.	.	.	.	.
სამსახური ან ხელობა	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ეროვნება	.	.	.	.	.	.	.	.	.
სადაურია, დაბადების ადგილი	.	.	.	.	.	.	.	.	.
მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი, მისამართი	.	.	.	.	.	.	.	.	.
შემოვიდა კლინიკაში	.	.	.	.	.	.	.	.	.
გაეწერა კლინიკიდან	.	.	.	.	.	.	.	.	.

გარდაიცვალა
დიაგნოზი
ვისგან შეიკრიბა ცნობები ავადმყოფის შესახებ
ავადმყოფის ორდინატორი

ანამნეზი

1. ავადმყოფის დაბადება. როგორ მოილოგინა დედამ? მშობიარობის დროს ხმარებული იყო თუ არა მანუშები?

2. ავადმყოფის ბავშვობა. მშობლების ეკონომიური პირობები ამ დროს.

ჩვილ ბავშვობაში ავადმყოფს ღვინოს ხომ არ ასმევდნენ? კბილები როდის ამოუვიდა, სიარული ან ლაპარაკი როდის დაიწყო, ხომ არ ემჩნეოდა ბავშვს რაიმე გულყრები, კრუნჩხვები? ბავშვი ძილში ხომ არ ყვიროდა, ხომ არ სკირდა სურავანდი ან რაქიტი? თუ სკირდა რომელიმე მათგანი, რაიმე შედეგი ხომ არ ღარჩა? მალლიდან ხომ არ გადმოვარდნილა, საერთოდ ბავშვობაში უფრო ჭანსალი იყო, თუ ავადმყოფობდა? ავადმყოფს ბავშვობაში ხომ არ ემჩნეოდა გონებრივი განვითარების შეჩერება? ბავშვის პიროვნების საერთო ხაზები: დამჯერებლობა, შრომისმოყვარეობა, თვითნებობა, ჭიუტობა, როგორი ქცევები ახასიათებდა: ადეკვატური თუ უცნაური? სწავლა როდის დაიწყო? უყვარდა თუ არა სწავლა? ნიჭიერი იყო თუ უნიჭო, ზარმაცი თუ ბეჭითი?

3. სქესობრივი მომწიფება. როდის შეეტყო სქესობრივი განვითარების ნიშნები: მამაკაცებს ხმა როდის შეეცვალათ, ქალებს თვიური როდის დაეწყოთ, რა დროიდან დაეწყო თვიურის თანმიმდევრული გამეორება? ნაადრევი ხომ არ იყო ფიზიკური და გონებრივი განვითარება? სქესობრივი განვითარების ხანას ხომ არ დაერთო ნორვიულობა, სისხლნაკლებობა, ქლოროზი, ექვიანობა და სხვა მოვლენები? ხომ არ დაეტყო უცნაური ჩვევები, ნაძალადევი იდეება, ზნეობრივი ნაკლებობა? ხომ არ ემჩნეოდა, მაგალითად, სიკერბე, ჯიუტობა. მშობლებისადმი გულგრილობა, მოვალეობისა და პასუხისმგებლობის შეუგნებლობა და სხვ.? სქესობრივ მომწიფებას ხომ არ მოჰყალიბა ნიჭიერების შესუსტება, გულმავიწყობა და სწავლის ნიჭის წესუტება?

4. სრულასაკონება. ფიზიკური ჯანმრთელობა. ქალების თვიური, ორსულობა, მშობიარობა (მუცლის მოწყვეტა). წარსულში რა და რა ავადმყოფობა გადაიტანა: ნერვული ავადმყოფობანი, ვაღაძღეზი დაავადებები, ტრავმული დაზიანება, ათაშანგი. რამდენად ხანვრძლივი

აყო მათი მიმდინარეობა და როგორი წამლობა ჩაატარა მათ წინააღმდეგ?

ფსიქიკურ ავადმყოფობანი: ფორმა, ხანგრძლივობა, განვითარება და საბოლოო შედეგები. ცხოვრების პირობები. ღვინოს, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკულ ნივთიერებებს გადაქარბებულად ზომ არ ხმარობდა? ზომ არ გადახდა რაიმე დიდი უბედურება?

5. მოხუცებულობის ხანა. ფსიქიკური და ფიზიკური ინვოლუციის ნიშნები (არტერიოსკლეროზი, გულის წასვლა, თავბრუ, ინსულტი, გონებრივი მუშაობის უნარიანობა, მეხსიერება, ხასიათის შეცვლა და სხვ.).

კლიმაქსური ხანა.

6. როდის და რაში გამოიხატა ავადმყოფის წინასწარი ნიშნები: ადვილად გაჭავრება, უძილობა, სწრაფი დაღლა, გადაქარბებული მხიარულობა, დაღერემილობა, დარდიანობა, მეტი ლაპარაკი, ფლანგვა, ექვიანობა, სარცხვილის დაკარგვა, კრიტიკის დაქვეითება, უცნაურობანი, სხვადასხვა გულყრა, თავის ტკივილი, თავბრუ, გულწასვლა და სხვ.

ავადმყოფობა უეცრად დაეწყო თუ თანდათან განვითარდა? ავადმყოფობის მიმდინარეობის ხანები და დაავადების ნიშნების ცვალებადობა (ფსიქიკური ნიშნები, ფიზიკური მდგომარეობა: ტემპერატურა, ძილი, მადა და სხვ.).

7. მკურნალობა წარსულში. მკურნალობა: წყლით, ელექტრონით, სამკურნალო ნივთიერებებითა და ფსიქოთერაპიით.

ფიზიკური გამოკვლევა

1. გარეგანი გასინჯვა. აგებულების ნაკლოვანებანი, კანის საერთო მდგომარეობა, ნაწიბურები, ეპილეფსიის შედეგი (ენაზე ნაკბენი ადგილები), მორფინიზმის შედეგები (კანზე ნაჩხვლეტი ადგილები), ათაშანგით გამოწვეული ცვლილებანი.

2. შინაგანი ორგანოების დეტალური გასინჯვა.

3. ნერვული სისტემის გამოკვლევა. თავის ტვინის ნერვები (მხედველობა, გემოვნება, ყნოსვა, სმენა და სხვ.); პარესთეზიები, ჰიპერესთეზიები, ანესთეზიები, კუნთების მგრძნობელობა. მამოძრავებელი აპარატი (აქტიური და პასიური მოძრაობა). პარეზები, დამბლები, კონტრაქტურები, კუნთების რიგიდობა, ატროფია, ატაქსია, სიარული, დგომა, რომბერგის სიმპტომი. თვალის გუგა: კონფიგურაცია, მოხაზულობა, ანიზოკორია, თვალის გუგის, ხახის, რქოვანას, კონიუნქტივის რეფლექსები; მუხლის მყესის, აჭილევის, კრემასტერის, მუცლის კანისა და ფეხის გულის რეფლექსები. პათოლოგიური რეფლექ-

სები. ტერფის კლახუსი. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის რეფლექსები. ვაზომოტორული და ტროფიკული ცვლილებანი.

მეტყველების მოშლა: გაძნელებული არტიკულაცია, ენაგასატეხი სიტყვების გამოუთქმელობა, ლუღლუღი. ენაგასატეხი სიტყვების მაგალითი: თეთრი თრითინა თეთრ რთვილზე თრთოდა; შენი ყაჩი ჩემსა ყაჩსა რას ეჩჩოდა, რას ელტვოდა, რას ერქავარეხილებოდა.

4. სხვადასხვა რეაქცია სისხლსა და ზურგის ტვინის სითხეში.

ფსიქიკური გამოკვლევა.

1. ცნობიერების მდგომარეობა.

2. ემოციური მდგომარეობა; თვითგრძნობა, გუნება-განწყობა; გრძნობათა აგზნებულობა; გრძნობათა სიჩლუნგე.

3. ინტელექტუალური მდგომარეობა: აღქმა და მისი პათოლოგია; ათვისება, მიხვედრილობა; მოსაზრება; მეხსიერება (ფიქსაცია, რეპროდუქცია); ასოციაციები; ლოგიკური მსჯელობის უნარი; კრიტიკა; ნაძალადევი, ანუ აკვიატებული აზრები და შიში, ბოღვა.

4. ყურადღების მდგომარეობა.

5. მიზიდულობა.

6. ნებითი აქტები (ავადმყოფის ქცევა და მოქმედებანი).

ზემოაღნიშნულს მოსდევს ავადმყოფის კურსზე, ანუ ყოველდღიურ მიმდინარეობაზე დაკვირვება.

როგორც ვხედავთ, ფსიქიკურად დაავადებულის ისტორიის წერა გართულებულია იმით, რომ მასში შეტანილია ახალი განაკვეთი, რომელიც ეხება ავადმყოფის ძირითად განცდებს, მისი პიროვნების ანალიზს და ამიტომ ავადმყოფობის ისტორიის მეტად რთული და საპასუხისმგებლო ნაწილია.

ერთჯერადი გამოკვლევა (რაგინდ რთული და ზუსტი ექსპერიმენტები არ უნდა იყოს ჩატარებული) ვერ ამოსწორავს ცოცხალ განცდათა მთლიან სურათს, ამიტომ ავადმყოფი ფსიქიკური სტატუსის შესწავლისას პირველი ადგილი უნდა დაეთმოთ მის თავისუფალ მოქმედებათა და ქცევათა შესწავლას. ე. ი. ყოველდღიურ კლინიკურ ფენომენოლოგიურ დაკვირვებას.

ფსიქიკური ავადმყოფობის ისტორიის თავისებურებაა აგრეთვე ანამნეზი, რომელიც თავისი შინაარსით ავადმყოფის პიროვნების მთლიანი ისტორია უნდა იყოს.

ვარჩევთ სუბიექტურ და ობიექტურ ანამნეზს. სუბიექტური ანამნეზი გულისხმობს წარსულისა და ავადმყოფობის შესახებ ცნობების მოწოდებას თვით ავადმყოფის მიერ. რადგანაც უმეტეს შემთხვევაში

ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიერ მოწოდებული ცნობები შესაძლებელია ბოლოვითი იყოს, საჭიროა სუბიექტური ანამნეზის გამოყენება, მაგრამ ამასთან ერთად მისი შემოწმება უფრო ზუსტი და ობიექტური მონაცემებით. ამ მხრივ, სუბიექტურ ანამნეზთან შედარებით. ობიექტურ ანამნეზს პრინციპული უპირატესობა აქვს, მაგრამ მისი შეკრება საჭიროა ავადმყოფის მახლობელი პირის დახმარებით, რომელიც იცნობს სულით ავადმყოფს, მისი პიროვნების განვითარებას.

ეგზიტუსას შემთხვევაში ისტორიაში შეტანილი უნდა იყოს აგრეთვე პათოლოგიურ-ანატომიური სექციის ოქმი, კერძოდ ტვინის შავ-რო-მიკროსკოპული გამოკვლევის შედეგები.

კლინიკურად ძალიან საინტერესოა ფსიქიატრიული დაწესებულებიდან გაწერილი სულით ავადმყოფის მდგომარეობა შემდეგში: არის თუ არა უკეთეს მდგომარეობაში? დაუბრუნდა თუ არა თავის საქმიანობას? ხომ არ იგამეორდა ფსიქიკური შეტევა და სხვ. ამ ცნობებს გამოკვლევა და შესწავლა ავადმყოფის კატამნეზია.

ზუსტი და მეცნიერული კატამნეზურა ცნობების შეკრება ძალიან უწყობს ხელს კლინიკური ფსიქიატრიის განვითარებას, ე. ი. ფსიქოზთა დიაგნოსტიკისა და ლიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხების დაზუსტებას.

თ ა ვ ი VIII

ფსიქოზთა მიმდინარეობა, პროგნოზი და გამოსავალი

ფსიქოზთა მიმდინარეობა, პროგნოზი და გამოსავალი, თავისთავად ცხადია, ავადმყოფობის ფორმაზეა დამოკიდებული. ამასთან ერთად, უნდა გვახსოვდეს, რომ არც ერთი ავადმყოფობა არ არის ისე მრავალფეროვანი და დინამიკური, როგორც ფსიქოზი.

ჩვენს დარგში განსაკუთრებით საჭიროა ყოველ ცალკეულ, კონკრეტულ შემთხვევაში ეგზოგენური და ენდოგენური ფაქტორებისა და მათი ურთიერთდამოკიდებულების, ურთიერთზეგავლენის დაწერილებით შესწავლა.

კლინიკური სურათის, მიმდინარეობისა და პროგნოზის მიხედვით სულით ავადმყოფობანი შესაძლებელია დავეყოთ ორ მთავარ ჯგუფად: ავადმყოფურ პროცესებად და ავადმყოფურ მდგომარეობებად.

ავადმყოფურ პროცესებს ახასიათებს გარკვეული დასაწყისი და ცვლილებები განსაზღვრული დროის განმავლობაში. ავადმყოფურ მდგომარეობათა შემთხვევებში, პირიქით, აღინიშნება პიროვნების გან-

საკუთრებული მდგომარეობა; დაავადებას აქვს ხანგრძლივი და არა-პროგრესული (არაწინმავალი) ხასიათი.

ფსიქოზი შეიძლება დაიწყოს მწვავედ, ნახევრად მწვავედ და შე-პარვით (ქრონიკულად).

მწვავე დასაწყისის შემთხვევებში ფსიქოზი ვითარდება უცბად, რამდენიმე დღის განმავლობაში, გარკვეული წინამორბედი ნიშნების გარეშე. ასეთი მწვავე დასაწყისი შედარებით იშვიათია და შეიძლება აღინიშნებოდეს სიცხიანი ბოღვის (ინფექციური ფსიქოზების), თეთრი ცხელებისა და, ოსიპოვის თანახმად, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქო-ზის, ეპილეფსიური ფსიქოზებისა და შიზოფრენიის ზოგ შემთხვევაში.

უფრო ხშირად ფსიქოზები იწყება ნახევრად მწვავედ და ქრონიკუ-ლად. ამ დროს ავადმყოფობა ვითარდება ძალიან ნელა, შეპარვით, მახლობელთათვის სრულიად შეუმჩნეველად, რამდენიმე თვის ან წლის განმავლობაში.

ქრონიკული დასაწყისი სჩვევია პარაფრენიას, პარანოიას და ზოგ-ჯერ მოხუცთა ფსიქოზებს.

დასაწყისის მსგავსად, შესაძლებელია ფსიქოზი დამთავრდეს ან უცბად (ეპილეფსიური ფსიქოზები) ან თანდათანობით.

ფსიქოზის დასაწყისი და დასასრული შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული ხასიათის.

საჭიროა ხაზგასმით აღვნიშნოთ, რომ ტერმინებს „მწვავე“ და „ქრონიკული“ ფსიქიატრიაში ხმარობენ სრულიად გარკვეული მნიშვნელობით; სახელდობრ, მწვავე ფსიქოზი ნიშნავს წარმავალ, მოსარჩენ ავადმყოფობას, ქრონიკული ფსიქოზი კი — ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებას.

ფსიქოზის მიმდინარეობა სქემატურად შეიძლება წარმოვიდგინოთ სამი ძირითადი სახით: წინამორბედი ნიშნების, ანუ პროდრომული პერიოდის, ფსიქოზის სრული განვითარების პერიოდის და ფსიქოზის გამოსავალი.

პროდრომულ პერიოდში აღინიშნება ზოგადი ხასიათის ნევრო-ფსიქიკური აშლილობანი: დაღლილობა, გაფანტულობა, ემოციური წონასწორობისა და უძალდესი გრძნობების დაკარგვა, შიში, შფოთიანი, ეჭვიანი მდგომარეობა, უძილობა, მომქანცავი სიზმრები, უძადობა, თავის ტკივილი, თავბრუ, მუშაობაზე გულის აცრუება, მახლობლები-სადმი განურჩევლობა, საერთო აპათია ან, პირიქით, თითქოს გადაჭარბებული ენერჯია და სხვ. არცთუ იშვიათად ავადმყოფები წინასწარ გრძნობენ თავიანთ მძიმე მდგომარეობას და ფაქტობრივად შეიშნ, რომ სულიერ ჯანმრთელობას კარგავენ.

ფსიქოზის სრული განვითარების პერიოდში ყალიბდება სულით ავადმყოფობის კლინიკური ნიშნები, ამასთან დაკავშირებით თანდათა-

ნობით რთულდება და ფართოვდება პათოლოგიური სიმპტომატიკაც.

ფსიქოზის სტაბილური მდგომარეობა გულისხმობს მხოლოდ და მხოლოდ გარკვეულ კლინიკურ სიმპტომოკომპლექსს, ანუ სინდრომს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფურ სიმპტომთა გამოხატულება და დაძაბულობა მეტად ცვალებადი და დინამიკურია.

გაპოხატულება შესაძლებელია იცვლებოდეს არა მარტო დღეების, არამედ საათების განმავლობაში, სრული სიზუსტით ან სრულიად მოულოდნელად.

ავადმყოფურ შეტევათა შორის პერიოდებს უწოდებენ რემისიებს, რომელთა დროს ავადმყოფის მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესებულია, მაგრამ ვერ აღწევს სრულ ნორმას.

სრულ და მკვეთრ რემისიებს, როდესაც ავადმყოფი უახლოვდება ჯანმრთელ მდგომარეობას, ნათელ პერიოდებს უწოდებენ, რომლებიც მიუთითებენ, რომ ფსიქოზს აქვს ხანგამოშვებითი, ანუ ინტერმისიული მიმდინარეობა.

ზოგ შემთხვევაში ნათელი პერიოდები აქვს ისეთ მძიმე ფსიქოზებსაც, როგორიცაა ნაადრევი ჰქუაჟუტობა და პროგრესული პარალიზი და მეორდება რამდენჯერმე. ამ დროს გამოჯანმრთელება დროებითი ხასიათისაა და ავადმყოფი ყოველი შეტევის შემდეგ უფრო მეტი ლეფექტით რჩება.

მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს, ანუ ციკლოფრენიას უწოდებენ პერიოდულ, ანუ ცირკულარულ ფსიქოზს. მას ახასიათებს პერიოდული შეტევები, რომელთა გარეშე ავადმყოფები არ ამქლავნებენ ფსიქიკური აშლიან რაიმე ნიშნებს.

ერთსა და იმავე ფსიქოზს, იმისდა მიხედვით, მოზრდილია იმით დაავადებული, თუ ბავშვი, შესაძლებელია სხვადასხვა მიმდინარეობა ჰქონდეს. მაგალითად, ბავშვთა შორის პროგრესული პარალიზი მიმდინარეობს უფრო შენელებული ტემპით, პირიქით, რეაქტიული მდგომარეობა ხანმოკლეა, მაგრამ, სავაგიეროდ, უფრო ადვილად იძლევა რეციდივს, ადვილად მეორდება.

ფსიქოზის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ავადმყოფობის ფორმასა და მის წარმომქმნელ ენდო-ეგზოგენურ პირობებზე. იგი შესაძლებელია გრძელდებოდეს რამდენიმე საათი (სიცხიანი და ინფექციური დელირი), დღე, თვე და ათეული წელიც კი.

უმეტეს შემთხვევაში ფსიქოზები ხანგრძლივი ხასიათისაა. ოსიპოვს ფსიქოზის მწვავე მიმდინარეობად მიაჩნია ის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფობა თავდება დაახლოებით ერთი წლის განმავლობაში, ხოლო ქრონიკულად — ის შემთხვევები, როდესაც ხანგრძლივობა ორ წელიწადს აღემატება. ლიტერატურაში აღწერილია ფსიქიკური ავადმყოფის სრული გამოჯანმრთელების შემთხვევები რამდენი-

მე წლის შემდეგ. საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფსიქოზით დაავადების ყოველი შემთხვევაში წელი საექვეოს ზღის დადებით პროგნოზს, ვინაიდან სამი წლის ავადმყოფობის შემდეგ იშვიათია ფსიქიკური გამოჯანმრთელება.

სოპატურ ავადმყოფთა მსგავსად, ფსიქოზების პროგნოზი დამოკიდებულია ავადმყოფობის ფორმასა და მის წარმოქმნელ ეგზო-ენდოგენურ პირობებზე. ფსიქოგენური და ინფექციური ფსიქოზები ჩვეულებრივ იძლევა დადებით პროგნოზს პიროვნების სრული აღდგენის მხრივ, პროგრესული პარალიზი და ტვინის სიმპლივები კი — უარყოფით პროგნოზს როგორც ფსიქიკური დეგრადაციის, ისე ლეტალური დაბოლოების მხრივ.

ფსიქოზთა უმეტეს შემთხვევაში (შიზოფრენია, ეპილეფსია და სხვ.) საექვო პროგნოზი გულისხმობს ფსიქიკურ კატასტროფას, დეგრადაციას, ამავე დროს, ფიზიკურა არსებობას მხრივ, ჩვეულებრივ, ავადმყოფებს საშიშროება არ ელით.

პროგნოზის დადგენის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ორგანიზმის კომპენსატორული შესაძლებლობანი. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც მენინგოტებებს, ენცეფალიტებისა და მენინგო-ენცეფალიტების საფუძველზე წარმოქმნილი, გონებრივი ჩამორჩენილობა თანდათანობით ისპობა და შექვგომ თითქმის შეუქმნეველი ხდება.

ბავშვის ცენტრალური ნერვული სისტემა, რომელიც ანატომიური და ფუნქციურა მომწიფების პერიოდშია, ადვილად ზიანდება სხვადასხვა მავნე მიზეზით, მაგრამ იგივე ცენტრალური ნერვული სისტემა განვითარების, მომწიფების მდგომარეობაშია, ამიტომ იგი მეტად პლასტიკურია და კომპენსაციის დიდი შესაძლებლობანი აქვს.

ხაზვასით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბოლო დროს ფსიქიატრია საგრძნობლად გამდიდრდა სხვადასხვა სამკურნალო მეთოდით, ფართოდ იყენებს ე. წ. აქტიური თერაპიის მეთოდებს, ამასთან ერთად, ძალიან განვითარდა ჩვენი წარმოდგენები ფსიქოპათოგენასა და ფსიქოპროფილაქტიკაზე, ამიტომ თანდათანობით ისპობა ძველ ფსიქიატრთა ჩვეული პესიმიზმი პროგნოზის დადგენის დროს.

ფსიქოზთა უმეტეს შემთხვევაში ჰუკუასუსტობა არ ვითარდება, ძალიან ხშირია ან სრული განკურნება ან მყარი რემისიები.

ზემოაღნიშნულიდან ნათლად ჩანს, რომ ფსიქოზთა გამოსავალი დასაშვებია ოთხი სახით: 1. სრული განკურნება, 2. არასრული განკურნება, 3. ქრონიკული (განუკურნავი) მდგომარეობა, 4. სიკვდილი.

არასრული და შეუღრებითი განკურნების დროს ავადმყოფი ფსიქიკურად ვერ უბრუნდება თავის წინანდელ, ჯანმრთელ მდგომარეობას. ავადმყოფობა მასში ტოვებს წარუშლელ კვალს, რომელიც პიროვნე-

ბას ხდის არასრულფასოვანს, დეფექტურს, ამიტომ ამ მდგომარეობას დეფექტურ გამოჯანმრთელებას უწოდებენ.

ქრონიკული. მოუარჩენელი მდგომარეობის შემთხვევაში ავადმყოფთა პალუცინაციები და ბოლდითი იდეები თანდათანობით მკრთალდება და ძალიან ხშირად გადადის მყარ ჰქუაუსტოზაში.

ფსიქოზთა სხვადასხვა ფორმა სხვადასხვა პროცენტით სიკვდილიანობას იწვევს. თავისთავად ცხადია, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე ორგანული დაზიანების დროს სიკვდილიანობის პროცენტი გაცილებით მაღალია. ფსიქოზის დროს საშუალოდ სიკვდილიანობა 5—6%-ია.

ფსიქიკურ ავადმყოფთა სიკვდილიანობის მიზეზებს ოსიპოვი ანაწილებს სამ ჯგუფად. სიკვდილი შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ცენტრალური ნერვული სისტემის უშუალო დაზიანებით (სიმსივნეები, სისხლჩაქცევები, სკლეროზული დაავადებანი, სენილური და პარალიზური მარაზი და სხვ.), ავადმყოფის კლინიკური მდგომარეობით (ქრონიკული განლევა უკმელობის ნიადაგზე, მძიმე ავზნებები, ე. ი. აეტიური, ავთვისებიანად მიმდინარე ფსიქოზები, თვითმკვლელობანი და სხვ.), აგრეთვე მეორადი შემთხვევითი დაავადებებით (ტუბერკულოზი, ფილტვის ანთება და სხვა შინაგანი დაავადებანი).

ღრმა დეპრესიის ან მწუხარების შემთხვევებში საჭიროა ავადმყოფებზე განსაკუთრებული თვალყურის დევნება სუიციდუიმის (თვითმკვლელობის) ასაცილებლად.

ფსიქოზის სტრუქტურა და ცნება სინდრომების შესახებ

ფსიქოზის ბუნების გასაგებად, მისი დიაგნოზისა და პროგნოზის დასადგენად საჭიროა ავადმყოფობის გამოწვევი ეგზოგენური და ენდოგენური მომენტების შეფასება.

თანაბარი, მსგავსი კლინიკური ნიშნები ერთ შემთხვევაში შესაძლებელია დამოკიდებული იყოს ეგზოგენურ, მეორე შემთხვევაში კი — ენდოგენურ ფაქტორებზე.

ჩვენ წინაშე ამოცანაა — არა მარტო კლინიკური სურათის, არამედ კლინიკურ ნიშანთა (სიმპტომთა) გამომწვევი მიზეზების შესწავლა, რაც საჭიროებს ფსიქოზთა სტრუქტურულ ანალიზს, ანუ ფსიქოზთა სტრუქტურის შესწავლას.

ფსიქოზების სტრუქტურის შესწავლისას ღიდ დანმარებას გვიწევს შეხედულებანი პათოგენეტიკასა და პათოპლასტიკაზე.

პათოგენეტიკა, ანუ პათოგენეზური ფაქტორი ავადმყოფობის გა-

მომწვევა ძირითადი მიზეზია, მაგალითად, პროგრესული პარალიზის პათოგენეზური მომენტი ათაშანვი (მკრთალი სპიროქეტა).

პათოპლასტიკა, ანუ პათოპლასტიკური ფაქტორები, პირიქით, დამატებითი, მანენე, მეორადი მიზეზებია; პროგრესული პარალიზის შემოსევებაში ასეთ პათოპლასტიკურ ფაქტორებს ეკუთვნის ალკოჰოლიზმი, ფიზიკური და ფსიქიკური მოქანცულობა, დაძაბული მუშაობა. მძლავრი განცდები და სხვ. პათოპლასტიკური ფაქტორები ხელს უწყობს და აჩქარებს კიდევ ძირითადი დაავადების გამომჟღავნებას, ამათან ერთად, პათოპლასტიკა თავისებურ დასს აწვამს ძირითად ავადმყოფობას და ხშირად მას ტიპური მიმართულებისას ხდის.

როგორც ვთქვით, ერთი და იგივე სინდრომი, ანუ სიმპტომოკომპლექსი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს და, პირიქით, ერთი და იგივე ნოზოლოგიური ერთეული პათოპლასტიკურად შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა კლინიკური სინდრომის სახით.

ზემოაღნიშნულის მიუხედავად, ცალკეული კლინიკური სინდრომის შესწავლას დღემდე დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოსტიკისა და დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხთა დამუშავებაში.

არჩევენ სხვადასხვა სახის სინდრომს, სიმტომოკომპლექსს, ანუ მდგომარეობას.

ფსიქიატრის ყოველდღიურ მუშაობაში საყურადღებოა შემდეგი კლინიკური სინდრომები, ანუ მდგომარეობანი: მანიაკალური, ანუ აგზნების, დეპრესიის, ანუ მელანქოლიური, ჰქუასუსტობის, ცნობიერების შეცვლის, გულყრითი, მოსაზღვრე, ანუ ფსიქოპათიური და სხვ.

თ ა ვ ი IX

ფსიქიატრიული მკურნალობა და ფსიქოპიზიკენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის ძირითადი საკითხები

ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა თავისებურებათა (ფართობი, პერსონალი, რეჟიმი) და ორგანიზაციული ფსიქიატრიის ჯოგითი საკითხი

ფსიქიატრიის როგორც მეცნიერების ჩამოყალიბებასა და განვითარებასთან ერთად პარალელურად უმჯობესდება ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიც.

ფსიქიატრია სამედიცინო დისციპლინათა ერთ-ერთი დარგია, ფსიქიკური ავადმყოფი კი ისეთსავე ზრუნვა-მკურნალობას საჭიროებს, როგორც ყოველი სომატური ავადმყოფი, ამიტომ ფსიქიატრიული და-

წესებულება კეთილმოწყობის მხრივ არაფრით არ უნდა ჩამოუვარდებოდეს სომატურ საავადმყოფოს.

მიუხედავად ამისა, ფსიქიატრიული საავადმყოფო თავისი შენობით, მოსამსახურე პერსონალითა და რეჟიმით საკმაოდ განსხვავდება სომატური დაწესებულებებისაგან. საჭიროა ფსიქიკურ ავადმყოფთათვის ისეთი პირობებისა და რეჟიმის შექმნა, რომ მათ არ დაზიანდნან თავიანთი თავი ან ირგვლივ მყოფნი.

როგორც აღვნიშნეთ, სულით ავადმყოფები იყოფიან ორ ჯგუფად: მწვავე და ქრონიკულ ავადმყოფებად, რომელნიც საჭიროებენ გარკვეულ მოვლას, მკურნალობასა და მზრუნველობას.

მწვავე ავადმყოფთათვის განკუთვნილ დაწესებულებაში სულ სხვა რეჟიმი და სტრუქტურაა, ვიდრე ქრონიკულ საავადმყოფოსა და ე. წ. კოლონიებში.

მწვავე ავადმყოფთა დაწესებულება, თავის მხრივ, შედგება რამდენიმე განყოფილებისა, ანუ პალატისაგან, სადაც ათავსებენ სხვადასხვა კატეგორიის ავადმყოფებს, მაგალითად, განყოფილებანი მღელვარე, ნახევრად მღელვარე და მშვიდ ავადმყოფთათვის.

თავისთავად ცხადია, რომ ყოველი საავადმყოფო უნდა შედგებოდეს ორი თანაბარფასოვანი ნაწილისაგან ორივე სქესის ავადმყოფთათვის.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში არის აგრეთვე მიმღები განყოფილება, რომელშიც ატარებენ ყოველ ახალ მიღებულ ავადმყოფს, რათა ექიმი გაერკვეს მათი ავადმყოფობის ფორმაში და მდგომარეობისა და მიხედვით გაანაწილოს ისინი პალატებში.

მიზანშეწონილია ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში იყოს ლაზარეთი. სადაც მოათავსებენ სუსტ ან სომატური დაავადების მქონე სულით ავადმყოფებს. სასურველია აგრეთვე ცალ-ცალკე განყოფილებები ეპილეფსიანებისათვის და ნარკომანთათვის (მორფინისტები, კოკაინისტები, ალკოპოლიკები და სხვ.), ვინაიდან ისინი საჭიროებენ გარკვეულ რეჟიმსა და სამედიცინო პერსონალის მხრივ განსაკუთრებულ მიდგომას.

მწვავე ავადმყოფთა ფსიქიატრიული დაწესებულების შენობებში მიზანშეწონილია პავილიონური სისტემა: ერთი ცენტრალური, მრავალსართულიანი შენობის ნაცვლად რამდენიმე პავილიონი თავისი ეზოთი და ბაღით ავადმყოფთა სხვადასხვა კატეგორიისათვის.

თავისთავად ცხადია, რომ მწვავე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში უნდა იყოს საოპერაციო, სხვადასხვა ლაბორატორია, ბიბლიოთეკა, პროზექტურა, თუ კლინიკა — აუღიტორია სტუდენტებისათვის და, აგრეთვე, ელექტროსამკურნალო კაბინეტი. ერთი ცენტრალიზებული

სამკურნალოს ნაცვლად ყოველ პალატაში უნდა იყოს აბაზანა, რათა შეიძლებოდეს მისი გამოყენება საქირობის შემთხვევაში.

ზემოაღნიშნულის გარდა, მოწყობილი უნდა იყოს სხვადასხვა სახელოსნო სისტემური შრომითი თერაპიის ჩასატარებლად, რასაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფსიქიატრიული კოლონიებისათვის.

სასურველია ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ავადმყოფთათვის იყოს კლუბისმაგვარი განყოფილება, რომ შეიძლებოდეს (ცხელია, სათანადო შერჩევით) სისტემატურად კინოს ჩვენება და კონცერტებისა და წარმოდგენების მოწყობა.

ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პალატა უნდა აკმაყოფილებდეს ზოგად სანიტარულ და ჰიგიენურ მოთხოვნას და ამ მხრივ სავსებით გამსაგავებოდეს სომატურ დაწესებულებას. შექმნილი უნდა იყოს ყოველგვარი პირობა, რათა ავადმყოფი გრძნობდეს თავს სამკურნალო დაწესებულებაში.

ყველაზე ძნელი საკითხია ფანჯრების მოწყობა, რომლებსაც რკინის ჩარჩოები არ უნდა ჰქონდეს, მაგრამ ისე უნდა იყოს გაკეთებული, რომ ავადმყოფები ვერ გაძვრნენ მათში თვითმკვლელობის ან გაქცევის მიზნით.

კეთილმოწყობილ თანამედროვე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, სადაც საკმაო რაოდენობით მომვლელი პერსონალია, მშვიდ ავადმყოფთა პალატაში შესაძლებელია იყოს ფართო ფანჯრები. უფრო მეტიც, ზოგიერთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ე. წ. ღია კარების სისტემაა: კარი არ არის ჩაკეტილი და პალატა თავისი რეჟიმით ძლიერ ჰგავს სომატური საავადმყოფოს პალატას.

წყნარი, ქრონიკული სულით ავადმყოფები, რომელთაც უკვე ჩატარებული აქვთ სათანადო მკურნალობა, უფრო მიზანშეწონილია იმყოფებოდნენ ფსიქიატრიულ კოლონიებში, სადაც, როგორც წესი, ღია კარების სისტემაა, ამიტომ იქ ავადმყოფები უფრო თავისუფლად გრძნობენ თავს. გარდა ამისა, ისინი შეიძლება ფართოდ იყვნენ ჩამოშული სხვადასხვა სახის შრომაში.

ოსიპოვის თანახმად, კოლონიები განსხვავდება მწვავე ფსიქიატრიული დაწესებულებებისაგან ორი ძირითადი ნიშნით:

1. ქრონიკული ავადმყოფები არ საჭიროებენ ისეთ ყურადღებას, როგორც მწვავე ფორმით დაავადებულნი, ამიტომ კოლონიებში ისინი დიდი რაოდენობით არიან (შესაძლებელია ერთად რამდენიმე ათასიც).

2. საჭიროა ფსიქიატრიულ კოლონიას ჰქონდეს მიწის სათანადო ფართობი, ამათან ერთად, ფართოდ უნდა იყოს შემოღებული სხვადასხვა შრომა (სახელოსნოები, მეურნეობა და სხვ.).

სულით ავადმყოფებზე მზრუნველობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს

ფსიქიატრიულ კოლონიებში შრომას, რომელიც ააქტიურებს და არობს ქრონიკულ ავადმყოფებს.

კეთილმოწყობილ კოლონიებს ეკონომიური მნიშვნელობაც აქვს, რადგან თავისი შრომით შეუძლია ნაწილობრივ მაინც აანაზღაუროს სახელმწიფოს მიერ გაღებული ხარჯები.

ქრონიკულ ავადმყოფთა მოვლა-პატრონობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ე. წ. ოჯახური პატრონაჟის სისტემას, როდესაც ავადმყოფი იმყოფება მახლობლების ან უცხო ოჯახში, რომელიც სახელმწიფოსაგან ღებულობს ფულად დახმარებას და ინახავს სულით ავადმყოფს, ამასთან თვით ავადმყოფი ფსიქიატრის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშაა.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსებული უნდა იყოს ყველა მწვავე ავადმყოფი, რათა მათ თავი არ დაიზიანონ; გარდა ამისა, რაც უფრო ადრე დაიწყება ავადმყოფის მკურნალობა და ადრე მოხვდება იგი სპეციალურ საავადმყოფოში, ცხადია, მით უფრო მეტია განკურნების შანსი. საავადმყოფოში აუცილებლად უნდა მოათავსონ აგრეთვე ავზნებული ქრონიკული და სოციალურად საშიში ავადმყოფები.

მწვავე პერიოდის შემდეგ საჭირო აღარ არის სულით ავადმყოფის ყოფნა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში; გარე წრიდან მოწყვეტამ და საავადმყოფოში კარჩაქეტილმა ყოფნამ, პირიქით, შეიძლება უფრო ვაუარესაოს ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა, ამიტომ მნიშვნელობა აქვს როგორც საავადმყოფოში ღროზე მიღებას, ისე გაწერას.

ჩვენს ბინამლეულეში პატრონაჟის სისტემა აგებული უნდა იყოს სულ სხვა პრინციპზე.

ერთი ცხადია, რომ საბჭოთა კავშირში ჯანმრთელობის დაცვის გიგანტური ნაბიჯებით წინსვლასთან ერთად ყველა მწვავე და ქრონიკული სულით ავადმყოფს თანდათანობით ათავსებენ სათანადო სპეციალურ დაწესებულებაში.

ნევროზებისა და ფსიქიკურ დაავადებათა დაწყებითი ფორმების მკურნალობაში საპასუხისმგებლო ადგილი უკავია ნევროფსიქიატრიულ დანაშნერებს.

გარკვეულ ყურადღებას საჭიროებს ბავშვთა ფსიქიატრიული და ნევროფსიქიატრიული ქსელის მოწყობა.

1934 წელს მოსკოვში მოწყობილი ფსიქონევროლოგიური კონფერენციის დადგენილების თანახმად, ბავშვებისათვის საჭიროა ოთხი სახის დაწესებულება:

1. ნევრო-ფსიქიატრიული სტაციონარები (ფსიქიატრიულ საავადმყოფოთა ბავშვთა განყოფილებები, ბავშვთა ფსიქიატრიული საავადმყოფოება, ბავშვთა ფსიქიატრიული კლინიკები, პედიატრიულ საავადმყოფოთა ნევროფსიქიატრიული განყოფილებები);

2. სანატორიული დაწესებულებანი სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ბავშვთათვის მოსაზღვრე მდგომარეობებით;

3. ნეერო-ფსიქიატრიული დაწესებულებანი სხვადასხვა ქრონიკულ ავადმყოფთათვის (ეპილექსიანთა სამკურნალო სკოლები, ასეთივე დაწესებულება მძიმე ფსიქოპათებისა და პოსტენცეფალიტიანებისათვის, ბავშვთა სამკურნალო შრომითი კოლონიები);

4. დაწესებულებანი შრომისუნარმოკლებული და მოურჩენელი ქრონიკული ავადმყოფებისათვის.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა პერსონალს მოეთხოვება სულით ავადმყოფთაღმი განსაკუთრებული ყურადღება, ზრუნვა, პატივისცემა, ლობიერება. ამ მიზნით საჭიროა ყოველ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გარკვეული პროგრამის მიხედვით ლექციების ჩატარება საშუალო და დაბალი პერსონალისათვის, რათა მათ აიმაღლონ კვალიფიკაცია, მიიღონ ფსიქიატრიაში ჯეროვანი ცოდნა და შეგნებული ჰქონდეთ თავიანთი მოვალეობა-დანიშნულება.

საავადმყოფოში მოთავსების მომენტიდან ავადმყოფი მოექცევა გარკვეულ რეჟიმში, რომელიც ზუსტად უნდა დაიცვას.

ექიმა თავისი ქცევით უნდა დაიმსახუროს ავადმყოფის ნდობა და პატივისცემა.

ხშირად ავადმყოფის მნახველები ექიმის მიმართ აცხადებენ პრეტენზიებს და მოითხოვენ ავადმყოფისათვის სხვადასხვა პირობების შექმნას. ასეთ შემთხვევაში ექიმი უნდა იღვეს გარკვეულ პოზიციებზე; არაფითარი „დათმობა“ არ შეიძლება. მკურნალი ვალდებულია ხელმძღვანელობდეს მხოლოდ და მხოლოდ ავადმყოფის ინტერესებით.

მნახველთა მიერ ავადმყოფის ნახვა ან მათი სხვადასხვა მოთხოვნის შესრულება დასაშვებია იმდენად, რამდენადაც ეს საჭიროა ავადმყოფის მდგომარეობისათვის.

ექიმი ვალდებულია ყოველდღიურად გაიგოს, როგორ იკვებება ავადმყოფი, როგორ სძინავს, დადის თუ არა სასეირნოდ ან შრომით თერაპიაზე, ღებულობს თუ არა აბაზანებს, წაალებს.

განსაკუთრებულ ყურადღებასა და რეჟიმს საჭიროებენ ე. წ. დერეჟიული, ანუ დაბოლმიანებული ავადმყოფები, რადგანაც ისინი ღრმა დამწუხრების გამო თვითმკვლელობას ცდილობენ.

ფსიქიატრიისა და ფსიქოპათოლოგიის ძირითადი საკითხები

ფსიქიატრიული საქმის ჯეროვან დონეზე დაყენებას აქვს ფრიად დიდი მნიშვნელობა. მწვავე ავადმყოფთა მკურნალობა, ხოლო ქრონიკულ ავადმყოფთა შრომით რეჟიმში ჩაბმა უაღვილებს საზოგადოებას ავადმყოფთა მოვლას.

საზოგადოებრივი ფსიქიატრია გულისხმობს ფსიქოპათიებისა და ფსიქოპროფილაქტიკის ფართოდ გაშლას, რასაც უშუალო კავშირი აქვს სოციალურ ჰიგიენასთან.

ჩვეულებრივად ფსიქიატრიული საქმე იწყება სტატისტიკით სულით ავადმყოფთა რაოდენობის დასადგენად. მეორე საფეხურია პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზების გამოჩვენება, შემდეგი კი — პროფილაქტიკურ-პედაგოგიური მუშაობა. სპეციალური სამედიცინო ზუსტი სტატისტიკის ჩატარება ძნელი საქმეა. პრაქტიკულ ღონისძიებათა მისაღებად დიდი მნიშვნელობა აქვს სულით ავადმყოფთა აღრიცხვას, რაც მეცნიერული თვალსაზრისითაც ძალიან საინტერესოა. ვინაიდან თათქმის ყველა ქვეყანაში სულით ავადმყოფთა რაოდენობა 3%-ა აღწევს.

საბჭოთა კავშირში სულით ავადმყოფთა რაოდენობის შესახებ წინასწარი ცნობების თანახმად, სულით ავადმყოფობის შემთხვევები საგრძნობლად შემცირდა. მშრომელთა კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესება საფუძველს აცლის ყოველგვარ სოციალურ, მათ შორის სულით ავადმყოფობებსაც.

ფსიქოპათიებისა და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხები როგორც პრაქტიკულად, ისე თეორიულად ძალიან მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთიმეორესთან.

საბჭოთა კავშირში რევოლუციის პირველი დღეებიდანვე დიდი ყურადღება მიაქცეეს ფსიქიატრიულ საქმეს, შრომის დაცვას, ბავშვთა აღზრდას, სასკოლო ჰიგიენას, ღედათა და ბავშვთა დაცვას და ამნაირად ფართოდ დასვეს ფსიქოპათიების სხვადასხვა საკითხი.

ფსიქოპათიებისა და ფსიქოპროფილაქტიკასთან დაკავშირებით სხვადასხვა ამოცანამ პრაქტიკული განხორციელება კპოვა ფსიქონეგროლოგიური დისპანსერების საშუალებით.

ფსიქოპათიების მიზანი და შინაარსი სხვადასხვა ღონისძიების შემუშავება და პრაქტიკული განხორციელება მშრომელთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დასაცავად.

თავისთავად ცხადია, რომ ფსიქოპათიებისა და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხების დამუშავებისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ ადამიანის არა მარტო სომატური, ნევროლოგიური და საერთოდ კლინიკური მხარე, არამედ მისი გარე წრე, ყოფა-ცხოვრება, ეკონომიური და ოჯახური პირობები.

შეეჩერებით მხოლოდ ზოგიერთ პრაქტიკულად მნიშვნელოვან საკითხზე.

კვება. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს კვებას, მის რაოდენობასა და ხარისხს.

გონებრივი მუშაობის დროს საჭიროა მაქსიმალური პირობების დაცვა ტვინში სისხლის მიმოქცევისათვის, ამიტომ ჭამის შემდეგ აუცილებელია დასვენება.

ჯანმრთელობას დაცვისათვის საჭიროა ადამიანი იკვებებოდეს ახალი, ნოყიერი, გემრიელი, ვიტამინებითა და ფოსფორით მდიდარი პროდუქტებით. ამ მხრივ პირველ ადგილზეა რძე და რძის პროდუქტები, კვერცხი, ხილი, მწვანე მწიფე ხილი, ისპანახი, ხიზილალა, თევზის ქონა და სხვ. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფოსფორით მდიდარ საქმელს (ხიზილალას, კვერცხის გულს), ვინაიდან ფოსფორი ნერვული სისტემის გამამაგრებელი, ძილისმომგვრელი და ტონუსის მიმცემი ნივთიერებაა, დიდ როლს ასრულებს ნერვული სისტემის სხვადასხვა ფიზიკურ-ქიმიურ პროცესში.

კვება დამოკიდებულია არა მარტო პროდუქტებზე, არამედ ორგანიზმის მიერ მათ ათვისებაზეც. ამ მხრივ დიდ ყურადღებას საჭიროებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნორმალური მუშაობა. აგრეთვე პირის ღრუს მღვობარეობა (კბილების სანაცია).

ფიზკულტურა. ძველი გამოთქმა, რომ ჯანმრთელ სხეულში ჯანმრთელი სულია, არასოდეს დაკარგავს თავის აზრს. ჯანმრთელი სხეული ამჟღავნებს ნორმალურ ფსიქონევროლ რეაქციებს, ფიზიკურა სიჯანსაღე ნევროფიზიკური ჰიგიენის ერთ-ერთი მთავარი მომენტია.

ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაში მთავარი ადგილი უკავია ფიზიკურ კულტურას. ის ავითარებს ადამიანის ძალ-ღონეს და უსპობს მას მანკიერ ჩვევებს. ფიზიკური ვარჯიშის დროს ადამიანი მაქსიმალურად უნდა იყენებდეს მზეს, სინათლესა და ჰაერს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ფიზიკურად სუსტი ადამიანი ადვილად ავადდება როგორც სომატურად, ისე ნევროფსიქიკურად.

სექსუალური, ანუ სქესობრივი ჰიგიენა. ფსიქოჰიგიენასა და ფსიქოპროფილაქტიკაში დიდ როლს ასრულებს სექსუალური ცხოვრების მოწესრიგება. ადამიანში სექსუალური მიზიდულობები თავს იჩენს გაცილებით ადრე, თვით სქესობრივი აპარატის მომწიფებამდე. მაგალითად, ონანიზმი, ანუ მასტურბაცია (ხელტოუნება) შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ნაადრევ ასაკში.

ძველ სპეციალურ ლიტერატურაში ონანიზმს დათმობილი აქვს დიდი ადგილი, იგი აღიარებულია საშინელ სენად; მას მიიჩნევენ ფსიქიკურ დაავადებათა მიზეზად. უნდა გვახსოვდეს, რომ უმეტეს შემთხვევაში მასტურბაცია წარმავალი მოვლენაა, რომელიც არ სტოვებს არავითარ ავადმყოფურ კვალს.

სულით ავადმყოფთა შორის მასტურბაცია ძირითადი ავადმყოფობის არა მიზეზი, არამედ შედეგია, ერთ-ერთი პათოლოგიური ნიშანი.

სწორი აღზრდით, შრომათი რეჟიმით, ფიზიკური ვარჯიშითა და სხვადასხვა ინტერესის გაღვივებით (მუსიკა, სპორტი, თეატრი და სხვ.) შეიძლება ბრძოლა ამ ცუდ ზნესთან, რომელიც თრგუნავს ბავშვის ფიზიკურ და ნევროფიზიკურ ენერჯიას. მასტურბანტი ბავშვის დაშინება სიტყვიერად ან ლიტერატურის მიწოდებით, იმის ჩიჩინი, რომ ამ ავმა ზნემ შეიძლება იგი მიიყვანოს უსაშინელებს შედეგამდე, არ გვაძლევს დადებით შედეგს. საჭაროა დახმარება, სათანადო რეჟიმის შექმნა და არა დაშინება. დაშინებული მასტურბანტი იბნევა, ეკვიანი, დაბნეული ხდება და თავის თავში ეძებს სულით ავადმყოფობის ნიშნებს, თავს ინვალიდად მიაჩნევს, ხდება ნევროზული და ამ ჩვევასთან ბრძოლა ათვის სრულიად უძლეური. სქესობრივ საკითხებზე ლიტერატურა ბავშვებს შეიძლება მივაწოდოთ მხოლოდ შერჩევით. ასეთ ლიტერატურაში სქესობრივი საკითხები (გამრავლება-სქესობრივი მომწიფება, სქესთა ფიზიოლოგია, მასტურბაციის უარყოფითი გავლენა) გარჩეული უნდა იყოს მოზარდისათვის გასაგებად, მეცნიერულ-პოპულარულად, ყოველგვარი სპეკულაციური მასალისა და დასკვნების გარეშე.

ნევროფიზიკური ჰიგიენის თვალთახედვით 17—18 წლის ასაკზე ადრე სქესობრივი ცხოვრება არ არის სასურველი. დაუშვებელია აგრეთვე სქესობრივი ექსცესები.

ფსიქოპიგიენის მოთხოვნათა თანახმად, დაუშვებელია ყოველგვარი გადახრა ნორმალური სქესობრივი აქტიდან (შეწყვეტილი აქტი, ჩასახვის საწინააღმდეგო მექანიკურ და ქიმიურ საშუალებათა ხშირი ხმარება და სხვ.). არანორმალურად ჩატარებული აქტი ქანცავს ადამიანის ორგანიზმს, ასუსტებს მის ნერვულ-ფსიქიკურ ძალღონეს და სხვადასხვა ნევროზულ სიმპტომს ავითარებს.

არსებობს შეხედულება, თითქოს სქესობრივი თავდაპირველობა იწვევდეს ფსიქიკურ აშლილობას. ხშირია შემთხვევები, როდესაც მახლობლები აქორწინებენ ან ათხოვებენ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანს თერაპიული მოსაზრებით. ასეთ შეხედულებას არავითარი საფუძველი არა აქვს. სქესობრივი ზოპიერება ფსიქიკური ჰიგიენის ერთ-ერთი მთავარი პირობაა.

სქესობრივი აქტი განსაკუთრებით ცუდად მოქმედებს ხანში შესულ, არტერიოკლეროზითა ჯა სისხლის მაღალი წნევით დაავადებულ პირებზე.

შრომა. სოციალური ტექნიკა და შრომის სოციალური ორგანიზაცია სპობს ზღვარს გონებრივ და ფიზიკურ შრომას შორის, ამიტომ

სოციალისტურ სინამდვილეში შრომა ხელს უწყობს ფიზიკური და ფსიქიკური ენერჯის მატებას.

კაპიტალისტურ სახელმწიფოებში, სადაც მშრომელთა მასების უკიდურესი ექსპლოატაცია ანადგურებს ადამიანის როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ ენერჯიას, შრომა მოკლებულია სიამოვნების ყოველგვარ განცდას, ხოლო მუშა მანქანის, ასე ვთქვათ, მექანიკური „დანამატია“.

დადლილობის განმსაზღვრელი ნიშნები არ არსებობს, მაგრამ არის სხვადასხვა სიმპტომი, რომლებიც მიუთითებენ დადლილობაზე, მაგალითად: უძილობა, ყურადღებისა და მუშაობის უნარის მკვეთრი დაქვეითება.

გადაჭარბებული მოქანცულობის ასაცილებლად საჭიროა ხანგრძლივი დასვენება და შრომის პირობების გაუმჯობესება.

დედათა დაცვა. ხშირად ფსიქიკური უკმარისობის ფესვები დაკავშირებულია სხვადასხვა დაზიანებასთან, ნაყოფის ჭერ კიდევ ემბრიონულ პერიოდში.

ამ მხრავ უნდა გვახსოვდეს, რომ ორსულთათვის ყოველგვარი ფსიქოპიგენური პირობების შექმნას მნიშვნელობა აქვს არა მარტო დედის, არამედ ნაყოფისათვისაც. ორსულმა არ უნდა ასწიოს მძიმე საგნები, იგი დაცული უნდა იყოს ყოველგვარი ფიზიკური და ფსიქიკური მავნე მოვლენებისაგან (ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმები, ინტოქსიკაციები და სხვ.).

ბავშვის და, პით უმეტეს, ნაყოფის განვითარებაზე განსაკუთრებით ცუდ გავლენას ახდენს ალკოჰოლი, რომელიც ძალიან ხშირად ბავშვთა გონებრივი ჩამორჩენილობისა და გულყრების ეტიოლოგიური მიზეზია.

როგორც ვიცით, აბორტი მეტად საზიანოა დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობისათვის იმ შემთხვევაში, როდესაც მას აქვს ცდის ხასიათი და არ არის ჩათვებული მუცლის მოწყვეტით; აბორტის მიზნით სხვადასხვა მექანიკური მანიპულაცია და ქიმიური ნივთიერება აფერხებს ნაყოფის შემდგომ ნორმალურ განვითარებას.

ბავშვთა დაცვა. როგორც აღვნიშნეთ, ფიზიკური სიჯანსაღე ფსიქიკური ჯანმრთელობის საწინდარია. ხშირად ბავშვთა ინფექციები რთულდება მენინგიტითა და ენცეფალიტებით, რომელთაც მოსდევს სხვადასხვა ხასიათისა და გამოხატულების ფსიქიკური ანომალიები.

ფრიალ საინტერესოა ეპიდემიური ენცეფალიტის კლინიკის მასალები. ეს ავადმყოფობა არა მარტო აფერხებს გონებრივ განვითარებას, არამედ ბავშვებში ღრმა ემოციურ ძვრებსაც იწვევს.

ძლიერ დაღებით ზეგავლენას ახდენს ბავშვთა კოლექტივები, სა-

დაც ბავშვი ღებულობს ახალ ჩვევებს, თავისუფლდება ვიწრო ოჯახური შთაბეჭდილებებისაგან.

ხაზგასპით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ყოველად დაუშვებელია ბავშვთა დაშინება, მათი გადაჭარბებული ქება ან მუდმივ შენიშვნების მიცემა.

ჩვილი ასაკის პერიოდის დასასრულს ბავშვები განიცდიან თავისებურ კრიტიკულ მდგომარეობას: ისინი გარძობენ ერთგვარ დამოუკიდებლობას, იჩენენ ინიციატივას, პირად სურვილებს, მოთხოვნებს, ამიტომ მეტად ჟინიანნი და ჯიუტნი ხდებიან („ჯიუტობის ფაზა“). „ჯიუტობის ფაზა“ სრულიად ფიზოლოგიური, გარდაამავალი პერიოდია და მომავალი დამოუკიდებელი მოქმედებისა და ცხოვრების ონტოგენეზური საწყისია. ამ დროს დაუშვებელია აღმზრდელის გადაჭარბებული ნერვიულობა ბავშვის დამორჩილების მიზნით. ბავშვს უნდა შეეუქმნათ ისეთი პირობები, რომ მან თავისით დაძლიოს კრიტიკული პერიოდი. საჭიროა საშუალო ზომიერი გეზის აღება, არ შეიძლება არც გადაჭარბებული სიმკაცრე და არც ზედმეტი დათმობა.

სკოლამდელი ასაკის პერიოდში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბავშვისათვის შრომისა და დასვენების რეჟიმის გამოქვეყნებას. ბავშვი უნდა მიეჩვიოს სისტემატურ და მოწესრიგებულ შრომას. ამ ასაკში ბავშვები ადვილად ეჩვევიან ონანიზმს, ამიტომ საჭიროა მეთვალყურეობა მათი ლოგინში წოლის დროს ან სატუალეტოდ წასვლისას, მაგრამ არა დაზვერვის სახით, რამაც შეიძლება უფრო მეტად შეუწყოს ხელი ცუდი ჩვევის ფიქსაციას.

სასკოლო პერიოდის ფსიქოპივიენა გულისხმობს ჯეროვანი პირობების შექმნას სკოლაში, ვინაიდან ბავშვი იქ ღებულობს საბოლოო აღზრდას, ეჩვევა შრომის ფორმებს და იწყებს მონაწილეობის მიღებას სხვადასხვა საზოგადებრივ ორგანიზაციაში, ერთი სიტყვით, ბავშვი მთელ თავის შეგნებულ ცხოვრებას სკოლაში ატარებს. სკოლა უვითარებს მას ახალ რეაქციებს, ჩვევებს. რომლებიც მას გაადააქვს თავის ოჯახში, უკეთ რომ ვთქვათ, თავისი ოჯახური ცხოვრების რეჟიმში.

ხასიათის სტრუქტურა მეტად ნაკლებადაა დაკავშირებული კონსტიტუციურ მიზეზებთან; ხასიათის დინამიკური განვითარება განისაზღვრება სოციალური მოქმედებით, რომელთა შორის ერთ-ერთი მთავარი ადგილი ეკუთვნის სკოლაში მიღებულ აღზრდას.

ბავშვთა მომწიფების პერიოდი ქალებისათვის 12 — 13 წლის ასაკია, ვაჟებისათვის კი — 14 — 15 წლის ასაკი. ამ პერიოდში არჩევენ ორ სტადიას: ნეგატიურსა და პოზიტიურს. ნეგატიური სტადია თანდათანობით იცვლება პოზიტიურით.

ნეგატიურ სტადიაში ბავშვი ერთგვარ პასიურ მდგომარეობაშია: იგი გულჩათხრობილია, გარემოსადმი ნაკლებ ინტერესს იჩენს, მეტად მგრძნობიარეა და პესიმისტურად განწყობილი. პოზიტიური სტადიის

დროს ბავშვი სრულიად საპირისპირო მდგომარეობაშია: აღსავსეა ენერგიით, პესრპექტივებით, გეგმებით.

თავისთავად ცხადია, რომ აღნიშნულ მდგომარეობაში ბავშვი საჭიროებს სულ სხვადასხვა მიღვომას და სახვადასხვანაირ შრომით დატვირთვის.

ალკოპოლიზმი და მასთან ბრძოლა. ალკოპოლიზმი ერთ-ერთი სოციალური დაავადებაა, რომელსაც თან სდევს სიღატაკე და უუფლებო მდგომარეობა.

მეტად ძნელი გადასაწყვეტია საკითხი: ვინ არის ქრონიკული ალკოპოლიკი და ვინ შემთხვევითი ლოთი?

აეტორთა თანახმად, ქრონიკული ალკოპოლიკი არის ის, ვინც ალკოპოლის ხანგრძლივი მოქმედების ქვეშაა და ღებულობს ალკოპოლის ახალ რაოდენობას მაშინ. როდესაც ძველის მოქმედება ჯერ კიდევ სრულიად არ არის გავლილი.

ხშირ და გადაჭარბებულ ზარხოშობას ისევე ენერგიულად უნდა ევბრძოლოთ, როგორც განიადაგებულ ალკოპოლიზმს. ქრონიკულად ხმარებულ პატარა დოზებზე დიდ უზარყოფით შედეგებს იწვევს: ექსპერიმენტულად დადასტურებულა, რომ ალკოპოლის 5 — 10 გ ასუსტებს ფსიქიკურ პროცესებს.

სხვადასხვა სახელმწიფო ალკოპოლიზმს სხვადასხვა პოზიციიდან ებრძვის, რასაც საკმაოდ დიდი ისტორია აქვს.

იყო ცდები ადმინისტრაციული გზით სრულიად ან ნაწილობრივად აკრძალათ ალკოპოლის ხმარება, აგრეთვე მაგარი სასმელების ნაცვლად მოსახლეობისათვის მიეწოდებინათ სუსტი ალკოპოლური სასმელები, მაგალითად, არყის ნაცვლად ღვინო და ლუდი. მაგრამ არც ერთმა ამ ღონისძიებამ არ გამოაღო შედეგი. პირიქით, ალკოპოლის სრულმა აკრძალვამ ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოიწვია არალეგალური გზით ალკოპოლის შეტანა, სხვადასხვა სუროვატის ხმარება და, ამრიგად, ალკოპოლიზმის უფრო ვადლიერება.

ალკოპოლიზმთან ბრძოლის ერთადერთი სწორი გზაა საგანმანათლებლო მუშაობა: მოსახლეობის შეგნებისა და კულტურული დონის აწევა, ეკონომიური მდგომარეობის გაუმჯობესება, სხვადასხვა სახის სპორტის შემოღება, თავისუფალი საათების დროს გონიერი დასვენება (თეატრი, კინო, რადიო, ტელევიზორი).

ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის პრაქტიკულად გატარების მხრივ მეტად რთული და საპასუხისმგებლოა დისპანსერის მნიშვნელობა.

რაიონის ფსიქიატრი თავისი მუშაობით მჭიდროდაა დაკავშირებული თავისივე რაიონის ფსიქიატრიულ დისპანსერთან; იგი ვალდე-

ბულია არა მარტო მკურნალობა ჩაატაროს, არამედ აღწეროს სულით ავადმყოფნი, იზრუნოს მათზე და პატრონაჲული დახმარება გაუწიოს. დისპანსერი მხოლოდ პოლიკლინიკა, ამბულატორია როდია; მისი მოვალეობაა მოსახლეობაში ფსიქოპათიური მუშაობის ფართოდ გაშლა.

ფსიქიკურად არასრულფასოვან პირთა ფსიქოპათიურა და ფსიქოპათოლოგია. თანდაყოლილი ან ნაადრევად შექმნილი ფსიქიკური უკმარისობის შემთხვევაში საჭიროა სპეციალური პედაგოგიური ღონისძიებანი. როგორც პედაგოგი, ისე ფსიქიატრი ვალდებული არიან განავითარონ ბავშვის ფსიქიკური შესაძლებლობანი, შეაჩვიონ ის სწორ და მიზანშეწონილ რეაქციებს.

**სულით ავადმყოფთა და ფსიქოპათთა უფლებრივი მდგომარეობა,
ფსიქიატრიული მკურნალობა და სიძულადობა-ღიმიადობა
საკითხები**

სულით ავადმყოფები სრულიად მოკლებული არიან დამოუკიდებელი ცხოვრების შესაძლებლობას, შემთხვევათა უმეტეს ნაწილში ისინი საჭიროებენ მეთვალყურეობას, მზრუნველობას.

ფსიქიკური ავადმყოფი უფლებრივად შეზღუდულ მდგომარეობაშია; თვით ის ფაქტი, რომ ძალიან ხშირად ავადმყოფებს (მათი სურვილის წინააღმდეგ) ძალად ათავსებენ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, მათი მოქალაქეობრივი უფლებების დარღვევის მარჯვენაგანია.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში უკანონოდ მოთავსების შემთხვევები ძალიან იშვიათია. ანგარებით ან სხვა რაიმე პირადი მიზნებით ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსება ისჯება სახსლის სამართლის კოდექსის 148-ე მუხლის თანახმად. ყოველი საეჭვო შემთხვევა შემოწმებულ უნდა იყოს სპეციალისტების მიერ ჯანმრთელობის განყოფილებას ან სხვა ოფიციალურ ადგილას.

იძულებითი მკურნალობის დანიშვნას ან ავადმყოფისათვის მეურვეობის დაწესებას ღივი იურიდიული მნიშვნელობა აქვს და ფსიქიატრთა დასკვნას საჭიროებს.

ექსპერტიზა განსაკუთრებულად უნდა იყოს დაცული მამინ, როდესაც საჭირო ხდება სოციალურად საშიში ალკოჰოლიკების, ნარკომანების ან მოსაზღვრე პირებისათვის (ფსიქოპათებისათვის) იძულებითი მკურნალობის დანიშვნა.

აგრესიულ, აღელვებულ ან ნევატივისტურად განწყობილ ავადმყოფთა მოთავსება სამკურნალო დაწესებულებაში ძალიან ძნელია.

სამკურნალოდ ავადმყოფთა მოსათავსებლად ადმინისტრაციული

ორგანოებისათვის მიმართვა ყოვლად დაუშვებელია; უნდა გამოიყენონ სასწრაფო დახმარება.

ფსიქოზიან ავადმყოფს არ ძალუძს მთლიანად და კრიტიკულად გაერკვეს თავის მოქმედებაში, ამიტომ მის მიმართ არ შეიძლება სოციალური თავდაცვის აღმინისტრაციული ზომების გამოყენება. ასეთი ავადმყოფები შეურაცხად მდგომარეობაში არიან და სოციალური თავდაცვას სამედიცინო ღონისძიებებს საჭიროებენ.

სისხლის სამართლის კოდექსის ერთ-ერთი მუხლის თანახმად, სამედიცინო ღონისძიებას უნდა ჰქონდეს ორი მიზანი: 1. იძულებითი მკურნალობა და 2. სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსება იზოლაციისათვის.

საჭიროა ხაზგასმით აღვნიშნოთ, რომ იმავე სისხლის სამართლის კოდექსის თანახმად, შეურაცხად მდგომარეობაში არიან ისეთი პირები, რომელთაც ბოროტმოქმედება ჩადენილი აქვთ ქრონიკული ან მწვავე ფსიქიკური დაავადების გამო ან ისეთ ავადმყოფურ მდგომარეობაში, როცა მათ არ შეეძლოთ ანგარიში გაეწიათ. თავიანთი მოქმედებისათვის.

თავისთავად ცხადია, რომ სულით ავადმყოფის მოწმედ გამოყენება და დაკითხვა არ შეიძლება. უფრო მეტიც, იმ შემთხვევაში, როდესაც ბრალდებული მოწმედ ასახელებს ფსიქიკურ ავადმყოფს ან ისეთ პირს, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ ერთგვარ ეჭვს იწვევს, კანონის თანახმად, მოწვეული უნდა იყოს ექსპერტი როგორც მოწმის, ისე თვით ბრალდებულის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესამოწმებლად.

ექსპერტის მოვალეობა უაღრესად საპასუხისმგებლოა. იგი ვალდებულია დაადასტუროს ბრალდებულის არა მარტო მდგომარეობა, არამედ დაწვრილებით გაეცნოს სასამართლო გამოძიების მასალებს, შეისწავლოს ბრალდებულის პიროვნება და გაერკვეს, თუ როგორ მდგომარეობაში იყო იგი დანაშაულის ჩადენის წინ, დანაშაულის ჩადენის დროს და შემდეგ.

დიდი რაოდენობით კრიმინალურ, ე. ი. ბოროტმოქმედ ფსიქიკურ ავადმყოფთა მოთავსება ჩვეულებრივ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არ არის სასურველი, მათ შეიძლება დეზორგანიზაცია შეიტანონ საავადმყოფოში, ამიტომ ფრიალ მიზანშეწონილია სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ინსტიტუტების შექმნა.

იძულებითი მკურნალობა ხორციელდება ჩვეულებრივი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების პირობებში, მხოლოდ ასეთ ავადმყოფთათვის მიზანშეწონილია ცალკე განყოფილებების შექმნა გარკვეული სამკურნალო-შრომითი რეჟიმით.

ბუნდოვან შემთხვევებში სასამართლო ექსპერტს შეუძლია ოფიციალურად დასვას საკითხი მდგომარეობის საბოლოოდ გამოსაკვლევად სპეციალურ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ბრალდებულის მოთავსების შესახებ.

გამოკვლევის ვადა, რომელსაც თვით საავადმყოფო განსაზღვრავს, არ უნდა აღემატებოდეს ორ თვეს. ამ დროის შემდეგ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ბრალდებულის გაჩერება მხოლოდ სასამართლოს შეუძლია.

მცირეწლოვანთა ბოროტმოქმედებანი დაპოუციდებლად შესასწავლი საკითხია, რომელიც საქმედიცინო-პედაგოგიური ხასიათის ღონისძიებებთანაა დაკავშირებული.

მცირეწლოვანთა შორის ბოროტმოქმედების სწრაფი ლიკვიდაციის მიზნით 1935 წლიდან სისხლის სამართლის კოდექსში შეტანილია ცვლილება, რომლის თანახმად, არასრულწლოვანი ბოროტმოქმედნი 12 წლას ასაკიდან პასუხს აგებენ სისხლის სამართლის წესით და მათ მიმართ გამოყენებულია დასჯის ყოველი ზომა.

ფსიქოპათები, ნარკომანები და ნევროპათები სრულ შერაცხად მდგომარეობაში არიან და მთლიანად აგებენ პასუხს სასამართლოს წინაშე. მათ მიმართ გამოყენებული უნდა იყოს განსაკუთრებით სასტიკი რეჟიმი.

პრაქტიკულმა დაკვირვებამ ცხადყო, რომ ლმობიერი რეჟიმი უფრო ხელს უწყობს ფსიქოპათთა, ნარკომანთა და ნევროპათთა თავდაუპყრლობას.

ფსიქოპათებს უფრო ახასიათებთ ემოციური და ნებითი აშლილობანი, გარდა ამისა, ისინი თავისუფლად არიან მოსახლეობას შორის, რის გამოც მათ მეტი კრიმინალური მნიშვნელობა აქვთ, ვიდრე ნამდვილ ფსიქოზურად აშლილებს.

ამასთან ერთად, საჭიროა ხაზგასმით აღვნიშნოთ, რომ ყოველად მიუღებელია ფსიქოპათთა დანაშაულობანის განხილვა მხოლოდ და მხოლოდ ბიოლოგიური თვალთახედვით. ფსიქოპათთა დანაშაულებრივ მოქმედებებში გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სოციალურ ფაქტორებს.

თეორიულად და პრაქტიკულად ფრად საინტერესოა საკითხები საქმელაციისა და დისიმულაციის შესახებ.

საშუალაციის დროს აღამიანი სხვადასხვა მიზნით იგონებს ავადმყოფობას, დისიმულაციის შემთხვევაში კი, პირიქით, მალავს თავის ავადმყოფურ მდგომარეობას.

ჩვენს დროში, როდესაც საკმაოდ დაზუსტებულია ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკის საკითხები, თითქმის წარმოუდგენელია ფსიქიკური ავადმყოფობის სიმულაცია. საერთოდ სიმულაციის შემთხვევები იშვია-

თა. ამ დროს ყოველთვის საჭიროა ვეძიოთ პათოლოგიური საფუძველი. დეტალური გამოკვლევა ხშირად ადასტურებს, რომ სიმულაცია გარეგნულია, ყალბი და სინამდვილეში საქმე გვაქვს ნამდვილ სულით ავადმყოფობასთან. უფრო ხშირია ავადმყოფური ნიშნების გააღიერება, ე. ი. აგრააცია. როგორც სიმულაცია, ისე აგრააცია არასრულფასოვანი ფსიქიკის მაჩვენებელია.

ღისიპულაცია, ჩვეულებრივ, ახდენენ ფსიქიკურად შედარებით შენახული ავადმყოფები. ღისიპულაციის შემთხვევებში ავადმყოფები უფრო ხშირად მალავენ ბოღებს, პალტუნაციებს, დაქვეითებულ გუნება-განწყობას და სხვ., რითაც ცდილობენ თავი ჩანჩრთელად მოაჩვენონ, რომ ადრე გაეწერონ სახლში ანდა საავადმყოფოში შეღარებით თავისუფალ რეჟიმში იყვნენ. განსაკუთრებით საჭიროა თვითმკვლელობისადმი მიდრეკილებები. მქონე ავადმყოფთა ღისიპულაციის გაგება, თორემ უფროოდ სახლში გაწერა ან რეჟიმის შეცვლა შესაძლებელია საბედისწერო გახდეს და ავადმყოფმა სისრულეში მოიყვანოს თვითმკვლელობის განზრახვა.

თ ა მ ი X

პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები ფსიქოზების დროს

ფსიქიკურ ავადმყოფთა გვამის გაკვეთა და დეტალური პათოლოგიურ-ანატომიური შესწავლა სავალდებულოა. ორგანიზმის საერთო ცვლილებების შესწავლასთან ერთად, საჭიროა ცენტრალური ნერვული სისტემის, კერძოდ აღამიანის დიდი ტვინის მაკრო-მიკროსკოპული გამოკვლევა.

ავადმყოფური ფსიქიკის (განსაკუთრებით ორგანულ შემთხვევებში) ძირითადი ანატომიური სუბსტრატია ტვინის პათომორფოლოგიური ცვლილებები, ამიტომაც, რომ ფსიქოზების დროს ღიდ ყურადღებას აქცევენ ღიდი ტვინის შესწავლას. ამასთან ერთად, ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მომუშავე პათოლოგ-ანატომი ვალდებულია თეორიულად მომზადებული და პრაქტიკულად დახელოვნებული იყოს ნეირომორფოლოგიაში.

პათომორფოლოგიური ცვლილებების მხრივ ფსიქოზები დაყოფილია ორ მთავარ ჯგუფად: 1. ორგანულ და 2. არაორგანულ, ანუ ფუნქციურ ფსიქოზებად.

ორგანული ფსიქოზების დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მკვეთრად გამოხატული მაკრო-მიკროსკოპული ცვლილებებია. არაორგანული ფსიქოზების დროს თავის ტვინში შესამჩნევი პათოლო-

გიურ-ანატომიური ცვლილებები არ აღინიშნება; არის მხოლოდ ფუნქციური ცვლილებები ცენტრალური ნერვული სისტემისა და ენდოკრინულ-ვეგეტატიური აპარატის მხრივ.

განმეორებით აღენიშნავთ, რომ „ფუნქციური“ დაავადებაც არ არის მოკლებული ანატომიურ, მატერიალურ სუბსტრატს. ამ შემთხვევაში ფუნქციურს ვუწოდებთ მხოლოდ იმიტომ, რომ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არ არის შესაძენევი პისტოლოგიური ცვლილებები.

რაც უფრო მდიდრდება და ზუსტდება ჩვენი წარმოდგენა ფსიქოზების ბიოლოგიური ბუნების შესახებ, იმდენად უფრო ვიწროვდება ე. წ. უსუბსტრატო, ანუ ფუნქციურ დაავადებათა რკალი, მაგალითად შიზოფრენიის (რომელიც წინათ მიაჩნდათ ფუნქციურ დაავადებად) დეტალური შესწავლის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ იგი ორგანული ავადმყოფობაა: აღმოჩენილია სრულიად გარკვეული მიკროსკოპული ცვლილებები დიდი ტვინის სხვადასხვა უბანში.

ფსიქოზთა პათოლოგიური მორფოლოგია არ ამოიწურება მხოლოდ თავის ტვინის შესწავლათ; საჭიროა ორგანიზმის საერთო ცვლილებების აღნუსხვა და გამოკვლევა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეოდ გულის, ფილტვების, თირკმლების, ღვიძლის, კუჭ-ნაწლავის, შიდასეკრეციის ჯირკვლებისა და სიმპათიკური ნერვული კვანძების შესწავლას. სიმპათიკური კვანძები მძიმე ცვლილებებს განიცდის ინფექციური და ანტოქსიკაციური ფსიქოზების დროს.

სულით ავადმყოფთა შორის ხშირია ძლიერი და მკვეთრი არტერიოსკლეროზი. აგრეთვე ტუბერკულოზი, ქრონიკულ სულით ავადმყოფთა 40% და შიზოფრენიკთა 70% ტუბერკულოზით იღუპება.

დეტალურად შევეჩერდებით თავის ტვინის მიკროსკოპულ და მიკროსკოპულ ცვლილებებზე.

ანთებითი პროცესებია შედეგად ხშირად თავის ტვინის მაგარი და რბილი გარსი გასქელებული და შემღვრეულია. ჩვეულებრივ, მაგარი გარსი შემღვრეული და გასქელებულია ჰემისფეროების დორზალურ და ლატერალურ ზედაპირზე.

ფსიქიკურ ავადმყოფთა ტვინი ძლიერ ცვალებადობს როგორც წონის, ისე მოცულობის მხრივ. ამასთან დაკავშირებით ყველაზე საინტერესოა მიკროცეფალიის შემთხვევები. ამ დროს საყურადღებოა ტვინის შემცირება არა მარტო წონის, არამედ თვით ღარებისა და ხვეულების განლაგების მხრივაც. ასეთი სურათი აღინიშნება თანდაყოლილი ჰედასუსტობის შემთხვევაში.

შემენილი ჰედასუსტობისათვის დამახასიათებელი ატროფია არ არის მთლიანი და ეხება ჰემისფეროების მხოლოდ ცალკე უბანს (უმთავრესად შუბლისა და თხემის წილს).

ორჯანული ფსიქოზების შემთხვევებში უფრო საყურადღებო შედეგებს გვაძლევს ქერქისა და უახლოესი ქერქქვეშა კვანძების მიკროსკოპული გამოკვლევა.

ნატიფი მიკროსკოპული მეთოდებით შეიძლება ნერვულ ქსოვილში ანთებათი და ღეგენერაციული ხასიათის სხვადასხვა მოვლენის აღმოჩენა.

ტვინის ქსოვილის ანთება ცნობილია ენცეფალიტის სახელწოდებით, ხოლო თუ ანთებითი პროცესი, ტვინის ქსოვილის გარდა, ტვინის გარსებზეც ვრცელდება, მენინგო-ენცეფალიტს აღნიშნავენ.

ნერვული ქსოვილისათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია არაჩიჩქოვანი ენცეფალიტი, რომლის დროს მონაწილეობს როგორც მეზენქიმა, ისე გლიოზური ქსოვილი.

მეზენქიმატრი ცვლილებების დროს აღინიშნება სისხლძარღვთა გამრავლება და მათი ინფილტრაცია ლიმფოციტებითა და პლაზმური უჯრედებით.

გლიოზური ქსოვილი უმთავრესად იწვევს პროლიფერაციულ ცვლილებებს და მთავარ მონაწილეობას ღებულობს გლიოზური ნაწიბურის წარმოქმნაში.

ორჯანული ფსიქოზების დროს ნერვულ ქსოვილში ყველაზე ხშირია ღეგენერაციული პროცესები. მძიმე შემთხვევებში ნერვულ ელემენტთა ღეგენერაციას შესაძლებელია მოჰყვეს უჯრედთა ნეკროზი. არჩევენ განგლიური უჯრედების დაავადების, ანუ გადაგვარების სხვადასხვა სახეს.

შილმეიერის თანახმად, შეიძლება გამოყოფილი იყოს განგლიურ უჯრედთა დაავადების შვიდი ძირითადი ფორმა. მაგალითად, შექმუნა, შედედება და სხვ. უნდა აღინიშნოს, რომ საერთოდ განგლიურ, ანუ ფუნქციურ უჯრედთა დაავადების კლასიფიკაცია მეტად ძნელია, რადგანაც ერთი და იმავე პროცესის დროს შესაძლებელია სულ სხვადასხვა ფორმის დაზიანებანი იყოს.

მეტად საყურადღებოა აგრეთვე, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიას არ ახასიათებს განგლიურ უჯრედთა სპეციფიკური დაავადებანი.

იაკობის გამოკვლევათა თანახმად, ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიაში ცნობილია მხოლოდ ოთხი შემთხვევა, როდესაც განგლიური უჯრედები იანიცილიდა იმდენად ტიპურ და პათოგნომონურ ცვლილებებს, რომ მხოლოდ ჰისტოლოგიური პრეპარატის მიხედვით იყო შესაძლებელი ავადმყოფობის დიაგნოზის დადგენა. ეს ოთხი შემთხვევაა: ოჯახური ამავროზული იდიოტია, მიოკლონური ეპილეფსია, ტუბეროზული სკლეროზისათვის დამახასიათებელი ატი-

პური განგლიური უკრედები და სენილური ფსიქოზების დროს ნერვული ფობრილების ცვლილებები.

ფსიქოზთა ცალკეული ფორმის განხილვისას ვამჩნევთ, რომ ხშირად ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში პათოლოგიური ცვლილებები შერჩევითი ხასიათისაა, მაგალითად, პროგრესული პარალიზის დროს განვლიურ უკრედთა რღვევითი პროცესები უფრო აშკარაა შუბლის წილის ველებში.

შესაძლებელია პათოლოგიურ ცვლილებებს შერჩევითი ლოკალიზაცია ახასიათებს არა მარტო ველების მიხედვით, არამედ ლამინარულად (შრეების თანახმად), მაგალითად, იმავე პროგრესული პარალიზის ან შიზოფრენიის დროს უკრედებისა და მათი მორჩების დევენერაციული მოვლენები უფრო მკვეთრად გამოხატულია ქერქის ვარეთა შრეებში.

აღნიშნული მასალები იმაზე მიგვითითებს, რომ დიდი ჰემისფეროების ქერქში პათოლოგიური ცვლილებები შესაძლებელია გავრცელებული იყოს სხვადასხვა ველისა და შრის მიხედვით, ე. ი. ავადმყოფურ პროცესს ჰქონდეს ლამინარული და არეალური ლოკალიზაცია. დიდი ტვინის ქერქის პათოლოგიის შესწავლისას პროცესის ლოკალიზაციის განსაზღვრა ძალიან საინტერესოა თეორიულად და პრაქტიკულ-კლინიკურადაც. ამიტომ ფსიქიატრიაში პათოარქიტექტონიკის საკითხების დამუშავებას ამ ბოლო დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ.

ქერქის პათოარქიტექტონიკის საგანია როგორც ავადმყოფური პროცესის თვისობრივი მხარის, ისე მისი არეალური და ლამინარული ლოკალიზაციის შესწავლა.

შპილჰეერა არ ეთანხმება ფოგტს. პირველის აზრით, პათოლოგიური ცვლილებების ლოკალიზაცია ტვინის უბნებში სისხლძარღვთა სხვადასხვაგვარა დანაწილებას შედეგია. რასაც მოსდევს კვების თავისებურებანი.

როგორც ვხედავთ, პროცესის შერჩევით ლოკალიზაციაში შპილჰეერა არ აძლევს გადაწყვეტ მნიშვნელობას ნერვული ქსოვილის ფიზიკურ-ქიმიურ თვისებებს და ჰემოდინამიკურ პოზიციებზე ღვან.

თავი XI

ფსიქოზთა მკურნალობის ზოგადი პრინციპები და სხვადასხვა თერაპიული მეთოდი

უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში ფსიქიატრები განსაკუთრებულ ინტერესს აჩვენებენ ფსიქოზთა მკურნალობის მეთოდების გამონა-

ხვისადმი. ფსიქიატრია თანდათანობით გმობს თერაპიული ნიჰილიზმის პოზიციებს. აქამდე ფსიქიატრის პრაქტიკული მოღვაწეობის საგანი უფრო სულით ავადმყოფებზე მზრუნველობა იყო, ვიდრე მათი აქტიური მკურნალობა. წინათ ფსიქიატრი ფსიქოზის კლინიკური მიმდინარეობის მოწმე და პასიური მკურნებელი იყო, ახლა, პირიქით, იგი აქტიურად ეძებს მკურნალობის ახალ მეთოდებს, ამასთან ერთად, ცდილობს ფსიქოზთა თერაპია მათ დაუქვემდებაროს.

წარსულში ფსიქოზთა უმეტეს შემთხვევას უკავშირებდნენ მემკვიდრეობას; მაშინდელი წარმოდგენით, სულით ავადმყოფთა ბედი წინასწარ იყო გადაწყვეტილი.

ფსიქოზთა თერაპიის აქტიური მეთოდების გამოქმენას ხელს უშლიდა ერთი არასწორი დებულებაც. რადგანაც გამოურკვეველი იყო ფსიქოზთა შინაგანი არსი და უშუალო მიზეზები, უნაყოფოდ მიაჩნდათ აქტიური თერაპიული მეთოდების ძიება. ამ მოსაზრებების გამო წარსულში ფსიქიატრები იდგნენ მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობის პოზიციებზე, მკურნალობდნენ ავადმყოფობის ამა თუ იმ ნიშანს და არა თვით ავადმყოფობას.

უკანასკნელი წლების ფაქტიურმა მასალამ ძირითადად შეცვალა ჩვენი წარმოდგენები ფსიქოზთა ბუნების შესახებ.

სრულად ნათელი გახდა, რომ სულით ავადმყოფობა არ არის სტაბილური და ფატალურად განსაზღვრული მოვლენა.

ფსიქოზი დინამიკურად მიმდინარე პროცესია, რომელსაც ახასიათებს გამწვავებისა და დაცხრომის პერიოდები.

პროგრესული პარალიზის, მალარიათერაპიისა და სულ ბოლო წლებში შიზოფრენიის აქტიურა, ბიოლოგიური თერაპიის (ინსულინთერაპია, მკურნალობა ხანგრძლივი ძალით, მკურნალობა კრუნჩხვის მომკვრელი ნივთიერებებით) მდიდარმა მასალებმა ახალი ნაკადი შეიტანა ჩვენს აზროვნებაში; აღმოჩნდა, რომ აუცილებელი არ არის თერაპიული ღონისძიების მოქმედება ავადმყოფობის ძირითად მოვლენებსა და მიზეზებზე.

თერაპიული ეფექტის მისაღებად სრულიად საკმარისია ორგანიზმში ზოგადი ბიოლოგიური ძვრების გამოწვევა, მისი თავდაცვითი უნარის გაძლიერება.

ფსიქოზთა მკურნალობისას ანგარიში უნდა გაუწიოთ ერთ გარემოებასაც. როგორც აღვნიშნეთ, ყოველი ფსიქოზის დროს საქმე გვაქვს პათოგენეზურ და პათოპლასტიკურ მომენტებთან, ხოლო პათოპლასტიკურ მომენტთა შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია დანართ ფსიქიკურ მოვლენებს, პიროვნების ავადმყოფურ რეაქციას და ავადმყოფურ განვითარებას.

თერაპია მიმართული უნდა იყოს არა მარტო ძირითადი, არამედ

პათოლასტიკურად გამოწვეული სიმპტომისადმი. უნდა გვახსოვდეს, რომ მეორადი, დამატებითი სიმპტომების ჩამოცლა (კორექცია) ზეგავლენას ახდენს ფსიქოზის ძირითად მსვლელობაზე და აძლიერებს თერაპიულ ეფექტს.

ღღეს ფსიქიატრიის განკარგულებაშია სხვადასხვა თერაპიული მეთოდი: შრომათერაპია, ფსიქოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ფარმაცოთერაპია და ბიოლოგიური აქტიური თერაპია, რომლებსაც ხშირად დამაკმაყოფილებელი შედეგები მოჰყვება. ამრიგად, თერაპიული ნიპილიზში შეიძლება მკურნალობის მეთოდთა ძიების ენთუზიაზით.

როგორც სხვა დარგებში, ისე ფსიქიატრიაშიც მეცნიერული ენთუზიაზში დადებითი მოვლენაა. მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მეცნიერული ენთუზიაზში არ ნიშნავს ზერელე გატაცებასა და საკითხის დაწვრთმანებას. თერაპიულ ძიებასთან ერთად საჭიროა ღრმა კვლევითი მუშაობა ფსიქოზის ძირითადი ბუნების გასაგებად; ნაჩქარევი თერაპიული ღვაწლების გამოტანის ნაცვლად ღრმად უნდა ვსწავლობდეთ სამკურნალო ზეგავლენის ძირითად მექანიზმებს.

ფსიქიატრიაში თერაპიული ენთუზიაზში მნიშვნელოვანია არა იმით, რომ გვაძლევს დამაკმაყოფილებელ და აშოქწურავ თერაპიულ ეფექტებს, არამედ თავისი პერსპექტივებით. ამის საილუსტრაციო მაგალითია შიზოფრენიის თანამედროვე მკურნალობა.

შრომათერაპია. ფსიქიკური ავადმყოფების შრომაში ჩაბმას დიდი თერაპიული მნიშვნელობა აქვს. შრომის რეჟიმი ავადმყოფებს უფითარებს ფსიქიკურ ძალღონეს, ხელს უწყობს მათ კონტაქტს გარე წრესთან.

ავადმყოფისათვის იმგვარად უნდა იყოს შერჩეული ესა თუ ის შრომითი თერაპია, რომ იგი მას ესია მოვნებოდეს, შეეფარდებოდეს მის გემოვნებასა და ფაქტიურ შესაძლებლობას. ავადმყოფი უნდა გრძნობდეს, რომ მისი შრომა უბრალო გართობა კი არ არის, არამედ მას სარგებლობა მოაქვს.

შრომითი თერაპია ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული ქრონიკულ და მშვიდ სულის ავადმყოფთა შორის. ამასთან ერთად, საჭიროა კვადლოთ, რომ მღვკმარეობის მიხედვით მწვავე, ავზნებულა ავადმყოფებიც ჩაებათ შრომით რეჟიმში.

კარგად მოწყობილ საავადმყოფოებში შრომით თერაპიაში ჩაბმულია ავადმყოფთა თითქმის 98%.

ყველა ახლად მიღებული ავადმყოფი ვალდებულია პირველი რამდენიმე ღღის განმავლობაში მაინც ზუსტად დაიცვას წოლის რეჟიმი. წოლის რეჟიმის დაცვას სხვადასხვა დადებითი მხარე აქვს; ამ ღღოს ავადმყოფი მშვიდდება, ისეენებს ფიზიკურად და ფსიქიკურად; გარდა

ამისა. წოლის რეჟიმი მომვლელებს უადვილებს ავადმყოფთა მოვლა-მეთვალყურეობას.

წოლის რეჟიმი როგორც სამკურნალო მეთოდი უმთავრესად შემოღებულია რუსი ფსიქიატრების მიერ და ძირითადად დაკავშირებულია კორსაკოვის სახელთან.

წვევებზე და მკვეთრი პერიოდის გავლის შემდეგ საჭიროა ავადმყოფთა გააქტიურება და მათში სხვადასხვა ინტერესის გაღვივება; ამისათვის ყველაზე მიზანშეწონილია შრომით თერაპიაში მათი დროული ჩაბმა.

ფსიქოთერაპია. მხოლოდ მოკლედ შევჩერდებით ფსიქოთერაპიის ზოგიერთ პრინციპულ მომენტზე.

როგორც თვით ტერმინი გვიჩვენებს, ამ მეთოდის გამოყენების დროს ექიმი მკურნალობს ფსიქიკური ზეგავლენით. ყოველმა ექიმმა, მით უმეტეს ფსიქიატრმა, მუშაობაში ფსიქოთერაპიას საპატიო ადგილი უნდა დაუთმოს.

გილიაროვსკის აზრით, ფსიქოთერაპიული მნიშვნელობა აქვს თვით ფსიქიატრიულ დაწესებულებას, მის რეჟიმსა და პერსონალს, ცხადია, პირველ რიგში ექიმის პიროვნებას ზეგავლენას.

უნობილია სხვადასხვა თერაპიული მეთოდი, მაგალითად, შთაგონების (შთაგონება მღვიძარ მღვდომარეობაში, შთაგონება ჰიპნოზის დროს), ასათიანის მიერ შემუშავებულ განცდათა რეპროდუქციული მეთოდი და რაციონალური ფსიქოთერაპიის მეთოდი.

საინტერესოა, რომ ზოგიერთი ავტორი შრომით თერაპიას განიხილავს როგორც ფსიქოთერაპიის მეთოდის ერთ-ერთ სახეს.

ფსიქოთერაპიის ღიააზონი მეტად ღილია. იგი გამოყენებული უნდა იქონოს არა მარტო ფსიქოგენურ დაავადებათა, არამედ ფსიქოზების სხვა ფორმების შემთხვევაშიც.

ყოველი ორგანული ფსიქოზის დროს აღინიშნება როგორც ძირითადი სომატური ძვრები, ისე პიროვნების რეაქცია, მისი ძირითადი ხაზების პათოლოგიური განვითარება.

ფსიქოთერაპიის დროს საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციოთ ავადმყოფის ინდივიდუალურ თვისებებს; ყოველ ცალკეულ კონკრეტულ შემთხვევაში მდგომარეობის მიხედვით შერჩეული უნდა იქონოს ესა თუ ის ფსიქოთერაპიული ხერხი; შაბლონი ყოველად დაუშვებელია.

ფსიქიკურმა ზეგავლენამ, ისე როგორც ყოველმა სამკურნალწამლო საშუალებამ, შეიძლება მოგვეცეს უარყოფითი, მავნე შედეგებიც კი. უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოთერაპია არ არის ავადმყოფისთვის ინდიფერენტული საშუალება, იგი მძლავრად მოქმედებს და ამიტომ ექიმს ღიდი სიფრთხილე და დაკვირვება მართებს.

აათიანის აზრით, ფსიქოთერაპია ფსიქიატრიული მეცნიერების ერთ-ერთი დარგია, რომელიც ავადმყოფებს არა მარტო კურნავს, არამედ ათავისუფლებს შეცდომების, ცრუმორწმუნეობისა და მისტიციზმისაგან.

თანამედროვე შეხედულებათა თანახმად, ფსიქოთერაპია მძლავრი თერაპიული საშუალებაა.

ფიზიოთერაპია. ფსიქოზთა და ფსიქონევროზთა ზოგიერთ ფორმაზე დამაკმაყოფილებელ ზეგავლენას ახდენს ფიზიოთერაპიული პროცედურები. ამ ბოლო დროს გაძლიერდა ფსიქიატრთა ინტერესი ფიზიოთერაპიისადმი, რაც საესებით მართებულა.

ყოველი ფსიქიატრი ვალდებულია იცნობდეს მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს, ამასთან ერთად საჭიროა, რომ ყოველ კეთილმოწყობილ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იყოს ფიზიოთერაპიული კაბინეტი. ვეგეტატიური ნევროზების ზოგიერთ ფორმაზე კარგ ზეგავლენას ახდენს პროფესორ შჩერბაკის მიერ შემუშავებული ვალვანური საყელო. როგორც ვიცით, ვალვანურ ნაკადს ხმარობენ აგრეთვე ორგანიზმში სხვადასხვა იონის შესაყვანად.

უფრო ხშირად ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მიღებულია დიათერმია და დარსონვალი.

არის ცდები მალარიათერაპია შეცვალონ დიათერმიით, რამაც ჭერჯერობით შედეგი არ მოგვცა.

ზოგადი დარსონვალი დადებითად მოქმედებს ინვოლუციურ ფორმებსა და ტვინის არტერიოსკლეროზზე.

ულტრაიისფერი სხივები მოქმედებს ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე და იწვევს ჰიპო-სიჰპათოტონიის მოვლენებს. ამიტომ ამ სხივების გამოყენება შეიძლება ფსიქოზთა ისეთი ფორმების შემთხვევაში, როცა აწეულია სიჰპათიკუსის ფუნქცია, მაგალითად, ციკლოფრენიის, შიზოფრენიის დროს და სხვ.

ყველა სამკურნალო მეთოდიდან ჰიდროთერაპიას ერთი მთავარი ადგილი უკავია ფსიქიატრიაში. თბილი აბაზანები განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს მღელვარე და დეპრესიულ ავადმყოფებზე, აგრეთვე უძილობის დროს. აბაზანებს გადააწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში, ამიტომ მათ მოწყობასა და რეგულარულ მუშაობას ექიმმა დიდი ყურადღება უნდა დაუთმოს.

აბაზანები უნდა მოაწყონ პალატებთან ახლოს, რათა მათი გამოყენება შეიძლებოდეს ყველა დროსა და პირობებში.

ბოლო ხანებში რენტგენთერაპიას თანდათანობით იყენებენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. ახლა უკვე გამორკვეულია, რომ რენტგენის ვარკვეული დოზების ხმარების შედეგად შეიძლება ტვინის ქერქის მოქმედების (აგზნებადობის) როგორც გაძლიერება, ისე შესუსტება.

ენცეფალოგრაფია და ვენტრიკულოგრაფია სულ უფრო ფართოდ იკაფავს გზას ფსიქიატრიაში. კლინიკასტა ინტერესი არ განისაზღვრება მხოლოდ დაავადების დიაგნოსტიკით; ამ მეთოდის გამოყენება შეიძლება ერთ-ერთი თერაპიულ საშუალებად, სახელდობრ ფსიქოზთა რენტგენთერაპიად.

რენტგენოლოგიას, რომელიც ცოცხალი ადამიანის „პათოლოგიური ანატომიაა“; შეუძლია ფსიქოპათოლოგიური ფენომენების ცერებრული ლოკალიზაციის საკითხების დაზუსტება. მას ზმირად მიმართავენ პრესენილური, ე. ი. ინვოლუციური ბუნების დეპრესიის შემთხვევებში.

თეორიული და პრაქტიკული ფსიქიატრიისათვის განსაკუთრებით საინტერესოა მონაცემები თანამედროვე რადიობიოლოგიიდან.

როგორც ვიცით, ატომური ფიზიკა და რადიაციული ქიმია თანამედროვე ბუნებისმეტყველების უდიდესი მონაპოვარია.

ამჟამად მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის მიზნით ფსიქიატრიაში ფართოდ იყენებენ რადიოაქტიურ იზოტოპებს.

ფსიქოფარმაკოთერაპია. უკანასკნელი 10—15 წლის მანძილზე ფსიქონევროლოგიაში ფართოდ დაინერგა მკურნალობის ფსიქოფარმაკოლოგიური მეთოდები. ამჟამად პრაქტიკული თერაპიული გამოყენება ჰპოვა პრავალმა ფსიქოტროპულმა პრეპარატმა, რომელთაც თავისებური ფარმაკო-ნეიროდინამიკა და სამკურნალო ეფექტურობა ახასიათებთ. მათმა სიმრავლემ დღის წესრიგში დააყენა თერაპიაში დაწერგულ პრეპარატთა სისტემატიკისა და კლასიფიკაციის საკითხი, მკურნალობის მეთოდის, დოზირებისა და სხვა კერძო თერაპიული საკითხების დაზუსტება, რაც საშუალებას მისცემს პრაქტიკულად მომუშავე სპეციალისტებს რაციონალურად გამოიყენონ ესა თუ ის პრეპარატი.

ამჟამად განსაკუთრებით საინტერესოა ფსიქოფარმაკოლოგიური პრეპარატების ფარმაკო-ნეიროდინამიკა, მოქმედების მექანიზმი, მკურნალობის დიფერენციული ჩვენებები და უკუჩვენებები, სამკურნალო მეთოდიკის ცალკეული სახე, ვარიანტები და, აქედან გამომდინარე, რაციონალური დოზირებისა და მკურნალობის კურსის სავარაუდო ვადები.

ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობის საქმეში ძირითადი გარდატეხა მოხდა ჩვენი საუკუნის 30-ან წლებში. ე. წ. აქტიური ბიოლოგიური მეთოდების ფართოდ დაწერგვით მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა მიეკუთვნა მანამდე არსებულ ძირითად მეთოდს — მედიკამენტურ თერაპიას, რასაც ხელი შეუწყო აგრეთვე ფსიქიკურ პროცესებზე უშუალოდ მოქმედ პრეპარატთა არსენალის სიღარიბემ.

ქიმიის. განსაკუთრებით კი სინთეზური ქიმიის, განვითარებამ დაამკაფოფილა ფსიქიატრიის საჭიროებანი ზოგაერთი ფსიქონერვეული აშ-

ლილობისა და კერძოდ, ავზნების წინააღმდეგ ბრძოლაში. სისტემატური კვლევა-ძიების შედეგად მიღებულია მედიკამენტების მთელი სერია, რომელთაც ცენტრალურ ნერვულ სისტემასა და, პირველ რიგში, ფსიქიკის ცალკეულ ფუნქციაზე არჩევითი მოქმედების უნარი აქვთ.

ფსიქოტროპული პრეპარატების მნიშვნელობა განსაკუთრებით დიდია. მათი ფართოდ დანერგვით ძირფესვიანად გარდაიქმნა ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციული ფორმები, მკვეთრად შეიცვალა სტაციონარულ და ამბოლატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა როგორც ფორმა, ისე ფუნქცია. კლინიკურ პრაქტიკაში ფსიქოტროპული პრეპარატების ფართოდ გამოყენების შედეგად მრავალი სულით დაავადებული, რომლებიც წლების განმავლობაში იმყოფებოდნენ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში და პრაქტიკულად განუკურნებლად იყვნენ მიჩნეული, უბრუნდება ოჯახს და საზოგადოებისათვის სასარგებლო საქმიანობას ეწევა.

ფსიქიატრია თავის მუშაობაში იყენებს სხვადასხვა მედიკამენტს, რომლებიც მოქმედებენ ან ქერქზე. ანდა ქერქქვეშა კვანძებზე.

ქერქზე მოქმედი მედიკამენტებიდან უფრო ხშირად იყენებენ პარალდეჰიდს (0,5—10,0 დამით), რომელიც იწვევს საკმაოდ მშვიდ ძალს. ამ პრეპარატის უარყოფითი თვისებაა ცუდი სუნი და გემო და ლორწოვან გარსზე გამაღიზიანებელი მოქმედება.

ქლორალჰიდრატის გამოყენებისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ იგი ძლიერ აღიზიანებს ლორწოვან გარსს და, გარდა ამისა, შესამჩნევად დაბლა სწევს სისხლის წნევას. ამიტომ გულიასა და სისხლძარღვთა დაავადების შემთხვევებში ქლორალჰიდრატის დანიშვნა არ არის ნაჩვენები. ქერქზე მოქმედ პრეპარატებს ეკუთვნის აგრეთვე ბრომის მარილები, რომლებიც კარგად მოქმედებენ ფსიქომოტორული და მოტორული ავზნების დროს.

სუბკორტიკალური მედიკამენტური ნივთიერებებია ვერონალი და ლუპინალი.

ნარკოზულ თერაპიას ეკუთვნის ე. წ. მკურნალობა ხანგრძლივი ძილით, მაგალითად, შაზოფრენიის დროს.

ბიოლოგიური აქტიური თერაპია. ბოლო ხანებში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში იყენებენ ბიოლოგიურ აქტიურ თერაპიას, რომელიც მიზნად ისახავს ორგანიზმში ღრმა სომატური ძვრების გამოწვევას, ფსიქოზის კლინიკური მიმდინარეობის შეცვლას და ამით თვით ავადმყოფობასთან შებრძოლებას.

აქტიურ თერაპიას ეკუთვნის მკურნალობა მალარიით, ინსულინით, ქაფურით, კარდიზოლითა და სხვ.

პროგრესული პარალიზის შემთხვევებში მალარიათერაპიამ სრულიად გაამართლა თავისი დანიშნულება.

ინსულინს, ქაფურსა და კარდიაზოლს ხმარობენ ისეთი მძიმე და ხშირი ავადმყოფობის მკურნალობის მიზნით, როგორცაა შიზოფრენია. ეს პრეპარატები იწვევს კრუნჩხვებს, ანუ გულყრებს, ამიტომ თვით მკურნალობასაც კრუნჩხვით, ანუ გულყრით თერაპიას უწოდებენ.

შიზოფრენიის მკურნალობაში აქტიურმა თერაპიამ ჭერჭერობით ვერ მოგვცა ისეთი შედეგები, როგორც მალარიათერაპიამ პროგრესული პარალიზის დროს.

ყოველ შემთხვევაში შიზოფრენიის მკურნალობაში ბიოლოგიური აქტიური თერაპია ჭერჭერობით ერთადერთი ანგარიშგასაწევი საშუალებაა. ფრიად საინტერესო მასალების თანახმად, აქტიური თერაპია ორ-სამჯერ აღიღებს შიზოფრენიის რემისიის შემთხვევებს. აქტიური თერაპიის მიმართ ინტერესი ამით არ ამოწურება. ის ფსიქოზის ბიოლოგიურ მექანიზმებში გარკვევის შესაძლებლობას ქნის.

დიეტა. მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის გარჩევის შემდეგ მოკლედ შევჩერდებით ავადმყოფთა დიეტისა და, საერთოდ, კვების რეჟიმის საკითხებზე.

მწვავე ფსიქოზური ფორმების, აგრეთვე ხშირი ეპილეფსიური გულყრების შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფებს დაუნიშნონ რძის დიეტა, ახალი ხილი და მწვანალეულობა; ცილებით მდიდარი საკმელი (ხორცი) რაც შეიძლება ნაკლებად უნდა გამოიყენონ.

ფსიქიატრი მოვალეა მიიღოს აქტიური ზომები, როდესაც ავადმყოფი გარკვეული პათოლოგიური მდგომარეობის გამო ჭამაზე უარს ამბობს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა მიუღწეონ დაყვავებით, რჩევით, საკუთარი ხელითაც კი აჭამონ, მაგრამ თუ ჭამის აკრძალვა გრძელდება რამდენიმე (3—4) დღეს, საჭიროა ავადმყოფის ხელოვნურად კვება.

საკმლის სრული აკრძალვის ან ცოტა ჭამის შემთხვევებში ძალიან კარგია მცირე დოზებით ინსულინის დანიშვნა, რომელიც ავადმყოფს უღვიძებს მადას, რითაც შეიძლება ხელოვნურ კვებასთან დაკავშირებული სიძნელების აცილება.

ხელოვნურად კვებავენ ზონდით, რომელიც შეყავთ კუჭში პირის ღრუდან ან ცხვირის ნესტოებიდან. საჭიროა საფრთხილე, რომ ზონდი არ მოხვდეს სასუნთქ მილში. საჭმელი კუჭში ნელა უნდა შეიყვანონ.

ჩვეულებრივ, კვებისათვის იღებენ ერთ ლიტრ რძეს, 3—4 გათქეფილ კვერცხს, ბულიონს, უმატებენ აგრეთვე ვიტამინებს (ლიმონის ან ფორთოხლის წვენს), ატარებენ სამტკეცში და მხოლოდ ამის შემდეგ აძლევენ ავადმყოფს.

ფსიქიკურ აშლილობათა კლასიფიკაცია

XX საუკუნის პირველი ათეული წლების მანძილზე ფსიქიატრია საკვებით იზიარებდა ნოზოლოგიურ პოზიციებს და მთლიანად მოექცა მედიკურ-ბიოლოგიურ დისციპლინათა რიგში. სხვაგვარად არც შეიძლებოდა. ნოზოლოგიზმის პრინციპი და მედიკურ-ბიოლოგიური აზროვნება განუყრელი ცნებებია.

ცნება ნოზოლოგიური ერთეული გულისხმობს გარკვეულ ეტიოლოგიურ მომენტებს, პათოგენეზურ მექანიზმებს, კლინიკურ სურათსა და ავადმყოფობის გარკვეულ დასასრულს, ამ პოზიციების ჩამოყალიბება კი შესაძლო იყო მხოლოდ და მხოლოდ საბუნებისმეტყველო მეცნიერების გარკვეულ მიღწევათა შედეგად. აი რატომ შევიდა ნოზოლოგიის პრინციპი ფსიქიატრიაში მხოლოდ XIX საუკუნის მიწურულს.

მკვლევართა წინაშე წამოიჭრა ამოცანა — შეეტანათ ნოზოლოგიური სისტემა ჰიდარ და მეტად მრავალფეროვან კლინიკურ მასალაში. საჭირო გახდა სიმპტომატოლოგიური მიმართულების შეცვლა ნოზოლოგიური მიმართულებით, ფსიქიკურ აშლილობათათვის ჩამოყალიბებული სქემის შექმნა, რომლის საფუძველი იქნებოდა ერთი, სახელდობრ, კლინიკურ-ნოზოლოგიური კრიტერიუმი.

მაგრამ ფსიქიკურ აშლილობათა კლასიფიკაცია ესოდენ ადვილი როლი იყო.

ძნელი იყო ტლანქი ორგანული და ფსიქოგენური დაავადებებისადმი ერთი საზომით მიღვომა. მაგრამ სირთულის მთავარი მიზეზი ამით არ ვანიაზღვრებოდა.

თეორიულ და პრაქტიკულ ფსიქიატრიაში არის ქვემოაღნიშნული ორი გარემოება, რომლებიც მხოლოდ ფსიქიატრიული კლინიკური მასალის სპეციალური თავისებულებებია. ხშირად ერთი და იგივე ეტიოლოგიური მიზეზი, იქნება ის ორგანული თუ ფსიქოგენური. იწვევს სხვადასხვა კლინიკურ გამოვლინებას და, პირიქით, სხვადასხვა ეტიოლოგიური მომენტი იწვევს ერთნაირ და ზუსტად მსგავს კლინი-

კურ გამოვლინებას. მეორე გარემოებაა ის, რომ მხოლოდ ფსიქიატრიის კლინიკაში ვხვდებით მოსაზღვრე პირებს, ანუ მოსაზღვრე ავადმყოფურ მდგომარეობებს. ამ ორ გარემოებას თავისი მიზეზები აქვს; სახელდობრ ეტიოლოგიური ფაქტორებისა და ინდივიდუუმის სომატურ-ფსიქიკურ თავისებურებათა ღიალექტიკურ ურთიერთობაში განხილვა არსად არ არის ისე საჭირო, როგორც კლინიკურ ფსიქიატრიაში.

პიროვნების თავისებურებანი, მისი ქარაქტეროლოგიური ხაზები ცვლის ძირითად კლინიკურ სურათს, ხოლო ე. წ. მოსაზღვრე შემთხვევებში არტულ იშვიათად ეტიოლოგიური მიზეზია.

ნოზოლოგიური პრინციპების ჩამოყალიბებაში მთავარი დამსახურება მიუძღვის კოსაკოვს.

იყო ცდა ფსიქიატრია გაეთიშათ ორ დარგად, სახელდობრ, დიდ და მცირე ფსიქიატრიად. დიდ ფსიქიატრიას აკუთვნებდნენ ორგანული ბუნების განვითარებულ და გამოკვეთილ ფსიქოზებს, ხოლო მცირე ფსიქიატრიას — მოსაზღვრე მდგომარეობებსა და ფუნქციურ აშლილობებს. ეს ცდა მხოლოდ და მხოლოდ ისტორიულადაა საინტერესო და ფსიქიატრიული მეცნიერების უკვე გავლილი ეტაპია. არ შეიძლება არსებობდეს დიდი და მცირე ფსიქიატრია, ისე როგორც არ შეიძლება იყოს დიდი და მცირე მეცნიერება.

ფსიქიატრია და მისი დანოშნულება ერთადერთია; შეიძლება მხოლოდ ლაპარაკი სტაციონარულ და არასტაციონარულ კლინიკურ მასალებზე. უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფები არ საჭიროებენ ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებას, მათი მკურნალობა შეიძლება სპეციალური (ფსიქონევროლოგიური) დისპანსერების, კლინიკებისა და კაბინეტების პირობებში.

როგორც აღვნიშნეთ, ძნელი იყო ერთი ნოზოლოგიური საზომის გამოძებნა ორგანული და ფუნქციურ-ფსიქოგენური დაავადებებისათვის, აგრეთვე სიმპტომატოლოგიური ბუნების (სინდრომები) ფსიქიკურ რეაქციათა და ნოზოლოგიური ბუნების გამოკვეთილი დაავადებისათვის.

ფუნქციურ-ფსიქოგენური ბუნების, ე. წ. „უსუბსტრატო“ დაავადებებმა თითქოს შეარყია ნოზოლოგიზმის საფუძვლები და ამნაირად შეფერხდა ფსიქიატრიული სისტემატიკის შემუშავება. ცხადია, არსებითად ეს ასე არ არის.

მოდერნება ნოზოლოგიებისა და ფსიქიკურ რეაქციათა შესახებ თანამედროვე კლინიკური ფსიქიატრიის მნიშვნელოვანი განძია, ფსიქიატრიული მეცნიერების განვითარების გარკვეული ეტაპი და არ შეიძლება ამ ორი მიმართულების ურთიერთგამოარიცხვა ან ალტერნატიული ურთიერთდაპირისპირება.

ერთი მხრივ, რაც უფრო გამდიდრდება ჩვენი წარმოდგენები ფსი-

ქოზთა ბიოლოგიური არსის შესახებ და, მეორე მხრივ, პიროვნების როლის შესახებ ფსიქოზთა სტრუქტურაში, იმდენად უფრო დაზუსტდება როგორც ნოზოლოგიური, ისე რეაქტოლოგიური მიმართულებანი.

კარვად უნდა გვახსოვდეს, რომ არ არსებობს არავითარი უსუბსტრატო დაავადება; ნორმასა თუ პათოლოგიაში ყოველ გამოვლინებას აქვს თავისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური, ე. ი. გარკვეულწ ნეიროდინამიკური წინამძღვრები.

ბიოლოგიური კვლევის ნატიფი მეთოდები (ელექტროენცეფალოგრაფია, სინაფს-არქიტექტონიკა, ელექტროქიმიკა და სხვ.) დღეს საშუალებას გვაძლევს დავადვინოთ ე. წ. ფუნქციურ ფსიქოგენურ დაავადებათა პათონეიროდინამიკური პროფილი.

ფსიქიკური დაავადების დროს, იქნება იგი ტლანქი ორგანული, ფუნქციური თუ სუფთა ფსიქოგენური, გარკვეულად იცვლება ცერებრული ნეიროდინამიკა. ამათომ ცერებრული, პირველ რიგში ქერქული ნეიროდინამიკის განსაზღვრა ის საერთო საზომია, რომლითაც შეიძლება მივუღვეთ სხვადასხვა აშლილობას და შევიმუშავოთ ფსიქიკურ დაავადებათა სისტემატიკა.

1. თვალსაჩინო ორგანული ბუნების ნეიროდინამიკური ფსიქიკური დაავადებანი.

ა. შიზოფრენია და ეპილეფსია

1. შიზოფრენია (მარტივი, კატატონიური, ჰეზეფრენიული, პარანოიდული, იპოქინაზრული. ცირკულარული და რემისიული);
2. ეპილეფსია; ✓
3. ნარკოლეფსია; ✓
4. პიკნოლეფსია.

ბ. სისხლძარღვთა აშლილობანი

1. თავის ტვინის ათეროსკლეროზი (ათეროსკლეროზული ცერებრული ასთენია, არტერიოსკლეროზული ფსიქოზები და ჰქუასუსტობა);
2. ჰიპერტონია, ჰიპოტონია;
3. ვაზოპათიები.

გ. უკუგანვითარების ფსიქოზები

1. ფსიქოპათოლოგიური ძვრები კლიმაქსურ პერიოდში;
2. პრენენალურ აშლილობათა ფორმები: ინვოლუციური მელანქოლია, ინვოლუციური პარანოია, ინვოლუციური ისტერია.
3. სენილური ფსიქოზები: სენილური ჰქუასუსტობა; სენილური ჰქუასუსტობის ატიპური ფორმები.

დ. ეგზოგენური ფსიქოზები

1. მწვავე ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები;
2. ტვინის ლოკალური ინფექციური დაზიანებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი;
3. ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები: ეპიდემიური ენცეფალიტა, ნევროლუქსი (ტვინის ათაშანგი და პროგრესული პარალიზი);
4. ინტოქსიკაციით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი. ნარკომანიები: სამკურნალწამლო ინტოქსიკაციები. საკვებ ნოვთიერებათა შხაპით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი;
5. თავის ქალა ტრავმით გამოწვეული აშლილობანი;
6. თავის ტვინის მძიმე ენდოგენურა დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი.

ე. სომატოგენური ფსიქიკური აშლილობანი

1. ფსიქოზები სხვადასხვა შინაგანი ორგანოს დაავადების დროს;
2. ნოვთიერებათა ცვლით გამოწვეული აუტოანტოქსიკაციური ფსიქოზები;
3. ავიტამინოზები;
4. ენდოკრინოპათიები;
5. გენერაციული ფსიქოზები.

ვ. ფსიქიკური განუვითარებლობა, ანუ ოლაგოფრენიები

1. კლინიკური სახეები (იდიოტია, იმბეცილობა, დებილობა);
2. მიკროცეფალიები და პიდროცეფალიები;
3. ტვინის ორგანული დაზიანების ნაშთები (რეზიდუალური ფორმები);
4. ენდოკრინოპათიული ფორმები.

II. ფუნქციური ბუნების ნეიროდინამიკური ფსიქიკური დაავადებანი

1. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზები;
2. ატიპური ფორმები;
3. ციკლოთიმია.

III. ფსიქოგენური ბუნების ნეიროდინამიკური აშლილობანი

1. რეაქციული ფსიქოზები: მწვავე აფექტოგენური რეაქციები. ფსიქოგენური სტუპორი, ფსევდოდემენცია, დეპრესიული რეაქციები, პარანოიდული რეაქციები და პარანოია, ისტერიული რეაქციები;

2. ნევრატენია, შიშის რეაქცია, მოტორული ნევროზები, ნევროპათიები.

IV. ტიპოლოგიური ნეიროდინამიკით განსაზღვრული ანომალიები

თ ა ვ ი X I I I

შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ა

ზოგადი შენიშვნები

შიზოფრენია თეორიული და პრაქტიკული ფსიქიატრიის ძირითადი პრობლემაა. შეიძლება ვთქვათ, რომ ფსიქიატრიულ მეცნიერებაში არ არის არც ერთი საკითხი, რომელსაც უშუალო კავშირი არ ჰქონდეს შიზოფრენიის თეორიასა და პრაქტიკასთან. ამიტომ ფსიქიატრიის ყოველი მიღწევა აფართოებს შიზოფრენიაზე ჩვენს ცოდნას, შიზოფრენიის თეორიის დაზუსტება კი გვეხმარება ზოგადი ფსიქიატრიული პრობლემების გადაჭრაში.

რატომ არის საინტერესო შიზოფრენია?

შიზოფრენია საინტერესოა კლინიციისტიისათვის თავისი პრაქტიკული შედეგებით, ვინაიდან, სხვადასხვა თერაპიული ღონისძიების მიუხედავად, ღღემდე შიზოფრენიის მკურნალობის საკითხი არ არის გადაწყვეტილი. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ დაავადების პროგნოზი მეტად მძიმეა. შიზოფრენია იწვევს ღრმა ფსიქიკურ ინვალიდაციას, ე. ი. გარკვეული ხასიათის მძიმე ჰქუასუსტობას.

შიზოფრენია საინტერესოა იმიტომ, რომ მისი თეორიისა და პრაქტიკის საკითხები საჭიროებს შემდგომ დაზუსტებასა და დამუშავებას. მიუხედავად იმისა, რომ უამრავი ლიტერატურაა, შიზოფრენიის არსის კარდინალური საკითხები ჯერ კიდევ გადაუჭრელია.

დაბოლოს, შიზოფრენია საინტერესოა თავისი სიხშირით (სულით ავადმყოფობის ყველა ფორმას შორის ყველაზე დიდი პროცენტი. მოდის შიზოფრენიაზე), მით უფრო, რომ ის ძირითადად ახალგაზრდათა დაავადებაა. შიზოფრენია მძიმე და არცთუ იშვიათად უარყოფითი პროგნოზის მქონე დაავადებაა.

ღღეს, როდესაც შიზოფრენიის ცნება შედარებით განსაზღვრულია, ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ის არა ნაკლებ 40—45%-თაა, ხოლო ფსიქიატრიული კოლონიების ავადმყოფთა დიდი კონტინგენტი მოდის ქრონიკულ შემთხვევებზე.

მას შემდეგ, რაც ფუნქციურ ფსიქოზთა ჯგუფიდან გამოყვეს პრო-

გრესული პარალიზი და სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზი, წლების განმავლობაში ფსიქიატრიული მეცნიერება გაურკვეველ ძიებაში იყო; მან იცოდა, რომ არსებობს მეტად ხშირი ავადმყოფობა, რომელიც ჩვეულებრივ, იწყება ახალგაზრდა ასაკში მწვავედ და შემდეგ წლების მანძილზე თანდათანობით იწვევს ჰქუასუსტობას, მაგრამ არ იცოდა ამ ავადმყოფობის მთლიანი კლინიკა, არ იცოდა, რა ადგილი დაეთმო მისთვის კლინიკურ სისტემატიკაში და ამიტომ შემოიღო ცნება „მეორადი ჰქუასუსტობის“ შესახებ, რომელმაც გასტანა დაახლოებით XIX საუკუნის მიწურულამდე.

აღნიშნული საკითხების დაზუსტებაში ძირითადი დამსახურება მიუძღვის კორსაკოვს. მდიდარი კლინიკური მასალის შესწავლის შედეგად იგი მივიდა დასკვნამდე, რომ არ არსებობს არავითარი „მეორადი ჰქუასუსტობა“, რომ საქმე გვაქვს ერთ მთლიან ავადმყოფობასთან, რომელიც იწყება ადრეულ ასაკში. ეს ფსიქოზი კრეპელინმა აღწერა გარკვეული ნოზოლოგიური ერთეულის სახით და „ადრეული ჰქუასუსტობა“ უწოდა მას.

მოდერებამ ადრეული ჰქუასუსტობის შესახებ დიდი გარდატეხა მოახდინა ფსიქიატრიულ კლინიკაში, ვინაიდან ამით შესაძლო გახდა ფსიქოზთა ნოზოლოგიური კლასიფიკაციის ჩამოყალიბება.

ბლეილერმა ხაზგასმით აღნიშნა, რომ ადრეული ჰქუასუსტობის კლინიკისათვის წამყვანია არა ჰქუასუსტობა, არამედ აზროვნების, გრძნობებისა და პიროვნების გამოვლინებათა გარკვეული პათოლოგია, სახელდობრ ფსიქიკურ ფუნქციათა გახლეჩილობა, შეუთანხმებელი, დისკოორდინირებული მოქმედება.

ტერმინი ადრეული ჰქუასუსტობა ბლეილერმა შეცვალა ახალი ტერმინით შიზოფრენია, რომელიც შედგება ორი სიტყვისაგან „შიზო“ (გახლეჩა) და „ფრენოს“ (სულიერი მოვლენები, ფსიქიკა), ამრიგად. შიზოფრენია სიტყვასიტყვით „ფსიქიკის გახლეჩას“ ნიშნავს.

დღეისათვის ცხადია, რომ შიზოფრენია ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებაა, რომლითაც თანაბრად ავადდებიან როგორც მამაკაცები, ისე ქალები. შიზოფრენია განხილული უნდა იყოს როგორც პროგრადიენტული (წინამავალი) ორგანული ბუნების პროცესი, რომელიც პიროვნების მკვეთრ ცვლილებებს იწვევს. მას საფუძვლად უდევს ფსიქიკურ ფუნქციათა ატაქსია და თავისებური აშლილობანი.

პათოლოგიის საკითხები

თუმცა შიზოფრენია მძიმე და მეტად გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებაა, მაგრამ მისი ეტიოლოგიის საკითხი დღემდე საიდუმლოებითაა მოცული. არსებობს მხოლოდ ცალკეული ავტორის თეორიები. ჰიპოთეზები და შეხედულებანი.

შეხედულება, თითქოს ადრეული ჰეპათოზი, ანუ შიზოფრენია მხოლოდ ადრეული, ანუ ჰეპათოზის ასაკის ავადმყოფობაა, არ გამართლდა. შიზოფრენია აღინიშნება ადრეული ბავშვობის ასაკსა და ინვოლუციის პერიოდშიც — ე. წ. მოგვიანებული შიზოფრენია. ამრიგად, ასაკით არ შეიძლება დაავადების ეტიოლოგიური სპეციფიკის განსაზღვრა.

ეროვნებას ან გეოგრაფიულ პირობებს არა აქვს ეტიოლოგიური ფაქტორის მნიშვნელობა: შიზოფრენია გვხვდება ყველგან და ყველ ხალხში.

ამრიგად, დღეისათვის ცხადია, რომ შიზოფრენიის ეტიოლოგია რთულია და განისაზღვრება სხვადასხვა, როგორც კონსტიტუციური, ისე ეგზოგენური ფაქტორით.

შიზოფრენიის ეტიოლოგიურ ფაქტორთა განხილვისას ოსიპოვი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აძლევს ორგანიზმის აუტონტოქსიკაციას, რაც, თავის მხრივ, შიდასეკრეციის ჭირკვალთა პათოლოგიის შედეგია. ამიტომ იგი შიზოფრენიას განიხილავს როგორც პლური-გლანდულარულ დაავადებას.

ორგანული ხასიათის ეგზოგენური ფაქტორებია ინფექციები, ინტოქსიკაციები და ქალას ტრავმები. ეგზოგენური ფსიქოგენური მომენტებითაც შეიძლება შიზოფრენიული მდგომარეობის პროვოცირება.

ერთი ცხადია, რომ აფექტურ დამაბვასა და კომპლექსურ განცდებს არ შეუძლია ორგანული, დესტრუქციული პროცესის გამოწვევა. მათ აქვთ მხოლოდ პათოპლასტიკური მნიშვნელობა: აფერადებენ კლინიკურ სურათს და გარკვეულ მიმართულებას აძლევენ ავადმყოფის ფსიქიკურ გამოვლინებებს.

შიზოფრენიის კლინიკა

შეიძლება ვთქვათ, რომ შიზოფრენიის პრობლემა მთელი ფსიქიატრიის პრობლემაა, ვინაიდან ფსიქიატრიაში არ არსებობს არც ერთი თეორიული და პრაქტიკული საკითხი, რომელიც მკვიდროდ არ იყოს დაკავშირებული შიზოფრენიის კლინიკასთან.

რა არის მთავარი შიზოფრენიის კლინიკურ ფენომენოლოგიაში? ჩვენი აზრით, დიაგნოსტიკაში მთავარია არა ცალკეული ნიშანი (სიმპტომი) ან ნიშანთა ჯამი (სინდრომი), არამედ კლინიკური სურათის მთლიანობა, რაშიც ვგულისხმობთ ავადმყოფური პიროვნების მთლიან შეფასებას და ყოველი ცალკეული სიმპტომის დინამიკურ კრილში განხილვას.

შემთხვევითი არ არის, რომ ტერმინი შიზოფრენია დღემდე შე-

მორჩა, რადგან ის ყველაზე სწორად ასახავს ავადმყოფობის თეორიულ და პრაქტიკულ შინაარსს.

ფსიქიკის გახლეჩილობა, ანუ ინტრაფსიქიკური ატაქსია კლინიკურად ვლინდება სხვადასხვა სახის, ფორმისა და შინაარსის პათოლოგიური უცნაურობებით. უცნაური, ე. ი. ჩვენთვის სრულიად გაუგებარი და ლოგიკურად დაუსაბუთებელი გონებრივი გამოვლინებანი, ემოციები, სურვილები და მოქმედება ავადმყოფის ყოფაქცევის, მისი პროფილის განმსაზღვრელი ძირითადი ნიშნებია.

ავადმყოფები არა მარტო სხვისთვის ხდებიან უცნაური და გაუგებარი, არამედ მათთვისაც იცვლება გარე წრე, რომელიც შიზოფრენიკის ფსიქიკაში ახდენს პათოლოგიურ გარდატეხას. ავადმყოფები წყდებიან გარემოს, პირველ რიგში კარგავენ აფექტურ კონტაქტს ირგვლივ მყოფებთან და მთლიანად ეფლობიან საკუთარ სამყაროში. მათი ფსიქიკა „შემოიგარსება“, აუტისტური ხდება.

შიზოფრენიის დასაწყის სტადიაში აუტიზმი იმის შედეგია, რომ ავადმყოფები ხდებიან განსაკუთრებით ფრთხილები და მგრძობიარენი (სენსიტიურნი), ამიტომ გაურბიან გარემოს, ეძლევიან პირად განცდებს, უკონტაქტონი ხდებიან. შიზოფრენიის გვიან სტადიაში აუტიზმს საფუძვლად უდევს ავადმყოფთა ემოციური სიჩლუნგე, ცხოველი ინტერესების თანდათანობით წაშლა და პიროვნული ინიციატივის დაკარგვა.

შიზოფრენიის კლინიკაში ძირითად ყურადღებას იპყრობს აზროვნებისა და აფექტური ნებითი სფეროს აშლა. აღქმის გაუკუღმართება, ბოღვითი იდეები და კატატონიური სიმპტომები შიზოფრენიის თემცა არა აუცილებელი, მაგრამ მაინც საკმაოდ დამახასიათებელი ნიშნებია.

ჩამოთვლილ სიმპტომებზე ცალკე შეეჩერდებით.

აზროვნების პათოლოგია (შიზოფრენიული აზრისუცხოება)

აზროვნების აშლა შიზოფრენიის კლინიკის მუდმივი და აუცილებელი ნიშანია. ინტელექტუალურ გამოვლინებათა პათოლოგიის სხვადასხვა დონის მიხედვით შესაძლებელია სხვადასხვა გარდამავალი მდგომარეობის აღნიშვნა—აზროვნების შეუმჩნეველი შესუსტებიდან აზროვნების გაფხვიერებამდე, გონებრივ ფუნქციათა სრულ გაღარიბებამდე.

საყურადღებოა, რომ ფორმალურად გონებრივი სფერო რაიმე ძვრებს არ განიცდის. ექსპერიმენტული შესწავლა გვიჩვენებს, რომ შენარჩუნებულია ავადმყოფის ფაქტიური ცოდნის ძირითადი მარაგი, აგრეთვე ინტელექტის თითქმის ყველა ფუნქცია. შიზოფრენიული აზ-

როვნება შინაარსობრივად გაუქულმართებულა; საქმე გვაქვს არა რა-
ოდენობრივ, არამედ თვისობრივ ძვრებთან (ალოგიკური, ანუ დიზლო-
გიკური აზროვნება).

რადგანაც შიზოფრენიკი მოწყვეტილია რეალურ სინამდვილეს, მას
არ ძალუძს გარკვეულ ფაქტიურ მასალებზე დაფუძნებული კონკრე-
ტული აზროვნება. მაგრამ რეალობიდან მოწყვეტა აბსტრაქტულ შე-
საძლებლობათა აშლა-გაუქულმართების წყაროცაა.

ავადმყოფებს შეეცლილად აქვთ წარმოდგენილი ობიექტური რეა-
ლობა. ისინი არ აქცევენ ყურადღებას ნიშანთა კომპლექსს: მათ იპყ-
რობთ რეალობის მხოლოდ ცალკეული, სრულიად შემთხვევითი, უმ-
ნიშვნელო, მეორეხარისხოვანი, ფორმალური მხარე. ავადმყოფი მოკ-
ლებულია უნარს შეიმუშაოს ახალი ცნებები.

რეალობიდან მოწყვეტას მოსდევს აბსტრაქციის ყალბი, ანუ გაუ-
ქულმართებული უნარი. სწორედ ამიტომ შიზოფრენიკს კონკრეტულ
აზროვნებასთან ერთად აშლილი აქვს აბსტრაქტული აზროვნებაც. მო-
წესრიგებული და ლოგიკურად გამართლებული აზროვნება კი საჭირო-
ებს ასოციაციათა თანმიმდევრობისა და თანაშეუღლების ჭეკროვნად
დაცვას.

წერთი თუ მეტყველებითი პროდუქციით ვიგებთ, რომ შიზოფრე-
ნიკთა ასოციაციური მოქმედება თვისობრივად მნიშვნელოვნადაა გა-
უქულმართებული. ასოციაციათა მიზნობრივი თანმიმდევრობა სრული-
ად დარღვეულია, ხოლო მათ შორის შეუღლება აბსოლუტურად მოუ-
წესრიგებელი, შემთხვევითი, გაუმართლებელი და გაუგებარია.

ატაქსიის ფენომენი პირველ რიგში მკაფიოდ გამოხატულია ასო-
ციაციური მოქმედების სფეროში. ასოციაციური გზები სრულიად გა-
ფხვიერებული და დაწყვეტილია, რის გამოც აღინიშნება წარმოდგენა-
თა შემთხვევითი გროვა, ე. ი. საქმე გვაქვს ასოციაციურ დომხალთან.
ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფთა სიტყვიერი თუ წერილობითი პრო-
დუქცია ფრაზებისა და სიტყვების გროვაა, რომელიც ჩვენთვის სრუ-
ლიად გაუგებარია. ასეთ პროდუქციებში არ ხერხდება რაიმე სისტემის
თუ გეგმის დადგენა; აბსოლუტურად შეუძლებელი ხდება ასოციაციურ
ძეწკეში შემაერთებელი რგოლების გამოჩნება.

ამრიგად, შიზოფრენიული აზროვნება ატაქსიურია.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ გაფხვიერებული და გაუგებარი ასოცი-
აციები ხანდახან ავადმყოფის მიერ წარმოდგენილია გრამატიკულად
გაფორმებული სახით, რის გამოც გარეგნულად ბაასის, ანუ საუბრის
შთაბეჭდილებას სტოვებს.

ასოციაციური გაფხვიერებისა და რგოლების გამოვარდნის გარდა,
აღსანიშნავია ე. წ. ასოციაციათა შეჩერება. ამ დროს ასოციაციური
მიმდინარეობა უცებ წყდება; აღინიშნება სრულიად უცნაური, დაუ-
საბუთებელი პაუზა.

როგორც აღენიშნეთ, ასოციაციური რგოლების გამოვარდნის გამო ავადმყოფთ არ ძალუძთ მიზნის მქონე წარმოდგენების ამოკრეფა. ისინი ექცევიან უამრავ შეუქავებელ ასოციაციათა შთაბეჭდილების ქვეშ, რის გამოც განიცდიან აზრთა ერთგვარ მოზღვავებას. ეს აზრები მოკლებულია პიროვნებასთან კავშირს, ამიტომ ავადმყოფები ფიქრობენ, რომ აზრები მათ არ ეკუთვნის, მათში შეტანილია სხვების მიერ და სხვათა გავლენის ქვეშ იმყოფებიან.

რადგანაც ავადმყოფებს არ შეუძლიათ საჭირო დროს მოახდინონ ასოციაციების ჯეროვანი ურთიერთშეუღლება, ისინი ხშირად ერთხელ მიღებული წარმოდგენისა თუ სიტყვის გავლენის ქვეშ (პერსევერაციის ფენომენი) ექცევიან, ხოლო მსჯელობა და აზროვნება განსაკუთრებით სადა აქვთ.

ასოციაციური მოქმედების გაუქმდმარტებით უნდა ავხსნათ ავადმყოფთა სრულიად უმარტებულო, გაუგებარი პასუხები.

შიზოფრენიის დასაწყისში, ჩვეულებრივ, ოდნავაა შებღალული ინტელექტუალური სფერო, რომელიც ავადმყოფობის ხანგრძლივობასთან ერთად თანდათან სუსტდება და, ბოლოს, ყალიბდება როგორც შიზოფრენიული ჰქუასუსტობა. თუმცა შიზოფრენიული ჰქუასუსტობა პროგრადიენტული (წინმავალი) ბუნებისაა და გაპირობებულია გარკვეული ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ძვრებით, იგი მაინც მკვეთრად განსხვავდება ე. წ. ტლანქი ორგანული დემენციისაგან.

შიზოფრენიულ ჰქუასუსტობას უწოდებენ სტრუქტურულს, რადგანაც ამ დროს გონების ცალკეული ფუნქცია კი არ არის დაქვეითებული-შებღალული, არამედ აზროვნების სტრუქტურა მთლიანად შეცვლილია. შიზოფრენიული ჰქუასუსტობა კლინიკურად ნათელი ხდება უფრო ავადმყოფობის მოგვიანებულ, ფინალურ სტადიაში.

როგორც ვთქვით, შიზოფრენიის დროს მეხსიერება ფორმალურად არ ცვალებადობს. მაგრამ ინტრაფსიქიკური ატაქსიის გამო პოტენციურად არსებული ფიქსაცია-რეპროდუქციის შესაძლებლობანი ავადმყოფისათვის სრულიად გამოუყენებელი რჩება; შიზოფრენიკი ვერ იყენებს ახალ მასალას ან უკვე წარსულში მიღებულ ფაქტებს, რის მიზეზიცაა არა მეხსიერების უშუალო პათოლოგია, არამედ პიროვნული ინიციატივის მოსპობა და ცოდნისადმი ინტერესის დაკარგვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიის შორწასულ ფორმებში არ გამოირიცხება მეხსიერების ფუნქციის დაზიანებაც.

შიზოფრენიის დროს გონებრივი სფეროს თავისებურებანი გარკვეულად ვლინდება მეტყველებით და წერით პროდუქციებში. ასოციაციათა გაფხვიერების, დაწყვეტის შედეგად ავადმყოფთა მეტყველება სრულიად გაუგებარია. მეტყველებითი აგზნებისას ცნებათა და წარმოდგენათა შემთხვევითობა და შეუთანხმებლობა ხშირად აღწევს ე. წ.

შიზოფრენიის სურათს, როდესაც აზრთა ნაცვლად ავადმყოფი გადმოსცემს სიტყვათა დომხალს.

არის შემთხვევები, როდესაც სრულიად შეუთანხმებელი ასოციაციები გადმოცემულია თითქოს გრამატიკულად ჩამოყალიბებული მასალის სახით ან ავადმყოფი ამბობს სრულიად ახალ სიტყვებს; იქმნება შთაბეჭდილება, თითქოს იგი თხზავს ახალ ენას. უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ახალი სახის პათოლოგიურ მეტყველებასთან, ე. წ. ნეოლოგიზმთან.

მეტყველებისა და წერის შესაძლებლობანი იცვლება როგორც შინაარსით, ისე ფორმით. ავადმყოფებს ეცვლებათ ხმა, მეტყველების ტემბრი. ზოგნი ბავშვური კილოთი ლაპარაკობენ და ენას უკიდებენ, ზოგნი ხმარობენ ან მეტად მაღალ ან მეტად დაბალ რეგისტრებს; ლაპარაკობენ „ჩარაშეკრული“, კარგავენ მეტყველების მელოდიასა და ემოციურ გამოხატულებას. ავადმყოფთ ხელწერაც ეცვლებათ.

არის შემთხვევები, როდესაც ნეგატივისტური განწყობილების, ემოციური სიჩლუნგისა და გონებრივი გაღარიბების გამო ავადმყოფები სრულიად არ ლაპარაკობენ და არც შეკითხვაზე პასუხობენ. ისინი იმყოფებიან მუტიზმის მდგომარეობაში, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს კვირაობით და თვეობით. ერთ-ერთი შიზოფრენიკი თითქმის ერთი წელი იყო მკვეთრი მუტიზმის მდგომარეობაში და გარემოსთან კავშირს ამყარებდა მხოლოდ წერის საშუალებით.

გონებრივ სიღარიბეზე მიგვიითითებს აგრეთვე ასოციაციათა სტერეოტიპული გამეორებანი. სტერეოტიპია არცთუ იშვიათია როგორც მეტყველებაში და წერაში, ისე სახვით პროდუქციაში.

ემოციური სფეროს პათოლოგია

შიზოფრენიის კლინიკურ პათოფსიქოლოგიაში ემოციური სფეროს აშლას ძირითადი ადგილი უკავია.

ავადმყოფობის ინიციალურ სტადიაში აფექტური რეაქციები შედარებით შენარჩუნებულია; ამ დროს აღინიშნება გადაჭარბებული მგრძნობიარობა, გაღიზიანებულობა, ხოლო შემდგომ, ავადმყოფობის გამლასთან ერთად, ემოციური შესაძლებლობანი თანდათანობით ქრება. ავადმყოფები ხდებიან აფექტურად ცივი და განურჩეველი. კარგავენ გრძნობათა ყოველგვარ სიცხოველეს, ირგვლივ მყოფთა მიმართ არ იჩენენ არაეითარ გულისხმიერებას, ემოციურ კონტაქტს. მათ არაფერი არ აინტერესებთ: თუნდაც ყველაფერი მოისპოს.

აფექტური სიჩლუნგე და განურჩევლობა აღინიშნება როგორც შიზოფრენიული, ავზნების, ისე დეპრესიის დროს. მაგრამ ორივე შემთხვევაში ყალბ ემოციურ გამოვლინებასთან გვაქვს საქმე: ავზნება ან დეპრესია ყალბია. სინამდვილეში ავადმყოფები განურჩეველი არიან.

შიზოფრენიკთა აფექტური აფექტებები შემთხვევითია, ცივი, დაუსაბუთებელი და შინაარსით არავითარი კავშირი არა აქვს გამომწვევ მიზეზთან. ამ დროს სიცილი თუ ტირილი მექანიკურია, მოკლებული სიცხოველეს, „კომპლექსურობას“, მაყურებელში არ იწვევს შესაბამის გამოძახილს.

შიზოფრენიის დროს აღინიშნება პარამიმია, პარათიმია და აფექტური ამბივალენტობა. პარამიმია გულისხმობს ატაქსიას, შეუთანხმებლობას ემოციურ რეაქციასა და სახის გამომეტყველებას შორის, ხოლო პარათიმია — საპირისპირო რეაქციას: სიცილს, მხიარულებას სამწუხარო ამბის გამო და პირიქით.

ნორმალურ პირობებში ყოველი ემოციურ-აფექტური განცდა ალტერნატიული ბუნებისაა: ან სასიამოვნო ან უსიამო (სტენიური ან ასტენიური).

სულ სხვა მდგომარეობაა ემოციური ამბივალენტობის შემთხვევაში. შიზოფრენიული გახლეჩილობის შედეგად ერთსა და იმავე დროს შესაძლოა ორი ურთიერთგამომრიცხველი გრძნობითი აქტი განვითარდეს. ავადმყოფს ერთსა და იმავე დროს კიდეც უყვარს და კიდეც სძულს, კიდეც უნდა და კიდეც არ უნდა და ა. შ.

შიზოფრენიის საწყის ფორმებში აფექტური სიჩლუნგე აღწევს ისეთ დონეს, რომ ავადმყოფებს ესპობათ თავდაცვითი ინსტინქტური რეაქციები. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენიკებს არ გამოუჩენიათ არავითარი თავდაცვითი რეაქცია ხანძარზე. ჩვენი აზრით, აღნიშნული მაგალითი არა მარტო ემოციური უკმარისობის, არამედ პიროვნების თვისობრივი შეცვლისა და მკვეთრი გონებრივი დაქვეითების შედეგი უნდა იყოს.

შიზოფრენიის დროს, უმაღლეს ემოციურ გამოვლინებათა გაუკუღმართების გარდა, შეცვლილია აგრეთვე ძირითადი მიზიდულობანი. ავადმყოფებს აღენიშნებათ სქესობრივი მიზიდულობის დაქვეითება და გაუკუღმართება (ხელცთუნება. იმპორტენცია, ჰომოსექსუალიზმი). გაუკუღმართებულია აგრეთვე ჭამის მიზიდულობა (ბულიმია — მგლის მადა ან სრული უმადობა — ანორექსია ანდა თვისობრივი გაუკუღმართება — კობროფაგია, ე. ი. ექსკრემენტების ჭამა).

ნაბითი სფეროს პათოლოგია

შიზოფრენიის დაწყებიდანვე აღინიშნება ნებითი და ნებით-მოტორული ფუნქციების გაუკუღმართება. ავადმყოფები უნიციკატივონი ხდებიან, კარგავენ აქტივობას და მოქმედებისადმი სტიმულს. განსაკუთრებით საინტერესო და მრავალფეროვანია ნებით-მოტორული სფეროს პათოლოგია, რომელიც ჩვენს დარგში ცნობილია, როგორც

კატატონიური მოვლენები. უნდა გვახსოვდეს, რომ ნებით-მოტორული სფეროს პათოლოგიის დროს შეიძლება აღინიშნებოდეს გალიზიანების ან მოღუნების ფენომენი. ორივე შემთხვევაში რაოდენობრივ ცვლილებებს თან სდევს თვისობრივი გაუკუღმართება.

შევჩერდები კატატონიურ მოვლენათა ცალკეულ სახეზე.

ავტომატური დამორჩილება, ცვილისებრი მოქნილობა, ანუ კატალექსია. ამ დროს ნებითი შესაძლებლობანი განსაკუთრებით მოღუნებულია. ავადმყოფები არა მარტო ემორჩილებიან ყოველ აქტიურად მიცემულ წინადადებას, არამედ პასიურად იმეორებენ ყველაფერს, რაც მათ გარშემო ხდება და მათზე გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს.

ავადმყოფი ზუსტად ასრულებს ჩვენს ნათქვამს, მისი სხეულის ნაწილებს შეიძლება მივცეთ ჩვენთვის სასურველი პოზა. ავადმყოფთა კუნთოვან-მოტორული აპარატი ცვილისებრ მოქნილობას იჩენს.

კატატონიური, ანუ მოტორული სტუპორის დროს ავადმყოფები მოწყვეტილი არიან გარემოს, არ მოძრაობენ, არ ლაპარაკობენ. მათი კუნთოვან-მოტორული აპარატი მკვეთრად დაქიმულია.

სტუპორის მოგვაგონებს ტეტანის სიმპტომი; როდესაც დაქიმულია ყველა მომხრელი კუნთი, ხოლო ავადმყოფი თითქოს ემბრიონულ პოზაშია. ოსიპოვის დაკვირვებათა თანახმად, მოტორული დაქიმულობა ძილში სუსტდება ან სრულიად ქრება.

ჰიპერკინეზური ბუნების სტერეოტიპული მოძრაობანი. ამ დროს ავადმყოფები კატატონიური სიზუსტით ასრულებენ ერთსა და იმავე მოქმედებებს, მოძრაობებს.

ჰიპერკინეზური ბუნების სტერეოტიპული პოზების შემთხვევაში ავადმყოფები შინაგანი „სურვილის“ თანახმად ლებულობენ უცნაურ პოზებს. ისინი სტერეოტიპულ მოძრაობებსა თუ პოზებს, ჩვეულებრივ, ინარჩუნებენ ხანგრძლივად, მაგალითად, თევების, ხან კი წლების განმავლობაში.

ზოგ შემთხვევაში კატატონიურ დაქიმვას განიცდის სახის კუნთები. ავადმყოფებს აქვთ გაყინული გამომეტყველება, შუბლი დანაოქმებული, ხოლო ტუჩები ხორთუმის მსგავსად წინ წამოწეული (ე. წ. სახის კრუნჩხვა, ანუ ხორთუმის ფენომენი).

ნებითი მოქნილობის დაკარგვა ხელს უწყობს ნეგატივიზმის გამოვლინებებს. ეს ფენომენი ძლიერ ხშირია შიზოფრენიკთა შორის. ამ დროს ავადმყოფი წინააღმდეგობას გვიწევს და არ ასრულებს ჩვენს წინადადებას (პასიური ნეგატივიზმი), ან ასრულებს, მაგრამ სრულიად საპირისპირო შედეგებით, მაგალითად ჩვენს თხოვნაზე, რომ წიგნი არ დახუროს, ხურავს (აქტიური ნეგატივიზმი, ანუ ბრძანების ნეგატივიზმი).

ავტომატური, ანუ იმპულსური მოქმედებანი (უეცარი აგზნებანი, უმოტივო, აფექტური განტვირთვანი) ატაქსიური პიროვნების სპონტა-

ნური ამოქმედების შედეგია (იმპულსური, ანუ კატატონიური აგზნება).

მოტორულ მოძრაობათა შემცირების: მოქნილობის დაკარგვისა და სხვადასხვა კატატონიური მოვლენის გარდა, შიზოფრენიის დროს აღინიშნება თავისებური აშლილობა, ე. წ. პათოლოგიური პრანკვა-გრება, ანუ მანერიანობა. ავადმყოფები უცნაურად დადიან. ასევე უცნაურად იცვამენ, ხელის ჩამორთმევისას ხელს გაშლილად იწვდიან, თითებს არ ხრიან და ა. შ.

შიზოფრენიის შემთხვევაში აქტიური ყურადღება შესამჩნევად დაქვეითებულია: ავადმყოფები მოკლებული არიან ინიციატივას, გარემოსადმი ინტერესს და ამიტომ არ შეუძლიათ აქტიურად დაძაბონ ყურადღება. პასიური ყურადღება კი, ჩვეულებრივ, შენარჩუნებულია და ზოგჯერ გამახვილებულიც. ზოგი ავტორი მიუთითებს ყურადღების მოქანცულობაზე.

ცნობიერების პათოლოგია

შიზოფრენიის მწვავე აგზნების ან კატატონიური სტუპორის შემთხვევებში ფორმალური ორიენტაცია დროში, სივრცესა ან გარემოში დარღვეულია, ეპიზოდურია, შედარებით ხანმოკლე.

როგორც წესი, შიზოფრენიის შემთხვევებში ფორმალური ორიენტაცია მთლიანად დაცულია. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს, რომ სწორი პასუხები დროის, სივრცისა თუ გარემოს შესახებ სრულიად ფორმალურია.

ინტრაფსიქიკური ატაქსიის, ემოციური სიბლაგვის, ფსიქიკური ჰიპოტონიის, ბოდვების, ჰალუცინაციებისა და, ბოლოს, პიროვნების თვისობრივი შეცვლის გამო ავადმყოფებს არ ძალუძთ მართებულად შეაფასონ ესა თუ ის სიტუაცია. შიზოფრენიით შეპყრობილმა იცის, რომ იმყოფება ფსიქიატრიულ კლინიკაში, მაგრამ ეს ცოდნა ზერეულეა, სქემატური და არავითარი კავშირი არა აქვს ავადმყოფის „მე“-სთან; ის ბოდავს, რომ კლინიკაში წამლავენ, აწვალენ, რომ მას მოვლის უსაშინლესი ტანჯვა.

უამრავი ავადმყოფური ხასიათის სომატურ-ფსიქიკური შეგრძნება ატაქსიურ და გახლეჩილ ფსიქიკურ აპარატში იწვევს სრულ დეზორიენტაციას, ავადმყოფები რწმუნდებიან, რომ მათ სახე შეეცვალათ, სხეულის ნაწილები გამოუცვალეს ან მთლიანად მოაცილეს, რაც შიზოფრენული დეპერსონალიზაციის სინდრომი.

იგივე ატაქსია და ბოდვითი დაძაბულობა გარემოს თვისობრივი გაუკუღმართების წყაროა.

შიზოფრენიით შეპყრობილი ხშირად აღნიშნავს მის რომელიმე

მანლობელზე, რომ იგი შეცვლილია, მხოლოდ გარეგნული სახე აქვს შენარჩუნებული, სინამდვილეში კი ის სხვა ადამიანია. ასევე ავადმყოფმა, მაგალითად, იცის, რომ იმყოფება თავის სოფელში, მაგრამ ამავე დროს დაარწმუნებულია, რომ ეს მხოლოდ გარეგნული მსგავსებაა, რომ არსებითად ის სულ სხვა სოფელშია, რაც შიზოფრენიულა დერეალიზაციის სინდრომია.

ამრიგად, დეპერსონალიზაცია და დერეალიზაცია შიზოფრენიის ძირითადი სინდრომია.

ალჰის აათოლოგია

შიზოფრენიის დროს საგანთა აღქმა სრული არ არის (შეიწროებულია).

კლინიკურად მნიშვნელოვანია აღქმის არა რაოდენობრივი შესუსტება ან ილუზიური აღქმელობა, არამედ თვისობრივი გაუკუღმართება: აღქმათა მცდარობა, ჰალუცინაციები.

აღქმის თვისობრივი გაუკუღმართების შედეგად გარკვეულად იცვლება შიზოფრენიის კლინიკური სურათი. აღქმის ფსიქოპათოლოგია ცენტრალური ნერვული აპარატის ნეიროდინამიკური ძვრების მარჯვენებელია, ისე როგორც ფსიქიკური ატაქსიის ან ფსიქიკური ჰიპოტონიის სინდრომი. ამიტომ აღქმის პათოლოგიასა და პირველ რიგში ჰალუცინაციათა კლინიკას ძირითადი ყურადღება უნდა დაეთმოს შიზოფრენიის ფენომენოლოგიაში.

შიზოფრენიკები ზოგჯერ თვითონ მოგვითხრობენ ჰალუცინაციათა შესახებ, მაგრამ ხშირად უარყოფენ მათ და ერთგვარ დისიმულაციას ახდენენ; ისინი შთანთქმული არიან ჰალუცინაციათა შინაარსით, ბოლომდე გადაამუშავენ მათ და ვერ გარკვეულან შექმნილი მდგომარეობის არსებით მხარეში.

ხანგრძლივი დაკვირვებისა და ავადმყოფთა ქცევის შედეგად შეიძლება შიზოფრენიკთა ჰალუცინაციური განცდების გაშიფრვა. არსებობს ობიექტური ნიშნები, რომლებიც მიგვითითებენ აღქმის თვისობრივ პათოლოგიაზე; მხედველობითი ჰალუცინაციის დროს ავადმყოფები გაშტერებული უყურებენ ერთ წერტილს, ხოლო სმენითი ჰალუცინაციის შემთხვევებში ყურებს თითებით ან ბამბით იცობენ. ერთ-ერთ ჩვენ ავადმყოფს განსაკუთრებით უსიამო ხასიათის ყნოსვითი და გემოვნებით ჰალუცინაციების დროს მთელი დღეების განმავლობაში ბამბითა და ჩვრებით ჰქონდათ ამოვსებული პირი და ცხვირის ნესტოები.

შინაარსის მხრივ ჰალუცინაციები განსაკუთრებით უსიამო ხასიათისაა, მაგალითად ცუდი დახასიათება, მოწოდება ასევე ცუდი

საქციელისადმი, ტანჯვა-წამების გადაწყვეტილებანი, სიბინძურის სუნი ან გემო და სხვ.

არის ე. წ. იმპერატიული (ბრძანებითი) შინაარსის სმენითი პალუცინაციების შემთხვევები, რომელთა ზეგავლენით შესაძლებელია ავადმყოფმა დაისახიჩროს თავი ან სხვა დააზიანოს.

* სტენიური სასიამოვნო შინაარსის პალუცინაციები ძლიერ იშვიათია.

როგორც სხვა დაავადებათა დროს, ისე შიზოფრენიის შემთხვევებში, შებინდებისას, ძილის წინ ან ღამით პალუცინაციათა მოზღვაება, დაძაბვა და სხეულოვნება შესამჩნევად მატულობს.

შიზოფრენიის დროს აღინიშნება სმენითი, ტაქტილური, კან-კუნთოვანი, გემოვნებითი და ყნოსვითი პალუცინაციები; მხედველობის პალუცინაციები უფრო იშვიათია.

სმენითი პალუცინაციების შემთხვევაში დასაწყისში ესმით ხოლმე: სიტყვები, ძახილი ან შეძახება, შემდეგში კი მთელი წინადადებები. შეიძლება ესმოდეთ ერთ ან ორივე ყურში ერთი, ორი ან მრავალი აღამიანის, ნაცნობის ან უცნობის, ქალის, კაცის ან ბავშვის ხმა. არის შემთხვევები, როცა ჩურჩული ესმით. ხმები ესმით ახლო ან შორეული მანძილიდან. ერთი ავადმყოფი გვარწმუნებდა, რომ მას შორეული ქალაქიდან ესმოდა ხმა.

ავადმყოფები ხმის რეალობაში სავსებით დარწმუნებული არიან, მაგრამ რა გზით აღწევს მათღამი ან ვისია ეს ხმა, მათ სრულიად არ აინტერესებთ; კრიტიკა ხმისადმი, ისევე როგორც სხვა სახის პალუცინაციურ შეგრძნებათადმი, მთლიანად მოსპობილია. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები ცდილობენ ჩვენს შეკითხვაზე გვიპასუხონ და თავისებურად „ხსნიან“ ხმების „მექანიზმებს“, მაგალითად; მიაწერენ რადიოტალღებს, ჰიპნოზს ან უჩინარ გამტარ მავთულებს, რომლებიც შესაძლოა იატაკქვეშ იყოს და ა. შ. ეს „ახსნა-განმარტება“ მეტად მარტივია და მოკლებულია ყოველგვარ ლოგიკურ დასაბუთებას.

ზოგჯერ პალუცინაციური ხმების ლოკალიზაცია ხდება თვით ავადმყოფის სხეულში: ხმები ესმით შინაგანი ორგანოებიდან.

შეხებითი, ანუ ტაქტილური გრძნობა ფილო-ონტოგენურად ყველაზე ძველი რეფლექსური ფუნქციაა, რომლის დროს შესაძლებელია დაზუსტებული იყოს ლოკალიზაცია, ძალა, ხანგრძლივობა, ინტენსივობა, გამძლეობა და თვისობრივი მხარე (ბლავი თუ მკრელი საგანი. ცივი თუ თბილი და სხვ.). შიზოფრენიის დროს ამ გრძნობის გაუქმლმარტება (ტაქტილური პალუცინაციები) კლინიკურად ძალიან საინტერესოა. ავადმყოფები გრძნობენ, რომ მათ ჩხვლეტენ სადგისებით, ნემსებით, მაგრამ ყველაზე ხშირად ისინი უჩივიან ელექტროდენს.

რომელიც უვლის სხეულის ყოველ ნაწილში, ხანდახან კი ძლიერ დარტყმასაც იწვევს.

ტაქტილურ შეგრძნებებს თან სდევს საშინელი განცდები. შეხებითი პალუცინაციები არცთუ იშვიათად აღიქმება ლორწოვანი გარსებიდანაც. ამ მხრივ ავადმყოფები ყველაზე ცუდ შეგრძნებებს უჩივიან სასქესო ორგანოებში.

ორგანიზმის საერთო სახის პალუცინაციებს ეკუთვნის ე. წ. სომატურ-ფსიქიკური პალუცინაციები. ავადმყოფებს აქვთ ნორმალური აღამიანი სათვის სრულიად წარმოუდგენელი შეგრძნებები, თითქოს მათ ფილტვებს უკუწავენ და კუჭში გადააქვთ, ღვიძლს გლეჯენ, კუჭში უზით არსება, რომელიც მოძრაობს და ამოძრავებს თვით ავადმყოფს, ტვინი გადაბრუნებული აქვთ, მასში მოძრაობს მრგვალი სხეული, რომელიც კეფამდე აღის, მერე კი გულში ეშვება და ა. შ. განსაკუთრებული სახისაა სქესობრივი შეგრძნებები.

ცხადია, სომატურ-ფსიქიკური შეგრძნებები შესაძლებელია ავადმყოფთა უსაშინლესი განცდებისა და ბოღვითი წარმოდგენების წყარო გახდეს.

შიზოფრენიის დროს დამოუკიდებელ სახედ შეიძლება გამოვყოთ ე. წ. კუნთების მგრძნობელობის, კან-კუნთოვანი, ანუ კინესთეზიური პალუცინაციები. ავადმყოფები შეიგრძნობენ ორგანოთა სპონტანურ მოძრაობას, მაგალითად, ენის კუნთოვან მოძრაობას, რასაც მოსდევს მეტყველებითი გამოვლინებანი.

როგორც აღვნიშნეთ, გემოვნებითი და ყნოსვითი პალუცინაციები ხშირია, უსიამო ხასიათისა და შესაძლებელია მრავალგვარად იყოს გამოხატული. როგორც წესი, ეს პალუცინაციები პარალელურად ვითარდება. ავადმყოფები გრძნობენ შარდის, განავლის, დამპალი ხორცის, შხამის სუნსა და გემოს.

პალუცინაციათა გაცხოველება ბევრ შემთხვევაში დამოკიდებულია ავადმყოფის პიროვნულ მიზანსწრაფვაზე. მას შეუძლია ხელი შეუწყოს პალუცინაციათა გაინტენსივებას ან შემცირებას.

როგორც წესი, პალუცინაციები დიდ გავლენას ახდენს პიროვნებაზე და მათგან განთავისუფლება ავადმყოფს სრულიად არ ძალუძს; მაგრამ არის ხოლმე ქრონიკული შემთხვევები, როდესაც პალუცინაციები თითქოს შემოიფარგლება და გამოყოფილია ავადმყოფის მთლიანი პიროვნებისაგან.

შიზოფრენიის დროს არცთუ იშვიათია ფსევდოპალუცინაციები, რომლებიც კლინიკურად გამოვლინდებიან აზრთა აყდერების, ანუ ხმოვანი აზროვნების სახით. ავადმყოფს ესმის თავისივე აზრები და ფიქრობს, რომ ისინი გარეშე პირთათვისაც მისაწვდომია.

საინტერესოა, რომ, შიზოფრენიით დაავადებულის აზრით, გარეშეებს არა მარტო ესმით ავადმყოფის ანაშურებული აზრები და

წარმოდგენები, არამედ გარე სიტუაცია მოქმედებს და სურვილისა-
მებრ ახმაურებს მის აზრებს. ასეთი ზეგავლენა, ავადმყოფთა წარმო-
დგენით, შეიძლება ავხსნათ ზებუნებრივი ფაქტორებით ან მათზე ჩა-
ტარებული მეცნიერული ექსპერიმენტის შედეგით.

ბოლძვითი იდეაგი ზიოფრენის დროს

შიზოფრენიის კლინიკურ ფსიქოლოგიაში განსაკუთრებულ ინტე-
რესს იწვევს ბოლძვითი იდეები, ანუ აზრები. ავადმყოფობის სტადიის
მიხედვით იცვლება ბოლძვათა შინაარსი და დაძაბულობა.

შიზოფრენიის დასაწყისში უფრო ბოლძვითი მიზანსწრაფვა და გან-
წყობილება აღინიშნება, ვიდრე გამოკვეთილი ბოლძვითი პროდუქცი-
ები; ამ დროს ავადმყოფები არიან გაურკვეველი, საშინელი კატასტრო-
ფის მოლოდინში, მწვავე შეგრძნებათა შთაბეჭდილების ქვეშ, ყოყ-
მანობენ, ეჭვით უცქერიან გარემოს, მაგრამ ჭერ კიდევ ვერ აყალიბე-
ბენ ბოლძვებს.

სულ სხვა სურათია ავადმყოფობის განვითარებისას: ბოლძვითი აზ-
რები გამოკვეთილია და ხანდახან სისტემური პროდუქციების სახე
აქვს.

შიზოფრენიის გვიანი ფორმების შემთხვევაში პიროვნების საერთო
გალარიზებასა და გონებრივი სფეროს დაქვეითებასთან ერთად ბოლ-
ძვითი აზრები მკრთალდება და, ბოლოს, სულ ისპობა. ატაქსიურ და
ემოციურად განურჩეველ კეუასუსტ შიზოფრენიკს ბოლძვითი იდეების
განვითარების ძალა არ შესწევს.

შიზოფრენიის დროს ძირითადად ორი კატეგორიის ბოლძვითი იდე-
ები ვითარდება. ერთ შემთხვევაში ბოლძვების მიზეზია ატაქსიური, ში-
ზოფრენულად გაფხვიერებული ფსიქიკური აპარატი, მეორე შემთხვე-
ვაში ბოლძვებს შეიძლება საფუძვლად ედოს პალუციანაციები და სხვა-
დასხვაგვარი სომატური შეგრძნებანი.

შიზოფრენიული ბოლძვებია დენის, მოწამვლის, დამოკიდებულების,
ანუ ზეგავლენის და ახსნა-განმარტების, ანუ ინტერპრეტაციის.

შიზოფრენიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია

შიზოფრენიის დროს ყურადსაღებია როგორც ანიმალური ნერვუ-
ლი სისტემის, ისე ენდოკრინულ-ვეგეტატიური აპარატის პათოლოგია.
განსაკუთრებით საინტერესოა ნივთიერებათა ცვლის აშლა და შინა-
გან ორგანოთა სისტემის დაზიანება. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის
პათოლოგიის განხილვისას აღსანიშნავია ვაგოტონიისა და ამფოტონიის

მოვლენები, აგრეთვე ვეგეტატიურ მექანიზმთა აუტორეგულაციის დაბილობა.

ვაზომოტორული აშლილობანი, ტემპერატურის ცვალებადობა და სეკრეციული ფუნქციების პათოლოგია ვეგეტატიური რიგის სისტემებია.

შიზოფრენიის დროს ყოველთვის შესაძლებელია განვითარდეს სხვადასხვა სახისა და ინტენსივობის ვიზომოტორული აშლილობები. აკროციანოზი, ცივი კიდურები, გაფითრებული ან გალუჯრებული სახე, შესუსტებული ან შენელებული პულსი და, ბოლოს, განფენილი ან ნაწილობრივი (ადგილობრივი) შეშუპებები შიზოფრენიის კლინიკური სურათისათვის საკმაოდ დამახასიათებელია.

სტუპოროზული მდგომარეობისას ყურადღებას იპყრობს სხეულის ტემპერატურის ცვალებადობა. ოსიპოვი ტემპერატურის უეცარი დაცემისა (35 გრადუსამდე) და აწევის (40,5 გრადუსამდე) შემთხვევებს ასახელებს. კატატონიკთა ჰიპერთერმია ცნობილია კატატონიური ცხელების სახელწოდებით.

მწვავე სტადიაში წონა კლებულობს, ხოლო ქრონიკულ შემთხვევებში აღნიშნავენ წონის მკვეთრ მომატებას: კკუასუსტობის განვითარებასთან ერთად ავადმყოფთა გასუქებას.

კუჭ-ნაწლავთა პათოლოგიის მხრივ აღსანიშნავია ხშირი ყაბზობა. მწვავე სტადიაში თვიური ან დარღვეულია ან სრულიად არ არის, შიზოფრენიის დროს შესაძლებელია ტროფიკული აშლილობა სხვადასხვაგვარი ალოპეციის სახით.

სეკრეციულ ფუნქციათა მოშლა, მაგალითად გაქონილი სახე, გადაჭარბებული ნერწყვისდენა ან ოფლიანობა უარყოფითი პროგნოზის მაჩვენებელია. ნივთიერებათა, პირველ რიგში აზოტის, ძირითადი ცელა დაქვეითებულია, განსაკუთრებით კატატონიური სტუპორის შემთხვევებში.

სისხლის მორფოლოგიური შემადგენლობის შესწავლას უფრო ზოგადი პათოლოგიური მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე სადიაგნოზო.

პემოგლობინის რაოდენობა ჩვეულებრივ, ნორმის ფარგლებშია: ერთროციტთა რიცხვი ოდნავ მომატებულია. ლეიოციტური ფორმულის მხრივ მოსალოდნელია ორგვარი მდგომარეობა: ან ნეიტროფილების რიცხვის მომატება და ლიმფოციტ-ბაზოფილური ელემენტების დაკლება ან, პირიქით, ნეიტროფილების შემცირებასთან ერთად ლიმფოციტ-ბაზოფილების პროცენტის გადიდება. პირველი სურათი უფრო შიზოფრენიის მწვავე სტადიისთვისაა დამახასიათებელი.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ შიზოფრენიის დროს ვერ ვპოულობთ ცენტრალური ნერვული სისტემის შესამჩნევი ორგანული დაზიანების ნიშნებს. ამ მხრივ კვლევა-ძიება მიკროსიმპტომატიკის დადგენისკენ უნდა იყოს მიმართული.

ანიზოკორია, მიოზი ან მიდრიაზი გარდამავალია და უფრო კატათონიური სტუპორის შემთხვევებში აღინიშნება. სხვადასხვა ემოციურ რეაქციაზე გუგები მოდუნებულად პასუხობს, ე. ი. ნელა ფართოვდება. ეს ნიშანი, ე. ი. ფსიქიკური რეფლექსების უქონლობა შეიმჩნევა შიზოფრენიის შემთხვევათა დაახლოებით 60%-ში და არ შეიძლება დაავადების სპეციფიკურ სიმპტომად მივიჩნიოთ.

ზოგ შემთხვევაში შესაძლებელია იყოს ეპილეფსიის- ან ისტერიის- მაგვარი გულყრები ან ვაგოკრიზული გულწასვლები. ზოგჯერ ვითარდება ტვინის მწვავე შეშუპების მოვლენები, რომლებიც დამახასიათებელია ე. წ. ავთვისებიანი, ანუ სასიკვდილო კატათონიური ფორმებისათვის.

ცენტრალური ნერვული სისტემის მოტორული პათოლოგიიდან უნდა აღვნიშნოთ შემდეგი სიმპტომები: ტიკისმაგვარი მოძრაობა, საერთო კანკალი და მანერიანი მოქმედება.

მოტორული აშლილობები ძირითადად ექსტრაპირამიდული ბუნებისაა და ხშირია შიზოფრენიის კატათონიური ფორმების შემთხვევაში. ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის განხილვისას განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ელექტროენცეფალოგრაფიული მონაცემები, რაც სულ უახლოესი დროის მონაპოვარია და ნატიფ და ზუსტ აპარატურას საჭიროებს.

შიზოფრენიის დროს ქერქული აპარატის ელექტრული აქტივობა დაკნინებულია და, ამასთან ერთად, აღინიშნება დისკოორდინაცია მარჯვენა და მარცხენა ჰემისფეროების ბიოელექტროდენტა ურთიერთდამოკიდებულებაში.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები

შიზოფრენია ყველაზე გავრცელებული ავადმყოფობაა ფსიქიკურ დაავადებათა შორის. დროულად მის სწორ გამოცნობასა და შეძლებისდაგვარად ზუსტი პროგნოზის დადგენას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რათა დროზე დავეხმაროთ ავადმყოფს და ჩავეუტაროთ ჯეროვანი მკურნალობა. უნდა აღვნიშნოთ, რომ შიზოფრენიის დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები მეტად რთულია; მაგალითად, შიზოფრენიის სიმპტომები ზოგჯერ შეიძლება აღინიშნებოდეს სხვა დაავადებათა დროს და, პირიქით, სხვა ავადმყოფობათათვის დამახასიათებელი ნიშნები შეიძლება იყოს შიზოფრენიის ფენომენოლოგიაში. შეცდომის ასაცდენად საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილით დავვირკევათ. როგორც აღვნიშნეთ, შიზოფრენიის დროს ვითარდება ტიპური ნიშნები, სახელდობრ ფსიქიკურ ფუნქციათა ატაქსია, თავისებური კუთხასუსტობა, შიზოფაზია, აზროვნების გაფხვიერება, აუტიზმი, მუ-

ტიზმი, ნეგატივიზმი, ბოდვები და პალუცინაციები. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ყოველი ნიშანი განხილული უნდა იყოს კლინიკურ სურათთან მთლიანობაში; ავადმყოფის კლინიკურ სურათს ქმნის არა ცალკეული ნიშანი, არამედ მათი კომპლექსი; საჭიროა აგრეთვე პრემორბიდული პიროვნების ქარაქტეროლოგიური თავიებუებების გათვალისწინება.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება მოგვიხდება სხვადასხვა ფუნქციურ, ორგანულ და ფსიქოგენურ დაავადებასთან. შიზოფრენიის დროს შეიძლება იყოს მანიაკალური (აგზნების) ან დეპრესიული (გაყუჩების) სინდრომი ანდა თვით ავადმყოფობას ჰქონდეს ინტერმისიულ შემთხვევათა ხასიათი. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება პირველ რაგში მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზთან, ანუ ციკლოფრენიასთან.

შიზოფრენიკთა მანიაკალური მდგომარეობა შინაარსით მკვეთრად განსხვავდება სუფთა მანიაკალური, ანუ ციკლოფრენიული ბუნების მანიაკალური სინდრომისაგან. შიზოფრენიის დროს საქმე გვაქვს უფრო ცალკეული სფეროს აგზნების მდგომარეობასთან და არა ჰარმონიულ მანიაკალურ აგზნებასთან. შიზოფრენიული აგზნება ატაქსიურია, ანაჰარმონიული, მოკლებულია შინაგან მთლიანობას, გარშემო მყოფთათვის სრულიად გაუგებარია და ასინტონიური. ამ დროს აგზნების მიზეზი ენდოგენურ-იმპულსური ბუნებისაა: ავადმყოფებთან ემოციური კონტაქტი შეუძლებელია: ავადმყოფთა მოფერება, დამშვიდება არ ხერხდება. სუფთა მანიაკალური აგზნება, პირიქით, რეაქტიული ბუნებისაა, ჰარმონიული და სინტონიური.

შიზოფრენიის დროს უფრო ხშირია ინტელექტუალურა ან მოტორული სფეროების (ფუნქციების) აგზნება. ასეთ შემთხვევაში გონებრივი აგზნება ძირითადად მეტყველებათი აგზნების სახისაა, ხოლო თვით პროდუქციები შიზოფრენიულია და ასოციაციურად გაფხვიერებული.

მანიაკალურ ავადმყოფთა მეტყველებითი აგზნება, რაგინდ აბნეულიც არ უნდა იყოს ის, არასოდეს არ აღწევს შიზოფრენიულ მდგომარეობას და ყოველთვის შეიძლება მასში შინაარსობრივი კავშირის დადგენა.

შიზოფრენიული, მოტორული აგზნებისას საქმე გვაქვს კატატონიური ბუნების ცალკეულ მოძრაობასთან, მანიაკალური მდგომარეობის დროს, პირიქით, აღინიშნება გასაგები მოქმედებები და ქცევები.

შიზოფრენიკთა დეპრესიები პრინციპულად განსხვავდება აგრეთვე სუფთა. ანუ ციკლოფრენიული დეპრესიებისაგან. უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიული დეპრესია მაინც ყალბია; ამ დროს ავადმყოფები სრულიად განურჩეველი ან კატატონიურად გაყუჩებული არიან. როგორც ვხედავთ, შიზოფრენიის დროს აღინიშნება გუნება-განწყობის

დაქვეითება, არა ბოღმა-მწუხარება, არამედ განურჩევლობა, აუტიზმი. მუტიზმი და ნეგატივიზმი.

შიზოფრენიული აგზნების დეპრესიის სინდრომების განსხვავება ციკლოფრენიის მსგავსი მდგომარეობისაგან შედარებით ადვილია, გაცილებით ძნელია ინტერმისიული, ანუ ცირკულარული შიზოფრენიის დადგენა. ასეთ შემთხვევებში შეგვიძლია ვიხელმძღვანელოთ ორი ძირითადი მოსაზრებით; რაგინდ კეთილთვისებიანი არ უნდა იყოს შიზოფრენიული შეტევა, იგი ყოველთვის გარკვეულ დაღს ასვამს პიროვნებას, აინვალიდებს მას. გარდა ამისა, მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის პრემორბიდული ქარაქტეროლოგია, მისი ფსიქიკურ-ფიზიკური პროფილი.

შიზოფრენიის დიფერენციაცია პარანოიას გამოკვეთილი ფორმებისაგან შედარებით ადვილი საქმეა. უნდა გვახსოვდეს, რომ პარანოიას შემთხვევებში აფექტური სფერო სრულიად შენარჩუნებულია, პიროვნებას არავითარი გახლეჩილობის ნიშნები არა აქვს და საკმაოდ მოწესრიგებულია. პარანოიას დროს ვითარდება ჰალუცინაციები და ჭკუასუსტობა, ხოლო ბოდვები მკვეთრად სისტემური ხასიათისაა.

უფრო ადვილია შიზოფრენიის დიფერენციაცია ოლიგოფრენიული ჯგუფის დაავადებებისაგან. როგორც ვიცით, შიზოფრენიული ჭკუასუსტობა ატაქსიურია, სტრუქტურულად მანკიერი, თუმცა ცალკეული გონებრივი ფუნქცია შესაძლოა უფრო ძლიერი იყოს, ვიდრე უმაღლესი ფორმის, განვითარებული ოლიგოფრენიკის გონებრივი შესაძლებლობანი.

ოლიგოფრენიის დროს პიროვნების დაქვეითება აიხსნება ინტელექტის ფორმალური უკმარისობით, განუვითარებლობითა და არა ფსიქიკური ატაქსიით.

ეპიდემიური ენცეფალიტი არცთუ იშვიათად იწვევს მოტორული სფეროს პათოლოგიას, რომელიც თავისი ფენომენოლოგიური გამოვლინებით კატოტონიურ სტუპორს ჰგავს.

ეპიდემიური ენცეფალიტის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმები დაკავშირებულია ქერქქვეშა, ექსტრაპირამიდულ ძვრებთან, შიზოფრენიის დროს კი მთავარია ქერქქული კომპონენტა. საჭიროა ამ ორი გარემოების გათვალისწინება ზემოაღნიშნულ დაავადებათა კლინიკური განსაზღვრის დროს.

ენცეფალიტის შემთხვევაში საქმე გვაქვს მოტორულ შებოჭვასთან. შიზოფრენიის დროს — ნეგატივიზმთან. ენცეფალიტურ კატალექსიას თუ აკინეზიას თან სდევს კუნთთა რიგიდობის გაძლიერება, რაც შიზოფრენიის დროს არ აღინიშნება. შიზოფრენიკის ფსიქიკური აპარატისათვის დამახასიათებელია ატაქსია და შეჩერებები, ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს ვითარდება ბრადიფსიქიკური მოვლენები.

მნიშვნელოვანია ყურადღების თავისებური გავლენა მოტორულ სფეროზე. შიზოფრენიის დროს ყურადღების მოკრეფა და დაძაბვა კუნთთა ტონუსს აძლიერებს, ეპილემიური ენცეფალიტის დროს კი საპირისპირო მოვლენა ვითარდება.

დიფერენციული დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება აგრეთვე ეპილემიური ენცეფალიტისათვის დამახასიათებელი ანამნეზი (გაძლიერებული ძილიანობა, სრული უძილობა და ძილის ფაზური გაუკუღმართება) და ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია, პირველ რიგში — თვალის სიმპტომები.

ტვინის ათამანგის დროს პროგრესული პარალიზის მალარიათერაპიის შედეგად შეიძლება მივიღოთ პალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომი, რომელიც კლინიკურად შიზოფრენიას ჰგავს. გადამწყვეტ როლი ეკუთვნის ჰუმორალურ სინდრომსა და ნევროლოგიურ სიმპტომატოლოგიას.

ამასთან ერთად, უნდა გვახსოვდეს, რომ ლუესური ბუნების პალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომის შემთხვევაში არ არის სულიერი სფეროს გახლეჩილობის ნიშნები, აუტიზმი და ემოციური განურჩევლობა.

საკმაოდ ძნელია ეპილემიურ პარანოიდსა და შიზოფრენიას შორის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება.

ლიტერატურაში არის აზრი შიზოფრენიისა და ეპილემიის ბიოლოგიური შეუთავსებლობისა და მათ შორის ანტაგონიზმის შესახებ. მიუხედავად ამისა, ეპილემიის დროს შესაძლებელია განვითარდეს დენისა და ზეგავლენის ბოღვითი აზრები, რომლებიც კლინიკურად პლიერ ჰგავს შიზოფრენიულ პარანოიდს. საკირთა მიემართოთ ანამნეზსა და ავადმყოფის პრემორბიდს. ამასთან ერთად, უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიის კატატონიური ფორმების შემთხვევაში არსებული ეპილემიური გულყრები მხოლოდ ეპიზოდურია, ხოლო ეპილემიური ბოღვები არ არის მოკლებული ემოციურ სითბოს. გარდა ამისა, პიროვნების შიზოფრენიული დეგრადაცია მკვეთრად განსხვავდება ეპილემიური დეგრადაციისაგან. პირველს საფუძვლად უდევს სტრუქტურული ჰქუასუსტობა, მეორეს — ეპილემიური. ე. ი. აპერციფციული ჰქუასუსტობა.

საკმაოდ რთულია შიზოფრენიის ნამდვილი, ანუ ჰემშარიტი. ბირთვოვანი ფორმების განსხვავება შიზოფრენიისმაგვარი სიმპტომური მდგომარეობისაგან. როგორც ცნობილია, ორგანიზმის მოწამელა ჭიმბური ნივთიერებებით, სომატური დაავადებანი თუ ქალას ტრავმები იწვევს შიზოფრენიისმაგვარ სულიერ აშლილობას, ე. წ. სიმპტომურ, ანუ ეგზოგენურ შიზოფრენიას. უკანასკნელი ფსიქოზები ეკუთვნის ეგზოგენურ ფსიქოზთა რიგს.

მაშასადამე, ჩვენ მოგვიხდება ნამდვილ და სიმპტომურ შიზოფრენიას შორის კლინიკურ-დიაგნოზური ზღვარის გაკლება. ანამნეზისა და სომატურ-დიაგნოზური ნიშნების გარდა, რომლებიც შესაძლებელია გამოვიყენოთ საკითხის გადასაწყვეტად, დაგვემხარება მთავარი, ასე ვთქვათ, პათოგნომონური ბუნების სიმპტომი, სახელდობრ, ცნობიერების მდგომარეობა. შიზოფრენიის შემთხვევებში შესაძლებელია ცნობიერების გაოგნება, როდესაც ავადმყოფები გაფანტული არიან, ვერ მოუკრეფიან საკუთარი ფსიქიკური შესაძლებლობანი, ხოლო სიმპტომური, ეგზოგენური მდგომარეობისას აღინიშნება ცნობიერების გაბრუნება ან პირველადი პათოლოგიის უფრო ღრმა სახის გამოვლინებები (დელირიუმი, ამენცია და სხვ.).

ინვოლუციური თუ პრესენილური დეპრესიები და პარანოიდული მდგომარეობანი ადვილად გამოსარჩევია: ამ დროს პიროვნებას ბირთვი ძირითადად შენარჩუნებულია, ავადმყოფებს შერჩენილი აქვთ აგრეთვე ემოციური რეაქციები და ცხოველი ინტერესები. შიზოფრენიის დროს ავადმყოფები განურჩევლნი და უცნაურნი არიან.

ალკოჰოლური პალუცინაციური პარანოიდული მდგომარეობა პრინციპულად განსხვავდება შიზოფრენიისაგან. ალკოჰოლურ პალუცინაციებს აქვს ეგზოგენური ელფერი, ისინი ავადმყოფის „თავისებური გარე საწყაროა“. ასევე შეიძლება ვთქვათ ბოდვებზე. შიზოფრენიის დროს პალუცინაციები თუ ბოდვები უშუალოდ დაკავშირებულია პიროვნების ბირთვთან, მის ძირითად ტენდენციებთან. გარდა ამისა, ალკოჰოლური ღეგრადაციის ტიპი ძირითადად განსხვავდება შიზოფრენიული ბუნების დაქვეითებისაგან.

შიზოფრენიის კლინიკის განხილვისას საჭიროა გამოვრიცხოთ ფსიქოგენური ფსიქოზები, რეაქტიული განვითარებანი და კონსტიტუციური მდგომარეობანი.

ფსიქოგენური ბუნების რეაქტიული პარანოიდი ფენომენოლოგიურად შეიძლება ძლიერ ახლოს იყოს შიზოფრენიისმაგვარ ბოდვებთან (მაგალითად, იგივე დენის, ზეგავლენისა თუ განადგურების ბოდვითი პროდუქციები).

ანამნეზის შესწავლა, პიროვნების პრემორბიდის დაზუსტება და კლინიკური მასალის ანალიზი შესაძლებლობას მოგვცემს გავერკვეთ საქმის ნამდვილ ვითარებაში. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს, რომ რეაქტიული პარანოიას შემთხვევაში პიროვნების ძირითადი ბირთვი შენარჩუნებულია. დაცულია აგრეთვე ემოციური მხარე და ფსიქიკური ატაქსიის არავითარი ნიშნები არ არის.

უფრო ძნელია შიზოფრენიის გამიჯვნა ისტერიული ფსიქოზების ზოგიერთი ფორმისაგან, როდესაც ავადმყოფებს ახასიათებთ ისტერიული ბუნების თეატრალიზება, მანერიანობა, პალუცინაციები, უნიანობა

და ნეგატივიზმი. მით უმეტეს არის შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენია იწყება ისტერიული დებიუტით, ამ დროს უნდა მივმართოთ ზემოაღნიშნულ ხერხს, სახელდობრ ანამნეზს, პრემორბიდის ფსიქიკურ-ფიზიკურ თავისებურებებსა და კლინიკურ ანალიზს. ისტერიის დროს პიროვნება შენარჩუნებულია, ფსიქიკური ატაქსიის ნაწილები არ არის. ხოლო ფსიქოზის კლინიკური სურათი გაშლილია კომპლექსურ განცდებზე და გაპირობებულია ფსიქიკური ტრავმით.

შიზოფრენიის პათოგენეზის ზოგიერთი საკითხი

შიზოფრენიის ეტიოლოგიისა და უშუალო პათოგენეზის საკითხები ჯერ კიდევ გადასაწყვეტია.

ერთი ცხადია, რომ შიზოფრენია პიროვნების მთლიანი აპარატის დაავადებაა. ამ დროს მთელ ორგანიზმში პათომორფოლოგიური და პათოღინამიკური ძვრები აღინიშნება. დაავადების პროცესში ჩათრეულია სისხლძარღვოვანი, ენდოკრინულ-ვეგეტატიური და კუჭ-ნაწლავთა სისტემები.

საკიროა გვახსოვდეს, რომ ინდივიდუუმის სომატური აპარატის მთლიან დაზიანებაში წამყვანი ადგილი უკავია ცენტრალურ ნერვულ სისტემას. ცერებრული მექანიზმებითაა გაპირობებული მთლიანად შიზოფრენიის ფიზიკური და ფსიქიკური სიმპტომატოლოგია.

თავის ტვინის ქერქული და ქერქქვეშა აპარატის დაზიანებას მეორადად მოსდევს პათობიოლოგიური ძვრები, სახელდობრ: ვეგეტატიურ-ტროფიკული, ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის ფუნქციის თვისობრივი გაუკუღმარებება.

შეხედულება იმის შესახებ, თითქოს შიზოფრენია არის ცერებრული მექანიზმების გარეშე პირველადი ენდოკრინოპათია ან განფენილი სომატურ-ბიოლოგიური დაავადება, აქამდე სრულიად გაბათილებულია.

პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა დაამტკიცეს, რომ შიზოფრენიის დროს ავადმყოფის დიდი ტვინის ქერქული აპარატი გარკვეულ პათოღინამიკურ მგომარეობაშია. მათ გვიჩვენეს, რომ თავის ტვინის ნივთიერება და, პირველ რიგში, ქერქული უჯრედები ინტოქსიკაციის შედეგად განიცდის პათოლოგიურ გაღიზიანებას, ე. ი. ავადმყოფურ გადაღლას.

პავლოვის თანახმად, პათოლოგიური გაღიზიანებიდან გამოსვლის მიზნით ქერქულ სისტემაში ვითარდება თავდაცვითი განფენილი შეკავება. პათოლოგიური პროცესის სიმძიმისა და განფენილობის მიხედვით შესაძლოა თავდაცვითი შეკავება დაეშვას ქერქული აპარატიდან და მოეფინოს ქერქქვეშა კვანძების ზოგიერთ უბანს.

მოდკრება ქერქული თავდაცვითი შეკავების შესახებ იმ პათოლოგიური წინამძღვრების ძირითადი პრინციპია, რომლებითაც შეიძლება

გავიგოთ შიზოფრენიის მთლიანი კლინიკური სურათის; მისი პათო-ფსიქოლოგიური ნეიროდინამიკური არსი.

ვიმეორებთ, პავლოვის კონცეფციის თანახმად, შიზოფრენია ცერებრული დაავადებაა, რომლის დროს ქერქული ელემენტები ინტოქსიკაციის მდგომარეობაშია. გარდა ამისა, შიზოფრენიის პათოგენეზის განხილვისას კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ცერებრული ინტოქსიკაციის ცნება უეჭველად გულისხმობს ორგანული ბუნების ნეიროდინამიკურ ძვრებს.

ინტოქსიკაციის ინტენსივობის მიხედვით, ქერქულ ელემენტთა ორგანული ძვრები შესაძლებელია იყოს შედარებით კეთილთვისებიანი, აღდგენადი ხასიათის, მაგრამ აღნიშნული ორგანული დაზიანება შეიძლება იმდენად ძლიერი და ღრმა იყოს, რომ ქერქული უჯრედები მოექცეს მძიმე მდგომარეობაში, განიცადოს ტლანქი, ავთვისებიანი ხასიათის არააღდგენადი ძვრები. მეორე შემთხვევაში საქმე გვექნება ნერვული ქსოვილის დესტრუქციასთან.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ზერელე, აღდგენადი ბუნების დაზიანებიდან ტლანქი, ორგანულ დესტრუქციამდე დიდი დაიპაზონია, რომელიც საფუძვლად უდევს ავადმყოფური პროცესის გრძელ კლინიკურ სურათს დაწყებული შეუმჩნეველი უცნაურობებიდან პიროვნების შიზოფრენიული ტიპის ღრმა დეგრადაციამდე.

მართლაც, შეუძლებელი იქნებოდა რომ საწყისი მდგომარეობისა და ღრმა შიზოფრენიულ კეუასუსტობას საფუძვლად არ ჰქონოდა გარკვეული დესტრუქციული პროცესები.

ამრიგად, შიზოფრენია ორგანული ბუნების ნეიროდინამიკური დაავადებაა.

შიზოფრენიის პათოგენეზის შესახებ არის სხვა შეხედულებებიც, მაგრამ მათ არა აქვთ წამყვანი მნიშვნელობა, ზოგი მათგანი ამჟამად სრულიად უარყოფილია.

შევჩერდებით ჰუმორალურ-ტოქსიკურ თეორიაზე, რომლის მიხედვით შიზოფრენიის პათოგენეზური წყარო უნდა ვეძიოთ ენდოკრინული აპარატის პათოლოგიაში და, პირველ რიგში, სასქესო ჯირკვალთა დისფუნქციაში.

როგორც ვიცით, შიზოფრენია უფრო ხშირია სქესობრივი განვითარების ან სქესობრივი უკუგანვითარებისა და ზოგადი ჰქრონის პერიოდში: ორსულობამ, მშობიარობამ და ლაქტაციურმა პერიოდმა შეიძლება გამოავლინოს შიზოფრენია. გარდა ამისა, ამ დაავადების დაწყებამდე და სრული განვითარებისას არცთუ იშვიათად ვითარდება ამენორეა, დისმენორეა, იმპოტენცია. ხელცთუნება და მრავალგვარი სექსუალური პერვერსიები.

ყველა ზემოაღნიშნული ფაქტი, აგრეთვე ის გარემოება, რომ ში-

ზოფრენის შემთხვევებში ხშირია დისგლანდულარული და დისგენიტალური ხასიათის სომატური ტიპები, მიგვიითივებს ჰუმორალურ-ტოქსიკური თეორიის სისწორეზე.

ამჟამად პათოგენეზური და პათოფიზიოლოგიური საკითხების დასაზუსტებლად ფართოდ იყენებენ ელექტროენცეფალოგრაფიულ მეთოდებს.

ელექტროენცეფალოგრაფიული მონაცემების თანახმად ირკვევა ორ ჰემისფეროს შორის აქტივობის (ელექტრონული ბიოდენების) შეუთანხმებლობა-შეუსატყვისობა. აგრეთვე თხემის არეში, ხანდახან კი ზოგ ქერქქვეშა უბანში აღინიშნება აქტივობის მკვეთრი დაქვეითება.

გაკვირით აღვნიშნავთ, რომ ელექტრონული აქტივობის შესუსტება თუ დისკოორდინაცია გულისხმობს გარკვეულ პათომორფოლოგიურ ჭკრებს, რომლებიც შეიძლება გავრცელდეს ნერვულ უჯრედებზე, მათ შორისებზე და სინაფსურ აპარატზე.

შიზოფრენიის პათოლოგიური ანატომია

დღეს ყველასათვის ცხადია, რომ შიზოფრენია არ არის გამოკვეთილი ნოზოლოგიური ცნება. იგი მოიცავს ავადმყოფთა ჯგუფს, რომელთა შორის შეიძლება აღინიშნებოდეს ფუნქციური ხასიათის მდგომარეობა (მხედველობაში მაქვს რეაქტიული, ანუ პათოლოგიური განვითარების შემთხვევები). სრულიად გასაგებია, რომ ყოველ ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენს აქვს შესატყვისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური საფუძველი.

არის თუ არა შიზოფრენია ორგანული დაავადება ამ სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით? გვხვდება თუ არა ორგანოთა სისტემაში და კერძოდ თავის ტვინში მკვეთრი ცვლილებები, რომლებითაც შეიძლებოდა ავადმყოფობის კლინიკური სურათის ახსნა?

ზოგი ავტორის აზრით, შიზოფრენიის ანატომია, ე. ი. პათოლოგიური ანატომია არ არსებობს.

ესვამთ საკითხს: არ არსებობს თუ არ შეიძლება არსებობდეს?

საკამათო არ არის, რომ ჰუასუსტობისა და პიროვნების დეგრადაციის პროცესი უქვევლად ორგანული უნდა იყოს: საჭიროა მხოლოდ ანატომიური სუბსტრატის გამოძებნა უფრო მეტი მუყაითობით, თანამედროვე მიკრო-მაკრომორფოლოგიის თეორიისა და ტექნიკის მთლიანად გამოყენება.

ვერ დავეთანხმებით ზოგ სიპოტიკოსს, თითქოს შიზოფრენიის მიმართ პათოლოგიურ-ანატომიურმა მეთოდმა სრულიად ამოწურა თავისი შისაძლიბლობანი, თითქოს კვლევა-ძიების მორფოლოგიური მეთოდი ჩიხში მოექცა.

სრულად მართალია ავტორთა შენიშვნა, რომ შიზოფრენიის დროს ცენტრალური ნერვულ სისტემაში ორგანული ცვლილებები სისხლ-ძარღვოვანი პროცესის ხასიათის არ არის; ამასთან ერთად, მართლაც ისიც, რომ დღემდე შიზოფრენიის ანგიოარქიტექტონიკა ხელუხლებელი საკითხია.

შემდეგმა დაკვირვებებმა დაადასტურა ანატომიური ცვლილებების მხრივ ცენტრალური ნერვული სისტემის წამყვანი როლი, რითაც საესებით განმტკიცდა დებულება, რომ ორგანული ფსიქოზი პირველ რიგში ტვინის ავადმყოფობაა. ამასთან ერთად უნდა გვახსოვდეს, რომ სულით ავადმყოფობა (მით უმეტეს, ორგანული ფსიქოზი) მთლიანი ორგანიზმის დაავადებაა მრავალფეროვანი პათოფიზიოლოგიური და პათომორფოლოგიური ძვრებით.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი მოკლენა, სახელდობრ მექანიზმური, ე. ი. რეტიკულურ-ენდოთელიური სისტემის სუსტი რეაქტიული თვისებები ან სრული არეაქტიულობა. რაც, თავის მხრივ, იწვევს გლიოზური რეაქციის განსაკუთრებულ სისუსტეს.

შიზოფრენიის ანატომიის შესწავლისას ინტერესს იწვევს როგორც მოძველებული (მოგვიანებული) შემთხვევები, ისე ე. წ. საწყისი მდგომარეობა, ე. ი. ნაადრევი შემთხვევები.

ქრონიკულ, მოგვიანებულ შემთხვევებში ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მკაფიო ორგანული ცვლილებებია, რომლებიც მიგვიბრუნებენ, თუ რა დაიღუპა და რა გადაარჩა ავადმყოფობის მწვავე პერიოდის დან.

მწვავე ადრეული შემთხვევები განსაკუთრებით საინტერესოა როგორც დიაგნოსტიკის, ისე უჩრედთა აღდგენის შესაძლებლობის დადგენის მიზნით.

პისტოტობიის მხრივ მწვავე და ქრონიკულ შემთხვევათა შორის პრინციპული განსხვავება არ არის. პირველ რიგში ცვლილებები აღინიშნება ფრონტალურ, პარაიტალურ ველებში, განსაკუთრებით კი მათ I, II და III შრეებში.

შიზოფრენიის საწყის შემთხვევებში აღინიშნება განგლიური უჩრედების შემდეგი პათოლოგია: ქერქოვანი გამოვარდნები, უჩრედთა შესუბებითი ცვლილებები და განგლიური უჩრედების იშემიური და ციტოლაზური დაავადება. ამ დროს ხშირია აგრეთვე უჩრედთა ჩრდილები.

ადრეული ინიციალური ფორმების შემთხვევაში პათოლოგიურ-ანატომიური დიაგნოსტიკა ისევე მწილია, როგორც კლინიკურა. ერთი ცხადია, რომ ადრეულ შემთხვევებში არის განგლიურ უჩრედთა აღდგენადი ხასიათის მწვავე ცვლილებები.

თავის დროზე გამოვთქვით აზრი, რომ განგლიურ უჯრედთა მწვავე ცვლილებებზე მიგვიითივებს უჯრედთა ჰიპერკარიოქრომია და ჰიპერსომატოქრომია. გარდა ამისა, ამ დროს ნისლის მეთოდით მორჩებო-რლებმა (ზოლიანი ფონი მიკროსკოპში) და ძირითადი სუბსტანცია ვლინდება.

ფრიად საინტერესოა ძირითადი სუბსტანციის საკითხი, რომლის სახელწოდებაც ეკუთვნის ნისლს. ჩვენი უკანასკნელი გამოკვლევებიდან ირკვევა, რომ ნისლის ძირითადი სუბსტანცია მხოლოდ გლიოზური ბუ-ნების ნერვული სისტემის ჩონჩხი არ უნდა იყოს. მის სტრუქტურაში მონაწილეობს დენდრატთა ბადის უნატიფესი საბოლოო წვრილი ზოქ-კოები, ე. ი. სინაფსური აპარატი.

შიზოფრენიკთა ტვინი მაკროსკოპულ ცვლილებებს განიცდის მხოლოდ შორწასულ, ქრონიკულ შემთხვევებში. ამ დროს ტვინის გარ-სები შემღვრეულია, პარაკუპები გაგანიერებული, ხოლო ზოგჯერ ტვინი მთლიანად შემუშებული.

მიკროსკოპულად ნერვული ელემენტები განიცდის მკვეთრ დეგე-ნერაციულ ცვლილებებს, მაგალითად, სკლეროზს, ცხიმოვან გადაგე-რებას, ვაკუოლიზაციას ან სრულ დაშლას.

შიზოფრენიის ინიციალური, ე. ი. მწვავე ფორმების შემთხვევაში ქერქის პარენქიმული ელემენტები ისეთ მდგომარეობაშია, რომელიც შეიძლება განვიხილოთ როგორც რევერზიბილური სტადია: უჯრედებ-ში მწვავე დეგენერაციული ძვრები ხდება.

აღსანიშნავია, რომ ქრონიკული პარენქიმული ძვრები ზოგჯერ ისეთ დონეს აღწევს, რომ უჯრედები მთლიანად ნადგურდება და მათ აღ-გილზე ცარიელი კერები რჩება.

პარენქიმულ ელემენტთა მწვავე თუ ქრონიკული დეგენერაციული ცვლილებები პირველ რიგში შეიმჩნევა ონტოგენეზურად, ახალგაზრდა ქერქულ უბნებში, სახელდობრ შებლასა და თხემის ველებში (ველები 8, 9, 10, 11, 37, 39, 40).

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ ყველაზე მძიმე დეგენერა-ციული ცვლილებებია ზემოაღნიშნულ ქერქულ არეთა შრეების გარე-თა კომპლექსში, პირველ რიგში მცირე პირამიდებში (III შრე).

ქერქვეშა უბნების ნერვულ ელემენტებში, აგრეთვე ქორიოიდულ წულში დეგენერაციული ცვლილებები არ არის.

შიზოფრენიის ცალკეული კლინიკური ფორმა. ბიპარი ფორმები

როგორც აღვნიშნეთ, შიზოფრენიის ფენომონოლოგია იძლევა მეტად მდიდარ და მრავალფეროვან სურათს. კლინიკური სიმპტომატოლოგია სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვა სიცხადით ვლინდება, რასთან

დაკავშირებითაც არჩევენ შიზოფონიის შემდეგ ოთხ ტიპურ ფორმას: მარტივ შიზოფრენიას, ჰებეტურენიას, კატატონიასა და ბოღვით ფორმას.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმა თავისი ავთვისებიანობითა და პროგნოზის სერიოზულობით სრულდება არ არის მარტაევი. კლინიკურ ფსიქიატრიაში იგი მიაჩნიათ მარტივად მხოლოდ მიმდინარეობის გამო, ვინაიდან იწყება შეპარვით, თანდათანობით და მახლობელთათვის შეუმჩნევლად. როგორც ვთქვით, ამ დროს პროგნოზი ფრიალ სერიოზულია.

მკვეთრი ინტრაფსიქიკური ატაქსია პათოლოგიური უცნაურობების სახით, გრძნობათა სფეროს გაცივება, მკვეთრი განურჩევლობა და აზროვნების გაფხვიერება დამახასიათებელი მომენტებია შიზოფრენიის მარტივი ფორმისათვის.

ავადმყოფობა, ჩვეულებრივ, იწყება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, პიროვნებას თანდათანობით არღვევს და სოციალურად აინვალიდებს. ოდესღაც ნიჰიური, აქტიური, ინტერესიანი და სიცოცხლით საესე ახალგაზრდა თანდათანობით იცვლება, კარგავს ხალისს შრომისადმი და ინტერესს გარემოსადმი, აშაბთან ერთად, მახლობლებისადმი ცივი, გულგრილი ხდება.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმის დასაწყისი შეიძლება გამოვლინდეს სრულიად მოულოდნელი, გაურკვეველი უცნაურობებით.

ავადმყოფებს გონებრივი ფუნქციები თითქოს შენარჩუნებული აქვთ, მაგრამ მათ არ ძალუძთ ცოდნის თავმოყრა, ჭეროვანი გამოყენება, არ შეუძლიათ მოვლენათა კრიტიკული ათვისება: ისინი სავსებით მოკლებული არიან სინთეზ-ანალიზის უნარს. ინიციატივის მოსპობის პარალელურად ძლიერდება ვეგეტატიური მიზიდულებანი. სხვა ფორმებთან შედარებით, შიზოფრენიის მარტივი ფორმა ყველაზე ხშირია. იგი, როგორც ვთქვით, მიმდინარეობს მძიმედ, ნელა, ხანგრძლივი ხნის განმავლობაში და თანდათანობით დაძაბუნებული პიროვნება საბოლოოდ მიჰყავს შიზოფრენიული ტიპის ღრმა ჰქუასუსტობამდე.

ძირითად კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას ავადმყოფობის მსვლელობაში შეიძლება ეპიზოდურად დაერთოს პალუცინაციები (ყნოსვითი, გემოვნებითი, სმენითი, მხედველობითი ან ზოგადი მგრძნობელობის — ტაქტილური) და შემთხვევითი ბოღვითი პროდუქციები.

წყნარი და ღუნე მიმდინარეობა დროდადრო შესაძლებელია შეწყდეს იმპულსური აფეთქებებით ან ამა თუ იმ ხანგრძლივობის აგზნებითი მდგომარეობით. საზოგადოებასა და შრომას ავადმყოფები მთლიანად წყდებიან.

ჰებეტურენია იწყება მწვავე შეტევით ან თანდათანობით. მარტივ ფორმასთან შედარებით იგი უფრო ადრეულ ასაკში, სახელდობრ 15-

პუკობის დროს, 16—18 წლებში ვითარდება. ამ ფორმისათვის დამა-
ზასიათებელია მეტად უცნაური, ავადმყოფური სიცელები.

შიზოფრენიის როგორც მარტივი, ისე პებეტურენიული ფორმა შე-
ძლება დაიწყოს ნერვასთენიული ხასიათის ჩივილით. ამ ორივე ფორ-
მის პროგნოზი ყოველთვის სერიოზული, დამაფიქრებელია. პებე-
ტურენიკთა სიცელებს თან სდევს მანერული მოქმედებები და გონებ-
რივი სილატაკე-სიცარიელის ნიშნები, რაც თანდათანობით ქმნის ში-
ზოფრენიული კეუსუსტობის მდგომარეობას.

კატატონიის, ანუ შიზოფრენიის კატატონიური ფორმის შემთხვე-
ვების კლინიკურ სიმპტომატოლოგიაში წამყვანია ე. წ. კატატონიური
მოვლენები მთელი თავისი მრავალგვარობითა და მრავალსახეობით.
უნდა აღვნიშნოთ, რომ კატატონიურ მოვლენათა ყოველი ფორმა, გა-
ლიზიანებისა თუ შეჩერების ნიშნით, დაკავშირებულია ქერქსა და
ქერქქეშა ქსოვილს შორის ურთიერთთანასწორობის დარღვევასთან.

შიზოფრენიის სხვა ფორმებთან შედარებით, კატატონია უფრო
კეთილთვისებიანი დაავადებაა. ამ დროს რემისია აღინიშნება შემ-
თხვევათა დაახლოებით 12—13%-ში. ერთეულ შემთხვევაში შესაძლე-
ბელია კატატონიამ მიიღოს მეტად ავთვისებიანი მიმდინარეობა. ამ
დროს ავადმყოფები ძლიერ აგზნებული არიან, ბოლვითი ჰალუცინა-
ციური ხასიათის მძიმე განცდები აქვთ, არ იკვებებიან, არ ძინავთ,
ცნობიერება შეცვლილი აქვთ ონეიროიდულად, აღვნიშნებათ მკვეთ-
რი ვეგეტატიური ძვრები და არცთუ იშვიათად ემართებათ კოლაფსი.

წინა სამ ფორმასთან შედარებით, შიზოფრენიის ბოლვითი (პარა-
ნოიდული) ფორმა იწყება მოგვიანებით (უფრო ხშირად 30 წლის შემ-
დეგ), ახასიათებს ნელი, დუნე მიმდინარეობა, რომლის დროს ცნობი-
ერების ნათელ ფონზე ავადმყოფებს აქვთ უხვი ბოლვითი პროდუქცი-
ები და ჰალუცინაციური განცდები. რემისიები იშვიათია; თანდათა-
ნობით ვითარდება კეუსუსტობა.

შინაარსის მიხედვით აღინიშნება ხოლმე დამოკიდებულების, ახსნა-
განმარტების, ზეგავლენის, დევნისა და მოწამვლის ბოლვითი იდეები.
ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათზე მოქმედებენ ელექტრობით, ჰიპ-
ნოზით, მოწამვლელი აირით ან რალაც უცნაური ძალებით; მათ წამ-
ლავთ დედა, მამა, და-ძმა, მახლობლები ან საავადმყოფოს პერსონა-
ლი; საკმელზე ხშირად კატეგორიულ უარს აცხადებენ, რადგანაც ეჩ-
ვენებათ, რომ მასში საწამლავი ფხვნილია ჩაყრილი.

ავადმყოფებს უხვად აქვთ სმენითი, გემოვნებითი, ყნოსვითი და
ტაქტილური ჰალუცინაციები.

გარემოს ბოლვითი აღქმა და სხეულში უამრავი ბოლვითი შეგრძნე-
ბა ქმნის პირობებს შიზოფრენიული ბუნების დეპერსონალიზაცია-
დერეალიზაციის სინდრომისათვის.

ავადმყოფები გარემოში ერკვევიან ფორმალურად, მაგრამ ამავე დროს ბოღვითად დარწმუნებული არიან, რომ ყველაფერი შეცვლილია ახალი სამყაროთი.

პარანოიდული შიზოფრენიის დროს შინაგანი შეგრძნებები, ჩვეულებრივ, დეპერსონალიზაციური ბოღვების ხასიათისაა, მაგალითად, ავადმყოფებს ეჩვენებათ, რომ ტვინი გადაბრუნებული აქვთ, ის იჭრება ნაწილებად, ანდა ტვინში უზით რაღაც ცხოველი, ამავე დროს ტვინი გამშრალია და ქვიშით მოფენილი. ერთი ჩვენი ავადმყოფი მოგვითხრობდა, რომ შუბლიდან და ცხვირის ნესტოებიდან გამოუდის ძაფები, რომლებიც შემდეგ ჩადის გულში, იქიდან კი იგი მათ ახვევს გორგლად. მერე კი „წყვეტს“, რათა განთავისუფლდეს უსიამო განცდებისაგან.

ანიპური ფორმები

შიზოფრენიის ატიპურობა შეიძლება გამოიხატოს მიმდინარეობის სომატოფრენიული შეგრძნებების ან ავადმყოფური განცდების თავისებურებათა მხრივ.

ფსიქასტენიურ-იპოქონდრიული ფორმა. შიზოფრენიის კლინიკური სურათის მიმდინარეობაში არცთუ იშვიათად აღინიშნება აკვიატებული მოქმედებანი და იპოქონდრიული შეგრძნებები. უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ დროს აკვიატება უფრო კატატონიური სტერეოტიპის ხასიათისაა, ხოლო იპოქონდრიისმაგვარი სომატოფრენიული შეგრძნებები არსებითად დეპერსონალიზაციურ ბოღვით პროდუქციებს ჰგავს.

დიფერენციული დიაგნოზის მხრივ უფრო ძნელია ის შემთხვევები, როდესაც შიზოფრენიის დასაწყისი, ე. ი. კლინიკური დებიუტი წარმოდგენილია ფსიქასტენიურ-იპოქონდრიული სინდრომით, რომელიც, როგორც წესი, ვითარდება მოულოდნელად და წლების განმავლობაში გრძელდება.

რასთან გვაქვს საქმე, ფუნქციურ ნევროზთან, თუ ავთვისებიანი პროგნოზის მქონე დაავადებასთან? ცხადია, ამ საკითხის გადაჭრას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან მხოლოდ დაზუსტებული დიაგნოზის შედეგადაა შესაძლებელი სწორი თერაპიული ღონისძიებებს შერჩევა.

საკიროა გვახსოვდეს, რომ ფსიქასტენიურ-იპოქონდრიულ სინდრომს თან სდევს ინტრაფსიქიკური ატაქსიის მოვლენები და პაროენების ძირითადი ბირთვის თვისობრივი გამოცვლის ნიშნები.

შიზოფაზიის, ანუ მეტყველებითი აბნევის ფორმის შექმნევაში მთავარი ყურადღება უნდა მივაქციოთ ორ გარემოებას, სახელდობრ: მეტაფილობითს აგზნებასა და ასოციაციური მოქმედების მკვითრ გაფხვიერებას. ავადმყოფები გვაწვიდნენ სრულიად გაუგებარ, აბნეულ მეტყველებით პროდუქციებს, ე. წ. „სიტყვიერ დომხალს“.

რადგან ავადმყოფებს ემოციურ-ნებითი ფუნქციები შედარებით უფრო შენარჩუნებული აქვთ, ბოლო დაავადება დუაედ, ნელი ტემპით მიმდინარეობს, მათ შეუძლიათ შეასრულონ ელემენტარული შორობითი დავალებანი.

შიზოფრენია ალკოპოლური ფსიქოზის დებიუტით. აზრი იმის შესახებ, თითქოს ქრონიკულ ალკოპოლიზსა და შიზოფრენიულ პროცესს შორის ბიოლოგიური ანტაგონიზმი და კლინიკური სიმპტომატოლოგიის შეუთავსებლობაა, არ მართლდება.

ფსიქიატრიის პრაქტიკაში შეიძლება შევხვდეთ შემთხვევებს, როდესაც შიზოფრენია იწყება თეთრი ცხელების ან ალკოპოლური სავარომელიმე ფორმის დებიუტით. ამ დროს ალკოპოლური დებიუტის ჩათვებას მოსდევს შიზოფრენიული ფენომენოლოგიის გაშლა.

შიზოფრენიის ცირკულარული ფორმის შემთხვევაში ძირითადად აღინიშნება შიზოფრენიულ ფორზე მანიის- ან დეპრესიის მავგვარი შეტევები. ავადმყოფები სინტონიურნი არიან და გარემოსთან კონტაქტს არ კარგავენ; მიმდინარეობა შედარებით უფრო კეთილთვისებიანია, შესაძლებელია ხანგრძლივი რემისიები.

პერიოდული ტოქსიკოზის ბუნების შიზოფრენიის რემისიულ ფორმას საფუძვლად უდევს პერიოდული ხასიათის აუტონტოქსიკაციური კრიზები, რომელთაც მოსდევს ასევე პერიოდული შიზოფრენიული შეტევები.

შიზოფრენიას აქვს ტოქსიკური დაავადების ერთგვარი დალი: მიმდინარეობს მწვაედ, აბნევიტ, მკვეთრი ჰალუცინაციებით, აგზნებით, დისთიმური მოვლენებით.

შეტევების შემდეგ, რემისიის პერიოდში, ჩვეულებრივ, აღინიშნება ქარაქტეროლოგიური ძვრები (აუტისტური მიზანსწრაფვა). მაგრამ პიროვნების ბირთვი ძირითადად შენარჩუნებულია. ავადმყოფებს შეუძლიათ განაგრძონ შრომითი ცხოვრება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოველი შიზოფრენიული შეტევა ფსიქიურ ავადმყოფს კვალს ამჩნევს.

ფრიად საყურადღებოა საკითხი ბავშვთა ასაკში შიზოფრენიის შესახებ. ბავშვთა ასაკის სპეციფიკურობა თავისებურად ცვლის შიზოფრენიის პროცესით გამოწვეულ კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას. ამ დროს ძლიერ იშვიათია ჰალუცინაციური განცდები და ბოდვითი პროდუქციები. ავადმყოფებს პირველ რიგში აღინიშნებათ ძვრები ემოციურ-ნებით სფეროში.

ბავშვთა ასაკში ყველაზე ხშირია მარტივი და კატატონიურ-პებეფრენიული ფორმები.

გამოსავალი ისეთივეა; როგორც მოზარდთა შიზოფრენიის დროს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ რაც უფრო ადრეულ ასაკში ვითარდება შიზოფრენიული პროცესი, იმდენად მეტად ფერხდება ბავშვის ტვინის

განვითარება და უფრო ღრმა და მყარია თვით შიზოფრენიული დე-
ფექტიც.

არ შეიძლება გამოვრიცხოთ შიზოფრენიის განვითარების შესაძ-
ლებლობა მოგვიანებულ ასაკში.

ბავშვთა შიზოფრენიის შემთხვევაში იშვიათია ბოდვითი პრო-
დუქციები, მოგვიანებული (პრესენილური) ასაკის შიზოფრენიის შემ-
თხვევაში კი — ხშირია.

მოგვიანებული ასაკისათვის ჩვეული არტერიოსკლეროზული პრო-
ცესი თავისებურ დაღს ასევე შიზოფრენიულ სიმპტომატოლოგიას:
ავადმყოფები ლაბილურნი არიან და ადვილად ღიზიანდებიან.

პროგნოზი შიზოფრენიის დროს

შიზოფრენიის პროგნოზი რთული და სერიოზულია. მიუხედავად
იმისა, რომ ამჟამად ჩვენს განკარგულებაშია სხვადასხვა მოქმედი თე-
რაპიული ღონისძიება, შიზოფრენიის პროგნოზი მაინც ყოველთვის
სიფრთხალეს საკიროებს, ვინაიდან პიროვნების სრული აღდგენის
შემთხვევები არც ისე ხშირია.

ფიზიკური ჯანმრთელობის მხრივ ავადმყოფებს საშიშროება არ
მოელოთ, მეტად მძიმეა მდგომარეობა ფსიქიკურ შესაძლებლობათა
მხრივ, ვინაიდან შიზოფრენიული ჰუასუსტობა ავადმყოფობის გამო-
სავალია.

შიზოფრენიის კლინიკური ფორმებიდან ყველაზე ავთვისებიანია
პარანოიდული ფორმა; კატატონია შედარებით ხშირად იძლევა რემი-
სიებს.

ნელი და ღუნე მსვლელობა და რემისიების სრული უქონლობა,
როგორც წესი, მძიმე მდგომარეობის მაჩვენებელია.

ავადმყოფობის გაუარესებასა და უარყოფით პროგნოზზე მიგვი-
თითებს ემოციური გაყინვა, გარემოსადმი ინტერესის დაკარგვა ორი-
ენტაციის შენარჩუნებით, უაზრო, უმიზნო, ბოდვითი პროდუქციები,
აგრეთვე ფიზიკური მდგომარეობის გაუარესება ფსიქიკური ცხოვრე-
ბის დაკნინებასთან ერთად.

უფრო ხანგრძლივ კეთილთვისებიან პროგნოზს იძლევა რემისი-
ული შიზოფრენია.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ საერთოდ შიზოფრენიის დროს
ზუსტი პროგნოზის დადგენა მეტად ძნელი საქმეა.¹

¹ შიზოფრენიისა და სხვა ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობა სახელმძღვანე-
ლოში განხილულია მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტი-
ტუტში მიღებული მეთოდების შესაბამისად, რომლებიც დაწერილებითაა აღწერილი
გ. ბეგიაშვილისა და ბ. ნანიშვილის - ფსიქიატრიის სამკურნალო ცნობარში.

როგორც ვიცით, შიზოფრენიის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხი დღემდე გაურკვეველია, რის გამოც ძნელდება ავადმყოფობაზე პირდაპირ მოქმედი სამკურნალო ღონისძიების გამოძებნა.

დაახლოებით უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში შიზოფრენიის სამკურნალოდ ნაცადი იყო მრავალი საშუალება, მაგრამ ყველა მათ კჭონდა მეცნიერულად სრულიად დაუსაბუთებელი, შემთხვევითი ხასიათი, მხოლოდ და მხოლოდ სიმპტომური თერაპიის მნიშვნელობა. არ არსებობდა რაიმე საშუალება, რომელსაც შეეძლო შორეულად მაინც მოეხდინა ზეგავლენა შიზოფრენიის პათოგენეზის მექანიზმებზე. ამჟამად მდგომარეობა სრულიად შეცვლილია.

ბოლო წლებში შემუშავებულია სხვადასხვა თერაპიული ღონისძიება, რომლებიც აქტიურ ბიოლოგიურ ზეგავლენას ახდენენ შიზოფრენიის ნეირო-ბიოლოგიურ არსზე.

თანამედროვე ფსიქიატრიაში ცნობილია მკურნალობის აქტიური ბიოლოგიური მეთოდი და ფსიქოფარმაკოლოგია.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ აქტიურმა ბიოლოგიურმა თერაპიამ და ფსიქოფარმაკოლოგიური პრეპარატების ხმარებამ არა მარტო გააბათილა თერაპიული ნიპილიზმი შიზოფრენიის მიმართ, არამედ გაარკვია კიდევ ამ რთული ბუნების ფსიქოზის სხვადასხვა საკითხი, რამაც მნიშვნელოვნად გაამდიდრა ჩვენი წარმოდგენები შიზოფრენიის თეორიისა და პრაქტიკაზე.

უფრო მეტიც, აქტიური მეთოდების გამოყენების შედეგად წამოიჭრა სრულიად ახალი პრობლემები საერთოდ სულით ავადმყოფთა კლინიკასა და პათობიოლოგიაში.

თერაპიის აქტიური მეთოდებიდან აღსანიშნავია მკურნალობა ხანგრძლივი ძილით, შოკთერაპია. ანუ ინსულინთერაპია, კრუნჩხვითი. ანუ გულყრითი თერაპია და მრავალი ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალება.

ცხადია, ყველა ამ მეთოდს აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები, ჩვენებანი და უკუჩვენებანი. მათი შერჩევის დროს საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციოთ ავადმყოფობის კლინიკურ ფორმას, მიმდინარეობის ტემპს, დაავადების ხანგრძლივობას და თვით ავადმყოფის პიროვნების მთლიან სომატურ-ფსიქიკურ პროფილს, მის ინდივიდუალობას.

მკურნალობა ხანგრძლივი ძილით. ამ მეთოდის თეორიული საფუძვლები შეიძლება გამართლებული იყოს პავლოვის ცნობილი კონცეფციით შიზოფრენიის პათოფიზიოლოგიის შესახებ. პავლოვის თანახმად, შიზოფრენიის დროს ცენტრალური ნერვული სისტემისა და, პირველ რიგში, ქერქული აპარატის პარანქიმული უჯრედები ინტოქსი-

კაცის მდგომარეობაშია, ამიტომ საჭიროა დიდი ხნით დასვენება, შეუწყვეტელი, ხანგრძლივი ძილი, რომ უჯრედებმა შეძლოს ინტოქსიკაციის დაძლევა, ავადმყოფური მდგომარეობიდან გამოსვლა. ხანგრძლივი ძილითა და დამამშვიდებელი სათანადო პირობების შექმნით შესაძლოა შიზოფრენიული ინტოქსიკაციის მოხსნა, რასაც გამოჯანსაღება მოჰყვება.

ეს მეთოდი გამამხნეებელ შედეგებს გვაძლევს შიზოფრენიის კატატონიური და ცირკულარული ფორმების, აგრეთვე ცნობიერების საზღვრისგარეშე აშლის შემთხვევებში. შენიშნულია, რომ შიზოფრენიის მოგვიანებული ქრონიკული ფორმა შემთხვევათა თითქმის 30%-ში გამოჯანმრთელებით მთავრდება ხანგრძლივი ძილის შედეგად.

თერაპიული ეფექტი განსაკუთრებით სუსტია პარაოიდული, ჰებეფრენიული და მარტივი ფორმების შემთხვევებში.

ხანგრძლივი ძილით მკურნალობის უკუმაჩვენებელია მკვეთრი არტერიოსკლეროზი, გულის, სასუნთქი ორგანოებისა და თირკმლების მძიმე დაავადება, აგრეთვე მძიმე ფიზიკური ასთენია.

წყვეტილი ხანგრძლივი ძილის გამოსაწვევად ბოლო დროს ფართოდ იყენებენ ამითალნატრიუმს ანუ ბარბამილს, რომელიც უფრო ნაზად მოქმედი, ნაკლებტოქსიკური პრეპარატია. მკურნალობის კურსი დაახლოებით 10—15 დღე გრძელდება. ბარბამილს მიღებიდან 1—2 საათის შემდეგ იწყება ძილი; სასურველია, დღელამეში ავადმყოფს ეძინოს 17—18 საათი. მკურნალობა ჩათავდება თანდათანობით გადაჩვევის გზით (პრეპარატის დოზას თანდათანობით ამცირებენ). ძილიდან გამოსვლის პირველ დღეებში, ჩვეულებრივ, აღინიშნება ეიფორიული მდგომარეობა ან ფსიქომოტორული აგზნება, ანდა დელირიოზული სახის ცნობიერების შეცვლა.

ამითალნატრიუმში კარგ თერაპიულ შედეგს გვაძლევს კატატონიური სტუპორის შემთხვევებში. ამჟამად ძილით მკურნალობა გამოყენებულია ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან კომბინაციაში.

შოკთერაპია, ანუ ინსულინთერაპია. როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული ინტერესის მხრივ თანამედროვე ფსიქიატრიის ეს მეთოდი ერთ-ერთი დიდმნიშვნელოვანი მონაპოვარია. მისი თერაპიული ეფექტიანობა საკმაოდ გამამხნეებელია; ამასთან ის ტექნიკურად იოლი ვამოსაწენებელია, უფრო ჰუმანური და ორგანიზმის ზოგად დეზინტოქსიკაციასთან ერთად იწვევს სომატური მდგომარეობის განსაკუთრებულ გაუმჯობესებას.

ექსპერიმენტული, ე. ი. ინსულინური ჰიპოგლიკემიის შედეგად ავადმყოფებს ცნობიერება ჯერ ებინდებათ, შემდეგ გამოერთვებათ, რასაც მოსდევს ღრმა შოკური მდგომარეობა.

ინსულინთერაპიის მოქმედება ცერებრულია ჰიპოგლიკემიასა და ტვინის ანოქსიას მოსდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის ბიო-

ტონუსის მეკეთრი დეპრესია, რაც, თავის მხრივ, იწვევს ცენტრალური ვეგეტატიური აპარატის გაღიზიანება-გააქტივებას. ინსულინი დადებით შედეგს გვაძლევს შიზოფრენიის ნაადრევ შემთხვევებში, როდესაც პარონების დეფექტი ჯერ კიდევ არა ჩანს და ემოციური სფერო შენარჩუნებულია. ყველაზე გამამხნეებელ მკურნალობით ეფექტს ვღებულობთ ჰალუცინაციურ-პარანოიდული, კატატონიურ-პარანოიდული, პარანოიდულ-დეპრესიული და კატატონიურ-ონეიროიდული ფორმების შემთხვევაში.

თუ შიზოფრენიას სდევს სიცხე, სისხლძარღვოვანი სისტემის დეკომპენსაცია ან ტუბერკულოზური პროცესის გააქტივება, შოკთერაპიის გამოყენება არ შეიძლება.

ინსულინს ავადმყოფს კანქვეშ უკეთებენ.

კრუნჩხვითი, ანუ გულყრითი თერაპია. ხელოვნური გულყრებისათვის იყენებენ კორაზოლს, ქაფურს, ნახშირმჟავა ამონიუმს, ქლოროვან ამონიუმს, იშვიათად, ელექტროდენს. კრუნჩხვითი თერაპია პრაქტიკულად გამამხნეებელია, რადგანაც არცთუ იშვიათად იწვევს რემისიას — გამოჯანმრთლებას.

ერთი ცხადია, რომ ხელოვნურად გამოწვეული ეპილექსიისებრი გულყრები იწვევს ნეიროდინამიურ ძვრებს როგორც ქერქში, ისე ქერქქვეშა კვანძებში. ხელოვნური კრუნჩხვების დროს ღიზიანდება არა მარტო ცენტრალური ვეგეტატიური აპარატი და, ამგვარად, მობილიზდება ენდოკრინულ-ვეგეტატიური შესაძლებლობანი, არამედ განსაკუთრებით აქტიურდება ინტერნეირონული კავშირებიც.

კრუნჩხვითი თერაპია გამამხნეებელ შედეგს გვაძლევს შიზოფრენიის კატატონიურ-სტუპოროზული ფორმების შემთხვევაში; თუმცა იშვიათად, მაგრამ დადებითი ეფექტი შეიძლება მივიღოთ ქრონიკულ მოგვიანებულ შემთხვევებშიაც.

შიზოფრენიის სხვა ფორმებზე გულყრები არავითარ გავლენას არ ახდენს.

ხანშიშესულობა (50—55 წელი და მეტი), ფიზიკური განღვავა, აქტიური ტუბერკულოზი, სისხლის მიმოქცევისა და სასუნთქ ორგანოთა დაავადებანი, ჰიპერტონია, ღვიძლისა და თირკმლების დაავადებანი, შიდა სეკრეციულ ჯირკვალთა პათოლოგია და ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაავადება კრუნჩხვითი თერაპიის უკუჩვენებაა.

გულყრითი განტვირთვების დროს სხვადასხვა გართულებიდან უნდა დავასახელოთ ძვლების ამოვარდნილობა-მოტეხილობა, ასპირაციული მოვლენები. განსაკუთრებით ყურადსაღებია გულის დაქინინება და სუნთქვის ფუნქციის აშლა. უკანასკნელ შემთხვევაში საჭირო ხდება გულისა და ფილტვების ფუნქციის აღმდგენი საშუალებების:

კოფენის, ადრენალინის, ლობელინის, ქანგბადის ბალიშისა და, ბოლოს, ხელოვნური სუნთქვის გამოყენება.

შიზოფრენიის მკურნალობა განსაკუთრებით ინდივიდუალურია და საჭიროებს დიფერენცირებულ მიდგომას მდგომარეობის მიხედვით.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმის მკურნალობისათვის აგზნების, ზოგადი მოუსვენრობის მოხსნის მიზნით დასაწყისში იყენებენ ამინაზინს, სათანადო მომზადების შემდეგ ატარებენ ინსულინთერაპიას (25—30 ჰიპოგლიკემიური შოკი). მერე კი ავადმყოფს კვლავ აძლევენ ამინაზინს, როგორც საერთო მდგომარეობის გამამაგრებელ საშუალებას. აღნიშნული კომბინირებული სქემით მკურნალობას აღნიშნავენ ასე: ა — ი — ა (ამინაზინი — ინსულინი — ამინაზინი). ინსულინთერაპიის პერიოდშიაც შესაძლებელია ავადმყოფს დღის მეორე ნახევარში მისცენ ამინაზინი ან სხვა ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალება: ტრიფტაზინი, მაეპტილი, ტიზერცინი, ფრენოლონი, გამონატულხ დეპრესიული მდგომარეობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია მკურნალობა ანტიდეპრესანტებით: მელიპრამინით, იპრაზიდით, ტრანსამინით, ტოფრანილით.

პებეფრენიული ფორმის მკურნალობას ატარებენ ამინაზინით, ტრიფაზინით, მაეპტილით, ტრენოლონით, მიზანშეწონილია აგრეთვე ინსულინთერაპია.

კატატონიური ფორმის შემთხვევაში აგზნების საწინააღმდეგოდ წარმატებით იყენებენ ამინაზინთერაპიას, ხოლო ონეიროიდულ-კატატონიური სინდრომის შემთხვევაში ნაჩვენებია მკურნალობა ინსულინით, ტიზერცინით, ხშირად კატატონიური სინდრომის დროს ეფექტიურაა ფრენოლინი, მაეპტილი, აგრეთვე კრუნჩხვითი თერაპია (ელექტროშოკი, კარდიაზოლი, ქაფური).

ბოლდვითი ფორმისათვის ნაჩვენებია ინსულინთერაპია ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან კომბინაციაში. პროგრესდინტულად მიმდინარე პარანოიდული ფორმის მკურნალობისათვის ხმარობენ ტრიფტაზინს, ჰაროპერიდოლს და ფრენოლონს. პალუცინაციებისა და დეპრესიის შემთხვევებში — ეტაპერაზინს, ტრიპტოზოლს.

ინსულინთერაპიას სხვადასხვა ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებასთან კომბინაციაში წარმატებით იყენებენ აგრეთვე შერეული ატიპური, გარდამავალი და სხვა ფორმების სამკურნალოდ.

ბავშვთა შიზოფრენიის დროს მხედველობაში უნდა მიიღონ მონარდი ორგანიზმის ბიოლოგიური თავისებურებანი და ამიტომ მკურნალობა განსაკუთრებით ინდივიდუალურია.

შიზოფრენიის მკურნალობის მეთოდები არ გამორიცხავს ე. წ. სიმპტომურ მკურნალობას. აგზნების დროს აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღება და ზედამხედველობა. საჭირო შემთხვევებში უნიშნავენ გულის საშუალებებს (კოფენს, კორდიმიანს). ფსიქო-

ტროპული პრეპარატებიდან აგზნების დროს წარმატებით იყენებენ ამინაზინს (უმჯობესია ინექციებით), ხანგრძლივ თბილ აბაზანებს. ხანგრძლივ აგზნებებს ხშირად თან სდევს კვების დაქვეითება, განლევა. ამ დროს ნაჩვენებია ხელოვნური კვება, საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი, ფიზიოლოგიური ხსნარის სისტემატური შეყვანა კუნთებში, ინსულინის მცირე დოზები, გლუკოზა და ვიტამინები. დადებითი თერაპიული ეფექტის მიღების შედეგად ავადმყოფს ესაჭიროება გამამაგრებელი მკურნალობა, სათანადო ყოფითი და შრომითი პირობები და საექიმო მეთვალყურეობა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში (დისპანსერიზაცია და პატრონაჟი).

გამამაგრებელ თერაპიას ძირითადად ატარებენ იმ ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებით, რომლებითაც მიღწეულია თერაპიული შედეგი.

სათანადო პირობები გულისხმობს ავადმყოფისათვის დაცვითი და დამზოგავი რეჟიმის შექმნას. შრომითი საქმიანობის აღდგენა შეიძლება თანდათან. შეჩვევით, საჭიროების შემთხვევაში მძიმე, დამქანცავი სამუშაო უნდა შეცვალონ უფრო იოლი დასაქმებით. განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ დღის რეჟიმსა და ძილის მოწესრიგებას. კატეგორიულად აკრძალულია ალკოჰოლური სასმელები. რემისიის პერიოდში დიდ ყურადღებას უთმობენ ფსიქოთერაპიას.

იმ შემთხვევაში, როდესაც რემისია არ არის სრული და გარკვეული დეფექტია, საკომპენსაციო მექანიზმების შემუშავებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს შრომით თერაპიას. რომელსაც ფართოდ იყენებენ აგრეთვე ქრონიკული შიზოფრენიის დროს.

ხანგრძლივად მიმდინარე ავთვისებიანი პროგრადიენტული შიზოფრენიის დროს ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებებს (ტრიფტაზინს, მაჟექტილს) ავადმყოფებს აძლევენ თვეებისა და წლების მანძილზე. საჭიროა პრეპარატების შენაცვლება.

სიმპტომურ მკურნალობასთან დაკავშირებით საკითხის განხილვისას საჭიროა შეეჩერდეთ ფსიქოთერაპიულ გზა-წესზე, მით უმეტეს, რომ შიზოფრენიის პათოგენეზში ზოგჯერ შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ფსიქოგენური ფაქტორები.

ენერგიული ფსიქოთერაპიული ჩარევა განსაკუთრებით საჭიროა შიზოფრენიული პოსპროცესული სიმპტომების მოსახსნელად.

თავისთავად ცხადია, რომ ფსიქოთერაპია ვერ შეძლებს ბიოლოგიურად გაპირობებულ სიმპტომთა დაძლევას შიზოფრენიის შემთხვევაში. ფსიქოთერაპიამ შეიძლება შეარბილოს ან მოხსნას ფსიქოგენური წაფენილობანი.

მოკლედ შევხებით შიზოფრენიის პროფილაქტიკას: რაც აღვნიშნეთ ზოგად ფსიქოპიგიენასა და ფსიქოპროფილაქტიკაზე, ამ შემთხვევაშიაც სრულ ძალაში რჩება. თუკი შეენიშნავთ სულთ ავადმყოფობის

მაჩვენებელ სიმპტომებს, საჭიროა დაუყოვნებლივ სპეციალური დახმარების გაწევა და მტკიცე რეჟიმის დანიშვნა, რომ დასაწყისშივე დავძლიოთ ავადმყოფობა. თუ ოჯახის პირობებში ვერ მოხერხდება ავადმყოფობის კუპირება, საჭიროა მიემართოთ ფსიქიატრიულ სტაციონარს, ვინაიდან შიზოფრენიით შეპყრობილნი საშიშნი არიან როგორც პირადად მათთვის, ისე გარშემო მყოფთათვისაც.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიის პროგნოზი ძირითადად დამოკიდებულია ნაადრევი დიაგნოზის დროულ დადგენასა და მკურნალობის აქტიური ბიოლოგიური მეთოდის ასევე დროულ გამოყენებაზე.

შიზოფრენიის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

შიზოფრენია ერთ-ერთი მეტად საინტერესო საკითხია აგრეთვე სასამართლო ფსიქიატრიისათვის.

ასეთი ავადმყოფები ხშირად სჩადიან სხვადასხვა სახის ბოროტმოქმედებებს. ღრმა ქუთასუსტობის მქონე შიზოფრენიკები საშიშნი არ არიან; მათ არ ძალუძთ რაიმე ბოროტმოქმედებითი ინიციატივის გამოჩენა. ყველაზე სახიფათოა ფსიქოზის დაწყებითი და გაშლის პერიოდი, როდესაც ავადმყოფები იმყოფებიან ჰალუცინაციითა და ბოღვითი დამაბვის გავლენის ქვეშ.

იმპერატიულმა, ე. ი. ბრძანებითი სახის ჰალუცინაციებმა ან დევენის, მოწამვლისა და ზეგავლენის ბოღვებმა შესაძლოა ავადმყოფი მიიყვანოს თვით- ან სხვის მკვლელობამდე.

ჩვეულებრივ ბოროტმოქმედებას სჩადიან ფორმალურად სრულიად ნათელი ან ოდნავ შევიწროებული ცნობიერების შემთხვევაში, რის გამოც მახსოვრობა ნამოქმედარის მიმართ მთლიანად შენარჩუნებულია.

ჩვენი გამოცდილებიდან მოვიყვანთ მხოლოდ ორ შემთხვევას.

პირველ შემთხვევაში საქმე გვექონდა 4 წლის წინ დაწყებულ შიზოფრენიულ დაავადებასთან, მიუხედავად ამისა, ავადმყოფს ჰალუცინაციები დროდადრო უმწვავედებოდა.

იგი ცხოვრობდა სოფლად დედის მზრუნველობა-მეთვალყურეობის ქვეშ; ოჯახში 2—3 წლის განმავლობაში წყნარად იყო და ცოტას მუშაობდა კიდეც. ერთ-ერთი ჰალუცინაციური ეპიზოდი მისთვის და მისი დედისათვის საბედისწერო გახდა. ავადმყოფმა ღამით დედას წალდით გამოჰკრა ყელი. ამის შესახებ მას კარგად ახსოვდა, მაგრამ არაეითარ სინანულს არ გამოთქვამდა, მორალურად და ემოციურად იგი აბსოლუტურად განუჩივრელი იყო.

მეორე იყო შიზოფრენიის დასაწყისი, ე. ი. ინიციალური მდგომარეობა, როდესაც მახლობლებს ავადმყოფობა ჯერ კიდევ არ ჰქონდათ შემჩნეული.

ოცდახუთი წლის ახალგაზრდამ თავისი და, თორმეტი წლის გოგონა, სალამოს მოტყუებით წაიყვანა ქალაქგარეთ და მღონარეში დაახრჩო.

სასამართლო ექსპერტიზამ გამოარკვია, რომ ეს თავზარდამცემი საქციელი ჩაიდინა შიზოფრენიკმა, რომელიც სავსე იყო შიზოფრენიული ბოღვითი იდეებით. ამ შემთხვევაშიც ავადმყოფს დანაშაული ახსოვდა, მაგრამ არავითარი მორალური შეგნება არ ჰქონდა და არც სინდისის ქენჯნას განიცდიდა.

შიზოფრენიკმა შესაძლოა დანაშაული ჩაიდინოს კატატონიური, ანუ იმპულსური აგზნების დროს ყოველგვარი „მოტივიზაციის“, ე. ი. პალუცინაციებისა თუ ბოღვების გარეშე.

თუ დადასტურდა, რომ ბოროტმოქმედება ჩადენილია შიზოფრენიით შეპყრობილის მიერ, ცხადია, იგი არ შეიძლება ჩავთვალოთ პასუხისმგებლად თავის მოქმედებაზე. მასზე უნდა გავრცელდეს სამედიცინო ღონისძიება იძულებითი მკურნალობისა და საავადმყოფოს პირობებში იზოლიაციის სახით.

შიზოფრენიის სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები

ავადმყოფი ტ. ს., 32 წლის, მუშა, უცოლო, შემოვიდა კლინიკაში 1936 წლის 25/III.

შემოსვლისას აღენიშნებოდა მწვავე ხასიათის აგზნება, ბოღვები მისი მოკვლის შესახებ, შემზარავი შინაარსის სქენითი პალუცინაციები, რომლებიც უმთავრესად მისი სიკვდილთან იყო დაკავშირებული. იგი დარწმუნებული იყო, რომ მისი ძმა გარკვეული ჯგუფის მსხვერპლი გახდა. ავადმყოფი გარემოს მოწყვეტილია და შინაგანი განცდებით შთანთქმული იყო.

ავადმყოფს შთამომავლობის მხრივ დატვირთვა არ აღენიშნებოდა; ბავშვობაში ყოფილა დამჭერი, მშვიდი ხასიათისა. 8 წლის ასაკიდან დაუწყია სწავლა, რაც ნაკლებად ეხერხებოდა; ძლივს დაამთავრა ორი კლასი. 22 წლის ასაკიდან მას ხასიათი საგრძობლად შეეცვალა: ხალხს გაურბოდა; გულჩახვეული გახდა, შეიძულა ამხანაგები, ხშირად მარობდა უწმინსურ სიტყვებს, დაიწყო სისტემატური ხელთუხება. მიუხედავად ამისა, ავადმყოფი განაგრძობდა მუშაობას, თუმცა ძალიან ხშირად იცვლოდა სამუშაო ადგილებს, ერთ ადგილზე დიდხანს ვერ ძლებდა, ხშირად ჰქონდა კონფლიქტები. 1936 წ. 13/III უარი თქვა სამსახურში წასვლაზე, გამოაცხადა, რომ ღირექტორი მისი მოსისხლე მტერია. შეეცადნენ ავადმყოფი დაემშვიდებინათ, მაგრამ იგი საშინლად აიგზნო და გამოავლინა მრავალი გაუგებარი, იმპულსური მოქმედება გარშემო მყოფთა მიმართ.

საავადმყოფოში ყოფნისას ავადმყოფს მკაფიოდ ჰქონდა გამოხატული ნეგატივიზმი: შეკითხვებზე სტერეოტიპულად პასუხობდა: „არ ვიცი“. განუწყვეტლივ იწვა ლოგინში საბანწაფარებული, აღენიშნებოდა ტიპური აუტისტური მდგომარეობა, სახის გამომეტყველება ყოველთვის მკაცრი, ნაღვლიანი ჰქონდა. დარწმუნებული იყო, რომ მასაც ძმის ბედი ელოდა; სიკვდილის მოლოდინში იყო, აღენიშნებოდა სმენითი ჰალუსინაციები, ზოგჯერ იმპულსური საქციელი, რომელთა ახსნა არ ძალუძდა. ექსპერიმენტულად ინტელექტუალური აპარატი შენარჩუნებული იყო. დიაგნოზი — შიზოფრენია.

ავადმყოფი გ. ი., 30 წლის, ინჟინერი, უცოლო, შემოვიდა კლინიკაში 1934 წლის 17/III.

ავადმყოფი შემოვიდა კლინიკაში პირადი ინიციატივით, ძალიან აღელვებული, გაფითრებული, პანიკურ მდგომარეობაში; როგორც თვითონ გადმოგვცა. უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში ატყობდა, რომ მის პიროვნებაში მოხდა მისთვის გაუგებარი და ამავე დროს სრულიად უმიზეზო გარდატეხა. არავისი არ სჯერა, ყველაფერს ეჭვის თვალთ უყურებს, დასჩემდა დაუძლეველი ყოყმანი, დაურწმუნებლობა, გარდა ამისა, იგი გრძნობდა, რომ მოქცეული იყო ვიღაცის ზეგავლენის ქვეშ, რომლის ნებითაც მიმდინარეობდა მისი აზროვნება; გამოთქვამდა აზრს, რომ იგი უდავოდ მოექცა მძლავრი, მისთვის უცნობი ადამიანის ჰიპნოზში, რომელსაც ემორჩილება ყოველგვარი წინააღმდეგობის გარეშე; ამავე დროს აღნიშნავდა, რომ სჩადის ისეთ მოქმედებებს. რომლებიც მისთვისაც გაუგებარი რჩება. მაგალითად. ხელებს იქნევს, უმიზნოდ დახეტილობს და სხვ.

იგი მშობლების მეორე შვილი იყო. სწავლა დაიწყო 6 წლიდან. ეხერხებოდა კიდევ. ყოველთვის იყო დინჯი, განპარტოებისა და ოცნების მოყვარული, ნაკლებად რეალური. 23 წლისამ დაამთავრა უმაღლესი სასწავლებელი.

22 წლის ასაკში სრულიად უაზროდ გადმოხტა სწრაფად მიმავალი მატარებლიდან და დაიზიანა ორივე კვირისთავი. ასეთი საქციელის მიუხედავად, იგი განაგრძობდა მუშაობას, თუმცა აღენიშნებოდა მრავალ უცნაურობა.

1933 წლის მეორე ნახევარში ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა გამწვავდა: იგი მეტად მოწყენილი გახდა, შეიძულა ამბანაგები, უფროსები; ბრალს სდებდა ყველას, რომ სურთ მისი გაუბედურება, მოსპობა, შეიძულა ნათესავები, განსაკუთრებით დედა.

1934 წლიდან ავადმყოფი განუწყვეტლივ იწვა ფსიქიატრიულ კლინიკაში, ავლენდა მრავალ უცნაურ იმპულსურ საქციელს. არ ჰქონდა არავითარი კრიტიკის უნარი, განსაკუთრებით აუტისტური იყო. არ ჰქონდა არავითარი სურვილები და ინტერესი; შეკითხვებზე სწორად პასუხობდა, სავსებით შენარჩუნებული ჰქონდა თავისი ზოგადი და სპე-

ვიალური ცოდნის გამოყენების უნარი, ამავე დროს ხშირად არა-ადეკვატურ, გაუგებარ საქციელს ამჟღავნებდა. შეკითხვებზე, თუ რით უნდა აგვეხსნა ჩვენთვის გაუგებარი მოქმედებანი, გეპასუხობდა, რომ ეს მისთვის ისევე გაუგებარია, როგორც ჩვენთვის. ავადმყოფი გრძობდა, რომ იგი აღარ იყო თავისი აზრებისა და სურვილების წვლობელი, რომ მოექცა რატომღაც მისთვის გაუგებარი, მის გარეშე ძალის ზეგავლენის ქვეშ, რომელსაც იგი აღიქვამდა როგორც პაპ-ნოზურ ზემოქმედებას.

ავადმყოფი ხ. რ., 21 წლის, სტუდენტი, უცოლო, შემოვიდა კლინიკაში 1931 წ. 9/IV.

ავადმყოფი მოათავსეს კლინიკაში სხვადასხვა უცნაური გამოვლინების გამო: სრულიად უმიზეზოდ ქალაქის ქუჩებში დაუწყია სიარული; მთელი საათობით ჩერდებოდა შუა ქუჩებში და ესროდა ქვებს გამელელებს, ძლიერ იგზნებოდა, დარბოდა, აგრესიულობას იჩენდა.

კლინიკაში მოთავსებამდე თითქმის ერთი კვირის განმავლობაში სახლში არ დაბრუნებულა.

კლინიკაში შემოსვლისთანავე აღენიშნებოდა უცნაური საქციელი, კატატონიური მოძრაობანი, ზოგჯერ ნეგატივიზმი; ავადმყოფს ახასიათებდა მრავალი უთავბოლო ბოღვა: თავის თავს ე. წ. ასტროტანგიის სპეციალისტად აღიარებდა, სურდა მთვარის ჩამოღება, ლაპარაკობდა თავის მოსაზრებებზე კავკასიის მორწყვის შესახებ შავი და კასპიის ზღვებიდან, ამავე დროს მორწყვის ტექნიკა თავისებური ჰქონდა: „მიღები უნდა ჩალაგდეს და სხვა არაფერიო“. გარშემო მყოფთ არ აქცევდა ყურადღებას, შთანთქმული იყო საკუთარი იდეებით. დედა შესძულდა, დროსა და ადგილში ერკვეოდა.

შთამომავლობის მხრივ აღენიშნებოდა მამის ალკოპოლიზმი და ლუესი, ბიძა, მამის ხაზით, ქრონიკული სულით ავადმყოფი პყლია. ჩვილობისა და სკოლამდელ პერიოდში ჩვეულებრივი ბავშვი ყოფილა, ძალიან ბევრს კი ტიროდა თურმე. 8 წლის ასაკიდან დაუწყია სწავლა; საგნების ათვისება ეხერხებოდა. სქესობრივი მომწიფება აღენიშნებოდა 14 წლის ასაკიდან და ამასთან ერთად ხასიათიც შეეცვალა; უყვარდა მარტობა, ძალიან მოწყენილი გახდა, გაზარმაყდა, სწავლა ეძნელებოდა, გაჭირვებით დაამთავრა საშუალო სასწავლებელი. ბოლო დროს უფრო გაუცნაურდა, განსაკუთრებით მოიწყინა, ზოგჯერ ჩაიციუნებდა ხოლმე, ხშირად სრულიად უმიზეზოდ ჩერდებოდა ქუჩაში, ზოგჯერ სახლში არ ბრუნდებოდა, ეტყობოდა განსაკუთრებული ეგოიზმი, დედას უხეშად ეპყრობოდა.

ცნობები ე. წ. პარაფრენიის შესახებ

პარაფრენია ნოზოლოგიური ცალკე დაავადებაა. მედიკურ-ბიოლოგიური არსის მხრივ იგი ეკუთვნის შიზოფრენიულ ქვუფის ფსიქოზებს.

პარაფრენიის დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემასა და პირველ რიგში დიდი ტვინის ქერქში შეიმჩნევა შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები.

ამ დროს ტვინის დესტრუქცია განფენილია და პარენქიმულ-დეგენერაციული პროცესის ხასიათისაა, რომელიც ყველაზე მძლავრად გამოხატულია შუბლის, საფეთქლისა და ქვედა თხემის ველების მესამე და მეხუთე შრეებში. ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში პარენქიმულ-დეგენერაციული პროცესი მიმდინარეობს განსაკუთრებით ნელა, დუნედ.

ტვინის ღრმა დესტრუქციული მოვლენები ვითარდება დიდი მოგვიანებით, ამიტომ კლინიკური სურათიც მეტად ნელი, მოდუნებული ტემპით მიმდინარეობს, ხოლო პიროვნება ინვალიდდება და დეფექტი ყალიბდება მრავალი წლის შემდეგ. ამასთან ერთად უნდა ვიცოდეთ, რომ შიზოფრენია და პარაფრენია აბსოლუტარად მსგავს ჭკუასუსტობას იწვევს.

პარაფრენიაზე, როგორც დამოუკიდებელ ქვეჯგუფზე, ლაპარაკი შეიძლება იმდენად, რამდენადაც მას აქვს დამახასიათებელი, თავისებურად მიმდინარე კლინიკური სურათი.

პარაფრენიის დიფერენციული დიაგნოზი, პროგნოზი და თერაპია ისეთივეა, როგორც შიზოფრენიის შემთხვევაში.

პარაფრენია ძლიერ ჰგავს შიზოფრენიის პარანოიდულ ფორმას, მაგრამ იმავე დროს მკვეთრად განსხვავდება თავისი კლინიკური სურათით.

პარაფრენიის დროს ბოლდვითი აზრები უფრო მოწესრიგებულია, ვიდრე შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმების შემთხვევაში, ამასთან ერთად, პარაფრენიის დროს პიროვნების დეგრადაცია იწყება გვიან, აფექტურ-ემოციური გამოვლინებანი შემჩნეულია მეტი დროის განმავლობაში, კატატონიური სიმპტომები არ არის და თვით ფსიქოზი ვითარდება მოგვიანებულ ასაკში (30—35 წლის შემდეგ).

პარაფრენიის შედარებით კეთილთვისებიანობა და ამ შემთხვევაში ნეიროფსიქიკური აპარატის ფითქოს მეტი რეზისტენტობა (გამძლეობა) შეიძლება დავეუკავშიროთ პიროვნების პრემორბიდულ თავისებურებას.

არჩევენ პარაფრენიის შემდეგ კლინიკურ სახეებს: სისტემურ, ექსპანსიურ, კონფაბულურ და ფანტაზიურ პარაფრენიას.

სისტემური ფორმა პარაფრენიის ყველაზე ხშირი ქვესახეა. ავადმყოფობა იწყება 30—40 წლების ფარგლებში. პროცესი მიმდინარეობს ნელი ტემპით და პიროვნების შესამჩნევი დეგრადაცია ვითარდება დიდი მოგვიანებით, ორი-სამი ათეული წლის შემდეგ. როგორც წესი, ავადმყოფობა იწყება დევნითი ხასიათის ბოლდვითი იდეებით, რასაც მალე თან ერთვის სმენითი ჰალუცინაციები და „მეხსიერების

პალუცინაციები“, ანუ კონფაბულაციები. ბოდვები და პალუცინაციები განსაზღვრავს ავადმყოფის ქცევასა და ყოველგვარ გადაწყვეტილებას; ის ყველაფერს უყურებს ექვით, ხშირად იცვლის სამსახურს, საცხოვრებელ ადგილს, ამ პერიოდში აღენიშნება დაქვეითებული გუნება-განწყობა და უსიამო გრძნობები.

შემდეგ, კლინიკური სურათის გაშლასთან და გონებრივ შესაძლებლობათა შეზღუდვასთან ერთად, ავადმყოფებს ასთენიური გუნება-განწყობა ეცვლებათ სთენიურით და უვითარდებათ განდიდების აზრები.

ბოდვითი იდეების ჩამოყალიბების მეორე პერიოდში დევნითი აზრები იფარება სთენიური წარმოდგენებით; ავადმყოფებს აქვთ აკვიატებული აზრები, რომ ისინი არიან დიდი ადამიანები, მოვლინებული არიან წინასწარმეტყველებად, მესიად და სხვ. სთენიური ბოდვები და აწეული გუნება-განწყობილება განსაზღვრავს ავადმყოფთა ქცევას, რეაქციას, გარემოსთან დამოკიდებულებას და მათ გარეგნობასაც კი.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას უნდა ვეცადოთ, რომ პარაფრენია შეცდომით პარანოიად არ მივიჩნიოთ ან პირიქით. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ პარანოიას შემთხვევაში არასოდეს არ აღინიშნება გონებრივი სფეროს დეფექტი ან აღქმის პათოლოგია პალუცინაციებას სახით, ამასთან ერთად, ბოდვები სუფთა პარანოიას დროს მტკიცე სისტემის პათოლოგიური პროდუქტია.

ექსპანსიური პარაფრენია უფრო ხშირია ქალთა შორის; იწყება უფრო სწრაფად, ვიდრე სისტემური ფორმის შემთხვევაში.

პრემორბიდს შეიძლება დაუკავშირდეს კლინიკური სურათის თავისებურება, მაგალითად. სთენიური შინაარსის ბოდვითი პროდუქციები, აწეული გუნება-განწყობა, ადვილი აგზნებადობა და კლინიკური სურათის თავისებურება.

კონფაბულური პარაფრენია თანაბარი სიხშირით გვხვდება ორივე სქესში, კლინიკური სურათი დაწყებისა და განვითარების მხრივ თუმცა ახლოა ექსპანსიურ პარაფრენიასთან, მაგრამ წამყვანი მინც შინაარსით მდიდარი და მრავალფეროვანი კონფაბულაციებია. ავადმყოფები ჰყვებიან ცრუმოგონებებს თავიანთი წარსულის შესახებ. კონფაბულაციები შეიძლება იყოს როგორც ასთენიური (დევნის, ტანჯვის), ისე სთენიური (განდიდების) ხასიათის.

ფანტაზიური პარაფრენიის ზოგადი ასთენიური გუნება-განწყობის ფონზე ვითარდება სრულიად უცნაური, ერთ დედააზრს მოკლებული და ცვალებადი შინაარსის ბოდვითი ფანტაზიები (ფანტაზიური ბოდვები). არცთუ იშვიათად ბოდვებს თან სდევს ზეგავლენის იდეები და ტაქტილური პალუცინაციები.

**ეპილეფსია და ეპილეფსიური ფსიქოზები
ზოგადი ფენიშენები**

ეპილეფსია, ბნედა და ეპილეფსიური კრუნჩხვები, ანუ გულყრები ცნობილია უძველესი დროიდანვე. ეპილეფსია უცხო სიტყვაა და ნიშნავს შეტევას, რომლის დროს ადამიანი ეცემა.

გულყრის მოულოდნელობა, ფსიქიკის მთლიანი, სწრაფი გამორთვა, უეცარი, მოსხლეტილი დავარდნა, მკვეთრი კრუნჩხვითი მოძრაობა, დუჟი პირიდან და სახის გაფითრება-გალურჯება საზარელ შთაბეჭდილებას ახდენს გარშემო მყოფებზე.

როგორც ავადმყოფთათვის, ისე მახლობელთათვის გულყრა იწყება იმდენად მოულოდნელად, რომ შეუძლებელია წინასწარი დახმარება ან რაიმე ზომების მიღება.

ცნობილია აგრეთვე კრუნჩხვითი შეტევები ცხოველთა შორის.

ძველ დროში შენიშნული იყო ერთგვარი კავშირი გულყრათა სინშირესა და მთვარის მოძრაობას შორის, მაგალითად, გულყრები თითქოს ხშირდებოდა ახალი მთვარის გამოჩენასთან დაკავშირებით, ამიტომ ეპილეფიას განიხილავდნენ როგორც „სამთვარეულოს“.

საბუნებისმეტყველო დარგის წინსვლასთან ერთად იწყება ეპილეფსიისა და ეპილეფსიისებრივ მოვლენათა მეცნიერული შესწავლა.

ამჟამად დადგენილია, რომ გულყრით განტვირთვას საფუძვლად უდევს ტვინის უბნების გაღიზიანებით გამოწვეული გარკვეული ნეიროდინამიკური საფუძვლები.

დღეს გამოკვეთულად უნდა ჩავთვალოთ, რომ გულყრითი განტვირთვა სინდრომია, რომელიც აღინიშნება მრავალი ავადმყოფობის დროს და შეიძლება გამოწვეული იყოს მრავალგვარი, სულ სხვადასხვა მიზეზით. უკანასკნელ შემთხვევაში კრუნჩხვითი განტვირთვა მხოლოდ ავადმყოფობის ნიშანი — სიმპტომია.

სიმპტომური ეპილეფსია შეიძლება განვითარდეს პროგრესული პარალიზის, ტვინის ათაშანგის, ტვინის არტერიოსკლეროზის, ქალას ღია თუ დახურული ტრავმების, ტვინის სიმსივნეების, ურემიის, ეკლამფსიის, მოწამვლების და სხვა მრავალი ავადმყოფობის დროს.

ეგზოგენური ბუნების გულყრათა ზემოაღნიშნული ფართო ჯგუფის გარდა, ფსიქიატრიაში არა ნაკლებ საინტერესოა ბირთვოვანი ეპილეფსია.

ბირთვოვანი ეპილეფსიის კლინიკური გამოვლინებანი და ბიოლოგიური წინამძღვრები იმდენად გამოკვეთილია, რომ ის განხილულა უნდა იყოს როგორც დამოუკიდებელი, ნოზოლოგიური სახის დაავადება.

ფსიქოლოგიური მხარის შესწავლისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ ეპილეფსიის დროს აღინიშნება სრულიად სპეციფიკური, მხოლოდ ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი ქარაქტეროლოგიური თვისებები, ეპილეფსიური კუჟასუსტობა და პიროვნების დეგრადაცია.

ეპილეფსიის ეტიოლოგია

ეპილეფსიით ავადდებიან ყველა ქვეყანაში.

ძველი სტატისტიკური მასალების მიხედვით ირკვევა, რომ იყო შეხედულება თითქოს ეპილეფსიის სიხშირე მამაკაცთა შორის უფრო სკარბობდა, რაც უახლესი და ზუსტად შერჩეული მასალებით არ მართლდება: ეპილეფსიით დაავადების შემთხვევები ორივე სქესის პირთა შორის თანაბარია.

ავადმყოფთა უმრავლესობა, სახელდობრ 75%, 25 წლის ასაკამდეა, 25%—40—50 წლის ასაკში, უფრო მეტ ასაკში კი ეპილეფსიის შემთხვევათა სიხშირე ყველავ მატულობს.

ეპილეფსიის ეტიოლოგიის განხილვისას ავტორები დიდ როლს აკუთვნებენ წინაგანწყობას ეპილეფსიისადმი. ოსიპოვის აზრით, წინაგანწყობა გულისხმობს თავის ტვინის, კერძოდ ქერქული აპარატის გარკვეულ აგზნებადობას, რაც ხელსაყრელი ფონია, რომელზეც სხვადასხვა ეგზო-ენდოგენური გავლენის შედეგად ადვილად იშლება გულყრითი სინდრომი.

მშობელთა ალკოჰოლიზმს ოსიპოვი მიაწერს დიდ როლს; მისი მასალების თანახმად, 75% ეპილეპტიკებს ალკოჰოლის გადამეტებული ხმარება აღენიშნებათ.

ინდივიდუალური ალკოჰოლიზმის საკითხის განხილვისას კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ეპილეპტიკთა დიდ რაოდენობას ახასიათებს ერთგვარი მიდრეკილება ალკოჰოლისადმი.

სხვა მომშხამავი ნივთიერებებიდან, რომელთა ქრონიკულ ხმარებასაც შეიძლება მოჰყვეს სისტემური თუ ეპიზოდური ხასიათის გულყრითი განტეირთვები, პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ ე. წ. ამსენტი. ოსიპოვისა და ჩვენი ექსპერიმენტული დაკვირვებები გვიჩვენებს, რომ ამსენტის სულ მცირე დოზა (ინტრავენური შეყვანა) ცხოველებში სწრაფად იწვევს ტიპურ ეპილეფსიურ გულყრებს.

ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიისა და, პირველ რიგში, ღვიძლის უკმარისობის ნიადაგზე წარმოიქმნება ტოქსიკური ნივთიერებები, რომლებიც გარკვეულ როლს ასრულებენ გულყრათა გამოწვევა-განვითარებაში.

ტოქსიკურ ეტიოლოგიაზე შეიძლება ვიფიქროთ აგრეთვე ინვოლუციური, ანუ კლიმაქსური და ე. წ. მოგვიანებული ეპილეფსიის შემთხვევებში.

ეპელეფსიის ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორია ტოქსიკური მომენტები.

საკითხი იმის შესახებ, თუ მოწამვლის შედეგად როგორ ხდება გულყრითი განტვირთვა, ეპილექსიური შეტევების განმეორება, ავადმყოფის პიროვნების დაქვეითება ან სხვადასხვა სურათის ფსიქოზურ მდგომარეობათა გამოვლინება, მეტად რთულია და ეპილექსიის პათოგენეზისა და პათოფიზიოლოგიის საგანია.

ცხოველებში, განსაკუთრებით ძაღლებში, ძლიერ ადვილია ხელოვნური ეპილექსიური გულყრების გამოწვევა: ამ მხრივ ფრიად მნიშვნელოვანი ექსპერიმენტული დაკვირვებებია ჩატარებული.

კლინიკურ და ექსპერიმენტულ გამოკვლევათა თანახმად, მკვლევარნი აზუსტებენ საკითხს, თუ რა როლი უნდა მიეკუთვნოს ნერვული სისტემის უბნებს გულყრის გაშლაში. ამის შესახებ სამგვარი შეხედულების არიან: ერთნი გულყრით მექანიზმებს უკავშირებენ დიდი ტვინის ქერქს, მეორენი — დიდი ტვინის უახლოეს ქერქქვეშა კვანძებს, ხოლო მესამენი მნიშვნელოვან როლს მიაწერენ როგორც ქერქსა და ქერქქვეშა კვანძებს, ისე ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემას.

ამ საკითხების დამუშავებაში წამყვანი როლი ეკუთვნის საბჭოთა მკვლევარებს. ქერქული თეორიის წარმომადგენელია ოსიპოვი და მისი სკოლა, მესამე თეორიისა კი — გრინშტეინი და სხვ. სამივე თეორიის წარმომადგენელთა მიერ დაგროვილი ფაქტიური მასალა ფრიად საინტერესოა.

ამჟამად ერთია ცხადი, რომ ყოველი გულყრითი განტვირთვა, ეპილექსიური რიგის ყოველი გამოვლინება ნერვული სისტემის მთლიანი ამოქმედების შედეგია. ეპილექსიური პაროქსიზმების დროს, როგორც წესი, აღინიშნება ქერქული გამოვლინებები (კლონური კრუნჩხვები), ქერქქვეშა კვანძების გაღიზიანება (ტონური კრუნჩხვები) და ვეგეტატიური აპარატის გააქტივება (ძვრები შინაგანი ორგანოების მხრივ, ნივთიერებათა ცვლის აშლა და სხვ.).

გულყრის დროს საჭიროა ნერვული სისტემის ზემოაღნიშნული სამივე ნაწილის ამოქმედება, მაგრამ გულყრები მეტად მრავალნაირია; იმის მიხედვით, თუ ნერვული სისტემის რომელი ნაწილი განიცდის მეტ გაღიზიანებას, ყალიბდება გულყრის კლინიკური სურათი.

ექსპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ კლონური კრუნჩხვები დაკავშირებულია ქერქული აპარატის პათოფიზიოლოგიასთან, ხოლო ტონური კრუნჩხვები — ქერქქვეშა უბნების ნეიროდინამიკურ ძვრებთან.

ოსიპოვის თანახმად, ეპილექსიური გულყრის დასაწყისში ქერ-

ქული აპარატის აგზნებადობა სწრაფად მატულობს; ამ დროს ვითარდება ტვინის ქსოვილის ჰიპერემია და კლონური კრუნჩხვები.

აგზნებადობის მომატება სწრაფად ვრცელდება ქვემდებარე უბნებზე, რასაც მოსდევს კუნთოვანი სისტემის ტონური დაძაბვა.

ნერვული ქსოვილის აგზნებადობის სწრაფი და განსაკუთრებული მომატება არ შეიძლება ხანგრძლივი იყოს; ის სწრაფად ვითარდება; აგზნებადობის მომატებას თან სდევს ასევე ძლიერი მოქანცულობა და ეპილეფსიური გულყრა წყდება.

აგზნებადობის სწრაფი მომატება ტვინის ქსოვილზე მომშხანავი ნივთიერებების ზეგავლენის შედეგია, მაგრამ გულყრის განვითარებისათვის მართო ეს არ კმარა, ცენტრალურ ნერვულ სისტემას უნდა ჰქონდეს ერთგვარი მიდრეკილება კრუნჩხვითი რეაქციებისადმი.

ეპილეპტიკის ნერვული სისტემის ზღურბლი მეტად დაბალია. სულ მცირე გაღიზიანება შეიძლება მორიგი პაროქსიზმის მიზეზი გახდეს.

აღნიშნული პათოფიზიოლოგიური თავისებურება შეიძლება საფუძვლად დაედოს ეპილეპტიკთა ქარაქტეროლოგიურ თვისებებს. ისინი მეტად აგზნებადნი და ექსპლოზიურნი არიან, ადვილად ექვემდებარებიან აფექტურ აფეთქებებს.

გაღიზიანების ზღურბლის დაწვეა და ეპილეფსიფორმულ რეაქციათა გაძლიერება გაპირობებულია ეპილეპტიკთა ენდოკრინული აპარატის თავისებურებით.

გავიხსენოთ, რომ თირკმელზედა და ფარისებრ ჯირკვალთა, ეპიფიზისა და ჰიპოფიზის წინა წილის ჰორმონები განსაკუთრებით აძლიერებს ტვინის ქსოვილის სპაზმურ თვისებებს. ამ კომპონენტებს უნდა მივაკუთვნოთ ერთ-ერთი მთავარი როლი გულყრათა პათოგენეზში. არ შეიძლება შემთხვევითად მივიჩნიოთ, რომ თირკმელზედა ჯირკვლის ექსტრაპაციის შემდეგ ცხოველი კარგავს ეპილეფსიფორმულ რეაქციათა თვისებებს. ასეთი ცხოველის ქერქული აპარატის მოტორული ზონის მკვეთრი ელექტრონული გაღიზიანება გულყრით განტვირთვას არ იწვევს.

ენდოკრინული აპარატის მანკიერ მოქმედებას მოსდევს ნივთიერებათა ცვლის, პირველ რიგში, აზოტური წონასწორობის დაბილობა.

ნერვული ქსოვილის აგზნებადობის სწრაფ აწვევასა და შემდეგ ასევე სწრაფ დაწვევას ამ ბოლო დროს ადასტურებენ აგრეთვე ქერქული აპარატის ბიოდენების, ანუ ელექტრული აქტივობის შესწავლით. არა მართო მოტორული არე. არამედ ყოველი ქერქული ველი შესაძლებელია იყოს საწყისი, საიდანაც ხდება ეპილეფსიური გულყრის გაშლა. სხვადასხვა ველის მონაწილეობა თავისებურ დაღს ასევე შეტევის დასაწყისის; ამიტომ გულყრის კლინიკური სურათის ანალიზის შედეგად შესაძლებელია ერთგვარად ვიმსჯელოთ თვით ქერქული კერის ადგილმდებარეობაზე, ე. ი. გულყრის საწყისის ლოკალიზაციაზე.

რთული და მრავალნაირია ეპილექსიური გულყრის კლინიკური სუ-
რათი. მიუხედავად ამისა, მრავალი ძირითადი ნიშნის მიხედვით შეიძ-
ლება ეპილექსიური გულყრის მთლიანი და ერთიანი ფორმულის დად-
გენა.

ტიპურ შემთხვევებში აღნიშნულ ფორმულაში ვარჩევთ შემდეგ ფა-
ზებს: აუ რ ა ს, ტ ო ნ უ რ და კ ლ ო ნ უ რ, კ რ უ ნ ჩ ხ ე ბ ს ა
და კ ო მ ა ს.

როგორც მთლიანი გულყრა, ისე მისი შემადგენელი ფაზები მეტად
ხანმოკლეა და ასევე ძალიან სწრაფად ცვლის ერთმანეთს. აურას სა-
ხელწოდებით ცნობილია ის წინასწარი კლინიკური გამოვლინებანი,
რომლებიც ვითარდებიან კრუნჩხვით განტვირთვამდე და რომელთა ხან-
გრძლივობა წამობით იზომება. აურის დროს ავადმყოფი მეტად უსი-
ამო შეტევის მოლოდინშია, მაგრამ, როგორც წესი, იგი ვერ ასწრებს
რაიმე ზომების მიღებას: თუ ფეხზე დგას, ვერ ასწრებს დაჯდომას ან
დაწოლას და მოკრილი ხესავით ეცემა.

ძლიერ იშვიათად, ეპილექსიის ზოგ შემთხვევაში, ავადმყოფები
ასწრებენ დასაწყისშივე გულყრის შეწყვეტა-კუბირებას. ამ მიზნით ზო-
გი ავადმყოფი ღებულობს მარილის კენიტს, ზოგი ძლიერ მოძრაობს,
კიდურს გადაისერავს და სხვ. მაგრამ, ჩვეულებრივ, ეს ზომები მიზანს
ვერ აღწევს და იწყება გულყრა შემდგომი ფაზების განვითარებით.

არჩევენ მ ო ტ ო რ უ ლ, ს ე ნ ს ო რ უ ლ, ე ე გ ე ტ ა ტ ი უ რ და
ფ ს ი ქ ი კ უ რ ა უ რ ა ს.

უფრო ხშირად აურას აქვს ერთტიპური შინაარსი, იშვიათია შე-
რეული სახის აურა.

მ ო ტ ო რ უ ლ ი ა უ რ ა ს შემთხვევებში ავადმყოფები სხვადა-
სხვა სირთულის მოძრაობებს ასრულებენ, მაგალითად, კიდურებს სტე-
რეოტიპულად იქნევენ, ტრიალებენ, ღილს იხსნიან, თავს ამოძრაებენ,
წამოიძახებენ სიტყვებს ან ფრაზებს, აქვთ ცხვირცემინება ან სპაზმური
ხველა და ა. შ., ხოლო ზოგჯერ უაზროდ და უმიზნოდ გარბიან, რაც
ცნობილია ეპილექსიურ ფუგად, რომელიც, ჩვეულებრივ, წამიერი
ხანდაზმულობისაა: ავადმყოფი ასწრებს მხოლოდ რამდენიმე ნაბიჯის
გადადგმას და გულყრითი შეტევებით მოკვეთილი სწრაფად ეცემა.
ძლიერ იშვიათად ეპილექსიური ფუგა შესაძლებელია გაგრძელდეს
რამდენიმე საათი და დღეც. ასეთ შემთხვევებში უნდა ვივარაუდოთ
ატტიპური გულყრა.

სენსორული აურის დროს აღინიშნება მრავალნაირი შეგრძნება:
ავადმყოფები თავსა და ზურგზე გრძნობენ ცივ. თბილ ან ცხელ ნიავს
(შეხების შეგრძნება); აღნიშნავენ სხვადასხვა სახისა და ინტენსივო-
ბის ტკივილს სხეულის სულ სხვადასხვა ნაწილში (ტკივილის შეგრ-

ძნება). ხშირია ყნოსვითი, გემოვნებითი, სმენითი და მხედველობითი შეგრძნებები. აღნიშნავენ სტვენას, ხმაურს და ზოგჯერ რთული სახის მელოდიასაც. ერთ-ერთ ჩვენს ავადმყოფს ეპილეფსიური გულყრა ეწყობოდა სანეტარო განცდების მომგვრელი მეტად სასიამოვნო გალობის შეგრძნებით.

მხედველობითი შეგრძნებებისას უფრო ხშირია ფოტოფსიები. ავადმყოფები ხედავენ ნაპერწყალს, ნისლს, ღრუბლის ნაგლეჯს, ხანძარს, მუქ წითელ სისხლს და სხვ.

სენსორული აურის ქვესახედ გამოვყოფთ ფსიქოსენსორული ბუნებისა თუ ხასიათის შეგრძნებებს (ფსიქოსენსორული აურა), რომლის დროს ავადმყოფებს აღენიშნებათ მაკროფსიისა და მიკროფსიის მოვლენები, მანძილის გრძობის (საგნები უახლოვდებიან ან შორდებიან) და საკუთარი სხეულის ნაწილების გაუქვლმართებული აღქმა, მაგალითად, გრძობენ კიდურების მოკვეთას, გაზრდას, დაატარავენ ან შებრუნებას.

ვეგეტატიური აურა გულისხმობს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის აქცენტუაციას, სეკრეციულ და სისხლძარღვოვან აშლას. ამ დროს შესაძლებელია განვითარდეს ვესტიბულარული მოვლენები: თავბრუ, წონასწორობის დაკარგვა, პარესთეზიები. ოსიპოვი ვეგეტატიური მექანიზმებით ხსნის გულისრევას, სლოკინსა და სქესობრივ აგზნებას.

ფსიქიკური აურის დროს ავადმყოფებს აღენიშნებათ ჰალუცინაციები, დისფორიული მოვლენები (შიში), სრულაად მოულოდნელი, უმიზნო აზრის აკვიატება და სხვ.

ეპილეფსიური გულყრის დაწყებასათვის აუცილებელი არ არის აურა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს სწრაფად, წინასწარი ნიშნების გარეშე.

როგორც წესი, ეპილეფსიურ აურას უნდა მოჰყვეს გულყრის გაშლა, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც მხოლოდ აურით ამოიწურება გულყრა და ავადმყოფს არ ეწყება კრუნჩხვები ან ის მთლიანად არ კარგავს ცნობიერებას. ასეთი მდგომარეობა უფრო გულის წასვლას ჰგავს.

ეპილეფსიურ აურას თან სდევს მთელი კუნთოვანი სისტემის სწრაფი მოღუნება, რის გამოც ავადმყოფი ეცემა მისთვის სრულიად მოულოდნელად. იგი შეიძლება ჩავარდეს წყალში, ცეცხლში, ამოძრავებულ მანქანაში, ავტომანქანის ქვეშ და სხვ. უფრო ხშირად ავადმყოფი ეცემა პირქვე, სახით, რაც იწვევს მთლიან და პირველ რიგში სახისა და თავის დაზიანება-დასახიჩრებას. დაცემისთანავე ცნობიერება სრულიად ითიშება, ქერქული მოქმედება ისპობა. ამიტომ ასეთი ავადმყოფი სავსებით უმწყოა: იგი შეიძლება დაიხრჩოს სულ პატარა რუში, ლოგინშიც კი. რბილი ბალიში შეიძლება სასიკვდილო

განდეს პირქვე დაცემული ავადმყოფისათვის. ამის გათვალისწინება საჭიროა შრომითი ექსპერტიზის დროს.

მოკვეთას და დაცემას სწრაფადვე მოსდევს ტონური კრუნჩხვები, რომლებიც საშუალოდ გრძელდება 20—30 წამი და შემდეგ გადაიქცევა კლონურ კრუნჩხვით მოძრაობებად. ამ დროს მუსკულატურა მთლიანად დაძაბულია, სისხლის წნევა სწრაფად მატულობს და მაჯა აჩქარებულია.

ტონუსის ფაზაში სხეული მთლიანად გახევებულია, თავი გვერდზე მოღრეცილი, ორივე ყბა უმოძრაო, ქუთუთოები ღია, თვალის კაკლები ერთ მხარეს მიმართული. გუგები გაგანიერებულია და სინათლეზე არავითარ რეაქციას არ ამჟღავნებს, გაფითრებული სახე უცებ ციანოზური ხდება.

როგორც ვთქვით, ტონურ ფაზას მოსდევს კლონური ფაზა, რომელიც, ჩვეულებრივ, იწყება ცალკეული კიდურის ძიგძიგით, რაც სწრაფად იღებს კლონური შეტევების სახეს და მთელ სხეულზე ვრცელდება.

ავადმყოფმა ტონური თუ კლონური ფაზის დროს შესაძლოა ენა, ლოყა და ტუჩი მოიკვნითოს, რის შედეგადაც ტუჩებზე წითელი ან ვარდისფერი დუქი აქვს.

გულყრის დროს, უფრო ხშირად კლონურ ფაზაში, შარდისა და განავლის შეუკავებლობა აღინიშნება.

ეპილექსიური გულყრის დროს ყოველგვარი რეფლექსი მოსპობილია. როგორც გულყრის მომენტში, ისე უახლოეს პერიოდში შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური რეფლექსი და, პირველ რიგში, ბაბინსკის ნიშანი.

კლონური ფაზის ხანდაზმულობა საშუალოდ 2—3 წუთი, ხან კი მეტიც.

საერთოდ, ეპილექსიური გულყრის ხანგრძლივობა, აურისა და ტონურ-კლონური ფაზების ჩათვლით, ჩვეულებრივ, 8—10 წუთს არ აღემატება. ამიტომ თუ გულყრითი შეტევა ხანგრძლივია და აღწევს ნახევარ ან ერთ საათს, მაშინ ეპილექსია საექვოა და უფრო ხშირად გამორიცხული უნდა იყოს.

კლონურ ფაზას მოსდევს კუნთოვანი სისტემის მოღუნება; ავადმყოფი ამ დროს მოთენთილია, ძალიან დაღლილი, ოფლში გაღვრილი, მთელ სხეულში ტეხას გრძნობს. ავადმყოფებს ღრმად ჩაეძინებათ ხოლმე, რაც, ჩვეულებრივ, გრძელდება ნახევარი საათი.

გულყრის დამთავრების შემდეგ (იქნება ეს ძილით თუ უძილოდ გამოსვლა) ავადმყოფები, დაღლა-მოქანცულობის გარდა, ერთგვარ ძილ-მადვიძარ მდგომარეობაში არიან — გარემოში ვერ ერკვევიან. მეტყველება უძნელდებათ (ოლიგოფაზიის მდგომარეობა). შემდეგში

გაბრუებულობის მდგომარეობამ შესაძლოა რამდენიმე დღე გასტანოს.

ეპილეფსიური გულყრის მიმართ ავადმყოფებს აქვთ სრული ამნეზია: მათ არ ძალუძთ გადატანილი შეტევების შესახებ არავითარი მოგონება, ავადმყოფობის შესახებ იგებენ სხვისაგან, ისინი განცვიფრებული რჩებიან ენის მოკვნეტის ან ღამით გულყრების შედეგად საწოლის უსუფთაობის გამო.

არის შემთხვევები, როდესაც ეპილეფსიური გულყრა ერთი შეტევით არ ამოიწურება და რამდენჯერმე მეორდება, რასაც ეპილეფსიური სტატუსი ეწოდება.

მცირე გულყრის სინამდვილე

„მცირე გულყრა“ ბრკვალეზში იმიტომ, რომ იგი შეიძლება მივიჩნიოთ მცირედ თავისი გარეგანი გამოხატულების მიხედვით. არსებითად, სრულიად საპირისპირო მდგომარეობაა: ე. წ. მცირე გულყრები, პროგნოზის მხრივ, ავადმყოფისათვის უშედეგო არ არის. პირიქით, ეპილეპტიკებს, რომლებსაც ასეთი გულყრები აქვთ, ზოგჯერ უფრო ადრე ეწყებათ პიროვნების დაქვეითება. ავადმყოფობას უფრო ავთვისებიანი გამოსავალი აქვს.

მცირე გულყრა გრძელდება სულ რამდენიმე წამი; ამ დროს ავადმყოფი არ ეცემა, მას არა აქვს არავითარი კრუნხვითი შეტევები, მხოლოდ წუთიერად კარგავს ცნობიერებას — გადადის წუთიერ პროსტრაციაში. თვით ავადმყოფები ამას ვერ გრძნობენ, მათ შეუძლიათ შენიშნონ მხოლოდ თვალების დაბინდვა, სხვა მხრივ სრული ამნეზია აქვთ. მუშაობის დროს ან სიარულისას ისინი უცებ შეჩერდებიან, „გაკავდებიან“, წამიერად წყდებიან გარემოს, სახე უფითრდებათ, მაგრამ სტატიკას არ კარგავენ; ხელში თუ რამე უჭირავთ, შესაძლებელია გაუფარდეთ. ავადმყოფები უცებ და თითქოს გარშემომყოფთათვის შეუმჩნეველად გამოდიან მდგომარეობიდან და ისევ განაგრძობენ საუბარსა თუ საქმიანობას.

მცირე გულყრების დროს აურა და დიდი გულყრისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნები არ აღინიშნება.

ლიტერატურაში აღნიშნული „მცირე“ გულყრებისმაგვარი მდგომარეობა ცნობილია წამიერი გაოგნების სახელწოდებით.

არის შემთხვევები, როდესაც ეპილეფსია ამოიწურება მხოლოდ „მცირე“ გულყრებით და დიდი შეტევები იშვიათია, მაგალითად, მთლიან კლინიკურ ფონზე შეიძლება აღინიშნოს დიდი გულყრა მხოლოდ ორ-სამჯერ.

„მცირე“ და დიდი გულყრები ზოგჯერ თანაბარი სიხშირითაა.

გულყრები, მცირე თუ დიდი შეტევების სახით, არ ამოწურავს ეპილეფსიის კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას. გულყრა არის მხოლოდ ეპიზოდი, რომელიც დაკავშირებულია შეტევითი, მაგრამ იმავე დროს გარდამავალი ხასიათის პათოზოლოგიურ ძვრებთან.

არცთუ იშვიათად კრუნჩხვითი შეტევების ნაცვლად ავადმყოფებს უვითარდებათ სხვადასხვა გამოსახულების ფსიქოპათოლოგიური მოვლენები. გულყრების მსგავსად ისინი გარდამავალი ხასიათისაა და მეორდება სულიერი აშლილობის პაროქსიზმების მსგავსად.

აღნიშნული ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა როგორც გულყრების თანაბარფასოვანი გამოსახულება ცნობილია ფსიქიკური ეპილეფსიის, ანუ ფსიქიკური ეკვივალენტის სახელწოდებით. ჩვეულებრივ, ფსიქიკური შეტევები იწყება სწრაფად და მოულოდნელად და ისევე სწრაფად, კრიტიკულად თავდება.

მრავალგვარ ფსიქოპათოლოგიურ გამოსახულებას, რომლებიც აღინიშნება ეკვივალენტების დროს, კლინიკურად წარმართავს საერთო ნიშანი — სხვადასხვა სახის, დონისა და ხანგრძლივობის ცნობიერების პათოლოგია, მისი აშლა.

კლინიკური თვალთახედვით, საინტერესოა ეკვივალენტთა შემდეგი სახეები: ა) ეპილეფსიური მწვავე ფსიქოზი; ბ) ეპილეფსიური ტრანსი; გ) განსაკუთრებული მდგომარეობანი ცნობიერების ნაწილობრივი შეცვლით; დ) ფსიქოსენსორული ეპილეფსია.

ამავე ჯგუფს შეიძლება მივაკუთვნოთ ეპილეფსიური პარანოიდი და ეპილეფსიური დისფორიული მდგომარეობანი.

ეპილეფსიური მწვავე ფსიქოზი გამოიწვევს ცნობიერების პათოლოგიის ძირითად ფონზე, რომლის დროს შესაძლოა განვითარდეს ბინდისებრ-დელირიული ან სიზმრისებრი მდგომარეობა.

ფსიქოზი იწყება მწვავედ, რაიმე გარკვეული ეგზოგენური მიზეზების გარეშე და ასევე კრიტიკულად თავდება. ამ დროს ავადმყოფები მკვეთრად დეზორიენტირებული, გარემოსაგან მოწყვეტილი არიან; მათთან რაიმე კონტაქტის დამყარება შეუძლებელია; ისინი საკუთარი შემზარავი ხასიათის ავადმყოფურ განცდებში არიან მოქცეული, საშინლად იგზნებიან, საშიში არიან როგორც თავიანთი თავის, ისე მახლობელთათვის, ამიტომ საჭიროა სტაციონარული მკურნალობა და საავადმყოფოს რეჟიმი. ამ მდგომარეობამ შესაძლოა გასტანოს რამდენიმე საათიდან რამდენიმე კვირამდე, ზოგჯერ თვეობითაც კი.

სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები უმაღლეს დონეს აღწევს; ავადმყოფებს ესმით ქვემეხთა სროლა ან ხედავენ ხანძარს

და სხვ. ასეთ შთაბეჭდილებათა შედეგად მათ ეწყებათ აფექტური აფეთქებები, განრისხება, ისინი ზიანს აყენებენ თავს და გარშემო მყოფთაც (მახლობლებს, მომვლელ პერსონალს).

აღწერილია ეპილეფსიური ფსიქოზის მძიმე შემთხვევები — ავადმყოფის მიერ ჩადენილი რამდენიმე მკვლელობა.

როგორც წესი, გადატანილი ფსიქოზის მიმართ ავადმყოფებს უკითარდებათ სრული ამნეზია.

ნევროლოგიური ნიშნებიდან ეპილეფსიური მწვავე ფსიქოზის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ: მყესთა რეფლექსების აწევა, გუგების მკვეთრი გაგანაიერება, მათი დუნე რეაქცია სინათლეზე, ზრადიკინეზიური მოვლენები, გაურკვეველი არტიკულაცია, ვესტიბულარული და ვეგეტატიური აშლილობანი (წონასწორობის დაკარგვა, თავბრუ, ოფლიანობა, სალივაცია და სხვ.).

ეპილეფსიური ტრანსი მეტად საინტერესო მდგომარეობაა, რომელიც თავისი შინაგანი ბუნებითა და ფსიქოლოგიური მექანიზმებით მკვეთრად უნდა იყოს გამოჩნული ე. წ. ალკოჰოლური და ფსიქოგენური (ისტერიული) ტრანსის შემთხვევებისაგან.

სომატურ-ბიოლოგიური ძვრების შედეგად ძირეულად იცვლება ეპილეპტიკის ცნობიერება, მისი პიროვნული რეაქცია და ავადმყოფი მოექცევა სრულიად სხვა სამყაროში; იგი ტრანსის მდგომარეობაშია. ამ დროს შეცვლილია არა მარტო ავადმყოფის ცნობიერება და მისი პიროვნული რეაქციები, არამედ მისი „მე“-ც მთლიანად.

ავადმყოფურ „მე“-სა და ჯანმრთელ „მე“-ს შორის არავითარი ფსიქოლოგიური ხიდი არ არის, ამიტომ ავადმყოფებს ტრანსში ჩადენილი საქციელის მიმართ სრული ამნეზია აღენიშნებათ.

ეპილეფსიური ტრანსის შემთხვევებში ავადმყოფურად შეცვლილ „მე“-ს ახასიათებს სხვადასხვა მეტად რთული ქცევა, მოქმედებები, რომლებიც გარეგნულად თითქოს მოწესრიგებულა, მიზანდასახული, მაგრამ არავითარი ვამართლება არა აქვს ჯანმრთელი ადამიანის ინტერესისა და მოთხოვნილების თვალსაზრისით. ასეთ მდგომარეობაში შესაძლებელია ავადმყოფი წავიდეს ერთი ქალაქიდან მეორეში, უცხო ადგილას იცხოვროს და იმოქმედოს ისე, რომ არ დააეჭვიანოს გარშემო მყოფნი, მაგრამ გამოფხიზლების, ე. ი. ტრანსიდან გამოსვლის შემდეგ იგი აუცილებლად განცვიფრდება, ვერ ახსნის, თუ საიდან, რატომ და როგორ მოხვდა მისთვის უცნობ პირობებში. ასეთი განსაკუთრებული მდგომარეობა ცნობიერების ნაწილობრივი შეცვლით კლინიკური ფსიქოპათოლოგიის სრულიად ახალი, მაგრამ პრაქტიკულად ფრიად მნიშვნელოვანი საკითხია. ამ დროს ცნობიერება არ არის მთლიანად დაბინდული. გაბრუება და დაბინდვა ნაწილობრივ გავრცელებულია ცნობიერების აპარატზე, რის გამოც ავადმყოფები ინარჩუნებენ მოგონებას ზოგაერთი გადატანილი მდგომარეობის მიმართ. მათ შეუძლიათ შეკითხვაზე პასუხიც კი გაგვცენ.

აფექტურ დაძაბვასთან ერთად ავადმყოფებს არ ძალუძთ აღ-
ქმულის სრული და სწორი შეფასება; მათი აზრები და წარმოდგენები
თითქოს ჩერდება. ისინი მოკლებული არიან როგორც აღქმულის, ისე
საკუთარი ფსიქიკური მასალის სინთეზისა და ლოგიკური ათვისების
უნარს.

ამ დროს აღსანიშნავია თავბრუ, თავის ტკივილი. ოპტიკურ-ვესტი-
ბულარული მოვლენები ან აშკარა ვეგეტოდისტონიური აშლილობანი.

ფსიქოსენსორული ეპილეფსია თავისი კლინიკური
არსითა და პათოგენეზური ბუნებით ეკუთვნის განსაკუთრებულ
მდგომარეობათა ქვესახეს, რომლის დროს მკვეთრია დროის, სიერ-
ცის, რიცხვისა და, აგრეთვე, სხეულის სქემის აღქმის გაუქვლმართე-
ბა, ე. ი. დეპერსონალიზაცია და დერეალიზაცია. ამ შემთხვევებში ავად-
მყოფები ვერ აღიქვამენ მანძილს, დროს, დროის შუალედს, საგნე-
ბის რაოდენობას, სხეულის ნაწილებს, საკუთარ კიდურებს და სხვ.

ეპილეფსიური 'პარანოიდი, ჩვეულებრივ, ქრონიკული
მიმდინარეობისაა. იგი უფრო ხშირია ეპილეფსიის 'ისეთ შემთხვევა-
ში, როდესაც ფსიქიკური ეკვივალენტები განსაკუთრებულ მდგომარე-
ობათა სახითაა ამ დროს მიღებულ შთაბეჭდილებებს და უსიამო
განცდებს ავადმყოფები ვერ უკეთებენ ჭეროვან კრიტიკულ ანალიზს.
პირიქით, ფსიქიკური ეკვივალენტიდან შერჩენილი წარმოდგენები თუ
განცდები ხდება ხელშემწყობი ფონი, რომელზეც იშლება და ვითარ-
დება დევნის, მოწამვლის (უფრო იშვიათად განდიდების) ბოღებით
აზრები.

ეპილეფსიური დისფორია, ანუ გუნება-განწყობის ცვა-
ლებადობა, ჩვეულებრივ, გრძელდება რამდენიმე დღე, ხან კვირაც.

ავადმყოფებს უფრო ხშირად უვითარდებათ ასთენიური გუნება-
განწყობის აფექტური დაძაბვა და გაურკვეველი შიში.

უფრო იშვიათია სთენიური, ექსტაზური მდგომარეობა ზოგადი
ფსიქიკური პროცესების შენელებულ (ბრადიფსიქიკურ) ფონზე.

ეპილეფსიური დისფორიის შედეგად განვითარებული შიში, აფექ-
ტური დაძაბვა და მოუსვენრობა არცთუ იშვიათად ხელს უწყობს დი-
ფსომანიისა (პერიოდული ლოთობა) და დრომომანიის (პერიოდული
ხეტიალი თუ მგზავრობა) განვითარებას.

ვაილფსონის კლინიკური სურათი

ეპილეფსიის კლინიკური თავისებურება არ შეიძლება ამოწურუ-
ლი იყოს მხოლოდ გულყრითი განტვირთვებით ან ეკვივალენტური
შეტევებით.

ავადმყოფური პროცესის შედეგად თავის ტვინი, მისი ქერქული
და ქერქქვეშა აპარატი განიცდის ორგანულ ცვლილებებს, რასაც მოს-

დევს მძიმე ძვრები ფსიქიკურ სფეროში. ავადმყოფთა გონებრივი შესაძლებლობა თანდათანობით სუსტდება და საბოლოოდ ყალიბდება ეპილეფსიური ქკუასუსტობა. გონებრივი და ემოციური სფეროების ძვრასთან ერთად, ვიდრე ჩამოყალიბდებოდეს გამოკვეთილი ქკუასუსტობა, გარკვეულად იცვლება ავადმყოფის ქარაქტეროლოგიური პროფილი, რომელიც იმდენად თავისებურია, რომ გამოყოფილია სპეციფიკურ სურათად ეპილეფსიური ხასიათის სახელწოდებით.

ეპილეფსიური ქკუასუსტობა და ეპილეფსიური ხასიათი ის ძირითადი კრიტერიუმია, რომელიც განსაზღვრავს ეპილეფსიას როგორც დამოუკიდებელ ფორმას.

ეპილეფსიური ხასიათის ძირითადი ნიშანია ბიპოლარობა, ე. ი. დიამეტრიულად საპირისპირო ორა მდგომარეობა პაროქსულ რეაქციებში, მის ყოფაქცევაში. ბიპოლარობის დალი მკვეთრად ჩანს ცნობრების ყოველ სფეროში.

ეპილეპტიკთა ლოგიკური ოპერაციები, ემოციური განტვირთვა თუ ნებითი გამოვლანება მთლიანად წარიმართება ზემოაღნიშნული ბიპოლარობით. ისინი ერთსა და იმავე დროს არიან როგორც განსაკუთრებით მომთმენნი, ისე აგზნებადნი. ქედმაღალნი ან თავმდაბალნი, კეთილნი, სათნონი ან უხეშნი, ბოროტნი და დაუნდობელნი. სიტკბო და სიმწარე, სითბო და გულციეობა, სიკეთე და უკიდურესი სობოროტე ბიპოლარულა ხასიათის სპეციფიკური თვისებებია.

აფექტურად ასეთი ავადმყოფნი მუდამ დაძაბულნი არიან; გუნება-განწყობა ხშირად ეცვლება თ და, როგორც წესი, მუდამ მოწყენილად. უგუნებოდ და დაღვრემილად გამოიყურებიან, აღნიშნებათ ადვილი აგზნებადობა, აფექტური განტვირთვა ცნობიერების შეცვლით. მისტიციზმისადმი მიდრეკილება მათ არ უშლით ხელს იყვენენ მეტად ეგონისტნი და ეგოცენტრულად განწყობილნი. მათი მიზანია, პირველ რიგში, ზრუნვა თავის თავზე, საკუთარ კეთილდღეობაზე.

ეპილეფსიურა ქკუასუსტობა განხილულა უნდა იყოს როგორც სპეციფიკურა მდგომარეობა. რომელიც ვითარდება მხოლოდ და მხოლოდ ეპილეფსიას დროს.

თანდაყოფილი ან შეძენილი ორგანული ქკუასუსტობისას შესაძლოა განვითარდეს ეპილეფსიფორმული გულყრები, რაც სრულიად არ ნიშნავს ეპილეფსიურ ქკუასუსტობას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ეპილეფსიის დროს ყოველთვის არ ვითარდება ქკუასუსტობა, პირიქით, ცნობილია ეპილეფსიით დაავადების შემთხვევები ინტელექტის განსაკუთრებული განვითარებით.

ეპილეფსიური ქკუასუსტობის დამახასიათებელი ნიშანია მეხსიერების ყველა ფუნქციის შესუსტება, ასოციაციური პროცესის შენე-

ლება-გაღარიბება, მოსაზრება-მოფიქრების მკვეთრი დაქვეითება და ზოგადად ბრადიფსიქიკური გამოვლინებანი. აზრთა მსვლელობა მეტად ნელია, ყოველგვარ მოქნილობას მოკლებული.

აზროვნებისა და ზოგადგონებრივ შესაძლებლობათა დაკნინებასთან ერთად მცირდება ინტერესიც. ავადმყოფები ხდებიან მეტად წვრილმანი, პედანტები; მათ უვითარდებათ ავადმყოფური პუნქტუალობა, წვრილმანი დეტალების ჩაცეხებითი ძიება, რაც უკარგავთ უნარს გაერკვნენ მთავარ ფაქტებსა თუ მოვლენებში. ასოციაციური პროცესების შენელება, მოუქნელობა, წარმოდგენათა გაღარიბება და ანალიზ-სინთეზის ფუნქციების შესამჩნევი დაქვეითება ავადმყოფს არ აძლევს მოვლენათა ჭეროვანი შეფასებისა და მათში გარკვევის შესაძლებლობას. ამის შედეგად ეპილეპტიკები ჩაფლული არიან ერთხელ წამოჭრილ აზრებში, სტერეოტიპულად იმეორებენ ერთსა და იმავეს, „ტკეპნიან“ ერთსა და იმავე წინადადებებს; მათი აზროვნება არ არის ეკონომიური, ხოლო მსჯელობაში აღწერილობითი მომენტი ბევრად ქარბობს თხრობითს. ეპილეპტიკები ძლიერ ბევრს ლაპარაკობენ, ხმარობენ დიდძალ სიტყვიერ მასალას, პუნქტუალურად აღწერენ ყოველგვარ ფაქტს, მოვლენას, ამბავს, მაგრამ ამავე დროს ძლიერ ძუნწად გამოაქვთ ლოგიკური დასკვნები.

ავადმყოფური პროცესის წინსვლასთან ერთად ჭკუასუსტობა მატულობს, გონებრივი სფერო სულ უფრო ღარიბდება და პიროვნების დეგრადაცია იღებს ზოგადი ფსიქიკური მარაზმის სახეს. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფები კარგავენ სოციალურ ინტერესებს; ისინი მთლიანად ექცევიან ვეგეტატიური ბუნების მიზიდულობების გავლენის ქვეშ.

აილიუზიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია

ეპილეფსიური ფსიქოზის შემთხვევებში ბინდისებრი ცნობიერების ფონზე აღნიშნება ქერქული აპარატის შეკაეება და ამის შედეგად ფილოგენეზურად უძველესი მოტორიკის გამოვლინება. ავადმყოფები ბევრს მოძრაობენ, ხტიან, ცდილობენ კედელზე აცოცვას, იჩენენ მეტად დიდ ფიზიკურ ღონეს. ამავე დროს აღსანიშნავია კიდურების კანკალი, მყესების აწეული რეფლექსები, გაგანიერებული გუბები და ვეგეტოდისტონიის მკვეთრი მოვლენები.

საინტერესოა ფიზიკური სიმპტომატიკა გულყრათა გარეშე. ე. წ. ნათელ პერიოდში.

ყურადღება უნდა მივაქციოთ სხეულის გარეგან დათვალიერებას. როგორც ვიცით, გულყრის დროს ავადმყოფები საკმაოდ ხშირად ლებულობენ დამწვრობას და ამის შედეგად კანის საკმაოდ დიდ ფარ-

თომზე უვითარდებათ ნაწიბურები. აღსანიშნავია აგრეთვე ნაწიბურები ენაზე (ხშირად ენის წვერზე) მოკნეტის შედეგად. ავადმყოფებს აღნიშნებათ ღამით შიში და შარდის შეუკავებლობა.

თავისებურია ეპილეპტიკთა მოტორიკა. სახელდობრ, ამ დროს ვითარდება ბრადიკინეზიური და ბიპოლარულ-კინეზიური მოვლენები. ავადმყოფთა მოძრაობა, ერთი მხრივ, მძიმე, ნელი და ზანტია, ხოლო, მეორე მხრივ, მსუბუქი, სწრაფი და ექსპლოზიური.

ხშირ და მძიმე გულყრათა შედეგად შესაძლოა განვითარდეს გარდამავალი ხასიათის პარეზები, პარალიზები, აფაზია, კანისა და კუნთის მგრძნობელობის აშლა, აგრეთვე პათოლოგიური მოვლენები გრძნობათა ორგანოების მხრივ.

ეპილეფსიური გულყრები უშუალო ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლაზე. გულყრის შემდეგ შარდში წარმოიქმნება ცილა, შაქარი, მატულობს მისი ტოქსიკური თვისებები, ვითარდება პოლიურია. გულყრების ზეგავლენის შედეგად იცვლება სისხლის ქიმიური და ბიოლოგიური შედგენილობა; შესამჩნევად მატულობს სისხლის ტოქსიკური გამოვლინებანი. გულყრის დასაწყისში ჰემოგლობინის რაოდენობა მატულობს, გულყრის დროს შესამჩნევად კლებულობს, ხოლო შეტევის შემდეგ ისევ ნორმალური ხდება.

გულყრის დასაწყისში ერთროციტების რაოდენობა საკმაოდ მცირდება, ხოლო მძიმე შეტევების დროს იცვლება. მათი ფორმაც — ვითარდება პოიკილოციტოზი. გულყრის დასაწყისში ლეიკოციტების რაოდენობა უცებ კლებულობს, დასასრულს კი ლეიკოციტოზი ვითარდება.

შეტევის გაშლისას ეოზინოფილების რაოდენობა შესამჩნევად კლებულობს და ზოგჯერ ნულს აღწევს.

გულყრის ჩათავებიდან საშუალოდ ორი საათის შემდგომ ეოზინოფილია ისევ ნორმას აღწევს.

ზურგის ტვინის სითხის წნევა გულყრის დროს მატულობს, იცვლება აგრეთვე მისი მორფოლოგია: ლიმფოციტების რიცხვი მიკროსკოპის მხედველობის არეში საშუალოდ 20—25-ია.

გულყრა იწვევს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მკვეთრ გაღიზიანებას, რასაც მოსდევს ნერწყვისა და ოფლის გადაქარბებული გამოყოფა (პოლიურია), ამის შედეგად კი სიგამსდრე ვითარდება; ავადმყოფები ზოგჯერ შესამჩნევად კლებულობენ წონაში.

პროგნოზი და გამოსავალი მდგომარეობა

ეპილეფსია მძიმე დაავადებაა მეტად სერიოზული და არაკეთილთვისებიანი პროგნოზით.

ავადმყოფური პროცესი წინმავალი, პროგრადიენტული ხასიათით

საა, რომელიც საბოლოოდ იწვევს ჰეპათიტის და ავადმყოფის პიროვნების მკვეთრ დეგრადაციას.

ჩვეულებრივ, ეპილეპტიკები იღუპებიან გულყრათა სტატუსში ან უბედური შემთხვევის მსხვერპლი ხდებიან დიდი შეტევებისა და ფსიქიკური ეკვივალენტის დროს.

ხშირი გულყრები ორგანიზმში იწვევს ღრმა პათოლოლოგიურ ძვრებს, ქანცავს მას. ამასთან ერთად, ხშირი შეტევები ავადმყოფს წყვეტს სოციალურ წრეს, უპარგავს მას შრომითი კავშირის შესაძლებლობას და ხელს უწყობს პიროვნების დაქვეითებას.

ეპილეფსია შედარებით კეთილთვისებიანი მიმდინარეობისაა იმ შემთხვევაში, როდესაც ხასიათის ცვლილებები არამკვეთრია, გულყრითი შეტევები კი — იშვიათი. ასეთ ავადმყოფებს შრომის უნარი შერჩენილი აქვთ და ჰეპათიტის მდგომარეობით უვითარდებათ.

გულყრებში რაიმე თანმიმდევრობის შენიშვნა ძნელია.

არის შემთხვევები, როდესაც ეპილეფსიას უმთავრესად თან სდევს დიდი გულყრები, ხოლო ფსიქიკური ეკვივალენტები ძლიერ იშვიათია ან, პირიქით, შეიძლება ეპილეფსიის დროს უმთავრესად ეკვივალენტები აღინაშნებოდეს, ფსიქოზური მდგომარეობები და დიდი გულყრები კი იშვიათი იყოს.

იმის მიხედვით, თუ უფრო რა დროს ვითარდება გულყრითი შეტევები, გამოყოფენ სეზონურ (წლის დროის მიხედვით), ღამის, დღის და მენსტრუალურ ფორმებს.

ზოგჯერ ავადმყოფებს აქვთ გადაჭარბებული მიდრეკილება ეპილეფსიური სტატუსისადმი, რის შედეგადაც შეტევის დროს მათ სერიული გულყრები ემართებათ. ეს ფორმა ყველაზე ავთვისებიანია, ვინაიდან სერიული შეტევა შეიძლება ავადმყოფის სიკვდილათ დამთავრდეს.

ეპილეფსიური სტატუსის შემთხვევაში სხეულის ტემპერატურამ შესაძლოა მიაღწიოს 42 გრადუსს და უფრო მეტსაც. როგორც ჩანს, ამ დროს ტოქსიკურობა იმდენად ძლიერია, რომ სიკვდილის შემდეგაც პირველ წუთებში სხეულის ტემპერატურა მატულობს.

ლიტერატურაში აღწერილია ხშირი გულყრების შემთხვევები. მაგალითად, ერთ ასეთ ავადმყოფს თვის განმავლობაში ჰქონდა 2500 გულყრა, რაც იშვიათია.

როგორც წესი, ეპილეფსიური შეტევა სამ თვეში ერთხელ დამაფიქრებელია: ამ დროს შეიძლება დავსვათ საკითხი ავადმყოფის პრაქტიკული ვარგისიანობის შესახებ, მაგალითად, სამხედრო სამსახურისათვის.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ეგზოგენურმა ფაქტორმა შეიძლება გარკვეული გავლენა მოახდინოს კრუნჩხვის შეტევაზე.

პირველ რიგში უნდა აღვნიშნოთ ალკოჰოლი, რომლის ხმარებაც მნიშვნელოვნად ამრავლებს გულყრებს და ავადმყოფურ პროცესს მეტად ავთვისებიან მიმდინარეობას აძლევს. ალკოჰოლის უარყოფითი გავლენის გათვალისწინება საჭიროა უფრო იმიტომ, რომ, ჩვენი დაკვირვებით, ავადმყოფთა დიდ უმრავლესობას აღენიშნება გადაქარბებული მიდრეკილება მაგარი სასმელებისადმი.

მაილახსიის დიფერენციული დიაგნოზი

ეპილეფსიისათვის დამახასიათებელი დიდი შეტევების, მცირე გულყრებისა თუ ფსიქიკური ეკვივალენტების კლინიკური სურათი საკმაოდ გამოკვეთილია.

მიუხედავად ამისა, არსებობს სხვადასხვა ორგანული. ფუნქციური და ფსიქოგენური დაავადება, რომლებიც იძლევიან ეპილეფსიის გამოვლინებათა მსგავს ფენომენოლოგიას. ამ დროს საჭირო ხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება.

ხშირად ამოცანა არც ისე ადვილი გადასაწყვეტია და გვიხდება ყველა სომატურ-ნევროლოგიური მასალის გამოყენება.

სწორი დიაგნოზი დაკავშირებულია მეტად მნიშვნელოვან პრაქტიკულ საკითხებთან: რასთან გვაქვს საქმე — ეპილეფსიასთან, თუ სხვაკვარი ბუნებისა და შინაარსის კრუნჩხვით განტვირთვასთან?

საკითხის სწორ გადაწყვეტაზე დამოკიდებულია შედარებით ზუსტი პროგნოზის დადგენა, სწორი მკურნალობისა და შესატყვისი რეჟიმის დანიშვნა, აგრეთვე სასამართლო-ფსიქიატრიული და სამხედრო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება.

მიუხედავად იმისა, რომ ვიცით ეპილეფსიის დიდი და მცირე გულყრების ფორმულა, მაინც მოგვიხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ისეთ დაავადებებთან, როგორცაა ისტერია, შიზოფრენია, ციკლოფრენია, ორგანული ბუნების ავადმყოფობანი — ნევროლუქსი, ტვინის ათაშანგი და პროგრესული პარალიზი, ტვინის არტერიოსკლეროზი, ქალას ტრავმები, ურემიული, ეკლამფსიური და ალკოჰოლური შეტევები, აგრეთვე ბავშვთა ასაკის ეპილეფსიფორმული რეაქციები.

რით განსხვავდება ეპილეფსიური გულყრა ისტერიული შეტევისაგან?

აღნიშნულ დაავადებათა ეტიოლოგია და შინაარსი განსაზღვრავს თვით დიფერენციული დიაგნოზის საკითხებს.

გულყრა ეპილეფსიის დროს დაკავშირებულია ორგანიზმის აუტორიტოქსიკაციასთან, ამიტომ იგი იწყება ავადმყოფისათვის სრულად მოულოდნელად და ყოველგვარი ეგზოგენური ფაქტორების გარეშე. ისტერიული გულყრა გაპირობებულია ფსიქიკური ტრავმით და კომპ-

ლექსური განცდებით, ამიტომ იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს უსიამო ემოციებით; ამ დროს ავადმყოფი უცბად არ ეცემა, შეიძლება საწოლამდეც კი მიაღწიოს.

ეპილევსიური გულყრის დროს ცნობიერება მთლიანად გამოითიშება (ეპილევსიური კომა), ისტერიის დროს ცნობიერება კი არ იკარგება, არამედ სომნამბულურად იცვლება. ამის გამო ეპილევსიის დროს აღინიშნება სრული ამნეზია ისტერიულ განტვირთვათა შემთხვევებში.

ისტერიული სომნამბულიზმის დროს ცნობიერება არ არის პერმეტულად შემოგარსული და ამიტომ თვით შეტევისას შესაძლო ხდება ავადმყოფთან კავშირის, ანუ რაკორტის დამყარება.

ეპილევსიური გულყრის ხანდაზმულობა განისაზღვრება წუთობით, ისტერიული გულყრისა კი — საათობით; უკანასკნელ შემთხვევაში დროის სიდიდე დამოკიდებულია ტრავმულ განცდათა შინაარსის სირთულეზე.

პათობილოგიური მიზეზებით წარმოქმნილი ეპილევსიური გულყრა იწვევს ავადმყოფის ფსიქიკურ-ფიზიკურ მოქანცვას, დაღლატებას. პირიქით, ისტერიული შეტევის დროს ხდება კომპლექსურ განცდათა და უსიამო მოგონებათაგან განტვირთვა, თავისებური გულის მოხება, ბოდმის „მოქმა“; ამიტომ ისტერიული გულყრის შემდეგ ავადმყოფი უკეთეს მდგომარეობაშია; უსიამო განცდათაგან განტვირთვის გამო იგი ერთგვარად მოსვენებულია, უკეთესი გუნება-განწყობა და თვითგრძნობა აქვს.

ეპილევსიური გულყრები ხშირად ვითარდება ღამით, ძილში (დაგროვილი ტოქსინები მოქმედებს ქერქზე და ქერქქვეშა უბნებზე), ისტერია კი, ჩვეულებრივ, არა.

ეპილევსიური გულყრა იწვევს ღრმა პათოლოგიურ ძვრებს ნივთიერებათა ცვლის, სხეულის ტემპერატურისა და ანიმალურ-ვეგეტატიური ნერვული აპარატის მხრივ. ისტერიის დროს ეს მოვლენები არ ვითარდება. ცხადია, ისტერიის დროს არ უნდა აღინიშნებოდეს შარდის ან განავლის შეუკავებლობა.

კლონურა და ტონური მოძრაობების ნაცვლად ისტერიული გულყრის შემთხვევაში შესამჩნევია შინაარსობრივად გასაგები ლა კომპლექსურად გაპირობებული რთული მოძრაობა, მოქმედება, ზოგჯერ ტირილი ან სიცალი და ემოციური მიმიკური სცენები.

ანამნეზი და ავადმყოფთა ქარაქტეროლოგიური პროფილი გადაწყვეტია ისტერიისა და ეპილევსიის ურთიერთგამიჯნისათვის.

როგორც ვიცით, ისტერიით დაავადებულნი მეტად ელასტიკურა არიან, ადვილად შეიძლება მათი შთაგონება და ამით თვით გულყრის გამოწვევაც კი.

ეპილეფსიის დროს შთაგონებით ვერაფერს გავხდებით. საჭიროა ავადმყოფზე მოვახდინოთ მნიშვნელოვანი ბიოლოგიური ზეგავლენა, რათა გულყრა გაიშალოს. ამ მხრივ ხშირად საჭირო ხდება ე. წ. პიპერცენტილა ცილა; ავადმყოფს ვაწევინთ საწოლზე და ვაძლევთ წინადადებას, ისუნთქოს ღრმად და ხშირად. ჰიპერვენტილაცია იწვევს აირებისა და, საერთოდ, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევას, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ეპილეფსიური გულყრა.

დიფერენციული დიაგნოზის განხილვისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ზოგჯერ მოგვიხდება ზღვარის გავლება ქეშმარიტ ეპილეფსიურ გულყრასა და ხელოვნურ-სიმულაციურ გულყრას შორის. ამ საკითხს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სასამართლო და სამხედრო-საექსპერტიზო შემთხვევებში.

განზრახვითი გულყრის დროს შესაძლოა დაინტერესებულმა პირმა ვითომდა დაიმართოს კრუნჩხვები წინასწარი შეყვირებით, მოიკენიტოს ენა და შარდის შეუკავებლობა მოგვაჩვენოს, მაგრამ სავსებით შეუძლებელია ხელოვნურად თვალის გუგის რეაქციის მოსპობა ან ვეგეტატიურ და სისხლძარღოვან აშლილობათა გამოვლინებანი. ამასთან, სიმულაციის დროს არ აღინიშნება ბაბინსკის რეფლექსი, მყესთა რეფლექსები კი შენარჩუნებულია. სიმულანტები თეატრალობით არიან. აღვსილი, გულყრებს თამაშობენ.

ეპილეფსიური გულყრის დაზუსტებაში განსაკუთრებული როლი ეკუთვნის კვლევის თანამედროვე ნატიფ და ზუსტ ობიექტურ მეთოდებს, რომლებიც საშუალებას გვაძლევენ შევიქმნათ წარმოდგენა ეპილეფსიურ გულყრათა ნეიროდინამიკურ წინამძღვრებზე.

ანიმალური და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის თავისებურებაზე მიგვიითებდა ჩიქიჭერ კიდევ ორმოცი წლის წინათ. იგი აღნიშნავდა, რომ ეპილეპტიკებს თვალის გუგები ეღვარე და კალასფერი აქვთ.

ამჟამად ჩვენს განკარგულებაშია სხვადასხვა ობიექტური შესაძლებლობა და არა მხოლოდ შედარებები და ანალოგიები.

ეპილეპტიკთა ქერქული აპარატის ელექტრული აქტივობის, ე. წ. დიდი ჰემისფერობის ბიოდენების შესწავლამ მნიშვნელოვნად გაარკვია ეპილეფსიის პათოლოგიისა და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები.

საბჭოთა მეცნიერებმა დაამტკიცეს, რომ ეპილეფსიას აქვს დამახასიათებელი ელექტროენცეფალოგრაფიული პროფილი. აღმოჩენილია, რომ შეტევების გარეშეც კი ეპილეპტიკის ქერქული აპარატი კრუნჩხვით მდგომარეობაშია, რაც მტკიცდება დროდადრო სრულიად სპონტანური კრუნჩხვითი ტალღებისა და სხვადასხვა პათოლოგიური პოტენციალის გამოვლინებით.

ეპილეფსიის ელექტროენცეფალოგრაფიულ გამოკვლევას მეტად დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

დიაგნოზური მიზნით ასევე მისაღებია ქრონაქსიმეტრიული მეთოდი. ეპილეფსიის დროს აღინიშნება ზედა კილურთა ქრონაქსიმეტრიული ასიმეტრია და თვით ქრონაქსიმეტრიულ სიდიდეთა მკვეთრი ცვალებადობა.

ჩვენ მოგვიხდება დიფერენციული დიაგნოზის გატარება არა მარტო ეპილეფსიურ და ისტერიულ გულყრათა, არამედ ეპილეფსიურ და ისტერიულ ფსიქოზებს შორისაც.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ეპილეფსიური ბუნების ფსიქოზური ეკვივალენტი იწყება და თავდება კრიტიკულად, გაშლილია უფრო ხშირად ცნობიერების ბინდისებრ და ბინდისებრ-დელირიულ ფონზე, რომლის დროსაც ვითარდება შემზარავი შინაარსის პალუცინაციები და შიში.

პირიქით, ისტერიული ფსიქოზი წარიმართება კომპლექსური განცდებით და გაშლილია სომნამბულური ცნობიერების ფონზე. ეპილეფსიური ფსიქოზის გამიჯვნა შიზოფრენიული და ციკლოფრენიული აგზნებებისაგან საკმაოდ ადვილია.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოველგვარი აგზნებითი შეტევები შიზოფრენიისა და ციკლოფრენიის დროს უფრო ხშირია ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში. ამ დროს ცნობიერება შეიძლება იყოს მხოლოდ თავისებურად აბნეული და არასოდეს არ აღწევდეს ღრმა აშლას. ყურადსაღებია აგრეთვე, რომ შიზოფრენიული პალუცინაციები შინაარსობრივად განსხვავდება შემზარავი ხასიათის ეპილეფსიური პალუცინაციებისაგან, ხოლო ციკლოფრენიის დროს, ჩვეულებრივ, აღქმის პათოლოგია არ ვითარდება.

ცხადია, დიაგნოზის დადგენისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ აგრეთვე ავადმყოფთა ქარაქტეროლოგიური პროფილი.

ამ მხრივ როგორც პრაქტიკულად, ისე თეორიულად საინტერესოა შიზოფრენიკთა ამ ბ ი ვ ა ლ ე ნ ტ ო ბ ი ს ა და ბ ი პ ო ლ ა რ ო ბ ი ს დაპირისპირება.

როგორც ვიცით, ამბივალენტობისა და ბიპოლარობის შემთხვევაში ვლინდება ორპოლუსოვანი სრულიად საპირისპირო რეაქციები. მიგავსება მხოლოდ გარეგნულია: აღნიშნული ორი მდგომარეობა განსხვავდება ურთიერთისაგან არსებითი მექანიზმებით. შიზოფრენიულ ამბივალენტობას საფუძვლად უდევს პიროვნების გასლეჩა, ხოლო ეპილეფსიური ბიპოლარობა განისაზღვრება მთლიანი პიროვნების რეაქციებით. ამგვარად, ეპილეფსიის დროს ხდება არა გახლეჩა, არამედ საპირისპირო სურვილთა, მისწრაფებათა და განწყობათა ამოქმედება.

ტვინის ათამანგისა და პროგრესული პარალიზის დროს შესაძლოა განვითარდეს სიმპტომური ბუნების ეპილეფსიისმაგვარი (ეპილეფსი-ფორმული) გულყრები. ეპილეფსიიდან ამ გულყრათა გამოიჭენა ადვი-ლია, თუ მხედველობაში მივიღებთ ნევროლუფესისათვის დამახასიათე-ბელ ჰუმორალურ სინდრომსა და ნევროლოგიურ (ორგანულ) სიმპ-ტომატოლოგიას.

არტერიოსკლეროზული, ანუ მოგვიანებითი ეპილეფსია კლინიკუ-რი სურათით თითქმის არაფრით განსხვავდება ჩვეულებრივი შეტე-ვისაგან. გვიან ასაკში შეიძლება განვითარდეს როგორც დიდი გულ-ყრები, ისე მცირე შეტევები და ეკვივალენტური მდგომარეობა. ამ დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ასაკი, გულყრათა მოგვიანე-ბული განვითარება და არტერიოსკლეროზის კლინიკა, მაგალითად, პი-როვნების შენახვა, მეხსიერების დაქვეითება, საერთო ქკუასუსტობის წიშნები, გრძნობათა აჩვილება, თავბრუ, გუგათა რეაქციის შესუს-ტება, სისხლძარღვთა გამკვრივება, წნევის მომატება და სხვ.

ქალას ტრავმებმა, ე. ი. კონტუზია-კომოციამ შეიძლება გამოიჭ-ვიოს უშუალო ან მოგვიანებული ტრავმული გულყრები. ეს შეტე-ვები იწყება ნაწილობრივ სხეულის რომელიმე უბანში, შემდეგ კი ვითარდება კრუნჩხვითი მოძრაობების გენერალიზაცია და ცნობიერე-ბის გამოთიშვა.

ეკლამფსიური გულყრების დადგენისას საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ ანამნეზი და ობიექტური მასალები, პირველ რიგში ცილა შარდში.

ეპილეფსიის დროს გულყრა წყდება უცებ, კრიტიკულად. ხოლო ურემიის ან ეკლამფსიის დროს ავადმყოფს თანდათანობით ეხსნება გულყრითი შეტევები.

საკმაოდ ძნელია ეპილეფსიისა და ალკოჰოლურ ეპილეფსიას შო-რის დიფერენციული დიაგნოზის გატარება, მით უმეტეს, რომ ალკო-ჰოლი ხშირად იწვევს არა მარტო გულყრებს, არამედ ქარაქტეროლო-გიურ ძვრებსაც, რომლებიც მოგვაგონებენ ეპილეფსიურ ფსიქიკას, მაგალითად, ექსპლოზიობას, პათოლოგიური აფექტისადმი მიდრეკი-ლებას და სხვ.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ალკოჰოლური ეპილეფსიის დროსაც ვითარდება მცირე გულყრები, აგრეთვე ბრადიფსიქიკური მოვლენები და პიროვნების მხრივ ბიპოლარული რეაქციები.

დასასრულ, საჭიროა ეპილეფსიის გამოიჭენა ბავშვთა ასაკის ეპი-ლეფსიფორმული განტვირთვებისაგან. უკანასკნელ შემთხვევებში პროცესი კეთილთვისებიანია და პიროვნების დეგრადაციას არ იწვევს.

ასეთი გულყრები ავადმყოფური ტვინის გაცკვეული რეაქციის

მაჩვენებელია და სრულიად არ არის დაკავშირებული პროგრადიენტული ბუნების პათობიოლოგიურ ძვრებთან.

ეპილეფსიის სამკურნალო ღონისძიებანი სქემატურად შესაძლებელია წარმოვიდგინოთ ორი ჯგუფის სახით: მედიკამენტური თერაპია და რეჟიმი (შრომის, ყოფისა და კვების).

დიდი გულყრებით მიმდინარე ეპილეფსიის დროს ფარაოდ იყენებენ ლუმინალს, ბრომს, ჰექსამიდინს, დიფენინს, ტრიმეთინს, ქლორაზინსა და სხვ.

ლუმინალის დოზა დამოკიდებულია გულყრათა სიხშირესა და სიმძიმეზე; მოზრდილთათვის ნაჩვენებია 0,05 — 0,1 2 — 3 — 4-ჯერ დღეში. ამავე დროს ლუმინალის დღეღამური დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 0,5 გრამს. ღამის გულყრების შემთხვევაში პრეპარატს ნიშნავენ 0,15 გ დოზით მხოლოდ ძილის წინ. ბავშვების დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 0,1 გ-ს დღე-ღამეში. აღნიშნული დოზები წლების მანძილზე არ იწვევს არასასურველ გართულებას. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში ვითარდება ძილიანობა, თავბრუსხვევა, გამოწყარო, სახსრების ტკივილი, რომელთა საწინააღმდეგოდ საჭიროა ლუმინალის დოზების დაკლება ან დროებით მისი შეცვლა სხვა პრეპარატით.

ბრომს იშვიათად იყენებენ ტოქსიკურობის გამო. უფრო მიზანშეწონილია მისი ხმარება სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში სერვისკის ან ბებტერევის მიქსტურის სახით.

უკანასკნელ დროს წარმატებით ხმარობენ ჰექსამიდინს (მაისოლინს, პრიმიდონს, მილეფსინს). მოზრდილთათვის დღე-ღამის დოზა 0,5 — 1,5 გრამია (ბავშვებისათვის 0,25 — 1,25), რომელსაც აძლევენ 2 — 3 ჯერად. სასარგებლოა მისი კომბინირება ლუმინალთან და დიფენინთან (დილანტინთან). ჰექსამიდინის ოპტიმალურ დოზებს ავადმყოფს აძლევენ 3 — 4 წლის მანძილზე.

დილანტინი (დიფენინი, ეპანუტინი) კარგ შედეგს გვაძლევს ლუმინალთან კომბინაციაში.

ფონურიტს იყენებენ 2 — 3-ჯერ დღეში. ზემოაღნიშნული პრეპარატების გარდა, წარმატებით იყენებენ აგრეთვე ქლორაკონს, ბენზონალსა და ტრიმეთინს.

ცალკეული ეპილეფსიური გულყრა სპეციალურ მკურნალობას არ საჭიროებს; საჭიროა მხოლოდ გვახსოვდეს სხეულის დაზიანების საშიშროება, ენის მოკვნეტა.

გულყრათა შორის პერიოდში მეტად მნიშვნელოვანია რეჟიმი და დიეტა.

ავადმყოფს საესებით უკრძალავენ ყოველგვარ ალკოჰოლურ სასმელსა და თამბაქოს; საჭიროა სითხის მიღების შეზღუდვა, ამისათვის

კი ცხარე და მარილიანი საკვების მინიმუმამდე დაყვანა. დასაშვებია მხოლოდ მცირე რაოდენობით მხოლოდ ქათმისა და საქონლის მოხარ-შული ხორცის კამა. საკვები მდიდარი უნდა იყოს ცხიმით, ვიტამინებით, რძისა და ბოსტნეული პროდუქტებით. საჭიროა კუჭის მოქმედების მოწესრიგება, ყაბზობის აცილება. დადებითად მოქმედებს კუჭ-ნაწლავის პერიოდული გაწმენდა. დასაშვებია აგრეთვე ხანგამოშვებით 3—5-დღიანი შიმშილობა (ექიმის მეთვალყურეობით).

განსაკუთრებით საყურადღებოა დღისა და შრომის რეჟიმი. პირველ ყოვლისა საჭიროა ძილის მოწესრიგება. ავადმყოფი უნდა დავიცვათ ყოველგვარი დაძაბვისა და მანევ მოქმედებისაგან (ემოციური ტრავმა, ფსიქიკური დაძაბვა, გადაღლა-გადაქანცვა, მძიმე ფიზიკური შრომა, ხანრძლივი ყოფნა დახურულ, გაუნიავებელ შენობაში).

ეპილეფსიური გულყრა იწყება უეცრივ, ზოგჯერ ყოველგვარი წინამორბედი ნიშნების გარეშე. ამიტომ გასაგებია, რომ ეპილეფსიით შეპყრობილი ავადმყოფები არ უნდა მართავდნენ ავტომანქანებს, მათ ეკრძალებათ მუშაობა სიმაღლეებზე, დაზეგებთან, რთულ აგრეგატებთან და ა. შ.

აურას ხასიათი გარკვეულად განსაზღვრავს პროფილაქტიკურ ღონისძიებას. ოპტიკური აურის შემთხვევებში საჭიროა მუქი სათვალეების ხმარება. სმენითი აურის დროს ავადმყოფი უნდა დავიცვათ ძლიერი ხმაურისაგან, ყნოსვითი აურის დროს კი მიზანშეწონილია ცხვირის ლორწოვანას ნოვოკაინიზაცია.

ეპილეფსიით შეპყრობილი ავადმყოფები საჭიროებენ ყურადღებას სომატური დაავადებებისაგან დაცვის მხრივაც. განსაკუთრებით არასასურველია სხვადასხვა ინტოქსიკაცია, ჩირქოვანი პროცესები, კარიესული კბილები, პარაზიტული დაავადებები.

მწვავე ფსიქოზური აშლილობანი ეპილეფსიის დროს, როგორც აღენიშნეთ. სშირად მძიმე აგრესიით მიმდინარეობს, ამის გამო ავადმყოფები ზოითხოვენ განსაკუთრებულ ყურადღებას. ეპილეფსიური მწვავე ფსიქოზების მკურნალობას, როგორც წესი, სტაციონარის პირობებში ატარებენ. ფსიქომოტორული აგზნების, ცნობიერების ბინდისებური შეცვლის, მწვავე პარანოიდული მდგომარეობის დროს საჭიროა გამოიყენონ ქლორალჰიდრატი (ოყნით) და ჰექსონალი (კუნებში შეყვანით).

ეპილეფსიური დისფორიებისა და ცნობიერების ბინდისებრი შეცვლის დროს ნაჩვენებია ამინაზინთერაპია. ეპილეფსიური ავტომატიზმების შემთხვევაში საჭიროა ფენიბუტის ხანგრძლივი ხმარება სხვა ანტიეპილეფსიური საშუალებების გარეშე.

ეპილეფსიით შეპყრობილი ავადმყოფები, რომელთაც იშვიათად

აქვე გულები, ჩვეულებრივ, ხანგრძლივად ინარჩუნებენ შრომის უნარს. ეპილეფსიური ქუთასუსტობის დროს საჭირო ხდება ავადმყოფთა მოთავსება სპეციალურ დაწესებულებებში (ინვალიდთა სახლი, ფსიქიატრიული საავადმყოფო ქრონიკულთათვის) და მათი ჩაბმა შრომათერაპიაში.

პ ი კ ნ ო ლ ე ფ ს ი ა

პიკნოლექსია გვხვდება ბავშვთა შორის, ხშირად 3—12 წლის ასაკში. მიზეზი არ არის დაზუსტებული. ზოგჯერ აღინიშნება ფსიქოგენური მომენტები. შეტევას ახასიათებს მრავალი გულყრა, მაგალითად ზოგჯერ დღეში 50 შეტევა.

უფრო ხშირად პიკნოლექსია ნერვულ და ანემიურ პირთა შორის აღინიშნება. მკურნალობისათვის საჭიროა ზოგადი გამამაგრებელი საშუალებანი. პროგნოზი, როგორც წესი, დადებითია. ავადმყოფობა რამდენიმე თვის განმავლობაში თავდება და არ სტოვებს არავითარ გართულებას.

პიკნოლექსიური გულყრა მოგვაგონებს ეპილეფსიის მცირე შეტევას, მაგრამ უფრო ხანგრძლივია: გრძელდება საშუალოდ 20 — 30 წამი. ამ დროს ავადმყოფს ეცვლება ცნობიერება, მაგრამ იგი არ ვარდება.

ავადმყოფებს კლონური თუ ტონური კრუნჩხვები არ ემართებათ, მხოლოდ თავი აქვე უკან გადაეარდნის. თვალები ღრმად ჩაყვნილი და აღენიშნებათ კიდურთა კუნთების ტონუსის მომატება.

ნ ა რ კ ო ლ ე ფ ს ი ა

ნარკოლექსიის დროს ვითარდება დაუძლეველი ძილის შეტევა.

ნარკოლექსია მოგვაგონებს ძილისადმი დაუძლეველი მიდრეკილებით გართულებულ კატალექსიურ შეტევას: ავადმყოფს უღუნდება კუნთოვანი სისტემა და იგი უცებ ძილს აძლევს თავს. ძილი საშუალოდ ნახევარი საათი გრძელდება, რომლიდანაც ავადმყოფი თავისთავად გამოდის. შესაძლოა გულყრის ჩათავებამდე ავადმყოფი გამოვალვიძოთ, მაგრამ მას ისევ ძილი დასძლევს.

თ ა ვ ი X V

ს ი ს ს ლ ა რ ღ ვ თ ა ა უ ლ ი ლ ო ბ ა ნ ი

ზოგადი შენიშვნები თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის შესახებ

ორგანიზმში განვითარებული არტერიოსკლეროზული (უკეთ რომ ვთქვათ, ათეროსკლეროზული) მოვლენები თავის დაღს ასვამს ადამიანის ფსიქიკას.

სისხლძარღვთა სკლეროზის შედეგად ეცემა ორგანოთა კვების ნორმალური შესაძლებლობა, ამასთან ერთად, იცვლება მთლიანი ორგანიზმისა და ცალკე ორგანოთა ფუნქცია. ზოგჯერ სისხლძარღვთა სკლეროზი თანაბრად არ არის განვითარებული და ზოგ ორგანოში უფრო კარბადაა, მაგალითად, გულის, თირკმლების, ტვინისა და სხვ. სკლეროზი.

ფსიქიატრიის კლინიკას პირველ რიგში აინტერესებს ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზი.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ სისხლძარღვთა სკლეროზულ გამაგრება-გამკვრივებას მოჰყვება ტვინის ქსოვილის, მისი პარენქიმული ელემენტების კვების დაქვეითება, რაც ტვინის ქსოვილში შეიარაღდა. იწვევს სხვადასხვა სახისა და დონის პათომორფოლოგიურ ძვრებს, ამიტომ თავის ტვინის არტერიოსკლეროზს ფსიქიატრიის კლინიკისათვის დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

ჩვეულებრივ, სისხლძარღვთა სკლეროზი ხანში შესულებს (40—45 წლის შემდეგ) ემართებათ, მაგრამ შესაძლოა უფრო ადრეც განვითარდეს, მაგალითად, აღწერილია სისხლძარღვთა სკლეროზის შემთხვევები 25—30 წლის ასაკში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ცნება სკლეროზის შესახებ არ განისაზღვრება მხოლოდ ასაკით. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ადამიანის ინდივიდური მზადყოფნა (თუ წინაგანწყობა) და ის მანვე ეგზოგენური მომენტები, რომლებიც მას შეხვედრია ცხოვრებაში.

მანვე ეგზოგენური ფაქტორებიდან საჭიროა აღვნიშნოთ მძიმე, დაძაბული, განსაკუთრებით მომქანცველი და ყოველგვარ რეჟიმს მოკლებული ფიზიკური და ფსიქიკური შრომა, ზოგიერთი ქრონიკულად მიმდინარე ინფექცია-ინტოქსიკაცია (პირველ რიგში ათაშანგი, ვერცხლისწყლით, ტყვიით და სხვ. მოწამვლა).

მანვე ფაქტორთა რიგს აკუთვნებენ აგრეთვე თამბაქოს გადაჭარბებულ ხმარებას, ალკოჰოლის როლის შესახებ კი პათოლოგ-ანატომები და ფსიქიატრები ვერ თანხმდებიან. პირველნი იცავენ აზრს, რომ მაგარი სასმელის კარბი ხმარება არ უნდა იწვევდეს სისხლძარღვთა სკლეროზს.

კლინიკური მასალები სულ სხვა შედეგებს ცხადყოფს. ირკვევა, რომ ქრონიკულ ალკოჰოლიკთა შორის ხშირია ტვინის არტერიოსკლეროზი.

როგორც ვთქვით, თავის ტვინის სისხლძარღვთა არტერიოსკლეროზი არ არის ყოველთვის ერთნაირი ავთვისებიანობის. ზოგჯერ სკლეროზი უფრო მკვეთრადაა მოდებული მსხვილ სისხლძარღვებზე; ამ დროს აღინიშნება ტვინის უბნების ტლანქი დაზიანება, რასაც ფუნქციურად მოჰყვება გამოვარდნის სიმპტომები. ზოგჯერ, პირიქით,

სკლეროზი უფრო განფენილი ხასიათისაა და ავადმყოფურ პროცესში მოქცეულია წვრილი, ნატიფი ძარღვები. ამ შემთხვევებში გამოვარდნილობის ნიშნები არ არის, სამაგიეროდ, ფსიქონერვული ფუნქციები უფრო მეტადაა დაქვეითებული.

ზოგჯერ სისხლძარღვთა სკლეროზი უფრო მძიმეადაა გამოხატული ტვინის ქერქულ აპარატში, ზოგჯერ კი ქერქვეშა უბნებში.

ტვინის სისხლძარღვთა არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში განშეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა სახის ძვრები ემოციური, გონებრივი და ნებით-მოტორული ფუნქციების მხრივ.

ავადმყოფებს ეცვლებათ ემოციური და ნებითი სფერო, უქვეითდებათ ინტელექტუალური ფუნქციები, გონებრივი სფეროს პათოლოგიამ შესაძლოა მიიღოს არტერიოსკლეროზული კუჟასუსტობის სახე; უკანასკნელ შემთხვევაში საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება, პირველ რიგში, ლუესური, ალკოჰოლური და ტრავმული ბუნების დემენციურ მდგომარეობასთან.

ცერებრული არტერიოსკლეროზი ქრონიკული დაავადებაა, რომლის დროს პროგნოზი საკმაოდ სერიოზულია.

პროგნოზის სერიოზულობა მათ უფრო ღრმავდება, რაც უფრო მოგვიანებულია შემთხვევა, რაც უფრო მევეთრია სისხლძარღვთა სკლეროზული ცვლილებები, უფრო ძლიერადაა დაქვეითებული ტვინის ფუნქციური შესაძლებლობა, უფრო ძნელია ეგზოგენურ მავნე ფაქტორთა მოცილება და, ბოლოს, რაც უფრო მაღალია სისხლის წნევა.

თავისთავად ცხადია, რომ ნაადრევი მკურნალობა, ე. ი. ავადმყოფის ენერგიული დახმარება მაშინ, როდესაც ჯერ კიდევ არ არის განვითარებული მყარი პათომორფოლოგიური ძვრები, გაჭამხნევენებელ შედეგებს მოგვეცემს და, პირიქით, როდესაც სკლეროზს მოსდევს ნერვულ ელემენტთა გადაგვარება, ძნელია რაიმე თერაპიული ეფექტის მოლოდინი.

ტვინის სისხლძარღვთა განფენილობისა და სიმძიმის მიხედვით საკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკური რეჟიმის მტკიცე დაცვას. საჭიროა მავნე ეგზოგენური გავლენის (თამბაქო, სპირტული და სხვ.) მთლიანად მოხსნა. ამასთან ერთად, თვით ავადმყოფმა უნდა შეიგნოს, რომ მისი ძალთა მარაგი არ არის უსასრულო, რომ აუცილებელია დასვენება და კვების ჯეროვანი რეჟიმის დაცვა.

ზოგჯერ ცერებრული არტერიოსკლეროზი-ღებულობს ავთვისებიან ხასიათს და სწრაფად იწვევს კუჟასუსტობას.

პროგნოზი უფრო მძიმეა მაშინ, თუ ტვინის პათოლოგიას დაერთვის სხვა ორგანოთა არტერიოსკლეროზიც.

საექვო აგრეთვე ავადმყოფთა მდგომარეობა, როდესაც ვითარდება ინსულტისმაგვარი მოვლენები.

ჩვეულებრივ, თავის ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზის დროს კლინიკურ მიმდინარეობაში თავისებური ცვალებადობაა: უკეთესობა და გაუარესება, რემისია და მდგომარეობის გამწვავება ცვლის ურთიერთს.

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის სიმპტომატოლოგია და კლინიკური ფორმები

ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზის კლინიკა დამოკიდებულია ავადების სიმძიმესა და დონეზე. შეიძლება განვითარდეს ავადმყოფურ მდგომარეობათა მთელი გაბა — ასტენონევრასტენიიდან ფსიქოზურ შეტევებამდე.

ზოგ შემთხვევაში დაავადების კლინიკა უფრო მოგვაგონებს ნევრო-სომატურ მდგომარეობას, რომლის დროს აღინიშნება ზოგადი ჩივილი და ნატიფი ნევროლოგიური სიმპტომატიკა. ეს ფორმები არ იწვევს შესამჩნევ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს და ამიტომ შეიძლება განწილული იყოს როგორც ტვინის არტერიოსკლეროზის მსუბუქი ფორმები.

მეორე რიგის შემთხვევებში, პირიქით, დაავადებას აქვს მძიმე ავთვისებიანი მიმდინარეობა, რასაც თან ერთვის მკვეთრი ფსიქოპათოლოგიური ძვრები და ნერვული სისტემის ტლანქი ცვლილებები. ეს შემთხვევები შეფასებული უნდა იყოს როგორც არტერიოსკლეროზის მძიმე ფორმები.

თავისთავად ცხადია, რომ ცნებები მსუბუქი და მძიმე ფორმების შესახებ პროვიზორულია და მათ მხოლოდ პრაქტიკული ორიენტაციის მიზნით ხმარობენ.

არსებითად ფორმათა სიმძიმის დადგენა ხშირად მეტად ძნელია: მსუბუქი ფორმა შეიძლება გადაიქცეს მძიმედ ან შეიძლება დაავადებამ თავიდანვე მიიღოს ავთვისებიანი, სწრაფად განვითარებადი მიმდინარეობა.

ტვინის არტერიოსკლეროზის მძიმე ფორმების შემთხვევებში ყურადსაღებია შემდეგი სომატური აშლილობანი: გარეგნულად ავადმყოფები ნამდვილ ასაკთან შედარებით უფრო ხნიერად გამოიყურებიან (10 — 12 წლით), სახე დანაოჭებული აქვთ, უდროოდ გაქადავებული არიან, კანი და კუნთოვანი სისტემა შესამჩნევად მოღუნებული აქვთ; აღენიშნებათ ფიზიკური და ფსიქიკური შრომის უნარის მკვეთრი დაქვეითება, უჩივიან ზოგად სისუსტეს, თავბრუს, თავის ტკივილს, მომქანცველ უძილობას, ხოლო ზოგჯერ გადაჭარბებულ

ძილიანობას. მოტორიკა კარგავს მოქნილობას, ავადმყოფები ძლივს დადიან, პატარა ნაბიჯებით, მხედველობა უსუსტდებათ, გუგის რეაქცია სინათლეზე მოდუნებულია. ვითარდება ენისა და კიდურების კანკალი.

ამავე დროს ზოგჯერ აღინიშნება ობიექტური ცვლილება სისხლძარღვოვანი სისტემის მხრივ. სახელობარ. მკვეთრი მიოკარდიტი, აორტის ანევრიზმა, პერიფერიულ სისხლძარღვთა სკლეროზული გამკვრივება, სისხლის წნევის აწევა, იოლი ტაქიკარდია ან მაჯის რიტმის შეცვლა და სხვ.

ტვინის არტერიოსკლეროზის მძიმე ფორმებს მძიმე გამოსავალი აჩასიათებს. მაგალითად. ღრმა ჰქუასუსტობა. ამოპლექსიური ინსულტი. ეპილეფსიფორმული გულყრები და მძიმე ხასიათის ბუდობრივი ნიშნები. მდგომარეობას მეტად ართულებს და სახიფათოს ხდის ინსულტები და გულყრები.

როგორც წესი, ამოპლექსიფორმული თუ ეპილეფსიფორმული მდგომარეობა ვითარდება უცბად, მოულოდნელად: ავადმყოფს თავბრუ ეხევა, თვალები ებინდება. ცნობიერება ეცვლება და იგი ეცემა. ასეთი გულწასულის მდგომარეობა, ჩვეულებრივ, გრძელდება რამდენიმე წუთი, რომლის შემდეგ ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ სისუსტეს, კიდურების დაბუყებას და მეტყველების გაძნელებას.

ინსულტები და გულყრითი შეტევები აღინიშნება ტვინის არტერიოსკლეროზის მოგვიანებულ სტადიებში და ფინალური მდგომარეობის ერთ-ერთი გამოვლინებაა. იშვიათად სკლეროზის დასაწყისშიც შეიძლება განვითარდეს ინსულტები და გულყრითი შეტევები.

ყოველი ფსიქიკურ-ფიზიკური გადაჭარბებული დაძაბვა, ემოციური დეღვა, აფექტური განტვირთვები, ცხოვრების რეჟიმის მკვეთრი დარღვევა იწვევს ჭანმრთელობის გაუარესებას და ხელს უწყობს ინსულტისმაგვარ მდგომარეობათა გამოვლენებას.

ავადმყოფისათვის საშიში ხასიათი აქვს ტვინში სისხლის ჩაქცევას, ანუ ამოპლექსიას, რომლის დროს ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას რამდენიმე საათის ან დღის განმავლობაში.

ამოპლექსია იწვევს მკვეთრ და მტკიცე ბუდობრივ მოვლენებს, მაგალითად, პარეზებს, მგრძნობელობის პათოლოგიას, აფაზიას, აგნოზიას, აპრაქსიას, ფსიქოსენსორულ აშლილობას და სხვ.

სრული პარალელიზმია ფიზიკურ და ფსიქიკურ სიმპტომატოლოგიას შორის.

ფიზიკურ მოქანცვას, განღევას და მობერებას თან სდევს შესატყვისი ფსიქიკური ნიშნები: დაღლილობა, მოქანცვა, სუსტსულოვნება, ადვილცრემლიანობა, ემოციური ლაბილობა, ადვილი აგზნებადობა და გაღიზიანებადობა, აფექტისადმი მიდრეკილება, თვითგრძნობისა და

გუნება-განწყობის ცვალებადობა, დეპრესიული ტონის განცდათა სიზშირე, მესსიერების დაქვეითება, შემოქმედებითი ინიციატივის შესუსტება და ინტერესის დაქვეითება. ავადმყოფები ძალიან ნელა აზროვნებენ.

ფიქსაცია-რეპროდუქციის, ე. ი. მ ნ ე ზ ი უ რ ფ უ ნ ქ ც ი ა თ ა პათოლოგიისა და, მასთან ერთად, ასოციაციური მოქმედების შეგვიანების შედეგად ავადმყოფები სტოვებენ უაზრო. უგუნურ პირთა შთაბეჭდილებას, საბოლოოდ კი ორგანული ტიპის ქუთასუსტობა ვითარდება.

როგორც აღვნიშნეთ, ტვინის არტერიოსკლეროზის დროს ფსიქოპათოლოგიური ძვრები ეხება ფსიქიკური ცხოვრების ცალკეულ მხარეს და სრულიად არ აზიანებს მთლიან პიროვნებას; ამის გამო ავადმყოფებს ხშირად შენარჩუნებული აქვთ თავისი თავისა და გარშემო მყოფთა მიმართ კრიტიკის უნარი.

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზისათვის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომებიდან აღსანიშნავია შემდეგი კლინიკური მდგომარეობანი:

არტერიოსკლეროზული დეპრესია;

არტერიოსკლეროზული პარანოიდული მდგომარეობა;

არტერიოსკლეროზული დელირიოზული მდგომარეობა;

არტერიოსკლეროზული ქუთასუსტობა;

არტერიოსკლეროზული გულყრითი სინდრომი ე. წ. მოგვიანებული ეპილეფსიის სახით.

არტერიოსკლეროზული დეპრესია. ავადმყოფები უჩივიან თავბრუს, მძიმე, ხშირად შეტევითი სახის ტკივილს; დაქვეითებული გუნება-განწყობა არცთუ იშვიათად ლებულობს ღრმა დეპრესიის სახეს, რომელსაც შეიძლება დაერთოს ასევე დეპრესიული შინაარსის ბოდვილი პროდუქციები და ეპიზოდური ხასიათის პალუცინაციები.

ავადმყოფთა პიროვნება შენახულია: ისინი კრიტიკულად უღვებთან თავიანთ დაავადებას, აღესილი არიან უიმედობისა და პესიმიზმის გრძნობებით. დიაგნოზის დროს განსაკუთრებული ანგარიში უნდა გავუწიოთ ანამნეზსა და ფიზიკურ სიმპტომატოლოგიას.

არტერიოსკლეროზული პარანოია, როგორც წესი, პარანოიდულა დეპრესიის სახისაა. ბოდვები მყარი ხასიათისაა, თვით დაავადება, ჩვეულებრივ, ავთვისებიანი მიმდინარეობის ხდება და ავადმყოფთა ფსიქიკურ-ფიზიკური მარაგი შედარებით მალე ილევა.

არტერიოსკლეროზული დელირიოზული მდგომარეობა აღინიშნება უფრო იშვიათად ცნობიერების შეცვლის საერთო ფონზე. ავად-

მყოფებს აღენიშნებათ შიში, პალუცინაციები, შემთხვევითი ბოდვითი პროდუქციები, უაზრო, უმიზნო აგზნებები.

არტერიოსკლეროზულ ჰკუასუსტობას, როგორც აღენიშნეთ, ახასიათებს მნეზიურ ფუნქციათა პათოლოგია, ასოციაციურ შესაძლებლობათა შეფერხება და დემენცია.

მოგვიანებულ, ანუ არტერიოსკლეროზული ეპილეფსიის სიმპტომურ გულყრათა ერთ-ერთი სახეა. არტერიოსკლეროზული კლინიკა გართულებულია ეპილეფსიფორმული შეტევებით.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის დიფერენციული დიაგნოზი არის დაკავშირებული დიდ სიძნელეებთან, თუ მხედველობაში მივიღებთ ანამნეზს, ფსიქიკურ სიმპტომატოლოგიასა და ნევროლოგიური და სეროლოგიური გამოკვლევების, აგრეთვე სისხლძარღვოვანი სისტემის შესწავლის შედეგებს. აღნიშნული მასალების კომპლექსური განხილვა სწორი დასკვნის საწინდარია.

პერიფერიულ სისხლძარღვთა გამკვრივება, გართულებული სისხლის წნევის მომატებით, თავის ტვივით, თავბრუთი და შრომის უნარის დაქვეითებით, ექვს ბადებს აგრეთვე ცერებრულ სისხლძარღვთა სკლეროზზე. ასეთ შემთხვევებში მართო დასვენება არ არის საკმაო: საჭიროა აქტიური სამკურნალო დახმარება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში ზოგჯერ სისხლის წნევა მკვეთრად მომატებულია: მინიმალური წნევის — 70-სა და მაქსიმალური წნევის — 110-ის ნაცვლად შესაბამისად 90 — 100 და 180 — 200.

სისხლძარღვთა სკლეროზის დროს ყველა სპეციფიკური სეროეაქცია, მაგალითად, ვასერმანიისა და კანის, უარყოფითია. პლეოციტოზი არ არის, ხოლო გლობულინური რეაქციები ისე მკაფიოდაა გამოხატული, როგორც ლუესის შემთხვევებში.

ნევროლოგიური და სეროლოგიური მონაცემების მეშვეობით პროგრესიული პარალიზი და ტვინის ათაშანგი ადვილად გამოსარჩება.

სენილური ჰკუასუსტობის უარსაყოფად საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ არტერიოსკლეროზული დემენციის თავისებურება (პიროვნების ბირთვის დაცვა), ფიზიკური სემპტომატოლოგია და, ბოლოს, ავადმყოფის ასაკიც. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს, რომ ტვინის არტერიოსკლეროზის დროს უფრო ხშირია თავბრუ და შეტევები — უფრო გულწასვლის მსგავსი, ვიდრე გაშლილი ეპილეფსიური გულყრა.

საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ტვინის არტე-

რიოსკლეროზისა და ვაზოპათიური, ვაზოკრიზული, ანუ ცერებრული ანგიოდისტონიის მოვლენათა შორის. ვაზოპათიების შემთხვევებში საქმე გვაქვს უფრო კეთილთვისებიან დაავადებასთან; სკლეროზული ფსიქოპათოლოგიური ძვრები არ ვითარდება. ვაზოპათიები (კერძოდ, პიპერტონია) შედარებით უფრო ახალგაზრდა ასაკში აღინიშნება.

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის გავრცელება

არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში ფართოდ ვიყენებთ მედიკამენტურ და ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს. ამასთან ერთად, კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ საერთო მოვლას, კვებისა და მკურნალობის რეჟიმის მტკიცე დაცვას ავადმყოფისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის მკურნალობის დროს საჭიროა ალკოჰოლის სრული აკრძალვა, რძე-მცენარეული დიეტის მტკიცედ დაცვა, სუფთა ჰაერზე ყოფნა, დასვენება, დროული ძილი. მსუბუქი ფიზიკური ვარჯიში ექიმის მეთვალყურეობით, სითხეთა მიღების შეზღუდვა და კუჭ-ნაწლავის მოქმედების მოწესრიგება.

ავადმყოფზე ცუდად მოქმედებს სიცხე. კარგი შედეგები აქვს ინდიფერენტულ აბაზანებს (35°-იანი 20 წუთით ყოველდღე ან დღე-გამოშვებით). ნაწილობრივი (ქვედა კიდურთა) თბილი აბაზანებიც სასურველია.

წნევის ძლიერი მომატებისას ნაჩვენებია სისხლის გამოშვება 200 — 300 კუბ. სმ რაოდენობით.

ინსულტის შემთხვევებში საჭიროა სრული სიმშვიდე, ბალიშზე თავის მაღლა დადება, თავზე ყინული, სისხლის გამოშვება ან წურბელები, კუჭის გაწმენდა და სხვ.

ფიზიოთერაპიული მეთოდებიდან გამამხნეველ შედეგებს გვაძლევს ზოგადი დარსონვალიზაცია, თავის დიათერმია და იოდოროგალვანიზაცია. მძიმე აგზნების შემთხვევებში ნაჩვენებია თბილი აბაზანები, წოლის რეჟიმი, ხოლო უძილობისას — პარალდეჰიდი. ტვინის არტერიოსკლეროზის მკურნალობისას პირველ რიგში უნდა გამოიყენონ იოდის პრეპარატები (იოდი, საიოდინი).

სასარგებლო შედეგებს გვაძლევს ე. წ. ჰიპერსოლის ხმარება.

სასურველია სპერმინის დანიშვნა დღეში 2—3-ჯერ, 25—30 წვეთი ბორჯომის წყლით ან რძით.

მიზანშეწონილია კურსობრივი გრავიდანის ან ტრუნეჩეის შრატის ინექციების გაკეთება (30 ინექცია, ყოველდღე ან დღეგამოშვებით).

ჰიპერტონია. რომელიც ინტერნისტთათვის გარკვეული პათოლოგიური და კლინიკური ცნებაა, ამ ბოლო დროს ფსიქიატრიის კვლევადიების საგანიც გახდა.

გამოირკვა. რომ ზოგადი არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში სისხლის წნევა ხშირად მომატებულია, ე. ი. ჰიპერტონიული სინდრომი აღინიშნება. მასალების კლინიკური და პათოლოგიურ-ანატომიური შესწავლის შედეგად ვრწმუნდებით, რომ აღნიშნულ მოვლენას ყოველთვის არ ვხვდებით, პირიქით, სინდრომს ხშირად არ სდევს სისხლძარღვთა სკლეროზული მოვლენები.

ჰიპერტონიული მდგომარეობა, ჩვეულებრივ, ვითარდება არა პრესენილურ, არამედ ინვოლუციურ-პრესენილურ პერიოდში და თავისი პათობიოლოგიური არსით პრინციპულად განსხვავდება არტერიოსკლეროზისაგან.

სისხლძარღვთა კედლის არტერიოსკლეროზული ცვლილებები ჰიპერტონიისათვის დამახასიათებელი არ არის. ამ დროს შენიშნულია ტერმინალური არტერიების მიდრეკილება ხანგრძლივი სპაზმებისადმი.

ჰიპერტონიული ბუნების ინსულტს თუ აპოპლექსიას საფუძვლად უდევს ფუნქციური მოვლენები და არა სისხლძარღვთა პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები.

ჰიპერტონია უნდა განვიხილოთ როგორც სისხლძარღვთა ინერვაციის პათოლოგია. ამის გამო ჰიპერტონიით დაავადებულთა შორის უფრო ხშირია სისხლჩაქცევები ტვინში, ხოლო არტერიოსკლეროზით დაავადებულთა შორის — ნერვული ქსოვილის გარბილებანი.

ზოგჯერ ჰიპერტონიასაც შეუძლია მძიმე აპოპლექსიის გამოწვევა. ჩვეულებრივ ავადმყოფები ადვილად გამოდიან ჰიპერტონიული ინსულტიდან.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ თუ ტერმინალურ არტერიათა სპაზმი ხანგრძლივად გაგრძელდა, მაშინ შესაძლოა უშუალოდ თვით ნერვული ქსოვილის ორგანული დაზიანება.

სპაზმური იშემიის, ე. ი. ქსოვილის კვების დაქვეითების ნიადაგზე შესაძლოა ფუნქციური ცვლილებებს მოჰყვეს მყარი ორგანული ბუნების ძვრები. ის, რაც დაიწყო ფუნქციურად, ჩათავდება ორგანულ-დესტრუქციულად. სწორედ ჰიპერტონიაა ცერებროპათოლოგიის ისეთი საკითხი, რომელშიც ცნებები ფუნქციურისა და ორგანულის შესაჯებ ურთიერთს ხვდება. როგორც ვხედავთ, ცენტრალური ნერვული სისტემისათვის ჰიპერტონია უვნებელი არ არის. ხშირად იგი ავადმყოფის პიროვნებას გარკვეულ დარს ასვამს.

ფიზიკური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია სისხლის წნევის მკვეთრი მომატება, წამოწითლებული, აპოლექსიური სახე, გულის ჰიპერტროფია და ზოგჯერ თირკმელზედა ჯირკვალთა დაავადება.

ძირითადი კლინიკური გამოვლინება, რომელსაც ვხვდებით ჰიპერტონიკთა შორის, არის ასთენიურ-ნევრასთენიული სინდრომი. ავადმყოფები უჩივიან თავბრუს და თავის ტკივილს. კარგავენ შრომის უნარს, ძლიერ ადვილად იღლებიან.

ბოლო ხანებში აღწერილია აგრეთვე ჰიპერტონიული გენეზისის ფსიქოზური აშლილობანი: შიში ზოგჯერ პალუცინაციებით, მწვავე აგზნებითა და ცნობიერების ხანმოკლე დაბინდვით.

ჰიპოტონიური მდგომარეობა უფრო ნაკლებადაა შესწავლილი ფსიქიატრების მიერ. ცხადია, რომ ამ დროს დაქვეითებულია ნერვული ქსოვილის ნორმალური კვების შესაძლებლობა.

ჰიპოტონიის შემთხვევაში შესაძლოა აღინიშნებოდეს ასთენიურ-ნევრასთენიული სინდრომი და ვაზოკრიზული გულწასვლები.

ვაზოპათიური მდგომარეობა კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი საინტერესო საკითხია.

ვაზოპათიები არც ისე იშვიათია. მათ გამოვლინებას ხელს უწყობს სხვადასხვა მავნე მომენტი, მაგალითად, ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ქალას კომოცია-კონტუზია, ალკოჰოლიზმი და სხვ.

კლინიკური გამოსახულებით ვაზოპათია ძლიერ ჰგავს ჰიპერტონიული და არტერიოსკლეროზული ბუნების ასთენიურ-ნევრასთენიულ სინდრომს. ამ დროს აღინიშნება შრომის უნარის მკვეთრი დაქვეითება, აფექტური ლაბილობა, მეხსიერების შესუსტება და ადვილი მოქანცულობა. მსგავსება მხოლოდ გარეგნულია; პათობიოლოგიური არსის მხრივ საქმე გვაქვს სრულიად სხვა მოვლენასთან.

ვაზოპათიებისათვის არ არის დამახასიათებელი არც სისხლძარღვთა სკლეროზული ცვლილებები და არც სტაბილური ხასიათის სისხლის წნევის აწევა.

ვაზოპათია ფუნქციური ბუნების ნეიროდინამიკური მდგომარეობაა, რომლის დროს პირველ ადგილზეა სისხლძარღვთა ინერვაციის აშლა. ამ დროს შეცვლილია ვეგეტატიური ტონუსი, მისი ტროფიკულ-ადაპტაციური შესაძლებლობანი.

როგორც ვხედავთ, ვაზოპათია ცენტრალური, ე. ი. ცერებრული ბუნების ანგიოდისტონიური მდგომარეობაა.

ფიზიკური სიმპტომებიდან ხაზი უნდა გავუსვათ თავის ტკივილს, თავბრუსა და ვაზომოტორული სისტემის განსაკუთრებულ ლაბილობას.

ვაზოპათიის კლნიკა. ჩვეულებრივ, კეთილთვისებიანი მიმდინარეობისა; მისთვის დამახასიათებელია დაავადების არა მარტო სწრა-

ფი გაშლა-განვითარება, არამედ ასევე სწრაფი შეჩერება-უკუგანვითარებაც.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მყარი და მძიმე სიმპტომები (კუუასუსტობა, ინსულტები, ეპილექსიფორმული შეტევები და სხვ.) თან არა სდევს ვაზოპათიას და თვით ავადმყოფობის ზოგადი ფონი უფრო ნევროზულ მდგომარეობას მოგვაგონებს, ვიდრე ფსიქოზურს.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ნევროზებთან და ფსიქონევროზებთან საკმაოდ ადვილია: ვაზოპათიის შემთხვევებში არ აღინიშნება ფსიქოტრავმული მომენტები, ხოლო სიმპტომები უფრო მტკიცეა, ვიდრე ნევროზების დროს.

ეგზოცერებრული ბუნების ასთენიურ-ნევროსთენიული სინდრომის გამორიცხვისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ, რომ შინაგან ორგანოთა (ფილტვები, გული, თირკმლები და სხვ.) დაავადება თან არ სდევს ვაზოპათიებს.

ვაზოპათიების მკურნალობის დროს მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეოდეს ჰიდროთერაპიას, ფიზიოთერაპიასა და დასვენებას (სანატორიულ პირობებში მკურნალობას). მედიკამენტური საშუალებებიდან სასურველია ვიხმაროთ საერთო გამამაგრებელი, ძილმომგვრელი და დამამშვიდებელი პრეპარატები.

თ ა ვ ი XVI

უკუგანვითარების, ანუ პრენინილური და სენილური ფსიქოზები

(კლიმაქსი, ანუ ინვოლუცია, პრესენიუმი და სენიუმი)

ზოგადი უანიუზნაბი

ყოველი ცოცხალი არსების მსგავსად, ადამიანი თავისი ცხოვრების მანძილზე გაივლის სამ ძირითად ეტაპს: განვითარების, უკუგანვითარებისა და სიბერის პერიოდებს. როგორც წესი, ამ პერიოდებს ახასიათებს მნიშვნელოვანი ბიოლოგიური და ფსიქიკური ძვრები, რაც ცვლის ადამიანის ფსიქიკურ-ფიზიკურ შესაძლებლობას. ყოველი ეტაპი მტკიცე დაღს ასვამს ადამიანის პიროვნებას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ განვითარება, კენობა თუ სიბერე ძირითადად გაპირობებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობით.

მოწიფულობის, ჰენობისა და სიბერის დროს ვითარდება არა მარტო ბიოტრონუსის ცვლილებები, არამედ ქარაქტეროლოგიური ძვრებიც; იცვლება აგრეთვე პიროვნების რეაქტივობა: იგი უფრო „ხელმისაწვდომი“ ხდება სხვადასხვა დაავადებისათვის.

როგორც ვხედავთ, ესა თუ ის ძირითადი პერიოდი შეიძლება მოექცეს ნორმალური, ე. ი. ფიზიოლოგიური ჩარჩოების გარეთ და პიროვნებისათვის კრიტიკული ხასიათი მიიღოს. ჩვეულებრივ, ასაკი არა მარტო ხელს უწყობს ამა თუ იმ ფსიქოზის განვითარებას, არამედ წარმართავს კიდევ კლინიკურ გამოხატულებას და გარკვეულ ელფერს აძლევს დაავადების სტრუქტურულ შინაარსს. პათოლოგიურ შემთხვევებში ასაკი პიროვნებას უქმნის ერთგვარ განწყობას ამა თუ იმ ფსიქოზისადმი.

ყრმობისა და ჰაბუკობის პერიოდში (დაახლოებით 18 — 22 წლის ასაკი) ხშირად ვითარდება ნაადრევი ჰეუსუსტობა, ანუ შიზოფრენია; ამ დროს ხშირია აგრეთვე ციკლოფრენიის მანიაკალური ფაზების შეტევები.

შიზოფრენიის ბოლდითი ფორმები უფრო ხშირია 30—35 წლის, ხოლო პროგრესული პარალიზი — 35 — 40 წლის ასაკში.

ქალების ჰენობა-უჟუგანვითარების, ანუ კლიმაქსური პერიოდი 45—50 წლის ასაკია, მამაკაცების კი — 50—55 წლის ასაკი.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ კლიმაქსი, ანუ ბიოლოგიური ჰენობის პერიოდი ქალებს უვითარდებათ მამაკაცებზე რამდენიმე წლით ადრე და უფრო მწვავედ გადააქვთ.

კლიმაქსი, ანუ ინვოლუცია გამოწვეულია ვეგეტატიური და შიდასეკრეციული აპარატის აშლით. ირღვევა შიდასეკრეციულ ჰირკვალთა წონასწორობა: სექსუალური ჰირკვლების გამოვარდნის გამო ძლიერდება თირკმელზედა და ფარისებრი ჰირკვლების მოქმედება. რასაც თან სდევს ნივთიერებათა ცვლის ზოგადი აშლა, ავტონომიური ნერვული სისტემის გაღიზიანება და ვაზოპათიური კომპონენტის განვითარება.

კლიმაქსის დროს უჩივიან გულის ცემას (ფრიალს). შეცხელება-შეხურებას, „ალებს“, ხშირ შეწითლებას, კისრის ძარღვების დაჰერას, უსიამო შეგრძნებებს, ზოგჯერ უძილობასა და თავბრუს; ადამიანს ხასიათიც ეცვლება: ღიზიანდება, აღენიშნება გრძობათა ლაბილობა. სხვა პირობებში სრულიად უმნიშვნელო განცდამ კლიმაქსის დროს შეიძლება მიიღოს ფსიქიკური ტრავმის ხასიათი.

კლიმაქსური, ანუ ინვოლუციური ბუნების პათოლოგიური რეაქტიულობა, ჩვეულებრივ, გარდამავალია: ენდოკრინულ-ვეგეტატიური აპარატის აშლას კვლავ ცვლის ფუნქციური სიმშვიდე და პიროვნებას უბრუნდება ფსიქიკურ-ფიზიკური წონასწორობა.

თუმცა კლიმაქსი იწვევს პიროვნების ბიოლოგიური რეგისტრის დაწევას, მაგრამ ინვოლუციური ძვრები მაინც ფუნქციური, ე. ი. წარმავალი ხასიათისაა და ფიზიოლოგიურ შემთხვევებში მათ თან არა სდევს ფსიქიკურ გამოვლინებათა რაიმე შესამჩნევი ძვრები.

სიბერის. მოხუცებულობის პერიოდი, ანუ სენიუმში მოდის დაახლოებით 65 — 75 წლის ასაკზე. ამ დროს (ვანსაკუთრებით პათოლოგიურ შემთხვევებში) ექტოდერმა, ე. ი. ნერვული ქსოვილის პარენქიმული ელემენტები განიცდის სენილური ბუნების ცვეთას და ზოგჯერ ნადგურდება.

კლიმაქსსა და სენიუმს შორის გამოყოფენ კიდევ ე. წ. მოხუცებულობის წინა, ანუ პრესენილურ ეტაპს, რომელიც მოდის დაახლოებით 55 — 65 წლის ასაკზე.

პრესენიუმის დროს ფსიქიკური ფუნქციები უფრო მეტადაა დაქვეითებული, ვიდრე კლიმაქსის შემთხვევებში, და უფრო შენარჩუნებულია, ვიდრე სენიუმის დროს. ეს ეტაპი ბიოლოგიურადაც სენიუმისა და კლიმაქსს შორისაა. ამ დროს ცვლილებები სენიუმისათვის დამახასიათებელი ორგანული ხასიათის არ არის. სამაგიეროდ, აუტონიტოქსიკაციისა და არტერიოსკლეროზის შედეგად ვითარდება მეორადი (იშემიური) ბუნების უფრო მტკიცე ცვლილებები, კლიმაქსურ მასალასთან შედარებით.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ პრესენილური ბუნების პათომორფოლოგიური ძვრები არ არის მყარი, აბსოლუტურად მტკიცე და მეტ შემთხვევაში ხელახალი აღდგენის, ე. ი. რევერზიბილობის უნარს აშეღვენებს.

კლიმაქსური ძვრების ფუნქციური ხასიათი და პრესენილურ ცვლილებათა რევერზიბილობის დონე საჭიროებს ცალკე განხილვას ყოველ კერძო შემთხვევაში და დამოკიდებულია სხვა გამაუარესებელ ეგზოგენურ ფაქტორებზე.

ცალკეული ეტაპისათვის ასაკოვნება განსაზღვრულია და ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში წლოვანების ფარგლები შეიძლება ინდივიდუალურად შეიცვალოს.

ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზის მსგავსად შეიძლება განვითარდეს როგორც ნადრევი, ისე მოგვიანებული კლიმაქსი, პრესენიუმი ან სენიუმი. მაგალითად, აღწერილია მოხუცებულობისათვის დამახასიათებელი მიკრონეკროზული ფოლაქები 30 — 35 წლების ასაკში და სხვ.

კლიმაქსს უფრო სჩვევია ვეგეტონევროზული და ფსიქონევროზული მდგომარეობა, ხოლო პრესენიუმს — დეპრესიულ-ბოღვითი ხასიათის სინდრომები.

აღნიშნული საკითხი საკიროებს შემდგომ კლანიკურ დაზუსტებას.

ამჟამად ფსიქიატრიაში ცნებებს კლიმაქსი-ინვოლუცია და პრესენიუმი წმარობენ კლინიკურ სინონიმებად; კლიმაქსური და პრესენიული აშლილობები განიხილება ერთ მთლიან ჯგუფში.

როგორც ვიცით, პიროვნების ფსიქიკურ-ფიზიკური შესაძლებლობა და ბიოტონუსი დაღს ასევე ფსიქიკურ აშლილობათა კლინიკურ სურათს.

ახალგაზრდა, ძალღონით სავსე პიროვნება უფრო ხშირად მანაკალური, ექსპანსიური გრძნობებით და აზრებით აღვსილ კლინიკურ მდგომარეობაშია. უკუგანვითარების პერიოდის ფსიქიკური აშლილობისათვის კი დამახასიათებელია დეპრესიულ-მელანქოლიური გრძნობებისა და აზრების პროდუქციები. პრესენიულურ-სენილური ფსიქოზების დროს ვითარდება პიროვნების ძალების ზოგადი ასთენია და უკნობა.

ავადმყოფთა მოქმედება, სურვილები თუ გადაწყვეტილებანი აღსავსეა მომავლისადმი პესიმიზმით. ამ მდგომარეობას ხელს უწყობს ავადმყოფების ფიზიკურ-ფსიქიკური შესაძლებლობის მკვეთრი შემცირება, რის გამოც მათ არ ძალუძთ რაიმე მომავლის დასახვა და აწმყოშიც ვერ ერკვევიან ჯეროვანი კრიტიკით; ავადმყოფები ბოლმიანი ხდებიან, მათ უვითარდებათ თვითდამცირების, თვითბრალდების, მოწამვლის, დევნის, ექვიანობისა და სხვაგვარი ბოლვითი აზრები.

პრესენიუმისა და სენიუმის ფიზიოლოგიის შესწავლა აზუსტებს თვით სენილური და პრესენილური ფსიქოზების კლინიკის. პათოგენეზისა და პროფილაქტიკის საკითხებს.

საინტერესოა მოკლედ შეეჩერდეთ ფიზიოლოგიურ მოხუცებულობაზე.

ღრმა მოხუცებულობის დროს ცენტრალური ნერვული სისტემის „გაცვეთასა“ და ფუნქციის საერთო დაკნინებას თან სდევს მესხიერების აქტიური ფუნქციის შესამჩნევი შესუსტება. ამ შემთხვევებში ძლიერ შესუსტებული ან მთლიანად მოსპობილია ახალ შთაბეჭდილებათა აქტიური დახსოვების უნარი. მოხუცთა გონებრივი აპარატი არა თუ არ მღიდრდება ახალი მასალებით, არამედ ღარიბდება უკვე შექენილი ცოდნის მხრივაც.

მოხუცები, მოკლებული არიან რა ახალ შემოქმედებით შესაძლებლობას, კარგავენ ინტერესს მომავლისადმი და სიამოვნებით იხსენებენ შორეულ ამბებს: წარსულით ცხოვრობენ; უფრო ზუსტად რომ გამოვთქვათ, ცხოვრობენ არა „წარსულით“, არამედ „წარსულში“, ისინი ცხოვრებას ჩამორჩენილი კი არ არიან, არამედ წარსულში არიან

გადასული. ეს გარემოება ხელს უწყობს კონსერვატიზმს აზროვნებასა და შეხედულებებში, მკვეთრი მიზონიზმის განვითარებას.

საქირთა გვანსოვდეს, რომ ცნება მოხუცებლობის შესახებ სრულიად არ შემოიფარგლება მხოლოდ პასპორტის ასაკით, იგი ფუნქციური ცნებაა. როგორც ვიცით, უმეტეს შემთხვევაში 70—75 წლის პირთ შენარჩუნებული აქვთ გონებრივი სიმდიდრე, გრძნობათა სიცხველე, სურვილთა სიხალისე და პიროვნების ზოგად გამოვლინებათა აქტიურობა.

პრესენილურ აშლილობათა კლინიკური ფორმები

ინვოლუციური მელანქოლია პრესენილურ ფსიქოზთა შორის ყველაზე ხშირია. ჩვეულებრივ, იგი ვითარდება ფსიქოტრავმული მომენტების ზეგავლენის შედეგად; ასთენიური განცდები და ცხოვრების სხვადასხვა უსიამოვნება ხელს უწყობს ამ დაავადების განვითარებას.

ზოგ შემთხვევაში ინვოლუციური მელანქოლია იწყება შეუმჩნევლად, შეპარვით, ქარაქტეროლოგიურ თვისებათა თანდათანობითი შეცვლით.

იგი უფრო ხშირია ქალთა შორის და ზოგჯერ უშუალოდ მოსდევს თვიურის შემციობას ან სრულ შეწყვეტას.

ინვოლუციური მელანქოლია როგორც თავისი ბიოლოგიური არსით, ისე კლინიკური სურათის სტრუქტურით მკვეთრად განსხვავდება ციკლოფრენიული ბუნების მელანქოლიური ფსიქოზისაგან და სრულიად დამოუკიდებელი ავადმყოფური ფორმაა.

ციკლოფრენიული მელანქოლიისაგან განსხვავებით, პრესენილური დეპრესიის შემთხვევაში ცხადია ავადმყოფის პიროვნების სომატურ-ფსიქიკური გაცემა. ავადმყოფი მობერებულნი, ფიზიკურად მოტეხილია, თავის ასაკთან შედარებით უფრო მეტი ხნისას ჰგავს.

ფსიქიკური ტონუსის დაქვეითებას ზოგჯერ თან სდევს ცერებრული არტერიოსკლეროზის მოვლენებიც; დამახასიათებელი და თავისებურია ინვოლუციური მელანქოლიის კლინიკური სურათიც.

დაძაბული, განუწყვეტელი და ხანგრძლივი შფოთვა, რომელსაც თან სდევს საზარელი ამბის მოლოდინი, პრესენილური (ინვოლუციური) კლინიკისათვის ძირითადია, ციკლოფრენიული მელანქოლიის დროს კი აღინიშნება ბოლმიანი მდგომარეობა გუნება-განწყობის მკვეთრი დაქვეითებით.

ციკლულარული ფსიქოზის დროს დევნის ბოდვები წინა პლანზე არა დგას.

სულ სხვაგვარი სურათია პრესენილური მელანქოლიის შემ-

თხვევებში. ამ დროს თვითბრალდების, ცოდვიანობის, გადატაკების, განადგურების ბოძებთან ერთად აღინიშნება აგრეთვე დევნითი ხასიათის ბოძებითი პროდუქციები. ავადმყოფები დაძაბულად ელიან სიკვდილს, დახვერტა-ჩამოხრჩობას, დაწვას და ა. შ.

ავადმყოფთა გუნება-განწყობა განსაკუთრებით დეპრესიულია, ხოლო თვითგარძნობა მკვეთრად დაქვეითებული. ამ უკანასკნელს ხელს უწყობს საერთო ფიზიკური ასთენია და შიდასეკრეციულ-ვეგეტატიური ძვრები, რომლებიც ბიოლოგიური ფონია უამრავი იპოქონდრიული ხასიათის ჩივილისა და შეგარძნებისათვის.

ციკლულარული მელანქოლიის დროს გარძნობითი და გონებრივი სფეროების ასთენიური გამოვლინებების პარალელურად ვითარდება მოტორული ფუნქციებისა და ნებითი რეაქციების დეპრესია, რაც ზოგჯერ ფსიქომოტორული ან დეპრესიული სტუპორის დონესაც კი აღწევს.

პრესენილური მელანქოლიის დროს პირუკუ მდგომარეობაა.

თვითგარძნობის, გუნება-განწყობის მკვეთრი შეცვლა და პრესენილური ბუნების ბოძეები ავადმყოფის პიროვნებაში ხელს უწყობს შფოთვის დაწვებას და მოტორულ-ნებითი შეფერხება-შეკავების ნაცვლად ვითარდება აქტივაცია: ავადმყოფები მოუსვენრად არიან, ერთ ადგილზე ვერ ჩერდებიან, აქვთ დაუძლეველი უძილობა, განუწყვეტლივ შფოთავენ; დაბოღმიანებული ავადმყოფები სულ მოძრაობენ, ფუსფუსებენ, მაგრამ სიმშვიდეს ვერ პოულობენ.

კლინიკური გამოვლინების მხრივ პრესენიუმის დროს აქტივაციური მელანქოლია ვითარდება.

საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ბოძვიანი, დაძაბული, შფოთიანი ავადმყოფები ხშირად ცდილობენ ჩაადინონ თვითმკვლელობა; რადგანაც გონებრივი ფუნქციები შენარჩუნებული აქვთ. ავადმყოფები ახდენენ დისიმულაციას და ღებულობენ ყოველგვარ ზომებს თავიანთი გადაწყვეტილების შესასრულებლად.

პრესენილური მელანქოლია ხშირად გრძელდება რამდენიმე თვე, ზოგჯერ რამდენიმე წელიც.

თავის ტვინის სისხლძარღვთა მძიმე არტერიოსკლეროზის ან სხვა რაიმე მეორადი ვართულებების შემთხვევაში ავადმყოფი ქანმრთილდება, მაგრამ მის ფსიქიკურ აპარატს ემჩნევა პიროვნების ტონუსის ერთგვარი შესუსტება.

ინვოლუციური შიზოფრენია, ანუ მოგვიანებულ კატატონია. პრესენილურ ფსიქოზთა შორის სიხშირის მხრივ ამ ფორმას მეორე ადგილი უკავია. ავადმყოფობას აქვს შიზოფრენიული გამოსახულება: აღინიშნება დევნის ბოძეები, დაუსაბუთებელი შიში და სხვადასხვა კატატონიური მოვლენა (უფრო ხშირად ნეგატივიზმი და სტერეოტიპია).

გარეგნული მსგავსების მიუხედავად, მოგვიანებული შიზოფრენია მკვეთრად განსხვავდება ნამდვილი შიზოფრენიისაგან როგორც ფსიქოზის სტრუქტურის, ისე მიმდინარეობის მხრივ.

პრესენილურია, ანუ ინვოლუციური შიზოფრენიის დროს ემოციური სფერო და გონებრივი შესაძლებლობანი შენარჩუნებულია.

ხანგრძლივი აუტაციები ან საკმელზე უარის თქმა არასასურველი პროგნოზის მომასწავებელია, უკანასკნელ - შემთხვევაში ფსიქიკურ დეფექტს თან სდევს აგრეთვე მკვეთრი ფიზიკური ასთენია.

ინვოლუციური პარანოია ერთ-ერთი კლინიკურად მნიშვნელოვანი ფორმაა პრესენილური ბუნების ფსიქოზთა შორის.

გარკვეული კონსტიტუციური ფონის შემთხვევაში (მიდრეკილება ფაქტებისა თუ მოვლენების ბოღვითი გადამუშავებისადმი) პიროვნების ფსიქიკურ-ფიზიკურ ძალთა დაქვეითება მდიდარი წყაროა, რომელიც ბოღვით პროლექციებს აძლევს არა მარტო ბიძგს, არამედ შინაარსობრივადაც აფორმებს მათ.

ასთენიური ბოღვები მეტად უსიამო ტონისაა. აღინიშნება დევნის, ზიანის მიყენებისა და სხვა შინაარსის ბოღვები: ყველაზე ხშირია ექვიანობის ბოღვები, რომლებშიც ქარბადაა სექსუალური წარმოდგენები, შეგრძნებები და განცდები.

ექვიანობის ბოღვითი აზრები იმდენად ხშირი და გამოკვეთილია, რომ ინვოლუციურ, ანუ პრესენილურ პარანოიას შეიძლება ვუწოდოთ ექვიანობის პარანოიას.

ინვოლუციური ბუნების ექვიანობის გამოვლინებას ხელს უწყობს როგორც ეგზოგენური, სიტუაციური მომენტებით გაპირობებული ფსიქიკური ტრავმები, ისე აუტონტოქსიკაციურ ძვრებთან დაკავშირებული უსიამო შეგრძნებები და პალუცინაციები (პირველ რიგში სმენითი აალუცინოზი).

გონებრივი ფუნქციის შენარჩუნების გამო პრესენილურ ავადმყოფთა ბოღვები მკვეთრად განსხვავდება პროგრესული პარალიზისა და შიზოფრენიის ბოღვებისაგან. როგორც ვიცით, პროგრესული პარალიზის დროს ბოღვებს აქვს ზოგადი კუთაუსტობის დალი, ხოლო შიზოფრენიის დროს ცხადია ასოციაციურ შესაძლებლობათა გახლეჩა.

ინტელექტუალური სფეროს შენარჩუნების მიუხედავად, ექვიანობის ბოღვა არცთუ იშვიათად წარმოუდგენელი შინაარსისაა, მაგალითად, ავადმყოფი ამბობს, რომ ქმარი ღალატობს საკუთარ დასთან ან შვილთან ანდა, პირიქით, ცოლი ღალატობს საკუთარ ძმასთან და შვილთან და სხვ.

ექვიანობის ბოღვებთან ერთად ავადმყოფებს უვითარდებათ აგრეთვე დევნისა და მოწამვლას ბოღვები: მოლაღატე ქმარს ან ცოლს

ვანზრახული აქვს თავის საყვარელთან ერთად შეიმუშაოს ავადმყოფის ფიზიკური მოსპობის გეგმა.

პრესენილური ბოღვა მოკლებულია ზოგად გაურკვეველობას, არა აქვს დიფუზიური ხასიათი და მისთვის ყოველთვის არსებობს ბოღვითი „ძიების“ საგანი. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ავადმყოფური „ძიების“ კონკრეტულ ობიექტს იღებენ გარე წრიდან (ნაცნობებს, მახლობლებს).

ექვიანობის გარდა, ზოგჯერ აღინიშნება (უფრო ხშირად ქალებს შორის) სხვა სახის სექსუალური ბოღვები, რომელთა დროს ავადმყოფები ზოგეობობენ სასქესო ორგანოებში მრავალგვარ შეგრძნებათა შესახებ. ავადმყოფები აღტყინებით გადმოგვცემენ, რომ მათ არ აქვთ სექსუალური მოსვენებას არც დღე. არც ღამე, რომ რაღაც მაქინაცობით განუწყვეტლივ მოქმედებენ მათ სასქესო აპარატზე, რომ ისინი უკვე ორსულად არიან, მზად არიან მშობიარობისათვის და სხვ.

იშვიათ შემთხვევებში პრესენილური ბოღვა შეიძლება განდიდების ხასიათისა იყოს: ავადმყოფს მიაჩნია, რომ ის არის ყველაზე მდიდარი, ლამაზი და ჰქვიანი.

პრესენილური ბოღვები ხანგრძლივი მიმდინარეობისაა. ამასთან ერთად, ავადმყოფობას სჩვევია ერთგვარი ცვალებადობა: ბოღვით დაძაბვას შეიძლება მოჰყვეს შერბილება-კომპენსაციის პერიოდი და პირუტყუ.

ეგზოგენური გამართლებელი ფაქტორების მოხსნასა და კლიმაქსის ჩათავებას შესაძლოა მოჰყვეს ავადმყოფური მოვლენების შესუსტება ან სრული მოსპობა. უნდა გვახსოვდეს, რომ პრესენილური პარანოია დიდ დღს ასევეს ადამიანის ფსიქიკურ აპარატს; გამოჯანმრთელების შემთხვევაშიც კი პიროვნებას ეტუობა ერთგვარი დაქვეითების (დეგრადაციის) ნიშნები.

საერთოდ, ინვოლუციურ მელანქოლიასთან შედარებით, ინვოლუციური პარანოიას დროს პროგნოზი უფრო საეკვო და სერიოზულია. ტვინის არტერიოსკლეროზისა და სენილური მოვლენების თანდართვა აუარესებს ავადმყოფობის კლინიკას: ბოღვები უფრო მკვირვდება, აბსურდული აზრები მატულობს, ამასთან ერთად ვიფარდება პიროვნების დეფექტის უფრო მყარი ნიშნები.

ინვოლუციური ისტერია, რომელიც პირველად აღწერა საბჰოთა მეცნიერმა გეიერმა, პრესენილური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ფუნქციური მდგომარეობაა და ეკუთვნის პრესენილური რიგის ფსიქოგენიებს.

, ფსიქიკურ-ფიზიკურ ძალთა შესუსტება და ენდოკრინულ-ვეგეტაციური მკვეთრი ძვრები, რომლებიც აღინიშნება ინვოლუციის დროს,

ცერებრული არტერიოსკლეროზის მსგავსად, ხელს უწყობს პიროვნების მზადყოფნას ნევროზული და ფსიქონევროზული რეაქციებისადმი. ავადმყოფთა ემოციური სფერო ხდება მეტად ლაბილური, გადაქარბებულად მგრძნობიარე, ვითარდება ისტერიული გულყრითი შეტევები. ამ დროს პრესენილური ბუნების სუსტი ფსიქოპათოლოგიური ნიშნებია (ძვრები).

პრესენილურ ფსიქოზთა მიმდინარეობა და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები

პრესენილურ ფსიქოზთა კლინიკა თეორიულ-პრაქტიკულად მეტად მნიშვნელოვანია. ამავე დროს უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფსიქიატრიაში ეს საკითხი ჯეროვან დამუშავებას საჭიროებს.

გადაჭრით შეიძლება ვთქვათ, რომ საკითხი პრესენილურ ფსიქოზთა ფუნქციურობის შესახებ ამჟამად სავსებით დადგენილია.

ნევროლოგიური სიმპტომების არარსებობის მიუხედავად, პრესენილური ფსიქოზი პროგრესიული დაავადებაა, რომელიც იწვევს შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ძვრებს. პათოპისტოლოგიურ ცვლილებებს აქვს დეგენერაციული ხასიათი და პირველ რიგში ეხება ექტოდერმულ, ე. ი. პარენქიმულ (განგლიურ) ელემენტებს. მსუბუქი გამოვლინების პრესენილური ფსიქოზების დროს პისტოლოგიური ცვლილებები შესაძლოა აღდგენადი ხასიათის იყოს.

ყველაზე მძიმე პათომორფოლოგიური ძვრები უნდა იყოს პრესენილური, აქიტაციური მელანქოლიის შემთხვევებში. შეიძლება დავუშვათ, რომ მკვეთრი ავზნებისა და, ამასთან, ცნობიერების აშლიან ფორმების შემთხვევებში თავის ტვინის ნერვული ქსოვილი უნდა განიცდიდეს მძიმე ინტოქსიკაციას.

პარანოიდულ ფორმას ახასიათებს წელი და დუნე მიმდინარეობა.

პრესენილური ფსიქოზის დროს პროგნოზის დასადგენად განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში მთელი სიზუსტით უნდა მივიღოთ მხედველობაში ავადმყოფთა ფსიქიკურ-ფიზიკური პროფილის კონსტიტუციური თავისებურებანი, ორგანიზმის ინტოქსიკაციის დონე და, აგრეთვე, მეორადი გამართულბენი მნიშვნელობის ეგზო-ენდოგენური ფაქტორები (ენდოკრინულ-ვეგეტატიური აპარატის მდგომარეობა, ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზის ნიშნები, სენილური გამოვლინებანი და სხვ.).

პრესენილური ფსიქოზების დიფერენციული დიაგნოზის დადგენის დროს, როგორც ყოველთვის, საჭიროა სხვადასხვა ფაქტორის, მოვლენათა კომპლექსის გათვალისწინება. მართო ასაკით პრესენილური ფსიქოზი ვერც დადგინდება და ვერც გამოირიცხება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ პრესენიუმის ასაკში (45 — 65) ადვილად შეიძლება განვითარდეს სხვა ბუნების ფსიქოზებიც, ხოლო თვით ინვოლუციური ფსიქოზი შეიძლება ჩამოყალიბდეს პრესენილური პერიოდის აღნიშნული ფარგლების გარეთ: უფრო ადრე ან უფრო გვიან. პირველ რიგში საჭიროა დაერწმუნდეთ პრესენილური ხასიათის ფსიქიკურ-სომატურ ძვრებში, რომლებიც ჩართული უნდა იყოს თვით პრესენილურ ფსიქოზთა კლინიკურ ფენომენოლოგიაში.

როგორც აღვნიშნეთ, დიფერენციული დიაგნოზის დადგენის დროს უნდა გამოვირიცხოთ ცირკულარული მელანქოლია, შიზოფრენია, ქრონიკული პარანოია, სენილური ფსიქოზი და თავის ტვინის სისხლძარღვთა არტერიოსკლეროზი.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ პრესენიუმის დროს გონებრივი ფუნქციები საკმაოდ შენარჩუნებულია: ცალკეული გაღიზიანება ემჩნევა მხოლოდ ემოციურ ნებით სფეროს: თვითგრძნობა-გუნება-განწყობის ზოგად დაქვეითებასთან ერთად ავადმყოფებს მკვეთრად ემჩნევათ შფოთვა, მოუსვენრობა. ცირკულარულ მელანქოლიას ახასიათებს ავადმყოფური ბოლმის შეტევითი ხასიათი, შფოთვა კი — არა.

აფექტური სფეროს შენარჩუნება ფსიქიკური გახლეჩილობის გარეშე ლაპარაკობს შიზოფრენიის საწინააღმდეგოდ.

ინვოლუციური ბოდვებისათვის დამახასიათებელია გარკვეული შინაარსი (ექვიანობის ბოდვები), ნაკლები სისტემურობა, პალუცინაციებისა და იპოქონდრიულ შეგრძნებათა თანაარსებობა, რაც ქრონიკული პარანოიას დროს არ აღინიშნება.

სენილური ფსიქოზის გამორიცხვისას უნდა გვახსოვდეს, რომ სენიუმისათვის დამახასიათებელია ნევროლოგიური ნიშნები, პიროვნების ღრმა ცვლილებები და გონებრივი სფეროს მკვეთრი დეგრადაცია.

ინვოლუციურ და არტერიოსკლეროზულ მელანქოლიათა ურთიერთგამიჯვნის დროს საჭიროა გვახსოვდეს შემდეგი თავისებურებანი: არტერიოსკლეროზულ ფსიქიკას ახასიათებს ლაბილობა, პრესენილურ კლინიკას კი — შფოთვა და დენის ბოდვები; არტერიოსკლეროზთან შედარებით. პრესენიუმი იწვევს გონებრივ ფუნქციათა ნაკლებ აშლას; მიუხედავად ამისა, პრესენიუმის დროს პიროვნებას ემჩნევა უფრო მეტი ზოგადი ცვლილებები და ღრმა ძვრები, ვიდრე ტვინის არტერიოსკლეროზის შემთხვევაში.

პრესენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა და მკურნალობა

პრესენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა მკიდროდაა დაკავშირებული ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის ზოგად საკითხებთან.

ფსიქოტრაავმულ მომენტთა მნიშვნელოვანი შემცირება, ჭეროვანი

კვება და შრომის რეჟიმის დაცვა ხელშემწყობი, დამხმარე მომენტები იმისათვის, რომ ინვოლუციურმა პერიოდმა არ დაარღვიოს პიროვნების წონასწორობა, არ გამოიწვიოს ფსიქიკურ-ფიზიკური აშლილობანი.

თუ პრესენილურმა დაავადებამ მიიღო გამოკვეთილი ფსიქოზის სახე, აუცილებლად საჭიროა ავადმყოფთა მოთავსება ფსიქიატრიულ სტაციონარში (ვინაიდან ოჯახურ პირობებში მათ ადვილად შეიძლება ჩაიდინონ თვითმკვლელობა). თბილი აბაზანები, წოლითი რეჟიმი, ნარკოზული საშუალებები, ზოგჯერ ძილის მომგვრელი პრეპარატები, შერჩევითი შრომათერაპიის დანიშვნა და, ბოლოს, ფსიქოთერაპიული ღონისძიებები ინვოლუციურ, ანუ პრესენილურ ფსიქოზთა მკურნალობის საშუალებებია.

ნაჩვენებია ნეიროპლეგიური საშუალებებისა და ენდოკრინული პრეპარატების (ო ვ ა რ ი ნ ი, ს პ ე რ მ ი ნ ი) ფართო ხმარება.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეოდეს კვებას. სასურველია რძე, რძის პროდუქტები, მწვანე მწიფე ხაჭაპური, ყურძენი, ვაშლი, მსხალი, ციტრუსები და ხშირად — ნედლი თევზი, იშვიათად — ფრინველი, მაგარი სასმელები აკრძალულია.

ფიზიოთერაპიული საშუალებებიდან საჭიროა ვინმაროთ დარსონვალის და იონგალვანიზაცია იოლით.

ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერებისა და კვების აწვევის მიზნით შეიძლება ავადმყოფს დაუენიშნოთ ინსულინი მცირე დოზებით (უზომოზე 1—2—3 ერთეული: ინექციიდან ორი საათის შემდეგ 80—100 გ შაქარი).

სენილური პარანოსიზაცია

სენილური ექვიპოზიციის კლინიკა

სენილური ბუნების ფსიქოპათოლოგიური ძვრები, როგორც წესი, ვითარდება 60 — 65 წლას შემდეგ. ამ დროს ფსიქოზის მიზეზი დაკავშირებულია თავის ტვინის ნერვული ქსოვილის სენილური ბუნების ცვლილებებთან (დეგენერაციული ცვლილებები), ამიტომ დაავადების კლინიკური სურათი და გამოვლინებანი მთლიანად ორგანულ ფონზეა გაშლილი.

აქვე აღვნიშნავთ, რომ სენილური ფსიქოზი თანაბარი სიმშრითაა ქალთა და მამაკაცთა შორის.

ინვოლუციურ-პრესენილური ფსიქოზისაგან განსხვავებით, მოხუცებულობითი აშლილობის დროს ფსიქოტრავმული მომენტები ნაკლებ

ბი მნიშვნელობისაა. დაავადების ძირითადი ბიოლოგიური მიზეზია ორგანიზმის მძიმე აუტონტოქიკაცია. რომელიც, თავის მხრივ, დაკავშირებულია ენდოკრინული აპარატისა და სხვა შინაგან ორგანოთა სენილურ ინვოლუციასთან. აღნიშნული აუტონტოქიკაციის გამოვლენება-გაძლიერებას, ხელს უწყობს სხვადასხვა ფაქტორი, მავალითად, ცხოვრების მძიმე, მომქანცველი პირობები, ალკოჰოლიზმი, ტოქსიკურ-ინფექციურ დაავადებათა დამთხვევა და სხვ.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ მოხუცებულობითი ფსიქოზის შემთხვევებში შესაძინევი არა მარტო ფიზიოლოგიური სენიუმის ნიშანთა გამოვლენა-გაძლიერება. არამედ პიროვნების სრულად ახალი თვისებებიც. ბიოლოგიური არსისა და კლინიკური სტრუქტურის მხრივ სენილური ფსიქოზი ძირფესვიანად განსხვავდება ფიზიოლოგიური მოხუცებულობისაგან. აღინიშნება თვისობრივი და არა რაოდენობრივი ცვლილებები.

დაავადების ძირითადი ნიშანია პიროვნებას ორგანული ხასიათის მკვეთრი დაქვეითება, მკვეთრი დეგრადაცია. განსაკუთრებით აღსანიშნავია ქუთასუსტობა და აფექტური სიჩლუნგე. ქუთასუსტობა იწყება შეუმჩნეველად, თანდათანობით. პროგრესულად სუსტდება მოვლენებისა და ფაქტების როგორც დახსოვების, ისე განხეხების უნარი. მეხსიერების პათოლოგიის გამო ავადმყოფები ვერ ახერხებენ შთაბეჭდილებათა ფიქსაციას და დეფექტის თავისებურ კომპენსაციას ახდენენ კონფაბულაციებისაღმი მიდრეკილებით. ავადმყოფთა გონებრივი სფერო ჩლუნგდება, მათ ეკარგებათ ინტერესი გარემოსადმი, ესპობათ შემოქმედებითი ინიციატივა. ინტელექტთან ერთად ჩლუნგდება აფექტურ-ემოციური სფეროც. ავადმყოფები კარგავენ ემოციურ განცდათა და მორალურ წარმოდგენათა სინატიფეს, ახლობლებისაღმი ცხოველ ინტერესს და გრძნობებს, უსიამო აშბებისაღმი გულგრილი არიან.

ავადმყოფის პიროვნებაში თავს იჩენს პათოლოგიურად გამოხატული ეგოიზმი, რომელიც ასევე ავადმყოფურად ავიწროებს ადამიანურ, ინტერესებს და მაღალ სოციალურ წარმოდგენათა ნაცკლად აღვივებს ვეგეტატიურ ფუნქციებსა და ორგანულ მიზიდულობებს.

მაღალი ინტერესები და ნატიფი სურვლები შეცვლილია ჭამისათვის გადაჭარბებული მიდრეკილებით. ოდესღაც თავდაპირილი, ღარბანისელი პიროვნება ახლა ადვილად ღიზიანდება. თავდაუპერელია, ბეკრის ლაპარაკობს, ბუზღუნებს, აგროვებს ძველმანს, მას სიამოვნებას სექსუალურ, ეროტიულ თემებზე ლაპარაკი, განსაკუთრებით მცირეწლოვანთაღმი იჩენს ცინიზმს და სხვ.

ქერქული აპარატის სენილური ატროფიისა და მკვეთრი იშემიის გამო ავადმყოფები დღისით მოთენთილები არიან; ჭდომის, ხან კი ლაპარაკის დროსაც თვლემენ, სამაგიეროდ, ღამით მათი ცენტრალური

ნერვული სისტემა გაღიზიანებულია. ავადმყოფები თვითონ მოუსვენრობენ და სხვათაგან არ ასვენებენ: ღამით დადიან, დაფუსფუსებენ, სხვებს ალვიძებენ, თითქოს ეძებენ რალაცას, კარებს და ფანჯრებს ათვალიერებენ, რომ კარგად იყოს დაკეტილი და ქურდები არ შეიპარონ, მხოლოდ გათენების უამს მშვიდდებიან და იძინებენ: ავადმყოფთა გუნება-განწყობა-თვითგრძნობა, როგორც წესი, დაქვეითებულია.

ხშირად სენილური ფსიქოზის დროს ვითარდება ბოდვითი აზრები, რომლებიც უსისტემო შინაარსისა და შემთხვევითობის მხრივ ძლიერ ჰგავს პროგრესული პარალიზით დაავადებულ კეჟსუსტთა ბოდვით პროდუქციებს.

ჩვეულებრივ, აღინიშნება თვითდანაშაულის, თვითდამცირების, დენის, განადგურების, ყველაფრის უარყოფის, ხოლო, იშვიათად, განდიდების ბოდვები.

ავადმყოფები გამოთქვამენ აზრს, რომ ისინი განწირული არიან, არავითარი საარსებო წყარო არა აქვთ, რომ ავაზაკებმა მათ ყველაფერი მოსტაცეს და სხვ.

გაქურდვის ბოდვებს ხელს უწყობს აგრეთვე მეხსიერების პათოლოგია. მათ ყველაფერი ავიწყდებათ, ამიტომ თავიანთ პირად საგნებს ვეღარ პოულობენ. ყველაფრის უარყოფის ბოდვა მაქსიმალურად ვითარდება: ავადმყოფები უარყოფენ როგორც გარემოს, ისე თავიანთ თავს; ამბობენ, რომ ისინი არიან გვამები, უკვე კარგა ხანია დაიხოცნენ, მათ აღარ აქვთ ფილტვები, გული, კუჭი ან ტვინი. ავადმყოფებს კრიტიკა სრულიად მოსპობილი აქვთ: თავს ავადმყოფად არ მიიჩნევენ, სხვებს ადანაშაულებენ და „კეჟსუს ასწავლიან“.

სენილურ ფსიქოპათოლოგიას დებრესიულ-დემენციური ფონი აქვს, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც პარანოიდული ან ექსპანსიური ელემენტები ქარბადაა.

სენილური კეჟსუსტობა დროდადრო შეიძლება გამწვავდეს ცნობიერების შეცვლით, ბოდვებისა და ჰალუცინაციების მოზღვავეებით და მოტორული აგზნებით.

არტერიოსკლეროზით გართულებულ სენილური პროცესი იძლევა ინსულტებს ან ინსულტისმაგვარ მოვლენებს, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს გონებრივი სფეროს გაღარიბებას და პაროვნების საერთო დაქვეითებას.

ფსიქიკურ და ფიზიკურ დაქვეითებას მოსდევს ე. წ. სენილური მარაზმის პერიოდი; ავადმყოფები ფსიქიკური ფუნქციების მხრივ სრულიად უმწეონი არიან, ხოლო ფიზიკურად — დავრდომილი, ლოგინად ჩავარდნილი, უსუფთაო; მათ უვითარდებათ ნაწოლები. ჩვეულებრივ, 3 — 4 წლის შემდეგ სენილური მარაზმი მთავრდება სიკვდილით. სიკვდილის უშუალო მიზეზი შეიძლება გახდეს რაიმე მეორადი შემთხვევი-

თი დაავადება (ფილტვების ანთება, კუჭ-ნაწლავის აშლილობა, სეპტიცემია და სხვ.).

ვერნიკემ სენილურ ფსიქოზთა შორის დამოუკიდებელი ქვეფორმა გამოყო, ე. წ. პრესბიოფრენია.

აღნიშნული ფორმის შემთხვევაში წამყვანი კლინიკური ნიშანია მეხსიერების პათოლოგია, სახელდობრ, ფიქსაციის სრული უუნარობა და კონფაბულაციები. ქვევის გარეგნული გამოვლინების მხრივ ავადმყოფები ძლიერ ზრდილობიანი არიან და თითქოს მოწესრიგებულ ადამიანთა შთაბეჭდილებას ტოვებენ, არსებითად კი უსუსურნი, უმწეონი არიან, ფიქსაციის სრული მოსპობის გამო გარემოში ვერ ახდენენ ორიენტაციას: არ იციან, სად არიან, ვის ესაუბრებიან, ერთსა და იმავე პირს მრავალჯერ ეცნობიან და სხვ. მათი დეზორიენტირება ამნეზიური დეზორიენტაციის სახის ხდება.

მართლაც, პრესბიოფრენიის დროს ბოძებები, ჰალუცინაციები ან სხვა ფსიქოპათოლოგიური ნიშნები არ აღინიშნება, მაინც მეხსიერების პათოლოგია ისეთ დონეს აღწევს, რომ ავადმყოფის პიროვნება მოკლებულია გონიერი ორიენტირებისა და ქვევის ყოველგვარ შესაძლებლობას.

ავადმყოფებს აქვთ ანტეროგრადული ამნეზიები, რაც ძლიერ გავგონებს კორსაკოვის სინდრომს. საჭიროა გვახსოვდეს. რომ ამ სინდრომის შემთხვევაში მეხსიერების პათოლოგია უმთავრესად წარმოდგენილია ფსევდორემინისცენცია-კონფაბულაციებით: პრესბიოფრენიის შემთხვევებში, პირიქით, პიროვნება უფრო მეტადაა შებღალული: კონფაბულაციათა და ანტეროგრადული ამნეზიების გარდა, ვითარდება აგრეთვე შორეული რეტროგრადული ამნეზიები და საერთო გონებრივი გაღარიბების—დემენციის ნიშნები. ზოგჯერ ანტერო-რეტროგრადული ამნეზიები იმდენად განვითარებულია, რომ პრესბიოფრენიიან ავადმყოფებს დაკარგული აქვთ ყოველგვარი ფაქტიური მასალის როგორც ათვისების, ისე გახსენების უნარი. მათ ძალუძთ მხოლოდ და მხოლოდ ზოგიერთი ფაქტის გახსენება ბავშვობის ან ყრმობის პერიოდიდან.

სენილურ ფსიქოზთა დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები

მოხუცებულობით ფსიქოზს აქვს სრულიად გარკვეული პათანატომიური და პათოფიზიოლოგიური საფუძვლები, ამიტომ დაავადების კლინიკური სიმპტომატოლოგიისა და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები განხილული უნდა იყოს ამ პოზიციებიდან.

არცთუ იშვიათად გვიხდება ზუსტი დადგენა, თუ რასთან გვაქვს საქმე: ფიზიოლოგიურ თუ პათოლოგიურ სენიუმთან. ცხადია, საკითხის ჭეროვან გადაჭრას დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რასაც

უნდა მოჰყვეს ავადმყოფთათვის შესაბამისი უფლებრივი შედეგები. მარტო ასაკით არ შეიძლება განესაზღვროთ ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მოხუცებულობა. არც ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის ცალკეული შეფასებაა უტყუარი სადიაგნოზო კრიტერიუმი.

როგორც ვიცით, ფიზიკურ მობერებას ყოველთვის თან არ სდევს ფსიქიკური უქმარისობა, ყოველთვის არ არის ზუსტი პარალელიზმი.

გილიაროვსკის აზრით, მოხუცებულობითი ჰქუასუსტობისათვის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია ახალი მასალების ათვისების უნარის დაკარგვა, რაც ფიზიოლოგების მიერ შენიშნული იმ ფაქტის კლინიკური გამოვლინებაა, რომ მოხუცებულ ტვინს არ ძალუძს (ან მეტად შეზღუდული აქვს) პირობითი რეფლექსების შემუშავება.

მეხსიერების პათოლოგია, ბოღითი პროდუქციები და გარემოში დეზორიენტაცია მიგვითითებს სენილურ ფსიქოზზე. ფიზიოლოგიური სენიუმის გამორიცხვასა მხედველობაში უნდა მივიღოთ ჰქუასუსტობის გამოვლინებანი, პიროვნების დეგრადაციის დონე და სოციალურ წრესთან შრომითი კავშირის გაწყვეტის ფაქტი.

თეორიული და პრაქტიკული ინტერესის მხრივ მეტად მნიშვნელოვანია სენილური და პრესენილური კლინიკის ურთიერთგამიჯვნა; ამ დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ პიროვნების მდგომარეობა და ცალკეული ცვლილება გონებრივი სფეროს მხრივ.

კლინიკური მასალის ანალიზის დროს უნდა გავითვალისწინოთ, რომ პრესენილური და სენილური ფსიქოზების გამოკვეთა-ჩამოყალიბებადღე ავადმყოფთა ფსიქიკურ სფეროში ვითარდება შეუმჩნეველად და ხანგრძლივად მიმდინარე წინასწარი ძვრები. როგორც ყოველთვის, შეუდარებელ დაბმარებას გავვიწვევს პრემორბიდის დეტალური შესწავლა და ჯეროვანი ანალიზი.

საპიროდ მიგვაჩნია გავიხსენოთ გილიაროვსკის შეხედულება „პრეფსიქოზური პიროვნებისა“ და „პრეფსიქოზური მდგომარეობის შესახებ“. მისი აზრით, ეს ორი ცნება სხვადასხვაგვარია როგორც გამოვლინებათა, ისე პათოზოლოგიის არსის მხრივ. ავტორის აზრით, ცნება „პრეფსიქოზური პიროვნების“ შესახებ გულსხმობს წინაგანწყობას — მზადყოფნას, რასაც წამყვანი მნიშვნელობა აქვს ფუნქციური ფსიქოზების შემთხვევებში (მაგალითად, ცირკულარული ფსიქოზი). და, პირიქით, „პრეფსიქოზური მდგომარეობა“, ანუ ძვრები სჩვევია პროცესული ბუნების დაავადებებს, მაგალითად, პროგრესულ პარალიზს, ცერებრულ არტერიოსკლეროზს, უკუგანვითარების (სენილურ-პრესენილურ) ფსიქოზებსა და, ნაწილობრივ, შიზოფრენიას.

გილიაროვსკი აღნიშნავს, რომ სულ სხვადასხვა პრეფსიქოზური მდგომარეობის სურათი და მიზეზები სენილურ, პრესენილურ და არტერიოსკლეროზულ შემთხვევებში.

არტერიოსკლეროზის დროს წინასწარი ფსიქოზური ცვლილებები რაოდენობრივი ხასიათისაა (ფსიქიკურ ფუნქციათა ტემპი შეზღუდულია) და ნერვული ქსოვილის კვების დაქვეითების შედეგია.

პრესენილურ ფსიქოზთა წინა ძვრები გულისხმობს ინვოლუციურ ნომენტებს და ამის ნიადაგზე გუნება-განწყობის ძირითადი ტონის ცვლილებებს.

სენილური კვუასუსტობის დროს აღნიშნება ემოციურ-ნებითი აშლილობანი, მაგრამ წაყვანა როლი ეკუთვნის ინტელექტის პათოლოგიას.

როგორც ვიცით, სენილურ ფსიქოპათოლოგიას საფუძვლად უდევს თავის ტვინის ნერვულ ელემენტთა ორგანული დაზიანება.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას საჭიროა სიფხიზლე, რომ სენილური დემენციის პრესბიოფრენიული ფორმა კორსაკოვის ფსიქოზად არ მივიღოთ. როგორც ვიცით, კორსაკოვის ფსიქოზი არ ემართებათ ხანშესულ პირებს, არ იწვევს ფსიქიკის განფენილ დაზიანებას და თანდართული აქვს პოლინევრიტი.

სენილური ფსიქოზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა

სენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა დაკავშირებულია ზოგადი ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხებთან.

ცხადია, შრომისა და კვების რეჟიმის დაცვა ხელს შეუშლის ორგანიზმის მობერებას და მის ფსიქიკურ-ფიზიკურ ძალთა გაცვეთას.

მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია და პირველ რიგში უნდა იხახავდეს ავადმყოფის ფიზიკური მდგომარეობის გაძლიერება-გამაგრებას. დადებითად და დამაშვილებლად მოქმედებს თბილი აბაზანები. პრეპარატებიდან შეიძლება ვიხმაროთ იოდი, ბრომი და სხვადასხვა ძილმომგვრელი საშუალება. მეავე, გამალიზიანებელი საკმელო და სპირტეული სრულიად უნდა ავიკრძალოთ, კარგია რძე, მაწონი, ტკბილეულობა, ხილი, მწვანილეულობა, ნედლი თევზი და სხვ. საჭიროა კუჭის მოქმედების რეგულარება.

სენილური მარაზმის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მოვლასა და სისუფთავეს, რათა არ განვითარდეს ძვლების მოტეხილობა ან ნაწოლები. აგზნებული და მოუსვენარი ავადმყოფები საჭიროებენ ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებას, ხოლო მშვიდი ავადმყოფები შესაძლებელია დარჩნენ ოჯახის პირობებში და სპეციალურად დისპანსერის სამედიცინო ყურადღების ქვეშ იმყოფებოდნენ.

ავადმყოფები საჭიროებენ სუფთა ჰაერს, მშვიდ, მყუდრო პირობებს.

სასურველია, ავადმყოფებს ჰქონდეთ ადვილი შრომითი დავალებები. უნდა გვახსოვდეს, რომ უსაქმურობა ხელს უწყობს პიროვნების დაქვეითებას, მის გონებრივ გაღარიბებას.

მონუსხავალოებითი ფსიქოზების აბიკური ფორმები

არსებობს სენილური ატროფიის შემოსაზღვრული ფორმები, როდესაც პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია დიდი ჰემისფეროების ცალკეული უბანი. უფრო ხშირად შუბლის, ქვედა თხემისა და საფეთქლის წილის ხვეულები. ასეთი ლოკალიზაციის გამო დიფუზიური აშლის ნაცვლად ბუდობრივი სიმპტომატოლოგია აღინიშნება.

ავადმყოფობა უფრო ხშირია ქალთა შორის. ასაკის მხრივ დამახასიათებელია შუალედი 50 — 60 წლის ასაკამდე; გამონაკლისის სახით ავადმყოფობა შეიძლება განვითარდეს უფრო ადრე ან გვიან.

პათოგენეზი გამოურკვეველია, ავადმყოფობას ახასიათებს ხანგრძლივი (12—14 წელი) მიმდინარეობა; აღწერილია აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც ფიზიკური მარაზმი განვითარებულია დაავადების დაწყებიდან 3—4 წლის შემდეგ.

სენილური ფსიქოზისათვის დამახასიათებელი მიკრონეკროზული უბნები (ფოლაქები, ანუ დრუზები) და ფიბრილთა პათოლოგია არ აღინიშნება.

თავის ტვინის სისხლძარღვთა განლაგებისა და განვითარების ანომალიას თვით დაავადებასთან არა აქვს უშუალო პათოგენეზური კავშირი. ეს მოვლენა უნდა განვიხილოთ როგორც შემთხვევითი თანაარსებობა.

ქერქული აპარატისა და ქერქვეშა თეთრი ნივთიერების ატროფია გამოხატულია ჰემისფეროების მხოლოდ ცალკეულ უბანში. დეგენერაციას განიცდის აგრეთვე სტრიალური კვანძები.

ქერქში ყველაზე შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ძვრებს იწვევს მეორე და მესამე შრეები.

დეგენერაციული მოვლენების შედეგად ნერვული უჯრედები სივდება, შუბდება, ისობა ნეიროფიბრილები და ქრომატული ნივთიერება, უხვად წარმოიქმნება ე. წ. არგენტოფილური მარცვლები.

ამ დაავადების დროს პროდუქციული სიმპტომები, მაგალითად, პალეოციანოციები, ბოდვები და კონტაბულაციები არ არის.

პროცესის ლოკალიზაცია განსაზღვრავს დაავადების სინდრომოლოგიას.

დაავადების დასაწყისში ყურადღებას იპყრობს ავადმყოფთა ყოფაქცევის თავისებურება: მათ ემჩნევათ ერთგვარი გაბავშვება; ისინი

კარგავენ პასუხისმგებლობის გრძნობას, იჩენენ თავდაუქერლობასა და ზერელობას, თავიდანვე ემზადებიან აგრეთვე აქტიური ყურადღების შესუსტება, ცხოველი ინტერესებისა და ინიციატივის აშკარა შემცირება. ავადმყოფნი გარემოს მიმართ განურჩეველნი ხდებიან, მათი ემოციური სფერო ჩლუნგდება, კარგავს მორალურ სინატიფეს. ამ მხრივ დაავადება მოგვაგონებს პროგრესული პარალიზისათვის ჩვეულ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს.

პროცესის შემდგომ განვითარებასთან ერთად ყალიბდება სენილური ქუუასუსტობა. ავადმყოფთა აპათია და პასიურობა აღწევს მაქსიმუმს. მეტყველებითი პროდუქცია თანდათანობით მცირდება, ღარიბდება და, ბოლოს, თითქმის სრულიად ისპობა: ავადმყოფებს შეიძლება შერჩეთ მხოლოდ ორიოდ ადვილი გამოსათქმელი და მარტივი შინაარსის სიტყვა. აღწერილია დაავადების შემთხვევა, როდესაც უმაღლესი განათლების და მდიდარი ინტელექტის მქონე ადამიანს მეტყველების მრავალფეროვანი არსენალიდან შერჩა ერთადერთი სიტყვა: „ჩაატარე“. მხოლოდ ამით ამჟღავნებდა იგი თავის სურვილებს, განცდებს, გადაწყვეტილებებს და ამყარებდა კავშირს გარე წრესთან.

ზოგჯერ აღინიშნება აკვიატებული სიცილი, სტერეოტიპული მოძრაობა ან უმიზნო ხეტიალი.

პათოლოგიური არსის მხრივ ალცჰეიმერის დაავადება ეკუთვნის სენილურ ფსიქოზთა რიგს, მხოლოდ ამ დროს პათომორფოლოგიური ძვრები (ატროფიები, ნეიროფიბრილთა პათოლოგია და დრუზები) უფრო მრავალი და ავთვისებიანია.

ავადმყოფობა ძლიერ იშვიათია, ვითარდება შედარებით ადრე, უფრო ხშირად პრესენილურ ასაკში (50—60 წლებში).

თანდათანობით ყალიბდება მკვეთრი ქუუასუსტობა მეხსიერების პათოლოგიით. მეტყველება ძლიერ იზღუდება. ავადმყოფები აპათური და მთლიანად დეზორიენტირებული არიან: სრულიად ესპობათ პირადი ინიციატივა და ინტერესი გარემოსადმი, უსუსტრნი, უმწეონი, უსუფთაონი ხდებიან; თავიანთ თავზე ზრუნვა არ შეუძლიათ. რაც მოხდებათ, პირში იღებენ. საჭირო ხდება მათი ხელოვნური კვება.

დაავადების გამოსავალი პარალიზურ მარაზმს ჰგავს.

ავადმყოფობის თანდათანობით განვითარებასთან ერთად ყალიბდება ნევროლოგიური სიმპტომატიკა: ქალას ნერვთა პარეზები, ბულბარული მოვლენები, კონტრაქტურები, ენისა და კიდურების მკვეთრი კანკალი და მოტორული ფუნქციების აშლა, რომელთაც შეიძლება დაერთოს ეპილეფსიფორმული გულყრები.

მზავვე ინფექციური ბუნების ეპიზოტური ფსიქოზები

ზოგადი ცნობები

ფსიქიკურ ფუნქციებსა და შესატყვის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ კორელატთა შორის, რომლებიც მათთვის ქმნის გარკვეულ სომატურ ფონს, მკიდრო კავშირია.

პიროვნების სომატური პროფილით (ფიზიკური მდგომარეობით) განსაზღვრული ნეიროდინამიკური საფუძვლების გარეშე ვერ წარმოვიდგენთ ვერც ერთ ფსიქიკურ გამოვლენებს. ყოველი მძიმე სომატური დაავადება მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ცვლის მის ნეიროდინამიკას; რასაც მოსდევს მრავალი უსიამო შეგრძნება და გარკვეული ძვრები ფსიქიკურ სფეროში.

უკვე დიდი ხანია საბჭოთა ფსიქიატრიას ფსიქოზი მიაჩნია ორგანიზმის მთლიან დაავადებად, რომლის დროს ტვინის ცვლილებებს აქვს წამყვანი მნიშვნელობა.

არ შეიძლება ზოგადი სომატური ძვრების გარეშე ცენტრალური ნერვულ სისტემის პათოლოგიის განხილვა. ასევე წარმოუდგენელია ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებანი ცენტრალური ნერვული სისტემის სტრუქტურულ-დინამიკური ძვრების გარეშე.

საბჭოთა მეცნიერებმა დაადგინეს ნერვულ ფაქტორთა როლი და მნიშვნელობა ადამიანის ორგანიზმის დაავადებათა შემთხვევებში, სამედიცინო მეცნიერებაში დაამკვიდრეს ნერვიზმის პრინციპი.

პ ა ვ ლ ო ვ ი ს, ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს, ბ ი კ ო ვ ი ს ა და მათი მიმდევრების მეოხებით მეცნიერება გამდიდრდა ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის ახალი საკითხებით.

როგორც წესი, ფიზიკურ სისუბატეს (თუ დაავადებას) თან სდევს უსიამო სუბიექტური შეგრძნებები, რაც მიგვითითებს სასიცოცხლო პროცესების არანორმალურ მიმდინარეობაზე. სომატურ დაავადებაზე პიროვნება გარკვეულ რეაქციას ამჟღავნებს.

ჩაკირა გვახსოვდეს, რომ ნათელი ცნობიერების შემთხვევებში მძიმე სომატურ დაავადებას ყოველთვის თან არ სდევს ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინება.

ვეგეტატიური აშლილობა ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმის მოქმედების სხვადასხვა მხარეზე, ამავე დროს ვეგეტატიური პათოლოგია თავისთავად ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემის დაზიანების შედეგია.

სომატური აშლილობა (შინაგან ორგანოთა დაავადებები) ქმნის იმ ზოგად ბიოლოგიურ ფონს, რომელიც ცვლის ტვინის აპარატის ნე-

იროდინამიკურ პროფილს და ამით ხელს უწყობს მრავალგვარი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომის განვითარებას.

გილიაროვსკის მასალების თანახმად, მუცლის ღრუს ორგანოთა პირველადი დაზიანება იწვევს იპოქონდრიულ ჩივილებს (ზოგჯერ პრიმიტიულ პარანოიდებს), გულსა და სისხლძარღვოვანი სისტემის დაზიანება—ემოციურ აშლილობებს, ხოლო ფილტვების დაავადებას თან სდევს ხასიათის შეცვლა (ქარაქტეროლოგიური ძვრები: უნდობლობა, ექვიანობა).

მანამე სომატურმა დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს ეგზოგენური ბუნების ფსიქოზები. ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ქალას ტრავმები. შინაგან ორგანოთა და ენდოკრინულ ჯირკვალთა დაავადებები ტვინის გარეშე არსებული (ე. ი. ეგზოცერებრული) ეტიოლოგიური მოწინებებია, რომლებსაც შეიძლება მოჰყვეს სულით ავადმყოფობა.

ამ შემთხვევაში ჩვენ გვინტერესებს სხვადასხვაგვარი ინფექციებით გამოწვეული ეგზოგენური ფსიქოზები.

ეგზოგენურ ფსიქოზთა კლინიკა თეორიულად და პრაქტიკულად თანამედროვე ფსიქიატრიის ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი საკითხია. იგი შეიძლება დაგვეხმაროს სულიერ დაავადებათა ფსიქოპათოლოგიისა და ბიოპათოლოგიის ზოგადი და კერძო საკითხების კვლევადობაში.

ბოლო დრომდე ჩვენი დარგის ეს მეტად დიდი უბანი კლინიკის ფსიქიატრთა ყურადღების გარეშე იყო, რაც, ვფიქრობთ, აიხსნება ორი მიზეზით, სახელდობრ, ინფექციური მასალები რატომღაც მხოლოდ შინაგან სნეულებათა პრეროგატივა იყო და ფსიქიატრიის კლინიკასა და სხვა კლინიკურ დისციპლინათა შორის არ იყო კავშირი, რაც, თავის მხრივ, ფსიქიატრიის ულტრაფსიქოლოგიური პოზიციების შედეგია.

ძველი შეხედულება, თითქოს შეიძლებოდეს სიცხიანი (ფებრილური) და ინფექციური (სუფთა ტოქსიკური) ფსიქოზების ან ინიციალური, ინფექციური და „კოლაფსის“ ბოდვების ცალკე განვითარება, ამჟამად უარყოფილია. სიცხე, ანუ ხურეები დამოკიდებულია ინფექციური ეტიოლოგიის ცერებრულ ძვრებზე. ამით საკითხი ფებრილური დელირიის დამოუკიდებლობის შესახებ იხსნება.

ასევე იხსნება საკითხი ინფექციური დაავადების სხვადასხვა სტადიის მიხედვით ბოდვების კლინიკური დამოუკიდებლობის შესახებ. ირკვევა, რომ ასეთ შემთხვევაში ბოდვის კლინიკას განსაზღვრავს არა მწვავე ინფექციური დაავადების სტადია, არამედ მისი სიმძიმე და ვირულენტობა.

კლინიკური მასალები მიგვითითებს, რომ ინიციალურ ბოდვებს (ბოდვებს ინფექციური დაავადების წინ ან მის დასაწყისშივე)

ყოველთვის აქვს მძიმე პროგნოზი, ხოლო კოლაფსის ბოდეა გაპირობებულია ორგანიზმის ფიზიკურ ძალთა განღვეით.

ეგზოგენურ ფსიქოზთა შემთხვევებში წამყვანი, ე. წ. პათოგენეზური როლი ეკუთვნის გარე მავნე აგენტებს (ინფექციურს ან ინტოქსიკაციურს), რომლებიც მოქმედებენ ნერვულ ნივთიერებაზე. ენდოგენური მომენტები, პირიქით, მხოლოდ და მხოლოდ ხელშემწყობ, ანუ პათოპლასტიკურ როლს ასრულებს.

აქვე ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეგზოგენურ და ენდოგენურ ფაქტორთა ურთიერთდამოკიდებულება მეტად რთულია, დინამიკური და სრულიად არ შეიძლება განისაზღვროს მარტივი სქემებით. ზოგჯერ ფსიქიკურ-ფიზიკურ ძალთა ინდივიდუური შესაძლებლობა ისე ნაკლებია, ხოლო ავადმყოფის პიროვნული მზადყოფნა იმდენად ძლიერი, რომ სულ უმნიშვნელო ეგზოგენურ მომენტს შეუძლია სულით ავადმყოფობის გამოწვევა.

ყველა ეგზოგენური, კერძოდ ინფექციური ფაქტორი შეიძლება დავყოთ ორ ჯგუფად: ერთ შემთხვევაში მხოლოდ სიმპტომური მდგომარეობაა (სიმპტომური ფსიქოზები), როდესაც სხვადასხვა მიზეზი იწვევს მსგავს სინდრომებს, მეორე შემთხვევაში კი — ნოზოლოგიურად გამოკვეთილი ეგზოგენური ფსიქოზი.

მავნე აგენტის მართო სპეციფიკური ვირულენტობით არ განისაზღვრება საკითხი, თუ როგორ მიმართულებას მიიღებს ავადმყოფობა. საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ დაავადების მიმდინარეობა, მისი ტემპი და განვითარების სტადია; მაგალითად შეიძლება დავასახელოთ ეპიდემიური ენცეფალიტის კლინიკა, რომელიც მწვავე სტადიაში ქმნის მწვავე ინფექციური სიმპტომური ფსიქოზისათვის დამახასიათებელ სურათს, ხოლო ქრონიკულ სტადიაში — ეპიდემიური ენცეფალიტის სპეციფიკურ ფსიქოპათოლოგიას.

ეგზოგენურ ფსიქოზთა გამოვლინება, მიმდინარეობა და გამოსავალი (პროგნოზი) დამოკიდებულია აგრეთვე იმაზე, თუ როგორი პათომორფოლოგიური შედეგი მოსდევს მავნე ფაქტორის ზემოქმედებას — ვითარდება მყარი დესტრუქციული ძვრები, თუ პათომორფოლოგიური ცვლილებები ხელახალი აღდგენის უნარს ინარჩუნებს.

როგორ უპასუხებს ნერვული ქსოვილის პარენქიმული ელემენტები სხვადასხვა ინფექციურ ზემოქმედებას, როგორია განგლიურ ელემენტთა საპასუხო რეაქციის გამოვლინებათა დიაპაზონი?

წამოჭრილი საკითხები პათობიოლოგიურად და კლინიკურად მეტად საინტერესოა და იმავე დროს განსაკუთრებით რთული.

არსებული მასალების მიხედვით, ამჟამად შეიძლება მხოლოდ ვთქვათ, რომ ნერვული ქსოვილის პათოფიზიოლოგიური და პათომორფოლოგიური პასუხი, ჩვეულებრივ, ერთფეროვანია; საპასუხო გამოვ-

ლინებათა რაოდენობა მცირეა და ვიწროდ შემოფარგლული. ასევე ერთფეროვანია ეგზოგენურ (ინფექციურ) ფაქტორთა საპასუხოდ ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა.

მოყვანილი ფაქტიური მასალა არის მიზეზი, რომელმაც წარმოქმნა მოძღვრება რეაქციითა „ეგზოგენური ტიპის“, ანუ „ეგზოგენური რეაქციების“ შესახებ.

თეორიულად და პრაქტიკულად ეგზოგენების კლინიკა კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია, რომლის შესახებ კლინიკური გამოკვლევები საბჭოთა მკვლევარებმა ჩაატარეს.

ეგზოგენურ ფსიქოზებს ყოველთვის აქვს ერთფეროვანი და სიმპტომური გამოსახულება; ისინი განისაზღვრება მხოლოდ რამდენიმე ტიპური ფორმით.

ეგზოგენური ტიპის რეაქციების დროს ვარჩევთ ეგზოგენიის კლინიკისათვის საერთო, დამახასიათებელ სავალდებულო და ცალკეულ, კერძო, არაავალდებულო სიმპტომებს.

საერთო სავალდებულო ნიშანია მთლიანი ფსიქონერვეული აპარატის დიფუზური რეაქცია, რაც გამოიხატება ცნობიერების მწვავე, პირველად პათოლოგიაში; მხედველობაში გვაქვს ცნობიერების აშლა (ამენცია), დელირიოზული მდგომარეობა (დელირიუმი) და ცნობიერებას იოლი დაბინდვა (გაოგნება). ამ დიფუზიური რეაქციის, ე. ი. ცნობიერების პირველადი პათოლოგიის მიზეზია ზოგადი ინფექციური ზემოქმედება, რომელსაც განაცდის ცენტრალური ნერვეული სისტემა.

ცალკეულ არასავალდებულო კლინიკურ ნიშნებს საფუძვლად უდევს ან მავნე აგენტის ლოკალური (შერჩევითი) გავლენა ან პიროვნების კონსტიტუციური თვისების ამოქმედება.

როგორც ვთქვით, ცნობიერების პათოლოგია ფსიქონერვეული აპარატის უშუალო პასუხია.

პიროვნების კონსტიტუციური თვისებების ინდივიდუალური ამოქმედების მხრივ შეიძლება დავასახელოთ მანიაკალური მდგომარეობა, პარანოიდული სინდრომი, ფსევდოლოგიური პროდუქციები. ისტერიოდულ რეაქციები, ეპილეფსიფორმული განტვირთვანი და სხვ.

მწვავე ინფექციური ფსიქოზი, ჩვეულებრივ, მიმდინარეობს როგორც ეგზოგენური ტიპის რეაქცია, ქრონიკული ინფექციური ფსიქოზი კი, პირიქით, სპეციფიკურად გამოკვეთილი ნოზოლოგიური დაავადების კლინიკას ქმნის.

ეგზოგენური ტიპის რეაქციათა კლინიკაში, ე. ი. ეგზოგენური ბუნების მწვავე ფსიქოზების დროს უნდა დავადგინოთ, თუ რასთან გვაქვს საქმე; ფსიქოზი გამოვლინდება ინფექციის დასაწყისში ან ინფექციის აქტიური მოქმედების დროს, თუ ინფექციის ჩათავებისას ან მის შემ-

დევ? კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ ორ პერიოდში (სახელდობრ ინფექციის აქტიური მოქმედებისა და მისი ჩათაგების — ინფექციური განლევის პერიოდებში) სულ სხვადასხვა კლინიკური სურათის მქონე ფსიქიკური აშლილობაა.

მწვავე ინფექციური გუნების სივარდობური ფსიქოზები

ინფექციური დელირიუმი

მაღალი ტემპერატურისა და ინფექციური ტოქსინის შედეგად იცვლება ცენტრალური ნერვული სისტემის კვების ნორმალური პირობები. სისხლის ცირკულაციის გაძლიერებასთან ერთად პარენქიმული ელემენტები ტოქსიკურ ზეგავლენას განიცდის. ქერქისა და ქერქქვეშა უბნების ნერვული უჯრედები კი — მწვავე ხასიათის დეგენერაციულ ცვლილებებს, რომელთაც უფრო ხშირად წარმავალი ხასიათი აქვს. აღნიშნულ ორგანულ ფონზე შესაძლებელია განვითარდეს ფსიქიკური აშლილობა, რომელსაც ასევე მწვავე და წარმავალი ფსიქოზის თვისებები ექნება.

ინფექციების გართულება ფსიქოზებით სერიოზული პროგნოზის მაჩვენებელია. უნდა ვთქვათ, რომ პროგნოზი უფრო მძიმეა, როდესაც ფსიქოზი მიმდინარეობს ცნობიერების ღრმა დახშობის ფონზე.

ინფექციური დელირიუმი შეიძლება განვითარდეს მწვავე სომატური დაავადების სხვადასხვა სტადიაში, მაგალითად, ინფექციური ავადმყოფობის დასაწყისში (ე. წ. ინიციალური ბოდვა), სრული განვითარების პერიოდში (ე. წ. ინფექციური ბოდვა); ინფექციის კრიტიკული ჩათაგებისას (ე. წ. კოლაფსის ბოდვა) და, ბოლოს, ინფექციის ჩათაგების შემდეგ (ე. წ. რეზიდუალური ბოდვა).

ინიციალური ბოდვის ორგანული ფონი განისაზღვრება ცენტრალური ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციით; ინფექციური ბოდვას საფუძვლად უდევს ნერვულ აპარატზე ტოქსიკური ფაქტორებისა და ტემპერატურის ზეგავლენა, ხოლო კოლაფსისა და რეზიდუალური ბოდვის განვითარებას ხელს უწყობს ორგანიზმის ფიზიკურ ძალთა ზოგადი განლევა.

ოთხივე სახის ბოდვის შემთხვევებში კლინიკური სურათი იმდენად მსგავსია, რომ შეიძლება შეიქმნას ერთი მთლიანი კლინიკური სურათი.

ინფექციური (ბოდვის) დელირიუმის მთლიანი კლინიკა. ამ დროს მთავარ ყურადღებას იპყრობს რეცეპტორთა (პირველ რიგში მხედველობისა და სმენის) გაღიზიანება, რომელიც ქმნის ნეაროდინამიკურ საფუძველს უხვი და მდიდარი ჰალუცინოზის განვითარებისათვის.

ხაზგასმით უნდა აღენიშნოს, რომ ინფექციური ჰალუცინოზი თავისი შინაარსით მკვეთრად განსხვავდება სხვა ბუნების ჰალუცინაციური სინდრომისაგან.

ინფექციების დროს ჰალუცინაციები არა ცალკეული საგნის, არამედ რთული სცენების სახითაა. ავადმყოფი ხედავს ან მას ესმის რთული შინაარსის სცენები, რომლებშიც იგი პირადად მონაწილეობს. ჰალუცინოზი ავადმყოფისათვის უფრო ხშირად უსიამო ტონისაა. ექსტერო- და ინტერორეგეკციის აშლით გამოწვეული უსიამო შეგრძნებები და ჰალუცინაციური აღქმულობა ბოლდით პროდუქციებსა და დისთიმურ გუნება-განწყობაჲ ქმნის.

ავადმყოფთა ცნობიერება იბინდება, ისპობა გარემოში ორიენტაციის უნარი და ავადმყოფებს ეწყებათ მძიმე მოტორული აგზნებები.

ბოლდები, ჰალუცინაციები, ცნობიერების დაბინდვა, შიში, ასთენიური გუნება-განწყობა და მოტორული აგზნება ინფექციური დელირიუმის ძირითადი ნიშნებია. ეს სიმპტომები, ჩვეულებრივ, ვითარდება თანდათანობით; ფსაქოზურ სურათს წინ უსწრებს საერთო ტეხა, გაბრუება და თავის მძიმე ტკივილი.

ბოლდით პროდუქციებში ავადმყოფები ხშირად ამელავენებენ ცოდნას, გამოცდილებას (პროფესიული შინაარსის ბოლდები), პირად სურვილებსა და ფანტაზიებს, ხოლო ზოგჯერ საკუთარი ფსიქიკურ-ფიზიკური ძალების უმწეობას (მოურჩენლობის, დაღუპვის, მოსპობა-განადგურების, დევნის, გაქურდვისა და სხვა ასთენიური შინაარსის ბოლდები).

ინფექციური დელირიუმის დროს შესაძლოა განვითარდეს ფსიქოსენსორულ აშლათა სინდრომი დერეალიზაციისა და დეპერსონალიზაციის სახით. ავადმყოფები თავიანთი სხეულის ნაწილებს (მაგალითად. კიდურებს) გრძნობენ შეცვლილად, გასხვისებულად, ზოგჯერ ბოდავენ თავიანთი სხეულის გაორების შესახებ: თითქოს საწოლზე წევს მეორე პირი, რომელიც მისი ძმა ან ნათესავია, ანდა მისი მსგავსი სხვა ადამიანი, რომელიც დაკავშირებულია მასთან, რომ ავადაა არა თვითონ, არამედ ის, მეორე.

ინფექციური დელირიუმის მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა განვითარდეს ეპილეფსიფორმული აგზნების მდგომარეობა, რაც შემზარავი ჰალუცინაციებით, ძლიერი შიშითა და ცნობიერების მკვეთრი დაბინდვით გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე საათი. შემდეგ ვითარდება ჩვეულებრივი დელირიოზული მდგომარეობა ან სტუპოროზული გაყუჩება ანდა ფსიქიკურ-ფიზიკური პროსტრაცია სომნოლენციით.

ეპილეფსიფორმული მდგომარეობა იწყება და თავდება უცბად.

ცერებრული უბნების გალიზიანებისას შესაძლოა განვითარდეს კრუნჩხვითი განტვირთვები.

ტემპერატურის დაცემის შემდეგ, ინფექციური დაავადების ჩათა-
ვებისთანავე, დელირიოზული მდგომარეობა წყდება: სომატურ გამო-
ჯანსაღებასთან ერთად ავადმყოფს ფსიქიკური გამოჯანმრთელება ემ-
ჩნევა.

მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ძირითადი დაავადების წინა-
აღმდეგ. ავადმყოფები საჭიროებენ განსაკუთრებულ მოვლა-პატრონო-
ბას. ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციის გამოსაწვევად საჭიროა ჭეროვანი
ღონისძიებების გატარება.

მწვავე აშლა, ამენცია, ანუ ამენციური სივარდოვანობა

ცნობიერების აშლა შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა ფსიქოზის
დროს (ეპილეფსია, შიზოფრენია, პროგრესული პარალიზი და სხვ.).
ცნობიერების პათოლოგია მხოლოდ ფსიქოზის გამოვლინების ერთ-ერთი
ნიშანია და არ შეიძლება დამოუკიდებელ ავადმყოფურ მდგომარეობად
განვიხილოთ.

ამჟამად ამენციის კლინიკური შინაარსი საკმაოდ შემოფარგლულია:
ცნება ამენციის შესახებ გულისხმობს გარკვეულ პათოგენეზსა და
ფენომენოლოგიას.

პათოგენეზურად ამენცია ყოველთვის დაკავშირებულია მწვავე ინ-
ფექციებთან, ხოლო კლინიკაში წამყვანი როლი ეკუთვნის ცნობიერე-
ბის პირველად აშლას.

ამენციური სინდრომის შემთხვევაში ცენტრალურ ნერვულ სის-
ტემაში აღინიშნება ისეთივე პათომორფოლოგიური ფონი, როგორც
ინფექციური დელირიუმის დროს. განსხვავება შეიძლება იყოს მხო-
ლოდ პათოჰისტოლოგიურ ცვლილებათა სიჭარბის მხრივ.

ცნობიერების პირველად აშლას თან ერთვის ბოდვეები, ჰალუცინა-
ციები, ილუზიები და მოტორული აგზნება. ავადმყოფობა იწყება თან-
დათანობითი მოუსვენრობით, უძილობით, შიშითა და დაბნეულობით,
რაც კლინიკურად წააგავს ორგანული ბუნების მძიმე ასთენიურ-ნევ-
რასთენიულ სინდრომს. აღნიშნულ მდგომარეობას მოსდევს ორიენტა-
ციის შესაძლებლობის მწვავე აშლა; უცნაური, დაბნეული ავადმყოფე-
ბი გადადიან სრული დეზორიენტაციის მდგომარეობაში: გარემოში ვერ
ერკვევიან, მათთან კონტაქტი ძნელდება, მოუსვენრობენ, საწოლზე
ვერ ჩერდებიან, უმიზნოდ სადღაც მიისწრაფიან, ხოლო წინააღმდეგო-
ბის შეხვედრისას ძლიერ იგზნებიან, ბევრს ლაპარაკობენ. მეტყველე-
ბითი პროდუქციები შემთხვევითი ხასიათისაა და მოკლებულია ყოველ-
გვარ ლოგიკურ კავშირს, ზოგჯერ უსისტემო ბოდვების ხასიათისაა,
აქმის პათოლოგიიდან ყურადღებას იპყრობს თავზარდამცემი სმე-
ნითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები. ავადმყოფები ხედავენ სა-

ხრჩობელას, ესმით ხმა ჯოჯოხეთიდან, ელიან დახვერეტას, გრძნობენ კოცონის მოახლოებას, ესმით უმძიმესი განაჩენი და სხვ., რაც ქმნის ასევე თავზარდამცემ ბოღვითს პროდუქციებს, შიშს, შინაგან ნებით-ემოციურ და სათანადო გუნება-განწყობის ფონს.

ზოგჯერ ცნობიერების პათოლოგიას თან ერთვის კატატონიური მოვლენები ნეგატივიზმისა და სტერეოტიპული პოზების სახით.

ავადმყოფთა მდგომარეობა ღამით უარესდება; ამ დროს ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა დაძაბვა განსაკუთრებით მატულობს.

ხანგრძლივ აგზნებას, უძილობასა და კვების რეჟიმის დარღვევას მოსდევს ავადმყოფთა ფიზიკური პროსტრაცია: ისინი სწრაფად ხდებიან, აღენიშნებათ ზოგადი განღვევა და მოქანცულობა.

ფსიქოზური მდგომარეობის მკვეთრი სურათი გრძელდება რამდენიმე კვირა, მერე ავადმყოფები თანდათანობით მშვიდდებიან და 3 — 4 თვის შემდეგ ჯანმრთელდებიან.

დელირიუმთან შედარებით, ამენცია უფრო ხანგრძლივი დაავადებაა. გამოჯანმრთელება, როგორც ვთქვით, თანდათანობით ხდება.

ინფექციისა და ფსიქოზის ჩათავება დროის მიხედვით ურთიერთს არ ემთხვევა. ჩვეულებრივ, ინფექციის ამოწურვის (ჩათავების) მხოლოდ 2 — 3 თვის შემდეგ მოიხსნება ფსიქიკური აშლილობა.

გადატანილი ფსიქოზის შესახებ ავადმყოფებს აღენიშნებათ ძლიერ ღარიბი, წყვეტილი მოგონება.

პროგნოზი დამოკიდებულია ავადმყოფთა ფიზიკურ მდგომარეობაზე. ამენციის მძიმე ფორმებს შესაძლებელია მოჰყვეს მძიმე შედეგები.

მკურნალობა სიმპტომურია და მიმართული უნდა იყოს ძირითადი ინფექციური დაავადების წინააღმდეგ.

კონსტინფექციური ფსიქოზები და გვანავი ინფექციურ ფსიქოზთა პროგნოზული შედეგები

კონსტინფექციური ბუნების ცერებრასთენია, ანუ დისტოპიური ასთენია

ინფექციის მწვავე პერიოდის ჩათავება და ტემპერატურას დაცემა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს ორგანიზმის სრულ გაჯანსაღებას. საჭიროა დრო, ტოქსიკური ზემოქმედების შედეგების ამოწურვა პიროვნების ფსიქიკურ-ფიზიკური ძალების აღსადგენად.

მძიმე ინფექციათა შემთხვევებში, მით უმეტეს, თუ საქმე გვაქვს კონსტიტუციურად სუსტ და ლაბილურ პიროვნებასთან, ტოქსინთა ზემოქმედება გრძელდება დიდხანს, ზოგჯერ რამდენიმე თვეც ინფექციის მწვავე კლინიკის ჩათავების შემდეგ.

ამ დროს ქერქსა და ქერქქვეშა კვანძებში აღინიშნება მკვეთრი, ორგანული ბუნებას პათომორფოლოგიური ძვრება.

აღწერაია შემთხვევები, როდესაც თავის ტვინის რუხ უბნებში მკვდარ პარენქიმულ ელემენტთა ადგილზე განვითარებულა გლიოზური ნაწიბური, რასაც იწვევს განსაკუთრებით მძიმე ინფექციები, მაგალითად, პარტახტიანი ტიფი.

პოსტინფექციური ცერებრასტენიის ბიოლოგიური ფონი არ ამოიწურება მხოლოდ ტოქსინთა მოქმედებით.

ავადმყოფთა ფიზიკური ძალების აღდგენა ფერხდება არა მარტო ქსოვილთა უშულო დაძაბუნებით, არამედ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ცენტრალური აპარატის, პირველ რიგში, თალამურ-ჰიპოთალამური ცენტრების დაზიანების გამოც.

საჭიროა რამდენიმე თვე, რათა ამოიწუროს ფიზიკური განლევა და აღდგეს პიროვნებას სომატურ-ფსიქიკური შესაძლებლობა.

ზოგჯერ, შესაძლოა, პოსტინფექციური ასთენია, ანუ ცერებრასტენია იპდენად მძიმედ წარამართოს, რომ სიკვდილით დამთავრდეს ან განვითარდეს ამნეზიური (კორსაკოვის) სინდრომი შემდგომი ორგანული ჰქუასუსტობით.

ავადმყოფები განლეული არიან; მათი კანი და კუნთოვანი სისტემა მკვეთრად ატროფიულია. აღინიშნება ვაზომოტორული და ტროფიკული მკვეთრი ცვლილებები, ჰიპერკინეზული აშლილობა, ამასთან ერთად მკვეთრი ბორცვი კუნთების მექანიკური აგზნებადობის მომატებას გამო. ვითარდება ნევრალგიური მოვლენები, კიდურთა სისუსტე, სიარული ძნელდება. მყესთა რეფლექსები აწეულია; აღინიშნება ენისა და გაშლილი თითების კანკალი; ზოგჯერ არტიკულაციაც გაძნელებულია.

პოსტინფექციური მდგომარეობისათვის მთავარი და დამახასიათებელია ის, რომ ავადმყოფები ფსიქიკურ-ფიზიკურად ძლიერ ადვილად იქანცებიან, იფიტებიან. ზოგჯერ სულ რამდენიმე წუთის ლაპარაკიც კი ქანცავს მათ ფიზიკურ-ფსიქიკურ პრაქტიკაცამდე.

ტერმინი პოსტინფექციური ცერებრასტენია, ჩვენი აზრით, სრულიად გამართლებულია, რამდენადაც ამ დროს საქმე გვაქვს ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული (ინფექციური) ბუნებას ასთენიასთან. ასევე გამართლებულად მიგვაჩნია აღნიშნული ტერმინის სინონიმი — დისტომიური ასთენია. პირველი ტერმინი უფრო ავადმყოფის პათობიოლოგიურ ვითარებას ასახავს, მეორე კი — კლინიკურ შინაარსს.

კლინიკურად ასთენიური სინდრომები აღინიშნება სხვადასხვა ავადმყოფური მდგომარეობის დროს (ტრავმა, მოწამვლები და სხვ.).

ასტენიური მდგომარეობა ხშირად ვითარდება აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობის შედეგად.

ასტენიურ მდგომარეობათა კლინიკური სტრუქტურა სულ სხვაგვარაა.

ინფექციური ასტენიის სპეციფიკაა ცუდი თვითგაბნობა და გუნება-განწყობის მკვეთრი დაქვეითება.

ინფექციური ასტენია შინაარსით დისტიმულია. კლინიკურ გამოვლინებათა მხრივ შეიძლება იყოს ოთხი სინდრომი: ასტენიურ-ნევრასტენიული, ასტენიურ-იპოქონდრიული, ასტენიურ-ბოღვითი და ფსიქიკურ-ფიზიკური პროსტრაცია.

ასტენიან-ნევრასტენიის შემთხვევებში ავადმყოფები აპათიური, მოღუნებული არიან; ადვილად იჩანცებიან, იძულებული არიან იწვხენ; აწუხებთ უძილობა და უმადობა. მათი ემოციური სფერო მეტად ლაბილური და ჰიპერესთეზიურია. სულ მცირე ხმაური ან სხვა რაიმე გაღიზიანება ავადმყოფებს უკარგავს ფსიქიკურ წონასწორობას, აღენიშნებათ შიში განსაკუთრებით ღამით, შესუსტებულია მეხსიერებისა (ფიქსაცია-რეპროდუქცია) და ყურადღების (აქტიური და პასიური) ფუნქციები.

ასტენიან-იპოქონდრიის დროს ზოგადი დისტიმული ფორმა გართულებულია მეტად უსიამო ხასიათის შეგრძნებებით.

ბოღვითი პროდუქციების თანდართვისას (ასტენიურ-ბოღვითი სინდრომი) უფრო ხშირია აზრები სიკვდილის, მოწამვლისა და დაღუპვის შესახებ.

ფსიქიკურ-ფიზიკური პროსტრაციის სინდრომს აქვს მძიმე კლინიკური პროგნოზი: ავადმყოფები ლოკინად არიან ჩავარდნილი, თავიანთ ვერ ბრუნდებიან, უსუფთაონი არიან, უვითარდებათ ნაწოლები. ავადმყოფთა ფსიქიკური მდგომარეობა მოგვეგონებს სომნოლენციას, ე. ი. ძილ-მღვიპარ მდგომარეობას, როდესაც ავადმყოფებთან კავშირი გაძნელებულია ან სრულად მოსპობილია.

მკურნალობა სიმპტომურია. საჭიროა ძირითადად ღონისძიებების მიმართვა ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციისა და ავადმყოფის ფიზიკური ძალები აღდგენისაკენ. ნაჩვენებია სიხლის გადასხმა, აუტოპემოთერაპია, პროტეინთერაპია, გლუკოზა ვენაში და სხვ.

აოსტინფეციური ბუნების ანაფიური, ანუ აორსაპოვის სიგატომოკოვალეპისი

ინფექციური ბუნების ამნეზიური სინდრომი ძირითადად გული-სხმობს მეხსიერების პათოლოგიას, სახელდობრ, ფიქსაციის უნარის მკვეთრ შესუსტებას (ან სრულ მოსპობას) და ანტიროგრაფულ ამნეზიებს; შესაძლებელია განვითარდეს პოლინევრიტის მოვლენებიც. ამ

მხრივ ეს სინდრომი ძლიერ წაავავს კორსაკოვის მიერ აღწერილ პოლიენვრიტულ ფსიქოზს. მსგავსებასთან ერთად თვისობრივი განსხვავებაცაა.

ინფექციური ბუნების ამნეზიური სინდრომის შემთხვევაში პიროვნება ზოგადი ფსიქიკურ-ფიზიკური აბათინის მდგომარეობაშია და მოკლებულია საკომპენსაციო ჩანაცვლებათა ინიციატივას; პირიქით, კორსაკოვის ფსიქოზის შემთხვევებში პიროვნება აქტიურია, მას შერჩენალი აქვს უნარი ფსევდორეპინისცენციებისა და კონფაბულაციების გზით დაფაროს მეხსიერების პათოლოგია, შეაქოს მეხსიერების საკუთარი ხარვეზები.

პოსტინფექციური ამნეზიური სინდრომი, ჩვეულებრივ, აღინიშნება მწვავე დელირიოზული მდგომარეობის შექვევ; ამავე დროს იგი სჩვევია საშუალო და მოწიფულ ასაკს. პროვოზი, ჩვეულებრივ, დადებითია: ავადმყოფობა თავდება რამდენიმე კვირის ან თვას შემდეგ.

როგორც წესი, ავადმყოფები წყნარად არიან; მათ აღინიშნებათ ზოგადი მოღუუნება.

გამონაკლისის სახით შესაძლოა ავადმყოფებს ეპაზოდირად განუვითარდეთ დელირიოზული შეტევა შიშითა და გუნება-განწყობის ცვალებალობით, რომელსაც თან ერთვის სპენითი და მხედველობითი პალუცინაციები. მკურნალობა სიმპტომურია.

თ ა ვ ი X V I I I

პრონიაული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები პაიდემიური ინცეფალიტი

პაიდემიური ინცეფალიტის პათოგენეზი, მიმდინარეობა და
პათოლოგიური ანატომია

ქრონიკულ ინფექციათა შორის თეორიული და პრაქტიკული ინტერესის მხრივ ერთ-ერთი ცენტრალური ადგილი უკავია ეპიდემიურ ენცეფალიტს. იგი იწვევს არა მარტო ქარაქტეროლოგიურ ძვრებს პიროვნებაში, არამედ ზოგჯერ სხეულახევა გამოვლინების ფსიქიკურ აშლილობასაც.

ეპიდემიური ენცეფალიტის მიმართ ფსიქიატრთა ინტერესი იმით აინსნება, რომ იგი იწვევს ცენტრალური ნერვული სისტემის სრულიად გარკვეული უბნების დაზიანებას და ქმნის საკმაოდ დამახასიათებელ ნეირო-ფსიქო-პათოლოგიურ სიმპტომატოლოგიას.

ხაზგასპით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ქრონიკული ინფექციური ენცეფალიტის კლინიკა მკვეთრად განახვევდება მწვავე ინფექციების კლინიკასაგან.

როგორც ვიცით, მწვავე ინფექციების დროს კლინიკურ სურათში წამყვანია არასპეციფიკური თვისებების მქონე ე. წ. ეგზოგენური ტიპის რეაქციები.

პირიქით, ქრონიკული ინფექციური ენცეფალიტები ტვინის ზოგად რეაქციებთან ერთად ქმნის ვარკვეული ეტიოლოგიური მოპენტისათვის დამახასიათებელ, სრულიად სპეციფიკურ კლინიკურ სურათს, რომლის დროს აღინიშნება თავის ტვინის პათოლოგიურად მეტად აქტიურ უბანთა ავადმყოფური მდგომარეობა.

ეპიდემიური ენცეფალიტის კლინიკური შემთხვევები მეტად მდიდარია და ხელსაყრელი მასალაა ფსიქიატრიის სხვადასხვა პრინციპული საკითხის, მაგალითად, ქერქქვეშა პათოლოგიის, პიროვნებათა ფსიქოპათოზაციის, მოტორიკის პათოლოგიისა და აკვიატებულ მოქმედებათა საკითხების გადსაწყვეტად.

ეპიდემიური ენცეფალიტის გრიპული ბუნება დადასტურებული არ არის. ამჟამად გარკვევით შეიძლება ვთქვათ მხოლოდ, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტი ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ჩვენთვის ჯერ კიდევ უცნობი ვირუსი.

დაავადების ეპიდემიურობა, პათოლოგიური ანატომიის თავისებურება (ანთებითი პროცესი), დამახასიათებელი კლინიკური სურათი, აგრეთვე ერთი ადამიანის მიერ მეორის დასნებოვნების შესაძლებლობა (ხშირად ერთი და იმავე ოჯახის პირების) უტყუარად ადასტურებს ეპიდემიური ენცეფალიტის ინფექციურ ბუნებას. ავადმყოფობის ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება რამდენიმე კვირიდან ერთ-ორ თვემდე.

ეპიდემიური ენცეფალიტის განვითარებაში კონსტიტუციურ მიდრეკილებას არა აქვს რაიმე მნიშვნელობა. არ აღინიშნება განსხვავება დაავადების სისშირეში სქესის მხრივაც. ფსიქიკურ-ფიზიკურ გადაღლას და ტრავმებს მიაწერენ დაავადების გამოვლინებისათვის ერთგვარ ხელშემწყობ როლს. ჭაბუკობას ასაკში აღინიშნება გადაჭარბებული მიღრეკილება, მოხუცები ან ბავშვები შედარებით იშვიათად ავადდებიან.

ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზია ფილტრში გამავალი ვირუსი, რომელიც ცენტრალურ ნერვულ სისტემას აღწევს თავ-ზურგის ტვინის სითხის საშუალებით.

ცერებრო-სპინურა სითხის ლაინფიცირება (გაჭუჭყიანება) შეიძლება დადასტურდეს შემდეგი ექსპერიმენტით: ეპიდემიური ენცეფალიტით დაავადებულის ლიქვორის შეყვანა ბაჭიას თავ-ზურგ ტვინის არხში იწვევს ცხოველის სიკვდილს და დამახასიათებელ პათომორფოლოგიურ ძვრებს მის ცენტრალურ ნერვულ სასტემაში.

ავადმყოფობის კლინიკური სურათის მანიფესტაციას წინ უსწრებს თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე და იპოქონდრიული შეგრძნებები.

თუმცა ძლიერ იშვიათად, მაგრამ შესაძლოა ავადმყოფობა დაიწყოს მწვავედ, სრულიად მოულოდნელად. უცბად ვითარდება თავის ტკივილი გულსარევით, ჰიპერკინეზურა მოვლენები, კრუნჩხვები, ცნობიერების მწვავე აშლა, პალუცინაციები და ბოდვები. ეპიდემიური ენცეფალიტის პირველი შეტევა სიცხეს სწევს, ჩვეულებრივ, 37,5—38,5-მდე, რომელიც შემდეგ თანდათანობით ეცემა. შემდგომი შეტევებისას სიცხე უფრო დაბალ რევსტრზეა.

დაავადება ქრონიკულად მიმდინარეობს, გრძელდება დიდხანს. ზოგჯერ ახასიათებს საკმაო რემისიები.

ვარჩევთ მწვავე და ქრონიკულ სტადიას, თუ მწვავე სტადიის ხანგრძლივობა განისაზღვრება თვეობით, ქრონიკულმა სტადიამ შესაძლოა გასტანოს წლობით.

რემისიები ორი-სამი წლას ხანგრძლივობით აღწერილია როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული სტადიების შემთხვევებში.

ზოგჯერ ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული მიმდინარეობა იმდენად პროგრესულობს, რომ ავადმყოფი იღუპება ენცეფალიტური მარაზმისაგან. (ავადმყოფები განილევიან, უსუფთაონი ხდებიან, სრულიად უმწეო, უსუსურ მდგომარეობაში არიან).

პროგნოზი ყოველთვის სერაოზულია. მწვავე სტადია იწვევს სიკვდილიანობას საშუალოდ შემთხვევათა 10%-ში.

როგორც თვით სახელწოდება გვიჩვენებს, ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს ძირითადად ანთებითი ცვლილებები აღინიშნება. გასაგებია, რომ ყოველი ანთება გავლენას ახდენს პარანაზალურ ელემენტებზე. მათ უმეტეს, ქრონიკულ შემთხვევებში.

ეპიდემიური ენცეფალიტის მწვავე სტადიის ძირითად პათომორფოლოგიურ ფონს ახასიათებს მწვავე ცვლილებები; პირაქით, ქრონიკულ სტადიაში ანთებითი გამოვლანებანი შედარებით ცხრება და პირველ ადგილს იკავებს დევენერაციული ცვლილებები. ამ დროს განვლიური, ე. ი. პარანაზალური უჯრედების გაღიზიანების ნიშნები ქრონიკული დაავადების ხასიათს ხდება, ხოლო ქრონიკულ დევენერაციას მოჰყვება ადგილ-ადგილ ნერვულ უჯრედთა დაღუპვა. მკვდარი უჯრედების ადგილას წარმოიქმნება გლიის ნაწიბური ან სიციარელის (ე. წ. ამოვარდნის) კერები.

სიახლძარღვთა ირგვლივ ვითარდება ლიმფოციტებისა და პლაზმოციტების ინფილტრაცია. ენდოთელიური უჯრედები და თვით კაპილარები შესაძენევად მრავლდება.

ეპიდემიური ენცეფალიტის ჯერ კიდევ მწვავე პერიოდის პათომორფოლოგიური შეაწავლა გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფური ცვლილებები პირველ რიგში ხდება შუა ტვინში, რომ არსებითად ეპიდემიური ენცეფალიტი მეზენცეფალიტია (მეზენცეფალონის, ე. ი. შუა

ტენის ანთება). სწორედ აღნიშნული ლოკალიზაციით უნდა აიხსნებოდეს კლინიკური სიმპტომატოლოგია (ძილის აშლა, სიმპტომები თვალის მხრივ და სხვ.).

ავადმყოფთა ძილად მივარდნის ზოგა შემთხვევა გაზდა დაავადების ლეთარგიულ ენცეფალიტად განხილვის მიზეზია.

მწვავე სტადიაში ბოღვისმავგვარი მდგომარეობა ქერქული აპარატის ტენის ქსოვილის მწვავე ინტოქსიკაციური ცვლილებების შედეგი უნდა იყოს.

შუა ტენის დაზიანების განხილვისას დიდ ყურადღებას იპყრობს ანთებითი და ღეგენერაციული ცვლილებები ე. წ. შავი სუბსტანციის უბანში.

ქრონიკული სურათის ჩამოყალიბებასთან ერთად პათოლოგიური ძვრები აღმავალი ხასიათის ხდება: მეზენცეფალურ პათოლოგიას დაერთვის ჰაოთალამური, სტრიალური და, ბოლოს, ზოგჯერ ქერქული აპარატის, პირველ რიგში, შუბლიან წილის დაზიანებაც.

აღნიშნული ლოკალიზაცია განაპირობებს არა მარტო ემოციური ნებითა სფეროს კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას, არამედ ავადმყოფთა პიროვნების (ქარაქტეროლოგიური ძვრები) ფსიქოპათოლოგიასაც.

პათოლოგიური ენცეფალიტის მწვავე სტადიის კლინიკა

პროდრომული ნიშნების შემდეგ ხშირად მოულოდნელად იწყება ავადმყოფობა სიცხის აწვეით, რაც უფრო სუბფებრილური ხასიათისაა. იშვიათად სიცხე 38°-ს აღწევს.

ავადმყოფებს აღენიშნებათ მწვავე ეგზოგენური ტიპის გამოვლინებები: ისინი გაბრუებული არიან, აქვთ ბოღვითა პროდუქციები, მაგრამ, ამასთან ერთად, პირველ დღეებშივე კლინიკაში გამოსკვივის ცენტრალური ნერვული სისტემის ლოკალური დაზიანების სიმპტომები. საყურადღებოა მოტორული სისტემის პათოლოგია — პიპერკინეზიები (ქორეატული, ათეტოზური და მიოკლონური მოძრაობები), თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანება (დიპლოპია — საგანთა გაორება და კომოდაციის მოშლა), სახის ნერვის პარეზი და პიპერესთეზია; ზოგჯერ შესაძლოა განვითარდეს ეპილეფსიფორმული გულყრები. ჩვეულებრივ, პირაპიდული ნიშნება არა ჩანს.

კლინიკურ სურათში ცენტრალური ადგილი უნდა დავუთმოთ ძილის პათოლოგიას: ავადმყოფებს აღენიშნებათ სრული უძილობა ან ძილად მივარდნა ანდა ძილის ფაზური გაუქულმართება (ღლიათ სძინავთ, ღამით ფხიზლობენ). ავადმყოფთა ძილი მხოლოდ გარეგნულად წააგავს ნორმალურ ძილს, მათი სრული გამოღვიძება ვერ ხერხდება.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე ქერქქვეშა კვანძ-

თა პათოლოგია, რაც გამოიხატება ნაძალადეგ და სრულიად უმიზნო მოქმედებაში.

მოტორული სფეროს აღნიშნული პათოლოგია ხშირია ბავშვთა შორის. მწვავე პერიოდში შეიძლება შეიქმნას ფსიქოზურ მდგომარეობათა სურათიც. ამ მხრივ აღნიშნავია აპათიურ-დელირიოზული მანიაკალურ-დებრესიული მდგომარეობები.

აპათიური სინდრომის შემთხვევაში ავადმყოფებს ახასიათებთ განურჩევლობა, ინტერესის დაკარგვა, უნიციატივობა და გონებრივი ფუნქციების შეზღუდვა. ჩამოთვლილი სიმპტომები ვითარდება გავრცელების ან იოლი ვაბრუების ფონზე.

დელირიოზული მდგომარეობა ეპიდემიური ენცეფალიტის მწვავე პერიოდისათვის ჩვეული და ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა.

ავადმყოფებს ცნობიერება ეცვლებათ, აქვთ შიში, შემთხვევითი ბოღვითი პროდუქციები, ზოგჯერ პროფესიული ბოღვის შინაარსის, და უხვი ქალუცინაციები. კლინიკური სურათი შეიძლება გართულდეს მძიმე და ავადმყოფის მოქმანცავი აგზნებით. უნდა გვახსოვდეს, რომ დელირიოზულ მდგომარეობას მძიმე და სერიოზული პროგნოზი აქვს.

საყურადღებოა, რომ მანიაკალური და დებრესიული მდგომარეობების შემთხვევებში სიმპტომური ბუნებას გამოვლინებები გამოილია გავრცელებისა და ცნობიერების ვაბრუებთა ფონზე.

ეპიდემიური ენცეფალიტის პრონიაული სტადიის კლინიკა

ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია. ნევროლოგიური სიმპტომები ქრონიკულ სტადიაში წარმოდგენილია როგორც მწვავე პერიოდისათვის დამახასიათებელი, ისე ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული დაზიანების მაჩვენებელი ნიშნებით.

ძილის პათოლოგიის მხრივ ყურადღებას იპყრობს არა ძილად მივარდნა, არამედ ძილის ტემპისა და რიტმის შეცვლა. ავადმყოფებს უძნელდებათ, ზოგჯერ კი ვერ ახერხებენ დაძინებას; ამასთან ერთად, აღინიშნება ძილის მოთხოვნილების ფაზის გაუკუღმართება: დღისით თვლენ ან ძილი, ღამით უძილობა.

ყურადღებას იპყრობს მოვლენები თავის ტვინის ნერვების მხრივ, მაგალითად, ცხვირ-ქუთუთოს, ანუ ნაზოპალპებრალური რეფლექსის აწვევა (ცხვირზე ჩაქუჩის ან თითის მირტყმის შედეგად ქუთუთოთა გაძლიერებული ხაჩხამი), სახის ნერვის პარეზი, ენის მამოძრავებელი ნერვის პარეზი და სხვ. განსაკუთრებით უნდა აღვნიშნოთ თვალის კაკლისა და გუვის მდგომარეობა, სახელდობრ გუვის რეაქციის მოღუწნება, კონვერგენციის და ნისტაგმისმაგვარი მოძრაობა.

ქრონიკულ სტადიაში ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგიისათვის მთავარია ექსტრაპირამიდული ხასიათის გამოვლინებები, რომლებიც ცნობილია პარკინსონიზმის სინდრომის სახელწოდებით. მწვავე სტადიის მსგავსად, ამ დროსაც პირამიდული ნიშნები ძლიერ იშვიათია.

პარკინსონიზმის დროს იწყება მოძრაობათა ტემპის, რიტმის, მოქნილობის, ამპლიტუდისა და სახვითი გამომეტყველებას მკვეთრი აშლა. ღარღვეულია არა მარტო მოძრაობათა სახვითი გამომეტყველება და მათი კოორდინაცია, არამედ ღარღვეული ან სრულიად მოსპობილია ავტომატური მოძრაობაც. ამიმიური სახე ნიღბის შთაბეჭდილებას ტოვებს.

სახის გამომეტყველება თავიანთურად შეცვლილია იმის გამოც, რომ ავადმყოფს ღია აქვს თვალის ჭრილი და, ამავე დროს, განსაკუთრებით გაიშვიათებულია ქუთუთოთა ხამხამი. სახე უმოძრაოა, თითქოს გაყინული.

პასიური მოძრაობა აძლიერებს კუნთების ისედაც მკვეთრად გამოხატულ ჰიპერტონიას. ყოველგვარი მოძრაობა და მოქმედება განსაკუთრებით შენელებულია (ე. წ. ბრადიკინეზიის ფენომენი). შეცვლილია სიარული და სტატიკა.

ავადმყოფები მოხრილი არიან. აღინიშნება პროულსიის, რეტროპულსიის ან ლატეროპულსიის მოვლენები, ე. ი. სიარულის დროს ავადმყოფები ზოგჯერ ვარდებიან წინ, უკან ან გვერდით, სხეულის ნაწილების, განსაკუთრებით ზედა კიდურების თითების კანკალი.

როგორც წესი, მეტყველება ნელია, ერთფეროვანია, მოღუღაციის უნარს მოკლებული, ზოგჯერ შეიძლება მეტისმეტად აჩქარებულიც იყოს.

აღწერილია შემთხვევები ყლაპვისა და ღეჭვის აშლით ან სლოკონით. ზოგჯერ ზემოაღწერილი ექსტრაპირამიდული მოვლენები ძლიერდება შეტევების სახით.

ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკულ სტადიაში უხვადაა ავრთვე ვეგეტატიური მოვლენები; აღსანიშნავია ქონიანი სახე, ნერწყვის დენის გაძლიერება, გადაჭარბებული ოფლიანობა, ტემპერატურის ცვალებადობა, მახის აჩქარება და გაძლიერებული წყურვილი.

ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგია; ეპიდემიური ენცეფალიტის შემთხვევები მეტად მზიდარი და ხელსაყრელი მასალაა ფსიქოპათოლოგიის შესასწავლად.

ლეთარგიული ენცეფალიტის ფსიქოპათოლოგიის მთლიანი სურათი განისაზღვრება შემდეგი სამი მომენტით: მიზიდულობათა პათოლოგიით, ფსიქიკური ტონუსის (და რატიმის) შეცვლით და ფსიქონერვულ ფუნქციათა გადაჭარბებული მოქანცულობით.

შესაძლოა ძირითადი მიზიდულობანი (შიშშილი, წყურვილი და სქესა) ან სრულიად გაქრეს ან მკვეთრად გაძლიერდეს.

აღწერალია შემთხვევები, როდესაც სქესის შესუსტებას მოსდევს ექვიანობის ნიადაგზე შექმნილი კონფლიქტები, ასევე შესაძლოა სქესის გაძლიერებამ გამოიწვიოს შესატყვისი შინაარსის ძალდატანება-ბოროტპოქმედება.

სულაერი ცხოვრების ტონუსის რიტმის დაქვეითებით ზოგადად განიანზღვრება ე. წ. ბ რ ა ლ ი ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი გამოვლინება.

ხანჯამით უნდა აღენიშნოს, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის არც ერთი ორგანული დაავადება არ იწვევს ფსიქიკურ შესაძლებლობათა ისეთ მკვეთრ მოქანცვას, როგორსაც ეპიდემიური ენცეფალიტი.

ინიციატივისა და აქტიურობის დაკარგვასთან ერთად, ავადმყოფებს აღენიშნებათ ყურადღების დაქვეითება; განსაკუთრებით შესუსტებულა ყურადღების გადანაცვლებოა და ჩართვის (ან გამორთვის) უნარი.

ემოციურ-ნებით ბფეროსთან ერთად შებოქილია გონებრივი სფეროც. ავადმყოფებს ემჩნევათ აზრთა და წარმოდგენათა თავისებურა სიღარიბე, თუშცა ცოდნის მარაგა და მესხიერება ფორმალურად შენარჩუნებული აქვთ.

ზოგჯერ აზრთა სიღარიბე და ასოციაციური მოქმედების სიჩლუნგე იმდენად მკვეთრი ხასიათის ხდება, რომ შესაძლოა ენცეფალიტური დემენციის კლინიკურად ცალკე გამოყოფა.

აღწერილია ჭკუასუსტობის შორწასულ შემთხვევაში ბოლდითი პროდუქტები. რომლებიც შინაარსის მხრივ ძლიერ წააგავს პარალიზურ ბოლვებს.

აღქმის აშლილობათა მხრივ პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ ფსიქოსენსორული აშლილობა, მაგალითად, სხეულის სქემის აშლა, დერეალიზაცია-დებერსონალიზაციის ფენომენი, ოპტიკურ-ვესტიბულარული ნიშნები და სხვ.

დიფერენციული დიაგნოზისა და სასამართლო-ექსპერტიზის ზოგიერთი საკითხი. ეპიდემიური ენცეფალიტის ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგია იმდენად დამახასიათებელია, რომ გამოკვეთილ შემთხვევებში მისი დიაგნოზტიკა ძნელი არ არაა. ამ დაავადების მწვავე სტადია შესაძლოა ავეერიოს ტაფში, გრიპში, პარატიფა ან სხვა რომელიმე მწვავე ინფექციურ დაავადებაში.

საკიროა გვახსოვდეს, რომ არსებობს სხვადასხვა ძირითადი ნაშანი. რომლებიც იმთავითვე ახასიათებს ენცეფალიტის მწვავე სტადიას. პირველ რიგში უნდა გავითვალისწინოთ ნევროლოგიური ნიშნები. ძილას გაუქუღმართება, დაბალი ტემპერატურა. და ჰიპერკინეზური მოუხვენრობა.

ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული ფორმების შემთხვევაში საჭიროა ლიფერენციალური დიაგნოზის გატარება სხვადასხვა დაავადებასთან.

ენცეფალიტური პარკინსონიზმი უნდა განვასხვაოთ მოხუცთა პარკინსონიზმისაგან.

როგორც ვიცით, ამ უკანასკნელი დაავადების (პარალიზი კანკალით) დროს არ აღინიშნება ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია, აგრეთვე ეპიდემიური ენცეფალიტისათვის დამახასიათებელი მწვავე სტადია. გარდა ამისა, ენცეფალიტისაგან განსხვავებით, პარალიზი კანკალით მოხუცთა ასაკის დაავადებაა.

ნევროლოგიური, ე. ი. ორგანული ფონი გამორიცხავს შიზოფრენიის კატატონიურ, პალუცინაციურ-ბოდვით თუ ფსიქოსენსორულ ფორმებს.

ეპიდემიური ენცეფალიტი იმით განსხვავდება შიზოფრენიისაგან, რომ იგი უფრო ნევროლოგიურ-სომატური დაავადებაა, ვიდრე ფსიქიკური. არასოდეს ეპიდემიური ენცეფალიტი არ იწვევს შიზოფრენიული ბუნების ინტრაფსიქიკურ ატაქიას.

იგივე ორგანულ-ნევროლოგიური ფონი გამორიცხავს ნევროზულ და კონსტიტუციურ ფსიქოპათიურ მდგომარეობას.

კონსტიტუციურ ფსიქოპათიებს, მით უმეტეს ნევროზებსა და ფსიქონევროზებს, კეთილთვისებიანი პროგნოზი აქვს:

სამაგიეროდ, ეპიდემიური ენცეფალიტის შემთხვევებში მიზიდულობათა პათოლოგიას, აკვიატებასა და იმპულსს მტკიცე ორგანული დალი აზის.

საინტერესოა ეპიდემიური ენცეფალიტის შეფასება სასამართლო ფსიქიატრიის თვალთახედვით, ვინაიდან ამ დაავადების შემთხვევებში საკმაოდ ხშირია სხვადასხვა შანაარსის ბოროტმოქმედებანი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ პიროვნებაში ღრმა ფსიქოპათოლოგიური ძვრების დადასტურება (თუგინდ ინტელექტი ფორმალურად შენარჩუნებული იყოს) ან ასევე მკვეთრი ნევროლოგიური შებოჭვა ავადმყოფს ათავისუფლებს პასუხისმგებლობისაგან. ასეთი ავადმყოფები საჭიროებენ სამედიცინო რეჟიმსა და ჯეროვან მკურნალობას.

ამასთან ერთად, უნდა ვაცოდეთ, რომ ეპიდემიური ენცეფალიტის ყოველი ცალკეული შემთხვევის შეფასებისას საჭიროა მკაცრი ინდივიდური მიდგომა.

როდესაც დაავადების ფორმა შორწყალული არ არის და არა ჩანს პიროვნების დაქვეითება, ავადმყოფს პასუხისმგებლობა არ ეხსნება, ჩაღვნილი ბოროტმოქმედების გამო იგი უნდა წარღვეს კანონის წინაშე.

ფსიქიკური აზლილოვანი ნევროლუესის შედეგად

ზოგადი ცნობები

ცნობილია ათამანგის ეტიოლოგიის (მკრთალი სპიროქეტა) და პროფილაქტიკის საკითხები. მის ნიადაგზე განვითარებული აზლილობა თეორიული და კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი და სპაჰუსხისმგებლო საკითხია.

ლუესური ფსიქონერვული დაავადებები ეკუთვნის ქრონიკული ინფექციური დაავადებების რიგს და ცნობილია ნევროლუესის სახელწოდებით.

ტერმინი ნევროლუესი მეტად ფართო კლინიკური ცნებაა და მოიცავს მრავალ სხვადასხვა ფორმას, მაგრამ კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს ფორმები დაკავშირებულია ლუესურ სპიროქეტოზთან.

ნევროლუესის განვითარებას ხელს უწყობს სხვადასხვა ფაქტორი, მაგალითად, ალკოჰოლიზმი, გონებრივი გადაღლა, ფიზიკური გაცვეთა და სხვ.

ნევროლუესის კლინიკამ მხოლოდ ორგანულ ფსიქოზთა პათობიოლოგიაზე ჩვენი წარმოდგენა როდი გაამდიდრა. აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობის ცდა, რომელიც პირველად იყო შემოტანილი ფსიქიატრულ მეცნიერებაში, ეხება ლუესური დაავადების მკურნალობას (მხედველობაში გვაქვს პროგრესული პარალიზის მალარიათერაპია). უფრო მეტიც, ლუესურ ფსიქოზთა მასალაზე პირველად ფართოდ დაამუშავეს ფსიქოზთა პათოლოგიური ანატომიის საკითხები, შესაძლო გახდა ასევე პირველად ფსიქიატრიაში ნოზოლოგიზმის ცნების შემოტანა.

ნევროლუესის პრობლემების დამუშავებამ ბევრად წინ წასწია ფსიქიატრიის თეორიისა და პრაქტიკის საკითხები.

ლუესის ნიადაგზე ვითარდება სხვადასხვა კლინიკური გამოვლინების მრავალი ფორმა.

კლინიკური მრავალფეროვნების მიუხედავად, ყველა ნევროლუესური ფორმა შეიძლება დავეოთ ორ ჯგუფად, რომლებსაც საფუძვლად უდევს ცერებრული ორგანიკის სპეციფიკური თავისებურება.

ამ საკითხში გასარკვევად საჭიროდ მიგვაჩნია მოკლედ შევჩერდეთ მკრთალი სპიროქეტის ვირულენტობის, ანუ ლუესური პათობიოლოგიის თავისებურებაზე.

ფაქტობრივი მასალების მიხედვით ვრწმუნდებით, რომ არსებობს დერმოტროპიზმული და ნევროტროპიზმული ლუესური ინფექცია. ერთ შემთხვევაში მკრთალი სპიროქეტა კანიზაღში მიდრეკილებას იჩენს, მეორე შემთხვევაში კი პათოლოგიურ ძვრებს იწვევს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში. რადგან კანის ფორმების შემთხვევაში ხშირად არ აღინიშნება ნერვული ფორმები და, გარდა ამისა, ვხვდებით ხოლმე ე. წ. ნევროლუესის ოჯახურ შემთხვევებს (მაგალითად, პროგრესული პარალიზით ავადდება როგორც ქმარი, ისე ცოლი), მამასაღამე, ლუესის დერმოტროპიზმული და ნევროტროპიზმული ფორმები დამოუკიდებელია. თავის მხრივ, ლუესის ნევროტროპიზმულ შემთხვევებს ახასიათებს ორგვარი გამოვლინება: მკრთალი სპიროქეტა ჭარბად აზიანებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ექტოდერმულ ან მეზოდერმულ ელემენტებს.

ექტოდერმული ლუესის დროს ძირითადი პათოლოგიური ძვრები ეხება ტვინის ექტოდერმულ, ე. ი. პარენქიმიულ ელემენტებს (უშუალოდ ფუნქციურ უჯრედებსა და მათ მორჩებს), ხოლო მეზოდერმული ლუესის დროს დაზიანებულია არა ფუნქციური ნერვული ელემენტები, არამედ მეზოდერმული ელემენტები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, პირველ რიგში სისხლძარღვთა სისტემა.

ცერებრული ორგანოა შეიძლება მიეპარებოდეს ან ექტოდერმული ან მეზოდერმული პათოლოგიის გზით.

პათოლოგიურ ძვრათა ორგვარი არაი ქმნის კლინიკურ გამოვლინებათა ორგვარ ჯგუფს.

მეზოდერმულ ლუესს მოსდევს ტვინის ათაშანგის, ხოლო ექტოდერმულ ლუესს — პროგრესული პარალიზის კლინიკური ფორმები.

ტვინის ათაშანგი მოღის ლუესით დაავადების შემთხვევათა დაახლოებით ათ პროცენტზე.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ პროგრესულ პარალიზთან შედარებით ტვინის ათაშანგი საჭიროებს უფრო ხანმოკლე საინკუბაციო პერიოდს და ვითარდება უფრო ადრეულ ასაკში (25—35 წლებში). აღწერილია აგრეთვე ზოგი შემთხვევა, როდესაც ტვინის ლუესი განვითარებულა მონუცებულობის ასაკში (60—70 წლებში) ხანგრძლივი ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ.

ცერებრული ლუესის კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალფეროვნება და ცვალებადობა დამოკიდებულია ლუესური ინფექციის სიმძიმე-სამწვავეზე, მის ლოკალიზაციაზე, პათოლოგიური ძვრების სპეციფიკაციაზე (ანთებითი პროცესები, გუმები, სისხლძარღვთა სიფილიური ძვრები), ლუესის განფენილობაზე (დაზიანებულია მარტო თავის

ტვინი თუ მთლიანად ორგანიზმი) და, ბოლოს, პრემორბიდის ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებებზე.

ყველაზე მდიდარ ნევროლოგიურ სიმპტომატიკას ქმნის ტვინის ღეროთა და ფუძის დაზიანება.

თუ ლუესურა ინფექცია მწვავე ხასიათისაა და ტვინზე განფენილად მოღებული, ფსიქიკური აშლილობა შესაძლოა ჰგავდეს ეგზოგენური ტიპის ფსიქოზებს.

ტვინის ათამანგას კლინიკის ძირითადი ნიშანია დაავადების ტლანქი ორგანული ბუნება, ამიტომ საბოლოოდ იგი იწვევს ორგანული ტიპის ჰქუაუტობის ლუესურ დემენციას.

ლუესური ფსიქოზების პათოგოგნოლოგიის საკითხები

ტვინის ათამანგას პათოგოგნოლოგიის შესწავლისას უნდა გავარჩიოთ შემდეგი სამი ფორმა: ლუესური მენინგიტი და მენინგოენცეფალიტი და, ბოლოს, ტვინის სისხლძარღვთა პათოლოგია.

ლუესური მენინგიტი და მენინგოენცეფალიტი. ამ ფორმას შეიძლება ახასიათებდეს განფენილი ან შემოსაზღვრული სახის არასპეციფიკური პროცესი, რომელიც ყველაზე ხშირად და ჰარბად გამოხატულია ტვინის ღეროთა და თვით ღივი ჰემისფეროების ფუძეებზე.

ანთებითი მოვლენები შესაძლოა აღინიშნებოდეს აგრეთვე დიდი ჰემისფეროებისა და ნათხემის კონვექსურ უბნებში. როდესაც ლუესური მენინგიტი ეფინება ქვემდებარე ტვინოვან ნივთიერებას, იგი მენინგოენცეფალიტის ხასიათის ხდება, რაც, ჩვეულებრივ, მოვავაგონებს ანთებით პროცესს. მას არა აქვს რაიმე სპეციფიკური თავისებურება.

მენინგიტმა, ისევე როგორც მენინგოენცეფალიტმა, შესაძლოა მიიღოს მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობა.

მწვავე და ქვემწვავე ფორმები კლინიკურად მოვავაგონებს ტვინის გართთა დაავადებას მაღალი ტემპერატურით. ამ დროს პისტოპათოლოგიურად აღინიშნება რბალი გარსების წვრილუჯრედოვანი ინფილტრატი (ჰარბობს ლიმფოციტები, პლაზმური უჯრედები, ჩვეულებრივ, სრულუბათ არ არის).

მენინგოენცეფალიტური კერები ხშირია ტვინის ნივთიერებას სისხლძარღვთა გვერდით. ბ ე ს ტ ე რ ე ვ ი ს თანახმად, მენინგოენცეფალიტის ქრონიკულ ფორმას თან სდევს ლუესური ჰქუაუტობა.

ქრონიკული მიმდინარეობის შემთხვევაში რბილი გარსი სქელდება შუბლის წილში.

როგორც აღენიშნეთ, მწვავე და ქრონიკული ანთებითი პროცესი მოკლებულია სპეციფიკურ თავისებურებას. მისი ეტიოლოგიური ბუნების დადგენა შეაძლოა მხოლოდ და მხოლოდ კლინიკური და სეროლოგიური მასალების მიხედვით. მეტად საინტერესოა, რომ ზოგიერთი ავტორის მიერ მენინგოენცეფალიტების შემთხვევაში შემჩნეულია სპიროქეტები.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვავე, სიცხიანი ლუესური მენინგიტი ეპიდემიური მენინგიტიზაგან განახვევდება ლიქვორის თავიანთური შემადგენლობით (მხედველობაში გვაქვს ლუესური მენინგიტის დროს ლიმფოციტებისა და დადებითი სერორეაქციების არსებობა).

გუმოზური მენინგიტი და მენინგოენცეფალიტი. ამ ფორმების შემთხვევაში აღანიშნება არა მარტო ანთებითი პროცესი, არამედ სპეციფიკური გრანულაციური ქსოვილის განვითარებაც.

გუმების ლოკალიზაციის ადვილია მაგარი და რბილი გარსი (ტვინის ფუძეზე და კონვექსურ უბნებში), სილივის ნაპრალი, ცენტრალური ხვეული და, აგრეთვე, პარაკუტა სინსლძარღვოვანი წნული.

ჰემისფეროებში გუმები ყველაზე ხშირია შუბლისა და კეფის ნაწილებში.

გუმების წარმოქმნა-განვითარებაში მთავარი როლი ეკუთვნის მეზოღერმული აპარატის რეაქციას (ამოქვევებას); ექტოღერმული ელემენტები ან სრულიად არ მონაწილეობს ანდა სუსტად მონაწილეობს.

გუმოზური გრანულაციური ქსოვილი წარმოიქმნება სინსლძარღვთა შემაერთებელი ქსოვილიზაგან. ერთი მხრივ, ძარღვის კედლას უჩრდღოვანი ინფილტრატის (ლიმფოციტებით და პლაზმური ელემენტებით) განვითარება, და მეორე მხრივ, ნამდვილი გრანულაციური ქსოვილის განვითარება ორი ძირითადი პროცესის, რომლებიც პარალელურად მონაწილეობენ გუმოზური კერების ჩამოყალიბებაში.

როგორც ვიცით, გუმოზური ნივთიერების კეება სრულიად მოკლებულია საჭირო ჰემოდინამიკურ პირობებს, ამიტომ საბოლოოდ გუმა განიცდის გადაგვარებას: მისი მეზოღერმული ელემენტები იშლება. არღვევა.

ჰურნალობის გაუმჯობესების გამო ამჟამად დაღ გუმოზურ კვანძებს უკვე აღარ ვხვდებით.

როდესაც გუმა ტვინის სუბსტანციაშია, სიმსივნის მსგავსად. იგი მეზობელ ქსოვილში იწვევს რეაქტიულ ცვლილებებს და სხვადასხვა არქატექტონიკურ ძვრას.

როგორც წესი, გუმოზურ კვანძებში ვარჩევთ სამ ზონას, სახელდობრ, შიდა, ანუ ბირთვოვან, შუა და გარეთა ზონებს. შიდა ზონა ნეკროზული მასაა, რომელშიც უჩრედები დაღუპულია და ცალკეული ელემენტები არ მოჩანს. ჰეორე ზონა ვიწროა, შედგება თითისტარა

და ოვალური შემაერთებელქსოვილოვანი უჯრედებისაგან; ჩვეულებრივ, მასში გიგანტური უჯრედებია. გარეთა ზონა მდიდარია ლიმფოციტებით, პლასმური გიგანტური უჯრედებითა და სისხლძარღვებით.

კვანძების გარდა, შესაძლოა, გუმოზურმა პროცესმა მიიღოს დიფუზიური ხასიათი (მხედველობაში გვაქვს გუმოზური მენინგიტები და მენინგოენცეფალიტები).

ბ ე ზ ტ ე რ ე ვ ი ს თანახმად, დიფუზურ-გუმოზური მენინგო-შერჩევითად ვითარდება მხედველობის ნერვთა გადაჯვარედინების ადვილზე, სახელდობრ ს ი ლ ვ ი ი ს ნ ა პ რ ა ლ შ ი, ტვინის ფუზო-შუა, შუბლისა და ცენტრალურ ხვეულებში, აგრეთვე ნათხემში.

გუმოზურ მენინგოენცეფალიტს ამორადად შეიძლება მოჰყვეს მეზობლად მდებარე პარენქიმული ელემენტების გადაგვარება და ნეკროზიც, რაც, თავის მხრივ, ქმნის უჯრედოვან ელემენტთა ამოვარდნის (ე. წ. „სიცარიელის“) კერებს.

ზოგჯერ პარენქიმულ ელემენტთა დეგენერაციულ ცვლილებებს აქვს სრულიად შერჩევითი ხასიათი, რომლის დროს ზიანდება ცენტრალური ნერვული სისტემის გარკვეული ნაწილები (მხედველობაში გვაქვს თვალის მამოძრავებელი ნერვის ბირთვების გადაგვარება, მხედველობის ნერვის შერჩევითი ატროფია და სხვ.). აღწერილია გუმოზური მენინგოენცეფალიტების დროს ტვინის „გაფუფების“, ანუ გუჯირჯეების შემთხვევები, რომლებიც, თავის მხრივ, იწვევენ განვლოურ და გლიურ უჯრედთა მძიმე დეგენერაციულ ცვლილებებს.

გუმებში მკრთალ სპიროქეტას ვერ პოულობენ, რადგან ის მოთავსებულია პერივასკულარულ ლიმფურ ძარღვებსა და ადვენტიციაში.

ტვინის სისხლძარღვთა სიფილისი. ცერებრულ სისხლძარღვთა ლუქური დაავადება მეტად საინტერესოა თეორიული და პრაქტიკული თვალსაზრისით. სისხლძარღვთა კედლის უშუალო დაავადება ან სისხლძარღვთა სანათურის დაზომა სათანადო უბნებში იწვევს კვების აშლასა და ქსოვილთა იშემიას; უკანააქნელს შესაძლოა მოჰყვეს ქსოვილის არა მარტო გადაგვარება, არამედ ნეკროზიც.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ ტვინის დაზიანებული ნივთიერების ფართობი დამოკიდებული უნდა იყოს სისხლძარღვთა სანათურის სიდიდეზე, ე. ი. სისხლძარღვის მიერ მკვებავე ზონის განფენილობაზე.

ბათოლოგიური პროცესი მოდებულა არა მარტო არტერიულ არამედ ვენურ სისხლძარღვებზეც პანფლებიტებისა და ენდოფლემბიტების სახით.

ტვინის სისხლძარღვთა დაავადების ლუქური ბუნების დასადგენად ყურადღება უნდა მივაქციოთ საერთო სომატური ლუქებისა და სპეციალური მეზოარტიტის განვითარებას.

ცერებრულ სისხლძარღვთა ლუქის შემთხვევებს ჰყოფენ ოთხ

ფორმად: ენდარტერიტიად თანდაართული ინფილტრაციული, ანუ გემოზური მოვლენებით, სახსლძარღვთა ქრონიკულ ლუესურ დაავადებად, ლუესურ არტერიოსკლეროზად და ტვინის სახსლძარღვთა ლუესურ ედარტერიტიად.

**თავის ტვინის ლუისის ცალკეული კლინიკური ფორმა
(ლუისური ფსიქოზები)**

ლუესური ნევრასთენია

ნევროლუესის ყველაზე ნაადრევი და შედარებით კეთილთვისებიანი ფორმაა ე. წ. ლუესური ნევრასთენია. ჩვეულებრივ, იგი ვითარდება ინფექციის მეორად პერიოდში. კლინიკურად ამ დროს გაშლილია ნევრასთენიული, ანუ ცერებრასთენიული სინდრომი: თავის ტვინილი, ცუდი თვითგრძნობა და გუნება-განწყობა, ადვილი დაღლადობა, ემოციური ჰიპერსთენია, უძილობა, ხოლო ზოგჯერ მეხსიერების დაქვეითება, შიში და შემზარავი მოჩვენება ლოღინი.

წარსულში ლუესურ ნევრასთენიას განიხილავდნენ როგორც თავისებურ ფუნქციურ-ფსიქოგენურ მდგომარეობას, როგორც ფსიქოგენური სტრუქტურის ლუესო-, ანუ სიფილოფობიას.

ერთ დროს ფიქრობდნენ, თითქოს დაინფიცირების შემდეგ განვითარებადი ლუესოფობია ნევროპათიულ პიროვნებათა ხვედრი იყო. ლუესის პათობიოლოგიის განვითარებასთან ერთად ამ შეხედულებას ნიადაგი გამოეცალა. გამოირკვა, რომ ლუესური ნევრასთენიის შემთხვევებში წამყვანი როლი უნდა მიეკუთვნოს არა ფსიქიკურ ტრავმას, არამედ თვით ლუესს, რომელიც დაინფიცირების უკვე მეორე პერიოდში ტოქსიკურ ზეგავლენას ახდენს ცენტრალურ ნერვულ აპარატზე. ამ დროს კლინიკურ სინდრომს აქვს გარკვეული სპეციფიკური ბუნება და ამიტომ ტერმინი „ლუესური ნევრასთენია“ საკვებით გამართლებულია.

დაავადების ორგანულ ფონზე მიგვიითებებს მიკრონევროლოგიური სიმპტომატიკისა (მყესთა რეფლექსების შეცვლა, მოვლენები თვალის გუგების მხრივ) და სპეციფიკური ციტო-სერორეაქციების (გლობულინები და პლეოციტოზი) არსებობა. ავადმყოფობა შედარებით კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს; სათანადო სპეციფიკური მკურნალობა კარგ შედეგებს გვაძლევს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სპეციფიკურ ციტო-სეროლოგიურ რეაქციათა ნაადრევი წარმოქმნა მძიმე და არასასურველი პროგნოზის მჩვენებელია ასეთ შემთხვევებში ხდება ნერვული აპარატის ნაადრევი ორგანული გაღიზიანება, რასაც შესაძლოა ძლიერ ადვილად მოჰყვეს პროგრესული პარალიზის ან ტაბესის განვითარება.

კლინიკური სურათი განისაზღვრება ცერებრული პათომორფოლოგიით. მხედველობაში უნდა მივიღოთ მენინგოენცეფალიტური პროცესის გავრცელება, ადგილმდებარეობა და მიმდინარეობის ხასიათი (სიმწვავე).

უქანასკნელი გამოკვლევით ვრწმუნდებით, რომ თავის ტვინის გარსების გაღიზიანება (მენინგიზმის თუ მენინგიტის სახით) შესაძლოა აღინიშნებოდეს არა მარტო მეორე პერიოდში, არამედ სულ ადრე, ე. ი. დაინფიცირების შემდგომ პირველ ორ თვეში.

ასეთ შემთხვევებში ციტოსეროლოგიური რეაქციები, ჩვეულებრივ, დადებითია.

ავადმყოფებს თავის ტკივილთან, თავბრუსთან, გულისრევასთან და მაღალ ტემპერატურასთან ერთად აღენიშნებათ გუნება-განწყობის დაქვეითება და ცნობიერების პათოლოგია გაოგნების ან გაბრუების, ხოლო ზოგჯერ დელირიული ან დელირულ-ამენციური მდგომარეობის სახით.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ზემოაღნიშნული კლინიკური ფორმები გართულებული იყო გულყრითი (კრუნჩხვითი) მოვლენებით.

როგორც ვხედავთ, მენინგოენცეფალიტურ ფორმათა კლინიკური გამოვლინებანი შესაძლოა მოექცეს ნევროპათოლოგიისათვის ჩვეული ჩარჩოების გარეთ და მიიღოს ფსიქოზური ხასიათი.

მენინგოენცეფალიტის მწვავე შემთხვევებში ფსიქიკური აშლილობები მოგვაგონებს მწვავე ეგზოგენური ტიპის მდგომარეობას, ხოლო ქრონიკულ შემთხვევებში ვითარდება პიროვნების დაქვეითებისა და კუთასუსტობის მოვლენები.

გუგავისა და ლუნსური ფსევდოპარალიზის კლინიკა

თავის ტვინის ფუძე ცენტრალური ნერვული სისტემის ის უბანია, სადაც ყველაზე ხშირია გუმები და გუმოზური მენინგოენცეფალიტები.

გუმების მიერ გამოწვეული ფსიქოპათოლოგიური ძვრები მოგვაგონებს თავის ტვინის სიმსივნეთა კლინიკას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქიკური აშლილობის სიმძიმე ან ნაირგვარობა დამოკიდებულია ქალასშიდა წნევის ღონეზე და გუმების ლოკალიზაციაზე.

ავადმყოფი მოდუნებული, განურჩეველი და აპათიურია: მას გარემო არ აინტერესებს, ცნობიერება უბინდდება, აღენიშნება თავის ტკივილი. მდგომარეობა შესაძლოა გართულდეს ეპილეფსიფორმული და აპოპლექსიფორმული გულყრითი შეტევებით.

დიაგნოზის დადგენისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ თვალის ფსკერის ცვლილებებს, ბუდობრივი სიმპტომების არსებობასა (პარალიზები და ჰიპერკინეზიები) და ციტოლოგიურ რეაქციებს.

როგორც აღვნიშნეთ, ანთებითი და გუშოზური პროცესებით გამოწვეული სიფილისური ფსიქოზები შესაძლოა ჩათავდეს პიროვნების ლუესური დეგრადაციით, ანუ ჰქუასუსტობით. ამ მხრივ საყურადღებოა ქრონიკული მიმდინარეობის ლუესური ფსიქოზი, ე. წ. ლუესური ფსევდოპარალიზი.

ინტელექტუალური სფეროს პათოლოგია ყალბდება თანდათან: ჩლუნგდება მახსოვრობა, აღინიშნება გაფანტულობა, კონფაბულაციები, შრომის უნარის დაკარგვა, თუმცა გარეგნულად კრიტიკის ფუნქციები დიდხანს შენარჩუნებულია.

ემოციური სფეროს მხრივ იქმნება ეიფორიული ან დისფორიული მდგომარეობა.

თავის ტვინის წვრილ სისხლძარღვთა ლუესური დაავადება

თავის ტვინის წვრილ სისხლძარღვთა ლუესური დაავადების დროს, რომელიც ტვინის ათაშანგის ერთ-ერთი ფორმაა, აღინიშნება ცერებრულ წვრილ სისხლძარღვთა მრავლობითი დაზიანება. რის გამოც იქმნება თავის ტვინის განფენილი დაავადების სურათი.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ტლანქი დაზიანების ნიშნები, მაგალითად, პარეზები, პარალიზები, აფაზია ან ინსულტი. ამ დროს არ ვითარდება.

კლინიკური სურათი პირველ რიგში ცხადყოფს ფსიქიკურ ძვრებს, რომლებსაც შესაძლოა დაერთოს ნატიფი ნევროლოგიური სიმპტომატიკა.

ფიზიკური სტატუსის შესწავლისას ობიექტურ ნიშნებს შორის საყურადღებოა გუგების უთანაბრობა, მყესის რეფლექსთა ცვლილებები, სახის ნერვის პარეზი და სპეციფიკური ციტოსეროლოგიური ძვრები.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ დაავადების კლინიკა მდიდარია უფრო ფსიქიკური, ვიდრე ნევროლოგიური სიმპტომებით.

კლინიკური ფსიქოპათოლოგიის მხრივ აღსანიშნავია გონებრივი ფუნქციის დაქვეითება ზოგჯერ მკვეთრ ჰქუასუსტობამდეც კი. შენიშნულია უსიამო ხასიათის პალუცინაციები (ხშირად სმენისა და მხედველობის), აგრეთვე უსიამო შინაარსის ბოღვითი პროლუქციები (დევნის ან ექვიანობის ბოღვები და სხვ.).

შესაძლოა კლინიკურ სურათს დაერთოს კატატონური გამოვლინებები (სტერეოტიპია, ნეგატივიზმი, იმპლუსივობა და სხვ.); ასეთ შემთხვევებში საჭირო ხდება შიზოფრენიის (საერთოდ შიზოფრენი-

ული ჯგუფის დაავადებათა) დიფერენციულ-დიაგნოზური გამორიცხვა.

თავის ტვინის წვრილ სისხლძარღვთა ლუესი უფრო ხშირია 30—40 წლას ასაკში. ავადმყოფობას ახასიათებს ქრონიკული მიმდინარეობა, რომლის დროს შესაძლოა რემისიები ან კლინიკური მდგომარეობის გამწვავება-გაუარესება.

გამამხნეველ შედეგებს გვაძლევს სპეციფიკური მკურნალობა, თუმცა არის შემთხვევები, როცა სამკურნალო ჩარევა მიზანს ვერ აღწევს და ავადმყოფობა გადადის ლუესური ჰქუასუსტობის საზოგადოებრივ ფაზაში.

ჰალუცინაციურ-პარანოიული ფორმა

აღწერილია ტვინის ათაშანგის დროს ჰალუცინაციური და პარანოიული სინდრომები, რომელთა გაერთიანება და კლინიკურად დამოუკიდებელ ჰალუცინაციურ-პარანოიდულ ფორმად გამოყოფა შეიძლება.

ავადმყოფობა იწყება თანდათანობით; მას ახასიათებს წელი მიმდინარეობა.

კლინიკურ სურათში ძირითადია აღქმის გაუქვლმარება (ჰალუცინაციები) და ბოდვები. უფრო ხშირია სმენის ჰალუცინაცია, რომელსაც თან ერთვის დეგნის, ზეგავლენისა და ზოგჯერ განღილების ბოდვითა პროდუქციები.

ავადმყოფობას ახასიათებს რემისიები; ჰქუასუსტობა ვითარდება მოგვიანებით, ამიტომ გარემოსადმი კრიტიკა და შრომის უნარიანობა დიდხანს შენარჩუნებულია.

კლინიკურ მიმდინარეობაში ეპიზოდურად აღინიშნება აგზნება ცნობიერების აბნევით.

დამახასიათებელია ნევროლოგიური მიკროსიმპტომატიკა. სეროლოგიური ძვრები ყოველთვის არ აღინიშნება.

თავის ტვინის ლუასის გულხრითი ფორმები და ტაბასური ფორმები

თავის ტვინის ათაშანგის დროს ძირითადად ვითარდება ორგვარი კრუნჩხვითი განტვირთვები: აპოპლექსიური და ეპილეფსიური ფორმული გულყრა.

ორივე სახის გულყრას საფუძვლად უდევს სისხლძარღვთა ლუესური დაზიანება; ამიტომ ცალკეულ შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს შერეული სახის გულყრითი განტვირთვები.

აპოპლექსიფორმული გულყრა სისხლძარღვთა კედლის მთლიანობის დარღვევის შედეგია, ხოლო ეპილეფსიფორმულ განტვირთვათა მიზეზი უნდა დაეუკავშიროთ წვრილ სისხლძარღვთა განფენილად მოღებულ ენდარტერიიტს.

აპოპლექსიფორმული გულყრა მძიმე პროგნოზის მაჩვენებელია, რასაც შესაძლოა მოჰყვეს ავადმყოფის დაღუპვა და, პირიქით, ეპილეფსიფორმული გულყრის შემთხვევებში სპეციფიკური მკურნალობა ზოგჯერ გამამხნეველ შედეგს გვაძლევს:

ლოკალიზაციის მიხედვით აპოპლექსიის მოვლენები კლინიკურად იწვევს პარალიზებს, პარეზებს, აფაზიას, აპრაქსიას, აგნოზიას და სხვ. ავადმყოფთა ფსიქიკის მხრივ აღსანიშნავია ორგანული ტიპის კუჟასუსტობა (მეხსიერების დაქვეითება სუსტსულოვნებით).

ეპილეფსიფორმული შეტევების სურათი წააგავს ეპილეფსიურ გულყრას; ამ შემთხვევაში ვითარდება მკვეთრი ფსიქოპათოლოგიური ძვრები, მაგალითად, გუნება-განწყობის ცვალებადობა, ბინდისებრი ცნობიერება და ორგანული ტიპის საერთო დაქვეითება (ამნეზიური კუჟასუსტობა).

დიფერენციული დიაგნოზის დადგენისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ როგორც ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, ისე ციტოსეროლოგიური სინდრომი.

საკვიროდ მიგვაჩნია მოკლედ შეეჩერდეთ ე. წ. ტ ა ბ ე ს უ რ ფ ს ი ქ ო ზ ე ბ ზ ე .

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც პროგრესული პარალიზი და ტაბესი აქვს ერთსა და იმავე ავადმყოფს. უკანასკნელი ფორმა ცნობილია ტ ა ბ ო პ ა რ ა ლ ი ზ ი ს სახელწოდებით და გულსხმობს როგორც თავის ტვინის, ისე ზურგის ტვინის სისტემათა დაზიანებას. ეს მიგვითითებს, რომ ტაბესის ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში შესაძლოა მდგომარეობა გართულდეს ცერებრული (თავის ტვინის) პათოლოგიით.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ გართულების, ე. ი. პროგრესული პარალიზის გარეშეც, ტაბესის, ასე ვთქვათ, სრულიად სუფთა შემთხვევებში არ შეიძლება გამოვრიცხოთ ფსიქოპათოლოგიური ძვრები.

ზურგის ტვინის სპეციფიკურ ტაბესურ ცვლილებებს შესაძლოა დაერთოს სიფილისური (მეზოდერმული) ბუნების გართულებანი თავის ტვინის სხვადასხვა უბანში.

ტაბესურ ფსიქოპათოლოგიას ძირითადად ახასიათებს სამი კლინიკური სინდრომი: მძიმე ნევრასთენიული, ეიფორიულ-ჰიპომანიაკალური და პალუცინაციურ-ბოდვითი სინდრომები.

უკანასკნელი, ე. ი. პალუცინაციურ-ბოდვითი სინდრომი შესაძლოა თავის მხრივ გართულდეს ცნობიერების მწვავე აბნევით და ხანმოკლე მკვეთრი აგზნებით.

ბავშვთა ლუმინი დაავადებას და, კერძოდ, ნევროლუმინს აქვს თანდაყოლილი ინფექციის ხასიათი.

ართანდაყოლილი, ე. ი. დაბადების შემდეგ შექმნილი ლუმინის შემთხვევები ძალიან იშვიათია. დასნებოვნება შეიძლება როგორც დედისაგან, ისე მამისაგან. დადასტურებულია ლუმინური ინფექციის გადაცემა პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის სავალებით.

თანდაყოლილი ლუმინი აფერხებს ჩანასახის ნორმალურ განვითარებას და ქმნის როგორც მთლიანი პიროვნების ფსიქიკურ-ფიზიკურ პროფილს, ისე ორგანიზმის ცალკეული სისტემის დეფექტს.

ამის გარდა, თანდაყოლილ ჰერედიტარულ (ოლიგოფრენიები) უმეტეს შემთხვევებში ასევე დადგენილია თანდაყოლილი ლუმინის როლი.

ზემოაღნიშნული ნათელყოფს თანდაყოლილი ნევროლუმინის თეორიას და პრაქტიკის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას.

სხვადასხვა კლინიკური სიმპტომი მკვლავდება უფრო ხშირად 14—16 წლის ასაკში.

ამასთან ერთად, აღწერილია მოგვიანებული თანდაყოლილი ნევროლუმინის ფორმები, როდესაც ავადმყოფობა განვითარებულია დაბადებიდან 20—30—35 წლის შემდეგ.

თანდაყოლილი ლუმინი ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში იწვევს როგორც მეზოდერმული, ისე ეგზოდერმული ბუნების პათომორფოლოგიურ ძვრებს, მაგალითად, მენინგოენცეფალიტებს, ცერებრულ სისხლძარღვთა ცვლილებას, ტვინის წყალმანქს, პარენქიმულ (ფუნქციურ), ე. ი. ექტოდერმულ უჯრედთა დეგენერაციას. სისხლჩაქცევებსა და ზოგჯერ გუმებსაც.

ლუმინით დაავადებული ბავშვები მეტწილად იღუპებიან ჩვილ ასაკში, ხოლო უფრო გამძლე ბავშვებს შესაძლოა განუვითარდეთ ფსიქიკური აშლილობა, პირველ რიგში გონებრივი ჩამორჩენილობის, ანუ ინტელექტის უკმარისობა-განუვითარებლობის სახით.

თანდაყოლილი ნევროლუმინის კლინიკა განისაზღვრება თანდაყოლილი ფსიქიკურ-ფიზიკური განუვითარებლობის დონითა და ადგილით, სადაც თვით ორგანული პროცესი მიმდინარეობს.

ჰემიპარეზით, ჰერედიტარული და კრუნჩხვითი გულყრით ერთდროული დაავადება საკმაოდ ხშირია ბავშვთა ასაკში. კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ ტრიადის ეტიოლოგიური ფაქტორი უმეტეს შემთხვევებში ლუმინია.

ნევროლოგიური სიმპტომებიდან მნიშვნელოვანია შემდეგი ნიშნები: ქალას ნერვების დაზიანება (რომლის მიზეზიც შესაძლოა იყოს ტვინის ფუძეზე გაშლილი მენინგიტური ცვლილებები. ბირთვების

უშუალო დაზიანება), ორმხრივი ან ცალმხრივი პტოზა, თვალის ბადურას ცვლილებები, თვითონ მხედველობის ნერვის ატროფია, სახის ნერვის პარეზი, მეტყველების განუვითარებლობა, სმენის ფუნქციის დაქვეითება და სხვ.

თანდაყოლილ ათაშანგს შესაძლოა მოჰყვეს ტვინისშიდა წყალმანკი, შიგნითა ყურის დაავადება, აგრეთვე სპეციფიკური ბუნების კერატიტები და ქორიოიდიტები.

ციტოსეროლოგიური სინდრომის შემთხვევაში შესაძლოა სპეციფიკური რეაქციები (როგორც სისხლში, ისე ლიქვორში) უარყოფითი იყოს, მაგრამ უფრო ხშირად ვითარდება ცილოვანი რეაქციები და სუსტად გამოხატული პლეოციტოზი.

როგორც აღვნიშნეთ, თანდაყოლილი ლუესი ცენტრალურ ნერვულ სისტემასთან ერთად აზიანებს მთლიან ორგანიზმს, მის სხვადასხვა ორგანოს.

ნერვულ აპარატის შემდეგ თავისი შედეგებითა და კლინიკური გამოვლინების მხრივ საყურადღებოა შიდასეკრეციის ორგანოების დაზიანება, რასაც მოსდევს სხეულნაგებობის მკვეთრი დისპროპორციულობა და ენდოკრინული აპარატის ზოგადი დისფუნქციის ნიშნები, მაგალითად, მიქსედემის, კრეტინიზმის, ჰიპოფიზური ინფანტილიზმის, ადიპოზურ-გენიტალური დისტროფიის მოვლენები და სხვ.

საერთო ფიზიკური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ქონდრის კაცის სიმალლე, სუსტი კუნთეულობა, თმის უქონლობა, სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია, ქალას ძვლების გასქელება, მიკროდონტია (პატარა მძივისებრი კბილები), უნაგირისებრი ცხვირი და სხვ.

ფსიქოპათოლოგიური ძვრები პირველ რიგში ეხება ცოდნის სფეროს, ე. ი. გონებრივ ფუნქციებს. ინტელექტის პათოლოგია შესაძლოა გამოხატული იყოს სხვადასხვა დონის თანდაყოლილი კჟუასუსტობით — ღრმა იდიოტიიდან სუსტად გამოხატულ დებილობამდე.

ემოციური ნებითი სფეროს აშლა იწვევს პიროვნების ფსიქოპათოზაციას.

ზოგჯერ თანდაყოლილი ათაშანგის ნიადაგზე ვითარდება ისეთი გართულებული შემთხვევები, როდესაც კჟუასუსტობას ერთვის ნებითე-ემოციური სფეროს დარღვევა (მხედველობაშ-გვაქვს ე. წ. ოლიგოპათიის შემთხვევები).

სიფილისურ ფსიქოზთა დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

თავის ტვინის ათაშანგით გამოწვეული ფსიქოზების დასადგენად მხედველობაში უნდა მივიღოთ როგორც კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური მონაცემები, ისე სომატურ-ნევროლოგიური კვლევის შედეგი.

საჭიროა გაეიხსენოთ, რომ თავის ტვინის ლუესი არ ვითარდება

მხოლოდ ათაშანგის მესამე პერიოდში; შესაძლოა განვითარდეს ინექციის პირველ პერიოდშიაც. საშუალოდ პროდრომული პერიოდი 8—10 წლის ფარგლებშია.

დიფერენციული დიაგნოზის დასადგენად პირველ რიგში მოგვიხდება ტვინის არტერიოსკლეროზის, ეპილეფსიის, შიზოფრენიისა და პროგრესული პარალიზის გამორიცხვა. ტვინის სისხლძარღვთა პათოლოგიის საწინააღმდეგოდ მიგვიითებებს ჰუმორალური (სეროლოგიური) სინდრომი, კლინიკური სიმპტომების განსაკუთრებული ცვალებადობა. დასასრულ, საჭიროა აგრეთვე სპეციფიკური თერაპიის დადებითი შედეგების გათვალისწინება.

ეპილეფსიური ხასიათი, ეპილეფსიური ჰქუასუსტობა, ერთი მხრივ, და ციტო-სეროლოგიური და ნევროლოგიური სინდრომები, მეორე მხრივ, საცხებით გამორიცხავს ეპილეფსიას.

სპეციფიკური, სეროლოგიური და ნევროლოგიური პროფილი და ინტრაფსიქიკური ატაქსია შიზოფრენიის საწინააღმდეგოდ მიგვიითებებს.

პროგრესული პარალიზისაგან ფსევდოპარალიზური ჰქუასუსტობისა და ტაბესური ფსიქოზების განსასხვავებლად საჭიროა პროგრესული პარალიზისათვის დამახასიათებელი პროცესის პროგრედიენტობისა და მდიდარი კლინიკური ფენომენოლოგიის (პარალიზური ეიფორია, დამახასიათებელი ბოღვითი პროდუქციები, კონფაბულაცია-ფსევდორემინესცენციები და სხვ.) გათვალისწინება.

ტაბესი შესაძლოა გართულდეს არასპეციფიკური ბუნების სულიერი აშლადობით (სენილური, ალკოჰოლური ფსიქოზები და სხვ.), ამიტომ ტაბესის დროს ფსიქოზთა შემთხვევაში საჭიროა დავაზუსტოთ, თუ რამდენად შესაძლოა სულიერი დაავადების დაკავშირება ტაბესურ პროცესთან.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ტაბესურ ფსიქოზებს საერთოდ ახასიათებს ეპიზოდური შეტევები, მათ არ სჩვევიათ ავთვისებიანი პროგრედიენტობა.

უნდა ვიცოდეთ, რომ ლუესური ფსიქოზების ზუსტი დიაგნოზის დადგენა აუცილებელი პირობაა სასამართლო-ფსიქიატრიულ საკითხებში გასარკვევად. აქვე საჭიროა დავძინოთ, რომ სწორი დიაგნოზი ჯერ კიდევ ვერ გადაწყვეტს შერაცხად-შეურაცხადობის მეტად რთულ და საპასუხისმგებლო საკითხებს.

ლუესურ ფსიქოზებს ახასიათებს დიდი ცვალებადობა; ამ დროს ფუნქციათა დეკომპენსაცია შესაძლოა იყოს სხვადასხვა დონისა და სიმძიმის, მით უმეტეს სპეციფიკური მკურნალობის შედეგად. საჭიროა ყოველი ცალკეული შემთხვევის ზუსტი ინდივიდუალური შეფასება.

შეურაცხადად მიჩნეულია მხოლოდ ის შემთხვევები, როდესაც

ლუესის კლინიკა ავთვისებიანი მიმდინარეობისაა, ინფექცია მოდებულა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და პიროვნებას აშკარად ეტყობა გონებრივი დაქვეითება (ლუესური კუჟასუსტობა).

ბინის ათაშანის ვაჟანალოზა

კარგ შედეგს გვაძლევს კანში ვერცხლისწყლის მალამოს შეზელა 30-ჯერ, რის შემდეგ ავადმყოფს ვასვენებთ 2—3 კვირა, შემდეგ კი ვიწყებთ ამ მალამოთი მკურნალობის მეორე კურსს.

მალამო კანში გულდასმით უნდა შევეზილოთ. გაღიზიანების აცდენის მიზნით საჭიროა პირველ დღეს მარჯვენა ფეხის დაზელა, მეორე დღეს — მარცხენა ფეხის, შემდეგ ერთი დღით დასვენება და მეექვსე დღიდან პროცედურის გამეორება იმავე წესით.

ვერცხლისწყლით მკურნალობის პერიოდში ავადმყოფს ვაძლევთ იოდს.

თუ ავადმყოფი ვერ იტანს ვერცხლისწყალს, საჭიროა ნეოსალვარსანის ინექციები. სასურველია აგრეთვე ბიოქინოლის ხმარება (ოცი ინექცია კუნთებში, ორ-ორი გრამი). ანტილუესური სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარება საჭიროა ენერგიულად და დროულად.

დროული თერაპიული ჩარევა განსაკუთრებით გამამხნეველ შედეგებს გვაძლევს ბავშვთა ასაკის პერიოდის ლუესის შემთხვევებში.

ვერცხლისწყლის მალამოს ნაკლებად იყენებენ ბავშვებზე, რადგან მათი კანი ადვილად ღიზიანდება და თვით კანის ფართობიც, სრულასაკონებთან შედარებით, მნიშვნელოვნად მცირეა. ბავშვთა ლუესის დროს კარგ შედეგებს გვაძლევს სალვარსანი, ბიოქინოლი და იოდის პრეპარატები.

ამ ბოლო დროს ნევროლუესის შემთხვევებში (ტინის ათაშანი და პროგრესული პარალიზი) მიმართავენ პენიცილინ თერაპიას. ეს მეთოდი ახალა და უეჭველად საყურადღებოც, მაგრამ მის შესახებ ჭერჭერობით ძლიერ მცირე მასალებია. მხოლოდ მომავალი კვლევა-ძიებით დადგინდება კლინიკურ ფსიქიატრიაში პენიცილინ-თერაპიის გამოყენების მნიშვნელობა.

თ ა ვ ი X X

ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები პროგრესული პარალიზი

ზოგადი ცნობები

თავისი პრაქტიკული და თეორიული მნიშვნელობით პროგრესული პარალიზი ფსიქიატრიის ერთ-ერთი ფრიად საინტერესო საკითხია.

პროგრესული პარალიზის შესწავლა იმიტომაცა მნიშვნელოვანი,

რომ ის კლინიკურ ფსიქიატრიაში ნოზოლოგიურად ყველაზე გამოკვეთილი ფორმაა; საკითხები მისი პათობიოლოგიის შესახებ საკმაოდ ამაოწურული.

ფსიქოზთა შორის პროგრესული პარალიზი უმძიმესი დაავადებაა, ამიტომ კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ დიაგნოზის სწორი დადგენა და დროული ენერგიული მკურნალობა ავადმყოფის ყოფნა-არყოფნის საკითხია.

პროგრესული პარალიზის შემთხვევებში, ისე როგორც არასდროს, კლინიკური სიმპტომატოლოგია გაპირობებულია ორგანული ბუნების. ცერებრული და ზოგადი სომატურ-ბიოლოგიური ძვრებით.

პარალიზური ჰქუასუსტობის ჩამოყალიბებასთან ერთად ვითარდება მკვეთრი და მრავალფეროვანი ნევროლოგიური ცვლილებები.

ქერქული აპარატის დამახასიათებელი პათომორფოლოგიური სურათის შესახებ პირველი კლინიკური გამოკვლევები ეკუთვნის რუს მეცნიერ მერჟევსკის. მან ჯერ კიდევ 1878 წელს აღმოაჩინა ქერქში ტანგენციურ ნერვულ ბოჭკოთა ცვლილებები, რის გამოც პროგრესული პარალიზი პათომორფოლოგიურად გამოიყო ორგანული ბუნების სხვა დაავადებებისაგან.

ისტორიული წყაროებიდან ირკვევა, რომ მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში, განსაკუთრებით კი მეორე ნახევრისათვის, პროგრესულ პარალიზით დაავადება იმდენად ფართოდ იყო გავრცელებული, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ავადმყოფთა ერთი მეოთხედი ამ დაავადებაზე მოდიოდა.

მეოცე საუკუნის დასაწყისში პროგრესული პარალიზის პათოლოგიაში ერთგვარი გარდატეხა აღინიშნება; დაავადებათა შემთხვევები თანდათან იწყებს კლებას.

ამჟამად პროგრესული პარალიზის შემთხვევათა რიცხობრივი შემცირება საკმაოდ თვალსაჩინოა; ვხვდებით მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებს. ამასთან ერთად შეიცვალა ავადმყოფობის კლინიკური გამოხატულება; ექსპანსიურ და ტაბესურ ფორმათა ნაცვლად ამ ბოლო დროს უფრო ხშირია დემენციური და ატიპური ფორმები.

პროგრესული პარალიზის ლუესური ეტიოლოგიის შესახებ პირველად მიუთითეს მხოლოდ 1857 წელს.

მეცხრამეტე საუკუნის დასასრულსა და მეოცე საუკუნის დასაწყისში საკითხი პარალიზის ლუესური ეტიოლოგიის შესახებ ავტორებმა უკვე საბოლოოდ დაადასტურეს, მაგრამ კავშირი ლუესსა და პარალიზურ პროცესს შორის მკვლევართ არასრულად ჰქონდათ წარმოდგენილი. ისინი ფიქრობდნენ, რომ პროგრესული პარალიზი უფრო ლუესურ ცვლილებათა შედეგი უნდა ყოფილიყო, მას განიხილავდნენ როგორც მეტალუესურ ან პარალუესურ დაავადებას.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ცნება მეტა- თუ პარალუესის შე-

სახებ უშუალოდ ლუესურ დაავადებას კი არ გულისხმობს, არამედ ლუესთან მსგავსებას, ე. ი. შორეული შედეგების ამოქმედებას.

საკითხის საბოლოო გადაწყვეტა და პარა-მეტალუესის ცნების სრული მოხსნა შესაძლო გახდა 1911 წელს პროგრესულ პარალიტიკთა ტვინში სპიროქეტის აღმოჩენის შემდეგ, რითაც დადასტურდა, რომ პროგრესული პარალიზი სიფილისური დაავადებაა. უფრო მეტიც, გამოიჩვენა, რომ პარალიზის შემთხვევებში პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია ნერვული ნივთიერების მაღალდიფერენცირებული, ფუნქციური ელემენტები.

ტვინის ათაშანვისაგან განსხვავებით, პროგრესული პარალიზი ექტროდერმული პროცესია. ამიტომ პარალიზის დროს უფრო მკვეთრი და მყარია ჰუმორალური სინდრომი (სპეციფიკური ციტო-სეროლოგიური მონაცემები), ვიდრე ტვინის ლუესის დროს.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ დაავადების განვითარებისათვის, ლუესური ეტიოლოგიის გარდა, საჭიროა მეორადი ხელშემწყობი პირობები, მაგალითად, ალკოჰოლიზმი, ქალას ტრავმა, ორგანიზმის მომქანცველი ფიზიკური და ფსიქიკური მუშაობა და სხვ.

ქალები უფრო იშვიათად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები. ლუესით შეპყრობილ პირთა შორის პროგრესული პარალიზი დაახლოებით შემთხვევათა 4,5%-შია.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ლუესის არასაკმაო მკურნალობა ხელს უწყობს პარალიზის შემთხვევათა ზრდას.

დაავადების ფიზიკური სიმპტომატოლოგია

პროგრესული პარალიზი ტიპური ორგანული დაავადებაა, რომელიც იწვევს მკვეთრად გამოხატულ პათობიოლოგიურ ძვრებს როგორც ცენტრალურ აპარატში, ისე ორგანოთა ყველა სისტემაში. ნიერო-სომატური რღვევა და პიროვნების დაინვალიდება პარალელურად მიმდინარეობს, რაც გასაგებს ხდის ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის მრავალფეროვნებასა და მრავალგვარობას პროგრესული პარალიზის შემთხვევებში.

როგორც ვიცით, ეს ავადმყოფობა პროგრადიენტულად და სწრაფად განვითარებადია დასაწყისში ოდნავი ნევროლოგიური ნიშნებით: ავადმყოფობა დასასრულისათვის ლებულობს ტლანჩი ორანიკის სახეს. ფიზიკური და მასთან ერთად ფსიქიკური სიმპტომატოლოგია გადის დაავადების სხვადასხვა საფეხურს (სტადიებს).

ზაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფსიქონერვულ გამოვლინებათა ძირითადი პათოლოგია ვითარდება ზევიდან ქვევით მიმართულე-ბით: უმაღლეს ქერქულ ფუნქციათა აშლასა თუ მოხსნას მოსდევს

სტრიალურ-თალამური მოქმედების აშლა, ხოლო უკანასკნელს — მე-
ზენცეფალურ-მიელენცეფალური პათოლოგია. ფუნქციათა საფეხუ-
რებრივი დაზიანება ნათლად ჩანს მოტორული სფეროს მაგალითზე.

ნატიფი კოორდინირებული და მოწესრიგებული მოძრაობა იც-
ვლება ტლანქი, კოორდინაციას მოკლებული, სინკინეზიებით დართუ-
ლი მოტორაკით. ავადმყოფებს უძნელდებათ მიზნობრივ მოძრაობა-
თა შესრულება, ისინი სიარულის დროს ქანაობენ. იცვლება აგრეთვე
კუნთების ტონუსი; აღინიშნება ენისა და კიდურების კანკალი, აკვია-
ტებული ტირილი ან სიცილი და კბილების კრაქუნნი.

ექსტრაპირამიდულმა პათოლოგიამ შეიძლება მიიღოს მკვეთრი
პარკინსონიზმის, ხოლო ზოგჯერ ქორეას მსგავსი სინდრომის ხასიათი.
ხელწერა შეცვლილია, ასოების მოხაზულობა — კლაკნილი, ავადმყო-
ფები წერის დროს სტოვებენ ასოებს, ხოლო ზოგჯერ მთელ სიტ-
ყეებსაც, ენაბორძიკობენ, რაც განსაკუთრებით იგრძნობა ენის გასა-
ტეხი სიტყვების განმეორებისას. მათი მეტყველება კარგავს ჩვეულე-
ბრივ ტემპს, ინტონაციასა და გარკვეულობას.

პროგრესული პარალიზის დროს (უფრო ხშირად ინსულტების
შემდგომ) შესაძლოა განვითარდეს აფაზია, პარაფაზია და აგრაფია.

მოტორული აპარატის ზოგად სისუსტესთან და კუნთების კან-
კალთან ერთად აღინიშნება თავის ტვინის ნერვების პარეზი, სახის
არათანაბარი ინერვაცია, ენის წვერის გადახრა და პტოზი. კუნთების
ტონუსის დაქვეითებისა და სათანადო ინერვაციის დაკარგვის გამო
სახე კარგავს მიმიკის უნარს, ინდივიდურ გამომეტყველებას და ნი-
ღაბს ემსგავსება (ნიღაბისებრი სახე). თანდაყოლილი ლუესის შემ-
თხვევაში ნიღაბისებრი სახეს შესაძლოა დაერთოს სხვა სპეციფიკური
ნიშნები, მაგალითად, კეხისმაგვარი ცხვირი. მყესთა რეფლექსები, ჩვე-
ულებრივ: აწეულია (ზოგჯერ არათანაბრად, არასიმეტრიულად), ზოგ
შემთხვევაში კი — დაქვეითებული.

როგორც წესი, პათოლოგიური რეფლექსები არ აღინიშნება;
ბ ა ბ ი ნ ს კ ი ს ან სხვა, პათოლოგიური რეფლექსები ინსულტის
მომდევნოა და არამტკიცე ხასიათის.

პროგრესული პარალიზის ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგი-
ის განხილვისას დიდ ყურადღებას იპყრობს ცვლილებები გუგის
მხრივ. ეს ცვლილებები მყარია და ძლიერ აღრე წარმოიქმნება. მათ
აქვთ დამახასიათებელ სიმპტომთა მნიშვნელობა.

გუგის პათოლოგიას ეკუთვნის ანიზოკორია (გუგათა უთანაბრობა),
მიოზი და მიდრიაზი (გუგათა შევიწროება ან გაგანიერება), უსწორო
ან დაკბილული მოხაზულობა, სინათლეზე რეაქციის შესუსტება ან
მოსპობა და, ბოლოს, ე. წ. ა რ ჭ ი ლ- რ ო ბ ე რ ტ ს ო ნ ი ს ნ ი შ ა ნ ი
(სინათლეზე გუგის რეაქცია არ არის, ხოლო აკომოდაციაზე შენარ-
ჩუნებულია).

სინათლეზე გუგათა რეაქციის შესუსტება აღინიშნება აგრეთვე ფსიქიკურ გაღიზიანებათა შემთხვევებში.

ეპილეფსიფორმულ და აპოპლექსიფორმულ გულყრას, რომელიც საკმაოდ ხშირია პროგრესული პარალიზის მიმდინარეობისას, შესაძლოა მოჰყვეს ბულოზრივი აშლილობანი.

დიაგნოზის დაზუსტებაში დიდ დახმარებას გვიწევს ჰუმორალური სინდრომის ხასიათი.

როგორც წესი, პროგრესული პარალიზის დროს სისხლსა და თავ-ზურგის ტვინის სითხეში აღინიშნება მკვეთრად დადებითი სპეციფიკური რეაქციები (ვასერმანი, კანი), გარდა ამისა, მასშივე პლეოციტოზი (ფორმიანი ელემენტების — ლიმფოციტების მომატება) და სხვა ცილოვანი რეაქციები.

პროგრესული პარალიზის უკანასკნელ სტადიაში მკვეთრია ვაზომოტორული, ტროფიკული და ნივთიერებათა ცვლის აშლილობა.

ავადმყოფები ხდებიან უსუფთაონი, ორგანიზმს ემჩნევა თანდათანობითი განლევა და ყალიბდება პარალიზური მარაზმის საბოლოო სურათი.

პროგრესული პარალიზის პათოლოგიური ანატომია

პროგრესული პარალიზი ორგანულ ავადმყოფობათა რიგის ყველაზე ტიპური დაავადებაა, რომლის დროს მკვეთრადაა გამოხატული პათომორფოლოგიური ძვრები ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა უბანში; ამავე დროს არ არის გამორიცხული გარკვეული შერჩევითი ლოკალიზაცია.

პარალელურადაა გამოხატული როგორც ანთებითი, ისე დევენერაციული ცვლილებები.

პროგრესული პარალიზის პათოლოგიური ანატომიის შესწავლისას პირველ რიგში საყურადღებოა დიდი ტვინის ქერქის არქიტექტონიკის დარღვევა, რაც ნერვული ქსოვილის ტლანქი დაზიანების შედეგია.

პათოლოგიური ცვლილებები ყველაზე მკვეთრია შუბლ-თხემ-საფეთქლის არეში, ხოლო ქერქქვეშა კვანძებიდან პირველ რიგში დაზიანებულია სტრიალური სისტემის უბნები.

მიკროსკოპულად ყურადღებას იპყრობს ტვინის რბილ გარსთა შემღვრევა და შესქელება, შიგა და გარე წყალმანკი, პარაკუტა (განსაკუთრებით, მეოთხე პარაკუტის) ეპენდიმის განფენილი ზრდა და თავის ტვინის მთლიანი ატროფია. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ტვინის ატროფია პირველ რიგში ეხება შუბლის წილს, რის გამოც ტვინი მთლიანად „წვეტიანი“ წარმონაქმნის ფორმის ხდება (ე. წ. „ნისკარტისმაგვარი ტვინი“).

თავის ტვინის სისხლძარღვთა ადვენტიციის ლიმფურ სივრცეებში

გროვდება ლიმფოციტები, აგრეთვე პლაზმური და ბაზოფილური უჯრედები.

პროგრესული პარალიზის სპეციფიკური ნიშანია ე. წ. რკინის შემცველი უჯრედები. უჯრედებში რკინის შემცველობის მხრივ ავტორები არჩევენ ორგვარ განლაგებას: სიფილისურსა და პარალიზურს.

ს ი ფ ი ლ ი ს უ რ ი განლაგების შემთხვევაში რკინა განფენილია ტვინის გარსებში, პ ა რ ა ლ ი ზ უ რ ი ს შემთხვევაში კი — ქერქული ნივთიერებაში.

როგორც აღვნიშნეთ, რკინის შემცველობა-განლაგება სპეციფიკური ნიშნის როლს ასრულებს პროგრესული პარალიზის პათოლოგიაში.

აღინიშნება აგრეთვე რკინის შემცველობის გაუკუღმართება, ე. ი. რკინის შემცველ უბნებში რკინის შემცირება (ქერქვეშა კვანძები), ურკინო უბნებში (ქერქული აპარატი) კი — მომატება.

ანთებითი ინფილტრაცია შეიძლება განვითარდეს თავისა და ზურგის ტვინის ყველა ნაწილში, მაგრამ ყველაზე მკვეთრად — შუბლსაფეთქლის უბნებსა და უახლოეს ქერქვეშა კვანძებში (სტრიალური და თალამური სისტემები).

ინფილტრატთა ელემენტებია პლაზმური უჯრედები, ლიმფოციტები და ლეიკოციტები. პოლიმორფულობითებშიანი ლეიკოციტები შიგვითათებს პროგრესული პარალიზის გართულებაზე (გართულება შეიძლება გამოიწვიოს მილაარულმა აბსცესებმა ან ჩირქოვანმა მენინგიტებმა).

ქერქსა და ქერქვეშა კვანძებში მრავლდება ადვენტიციური ელემენტები, რის გამოც ეს არე მდიდრდება არგენტოფილური ბოჭკოებით.

ენტოდერმული ქსოვილის პათოლოგიიდან პირველ რიგში აღსანიშნავია პარენქიმულ-ნერვულ ელემენტთა (განგლიურ უჯრედთა) დაზიანება, განადგურება-გამოვარდნა.

ქერქული შრეები წაშლილია, მკვეთრად დარღვეულია აგრეთვე ქერქული არქიტექტონიკის ნორმალური სურათი.

ჰისტოპათოლოგიური მეთოდით სპიროქეტები აღმოჩენილია ტვინის ნივთიერებაში, რაც იმაზე მიგვითითებს, რომ პროგრესული პარალიზი ლუესური პროცესია და არა პარასიფილისური დაავადება.

სპიროქეტები ყველაზე უხვადაა შემჩნეული ქერქული აპარატის შუბლის წილში.

პროგრესული პარალიზის კლინიკური ფსიქოპათოლოგია

პროგრესული პარალიზი ტლანქი ორგანული დაავადებაა, რომელიც იწვევს ქერქული და ქერქვეშა აპარატის ონტოგენეზურად უახლესი უბნების რღვევას. ამ ფონზე გაშლილია კლინიკური სურა-

თი. პირველ რიგში უნდა აღვნიშნოთ ორგანული ტიპის ქუეასუსტობა, რომელიც იწვევს პიროვნების მკვეთრ დაქვეითებას და ცნობილია პარალიზური დემენციის სახელწოდებით.

პარალიზური ქუეასუსტობა — ეს ძირითადი ნიშანი — განაპირობებს ყველა სხვა გამოვლინებას, გონებრივს, ემოციურსა თუ ნებით-მოტორულს.

პროგრესული პარალიზის დროს უმართებულო ბოდვითი იდეა, ემოციური სიჩლუნგე თუ ნებელობითი გამოვლინებათა უქმარისობა უნდა განვიხილოთ როგორც მეორადი, ღრმა დემენციაზე დართული სიმპტომატოლოგია.

პარალიზური დემენცია თავისი ბუნებით ამნეზიური ქუეასუსტობაა, რომლის დროს მკვეთრად დაქვეითებულია მეხსიერება, როგორც დამახსოვრების, ასევე წარსულის გახსენების უნარი. გარდა ამისა, შებლალულია სხვადასხვა ფუნქცია (ყურადღება და სხვ.), რომლებიც აუცილებელია გონებრივი ფუნქციების ჯეროვანი წარმართვისათვის.

პარალიზური დემენცია თავისი შინაარსითა და სტრუქტურით არ შეიძლება შემოისაზღვროს მხოლოდ ინტელექტუალური ფუნქციების ჩარჩოებით; ამ დროს დარღვეულია აგრეთვე დინამიკური ურთიერთობა ფსიქიკურ სფეროთა სხვა გამოვლინებებთან.

ქუეასუსტობა იწყება უმაღლესი ინტელექტუალური ფუნქციების შესუსტებით, რაც თანდათან ღრმავდება.

ავადმყოფებს თავიდანვე ეტყობათ სინთეზ-ანალიზისა და ცნებით შესაძლებლობათა (ცნებითი აღქმა, განყენებული ფორმულირება) დაქვეითება, რასაც მოსდევს აზროვნების, მოფიქრება-მოსაზრებისა და კრიტიკა-თვითკრიტიკის შესუსტება.

გონებრივი სფეროს პათოლოგია რთულდება ყურადღების აშლით, ავადმყოფები გაფანტული, ზერეღე ხდებიან; მათ არ ძალუძთ ყურადღების მოკრფვა, ისინი კარგავენ პასუხისმგებლობის გრძნობას; მათ ქცევებს, მიზიდულობებსა და მიზანდასახულობას ამჩნევია ფსიქიკური ინფანტილიზმის (პათოლოგიური გაბავშვების) დაღი.

მეხსიერების პათოლოგიამ, რომელიც, ჩვეულებრივ, იწყება ფიქსაციის შესუსტებით და უახლესი ფაქტებისა თუ მოვლენების მივიწყებით, შესაძლოა მიიღოს მკვეთრი ამნეზიის ხასიათი.

მეხსიერების, თვითკრიტიკისა და აღქმის პათოლოგიის ფონზე წამოიჭრება ცრუმოგონებანი (ფსევიდორემინესცენციები, ანუ მეხსიერების პალუცინაცია), რომლებიც ხშირად კონფაბულაციების ხასიათის ხდებიან.

პიროვნების უმაღლესი ფუნქციების დაქვეითებას თავიდანვე თანსდევს მორალური სფეროს დეფექტი. ავადმყოფებს ეკარგებათ სინდისის ქენჯნისა და სიარცხვილის გრძნობა.

პიროვნების დაქვეითებას, მის გონებრივ და მორალურ დეფექტს

მოსდევს მიზიდულობათა აღვირახსნა და სხვადასხვა მოუფიქრებელი, ცინიკური, ანტისოციალური ქცევა, - ხშირად ბოროტმოქმედებანიც (გაფლანგვა, სქესობრივი თავდაუპყრლობა და სხვ.).

ქუეასუსტობა, თვითკრიტიკის დაქვეითება და მიზიდულობათა გამრავლება ზოგადი ფონია, რომელიც ხელს უწყობს თვითგრძნობის, გუნება-განწყობის აწევას, ე. ი. ე ი ფ ო რ ი ა ს. რამაც შესაძლოა მიიღოს მანიაკალური მდგომარეობის ხასიათი. ავადმყოფები მხიარული და კმაყოფილი ხდებიან, თავს არ გრძნობენ ავად და თავიანთ მდგომარეობას „სანეტაროდ“ მიიჩნევენ.

ემოციური სფეროს პათოლოგიის მხრივ პირველ რიგში უნდა აღვნიშნოთ ს უ ს ტ ს უ ლ ო ვ ე ბ ა, ანუ პათოლოგიური გულჩვილობა. ავადმყოფის გრძნობა, ემოცია თუ აფექტი განსაკუთრებით ლაბილურია, ს თ ე ნ ი უ რ ი ტ ო ნ ი ადვილად იცვლება ასთენიურით, სიცილი — ტირილით და პირიქით.

შესაძლოა ქუეასუსტი ავადმყოფი იყოს სრულიად განუჩრჩვეელი, რაიმე ემოციურ შესაძლებლობას მოკლებული. სახე ნიღაბისებურია, განუჩრჩველობა აღრმავებს ავადმყოფის ემოციურ სიჩლუნგესა და უინიციატივობას.

პროგრესული პარალიზის დროს ზოგჯერ ვითარდება სმენით, მხედველობითა და ყნოსვითი პალუცინაცია.

აღქმის პათოლოგია უფრო ხშირად შენიშნულია ისეთ შემთხვევებში, როცა ანამნეზში აღინიშნება ქრონიკული ალკოპოლიზმი და მალარიათერაპია.

პარალიზის დროს ძლიერ ხშირია ექსპანსიური (განდიდების) ბოღვითა პროდუქციები, რომლებსაც აქვს შემთხვევითი, არამყარი ხასიათი. ავადმყოფი მოგვითხრობს, რომ ის არის ფიზიკურად და გონებრივად ყველაზე ძლიერი (ერთი ხელით ასწევს ათ, ას, ათას ფუტს და ა. შ.), ყველაზე ლამაზი, კეთილი, სახელოვანი (მომღერალი, მოცეკვავე, მწერალი, მეცნიერი, ინჟინერი, პროფესორი და სხვ.); მისი სიმდიდრე უღვევლია. ერთი ავადმყოფი ამბობდა, რომ მას აქვს რამდენიმე ათეული ვაგონისაგან შემდგარი მატარებელი, რომელიც დატვირთულია ბაჭაღლო ოქროთა, ბრილიანტებით და სხვა -საგანძურით, ორთქლმავალოც სუფთა ოქროსია და ა. შ.

ზოგჯერ ბოღვას აქვს ნიპილისტური ხასიათი, რომელსაც თან სდევს დეპერსონალიზაციის მოვლენებიც.

პროგრესული პარალიზის მიმდინარეობა და კლინიკური ფორმები

პროგრესული პარალიზი მძიმე ორგანული დაავადებაა, რომელსაც აქვს მეტად სერიოზული და სახიფათო პროგნოზი.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ მალარიათერაპიის შემდეგ პარალიტიკთა

სრული გამოჯანმრთელების, აგრეთვე სრული თუ ნაწილობრივი რემისიის პროცენტი საკმაოდ გაიზარდა.

პროგრესული პარალიზი რემისიას იძლევა სპონტანურ შემთხვევათა 10—12%-ში, მალარიათერაპიის შემდგომ რემისიათა პროცენტი 4—5-ჯერაა მომატებული და 60%-მდე აღწევს.

არცთუ იშვიათად მალარიათერაპია იწვევს ავადმყოფთა შრომის უნარიანობის სრულ აღდგენას.

პროგრესული პარალიზის საინკუბაციო, ანუ პროდრომული პერიოდი საშუალოდ 10—15 წელია, თუმცა აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფობა განვითარებულა 2—4 წლის ან 30—40 წლის შემდეგ.

პროგრესული პარალიზის პროდრომული პერიოდის შემოკლება დამოკიდებულია სხვადასხვა მეორეხარისხოვან, ე. წ. პათოპლასტიკურ ფაქტორზე; ალკოპოლიზმი და მოქანცულობა (ფიზიკური და ფსიქიკური) ხელს უწყობს დაავადების სწრაფად გამოვლინებას. სრულასაკონეზში შემცირებულია დაავადების გამოვლინების პროდრომული პერიოდი.

თუ გავიხსენებთ, რომ ლუესური ინფექცია, ჩვეულებრივ გვხვდება 20—30 წლის ასაკში, გასაგები გახდება დაავადების სიხშირე 35—45 წლის ასაკში. ავადმყოფობა მოხუცებულობის ასაკშიც ვითარდება.

თანდაყოლილი ლუესი ბავშვთა პროგრესული პარალიზის მიზეზია; უკანასკნელ შემთხვევაში დაცულია პროდრომის ჩვეული ხანგრძლივობა, რის გამოც ავადმყოფობა გვხვდება 10—15 წლის ასაკში.

პროგრესული პარალიზი მძიმე და სწრაფი მიმდინარეობის დაავადებაა (დაახლოებით $1/2$ —2 წელი), რომელიც თავდება პიროვნების სრული განადგურებით და პარალიზური მარაზით (მკურნალობის გარეშე).

დაავადების გულყრით და აეიტაციურ ფორმებს ახსიათებს უფრო ავთვისებიანი მიმდინარეობა, რაც ზოგჯერ რამდენიმე კვირის თუ თვის განმავლობაში იძლევა ექსიტუსს.

პროგრესული პარალიზის მიმდინარეობაში ვარჩევთ სამ ძირითად სტადიას: პირველი — ინიციალური (დაწყებითი), ნევრასთენიული სტადია, ანუ სასამართლო პერიოდი; მეორე — ავადმყოფობის სრული გაშლის პერიოდი; მესამე კი — ფინალური მდგომარეობა, ანუ პარალიზური მარაზი.

დაწყებითი სტადიისათვის ძირითადად დამახასიათებელია ნევრასთენიული სინდრომი, რომელიც გაშლილია სპეციფიკურ ორგანულ (ლუესურ) ფონზე. კლინიკურ გამოვლინებათა მხრივ ეს სტადია მო-

გვაგონებს ნევრასტენიას, მაგრამ მას საეპეო, მძიმე პროგნოზი აქვს. ავადმყოფობის სურათს თან ერთვის ნევროლოგიური და სეროლოგიური მონაცემები: თავბრუ, თავის ტკივილი, იოლი მოქანცულობა, დაღლალობის გრძობა, ფიქსაცია-რეპროდუქციის შესუსტება, უძილობა, გაღიზიანებადობა და ცუდი თვითგრძობა.

ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ პროგრესული პარალიზის დასაწყისშივე თანდათანობით აშკარავდება ავადმყოფური პიროვნების მორალური დეფექტი, მისი ზნეობრივი ხარვეზები, რომლებიც ცნობილია მორალური სიჩლუნგის სახელწოდებით.

მორალური დაქვეითება იწვევს მიზიდულობათა (კამა, ეროტიული სურვილი) გამრავლებას, ეგოისტურ მიზანსწრაფვას, პასუხისმგებლობის გრძობის დაკარგვასა და ბოროტმოქმედურ ქცევებს, რასაც შესაძლოა მოჰყვეს ავადმყოფთა პასუხისგებაში მიცემა.

პროგრესული პარალიზის თითქმის ყველა შემთხვევაში პირველ და მეორე სტადიათა კლინიკური სურათი (მით უმეტეს პარალიზური მარაზმის პერიოდი) ერთნაირია.

ავადმყოფობის მეორე სტადიაში აღინიშნება კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალფეროვნება, მაგალითად, ექსპანსიური, ანუ მანიაკალური, დემენციური, დეპრესიული, ცირკულარული, აეიტაციური, გულყრითი პალუცინაციურ-პარანოიდული და კატატონიური ფორმები.

დაავადების ატიპური ფორმები და ვახვართა პროგნოზული პარალიზი

აღწერილია პროგრესული პარალიზის შემთხვევები, როდესაც თავისებურადაა წარმოდგენილი დაავადების ლოკალიზაცია, მიმდინარეობა და ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია. ამ დროს დაავადების კლინიკა იმდენად განსხვავდება პროგრესული პარალიზის ზოგადი სურათისაგან, რომ საკირო ხდება ატიპურ ფორმათა ცალკე ჯგუფის გამოყოფა.

ამ ატიპურ ფორმებს ეკუთვნის სამი დაავადება: სტაციონარული პარალიზი, ლისაუერიის პარალიზი და ტაბოპარალიზი.

სტაციონარულ ფორმას ახასიათებს ნელი მიმდინარეობა და შედარებით ნაკლები ავთვისებიანობა. ავადმყოფობის ხანგრძლივობა ზოგჯერ 20—25 წელია და სიკვდილის მიზეზი შესაძლოა გახდეს სრულიად შემთხვევითი, სხვა რომელიმე დაავადება.

ტლანქი ფსიქოპათოლოგიური ძვრები არ არის; ასევე სუსტია ნევროლოგიური ნიშნები, ჰუმორალური სინდრომი შესაძლოა გამოხატული იყოს ნაწილობრივ.

მალარიათერაპიის შედეგად ბოლო დროს გახშირებულია სტაციონარული პარალიზის შემთხვევები.

ლისაუერიის პარალიზის დროს პათომორფოლოგიურ ძვრებს აქვს უფრო ლოკალური ხასიათი და შერჩევით ეხება ცენტრალური ნერვული სისტემის გარკვეულ უბნებს, მაგალითად, ქერქული აპარატის კეფისა და ქვედა თხემის ველებს, ნათხემსა და მხედველობით ბორცვს.

კლინიკური, მით უმეტეს, ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია განისაზღვრება დაავადების ლოკალიზაციით. პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ კემიანოფსია, სულიერი სიბრძავე, აფაზიური, აგნოზიური და აპარაქსიული აშლილობა, აშლილობა ნათხემის მხრივ და სხვ. დაავადება მიმდინარეობს ნელა, მაგრამ უფრო ხანმოკლედ, ვიდრე სტაციონარული პარალიზი.

პარალიზური მარაზმიც ლისაუერიის ფორმის საწყისი მდგომარეობაა.

ტაბოპარალიზის კლინიკაში აღინიშნება როგორც ტაბესის, ისე პარალიზის ნიშნები. ტაბესის სიმპტომატოლოგია, ჩვეულებრივ, რამდენიმე წლით ადრე უსწრებს პროგრესული პარალიზისათვის დამახასიათებელ ფსიქოპათოლოგიურ ძვრებს.

ტაბოპარალიზის დროს უფრო ხშირია დემენციური სინდრომი, აგრეთვე პალუცინაცია (ზოგადი, ტაქტილური და სმენითი). ნევროლოგიური ნიშნებიდან ყურადღება უნდა მივაქციოთ მყესებისა და აქილევის რეფლექსების არარსებობას, მგრძნობელობის მოშლას, ატაქსიას, ტაბესურ კრიზებს (ტკივილის შეტევებს), მხედველობის ნერვის ატროფიასა და სხვ.

ცალკე უნდა განვიხილოთ ე. წ. იუვენილური, ანუ ჰაბუეტა პროგრესული პარალიზი, რომელიც ვითარდება თანდაყოლილი ლუესის ნიადაგზე.

ავადმყოფებს ბავშვობაში ემჩნევათ სისუსტე, ინფანტილიზმი და, საერთოდ, ფსიქიკურ-ფიზიკური განუვითარებლობა, ანუ უკმარისობა. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ბავშვები კარგად ვითარდებიან, ბეჭითად სწავლობენ, მაგრამ მათ შემდეგში თანდათან უყალიბდებათ პროგრესული პარალიზი.

ინკუბაციური პერიოდი 13—15 წელია, მაგრამ იუვენილური პარალიზი გვხვდება, ჩვეულებრივ, 15—18 წლის ასაკში.

კლინიკური სურათის განხილვისას ყურადღებას იპყრობს დემენციური სინდრომი და ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია; უკანასკნელს შესაძლოა დაერთოს აგრეთვე ნიშნები ნათხემის მხრივ და ბაზინსკის რეფლექსი.

იუვენილური პარალიზის დროს რემისიები ძლიერ იშვიათია, 4—5 წლის შემდეგ ავადმყოფობა თავდება გამონატული პარალიზური მარაზმით.

პროგრესული პარალიზის ზუსტი დიაგნოზის დადგენას მნიშვნელობა აქვს არა მარტო პროგნოზის დაზუსტების, არამედ დროულ თერაპიულ ღონისძიებათა ჩატარების მხრივაც.

დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ როგორც ფსიქოპათოლოგიური და ნევროლოგიური, ისე სეროლოგიური მონაცემები.

პარალიტიკთა ფსიქიკურ-ფიზიკური პროფილი იმდენად დამახასიათებელი და გამოკვეთილია, რომ შემთხვევათა უმრავლესობაში დიაგნოზის დადგენა არ არის დაკავშირებული სიძნელეებთან.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ სეროლოგიური და ნევროლოგიური სიმპტომების გარდა, პროგრესული პარალიზის კლინიკურ ფსიქოპათოლოგიას ახასიათებს სხვადასხვა ნიშანი, რომელთა მეშვეობით შესაძლოა ავადმყოფობის დიაგნოზის დადგენა.

ექსპანსიური, ანუ მანიაკალური ფორმა პირველ რიგში უნდა გამოიწვიოს სუფთა მანიაკალური მდგომარეობისაგან. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პიროვნების მორალურ მხარეს: პროგრესული პარალიზის დროს აღინიშნება ზნეობრივი დეფექტი (მორალური სიჩლუნგე), ანუ სირცხვილის გრძნობის დაკარგვა (ავადმყოფები შიშვლადებიან, ბიოლოგიურ მოთხოვნილებებს ასრულებენ მოუზღებლად და სხვ.), სუფთა მანიაკალური ავადმყოფები კი შედარებით თავაზიანი და ნაკლებად უწყააზური არიან. ამასთან, მანიაკალურ მდგომარეობაში პარალიტიკთა ბოდვების შინაარსი ავადმყოფთა გონებრივი სფეროს მკვეთრი გაღარიბების მაჩვენებელია.

პროგრესული პარალიზის დეპრესიული ფორმა, სუფთა დეპრესიისაგან განსხვავებით, გაშლილია ჰეპატოპათოზის ფონზე; საქმე გვაქვს გუნება-განწყობის დაქვეითებასთან კი არა, არამედ ჰეპატოპათოზის ფონზე ავადმყოფთა განურჩევლობასთან.

შიზოფრენიის გამოიწვია პროგრესული პარალიზისაგან საკმაოდ ადვილია. როგორც ვიცით, შიზოფრენიის დროს მესხიერება შენარჩუნებულია, ხოლო ფსიქიკურ ფუნქციებს აზის გახლეჩის დაღი (პათოლოგიური უცნაურობა), ჰეპატოპათოზი კი ტლანქი ორგანული ბუნებისაა.

ქრონიკული მოწამვლები, პირველ რიგში ალკოჰოლიზმი, ზოგჯერ ქმნის პარალიზური კლინიკის სურათს, მაგალითად, ე. წ. ალკოჰოლურ ფსევდოპარალიზს. უკანასკნელ შემთხვევაში ფენომენოლოგიური სურათი შესაძლოა იმდენად მსგავსი იყოს, რომ დიფერენციული დიაგნოზის გატარებისას საჭირო გახდება სეროლოგიური მონაცემების გათვალისწინება.

თავის ტვინის სიმსივნემ, მით უმეტეს შუბლის წილში ლოკალიზაციით, შესაძლოა გამოიწვიოს პარალიზური გაბრუნების, დიზართრიისა თუ ბოდვების მსგავსი მდგომარეობა, რომლის დროს ზოგჯერ აღინიშნება თავ-ზურგის ტვინის სითხეში ლეიკოციტოზისა და ცილის მომატება.

უარყოფითი სპეციფიკური რეაქციები და შეგუბებული დვრილები მიგვითითებს თავის ტვინის სიმსივნეზე.

პროგრესული პარალიზისა და სენილური ფსიქოზების განსაზღვრისას უნდა ვისარგებლოთ სენილური ფსიქოზის ნეგატიურ-სეროლოგიური მონაცემებით.

ტვინის ათაშანგის გამორკვევაში დაგვეხმარება მკვეთრად გამოხატული ჰუმორალური სინდრომი და მოდებული, განფენილი ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები.

მოკლედ შევეხოთ პროგრესული პარალიზის სასამართლო-ფსიქიატრიულ მნიშვნელობას.

პროგრესული პარალიზი მძიმე ორგანული ფსიქიკური ავადმყოფობაა, ამიტომ დაავადების ყოველი ცალკეული შემთხვევა, რომლის დიაგნოზიც დადგენილია (ნევროლოგიურად და სეროლოგიურად), უნდა განვიხილოთ როგორც შეურაცხადი მდგომარეობა.

ავადმყოფები, რომელთაც ჩაუტარდათ მალარიათერაპია, მაგრამ მთლანად ვერ განიკურნენ და კუუასუსტობა შერჩათ, ასევე შეურაცხადად უნდა მივიჩნიოთ.

შერაცხადობის შესახებ შეიძლება წამოიჭრას საკითხი მხოლოდ მაშინ, როდესაც მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფის პიროვნება სრულიად აღდგება, ავადმყოფს სრულიად დაუბრუნდება შრომის უნარი და ფსიქიკური შესაძლებლობანი.

როგორც ვიცით, დაწყებითი სტადია პიროვნებაში იწვევს ღრმა მორალურ ხარვეზებს, ამიტომ ამ დროს ავადმყოფს ვერ ვალიარებთ თავის საქციელზე პასუხისმგებლად.

პროგრესული პარალიზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა

პროგრესული პარალიზის პროფილაქტიკა გულისხმობს ლუესის საწინააღმდეგო ზომების მიღებას, პირველ რიგში სოციალურ-ჰიგიენურ ღონისძიებებსა და სანგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარებას.

ინფექციის ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა ანტილუესური მკურნალობა, სისხლისა და თავ-ზურგის ტვინის სითხის სისტემატური გასინჯვა სპეციფიკურ რეაქციებზე.

პროგრესული პარალიზის დროს სპეციფიკური ანტილუესური მკურნალობა არ იძლევა გამამხნეველ შედეგებს. როგორც ჩანს, სისხლში შეტანილი სამკურნალოწამლო პრეპარატები ვერ მოქმედებს

ექტოდერმულ ქსოვილში შეჭრილ ლუესურ ინფექციაზე (სპიროქეტებზე).

გამაზნევებელ შედეგებს გვაძლევს ერთადერთი საშუალება — ტემპერატურით მკურნალობა. ამ მხრივ შეუღარებელია მალარიათერაპია — მკურნალობა სამღლიანი მალარიით.

მალარიათერაპია (რომელიც პირველად შემოიღო ოდესელმა ექიმმა როზენბლიუმმა მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში) უკანასკნელი 20—30 წლის მანძილზე ფართოდ გავრცელდა. მან გამართლა თავისი დანიშნულება. დღეს მალარიათერაპიის მეშვეობით შეიძლება პროგრესულ პარალიზთან ეფექტური ბრძოლა.

პარალიზურ პროცესზე მალარიათერაპიის ზემოქმედების საკითხი მოითხოვს შემდგომ დაზუსტებას. ამჟამად შეიძლება მხოლოდ ვთქვათ, რომ მალარიათერაპიის დროს მოქმედებს სხვადასხვა ფაქტორი, სახელდობრ: თერმიული (ტემპერატურის უარყოფითი გავლენა სპიროქეტებზე), ბიოლოგიური (მალარიის გამანადგურებელი მოქმედება ლუესურ ინფექციაზე) და, ბოლოს, ორგანიზმის დამცველი იმუნოლოგიურ-ბიოლოგიური შესაძლებლობანი.

ცხადია, რომ მალარიათერაპიის შედეგად თვით პარალიზური პროცესი პრინციპულად იცვლება; იგი უფრო კეთილთვისებიანი ხდება და ქერქული ექტოდერმული პროცესი იღებს მეზოდერმულ ხასიათს.

მალარიის შემოღებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა პარალიზური მარაზმის შემთხვევები. მკურნალობის შედეგად რემისიები შეიძლება იყოს ნაწილობრივი, როდესაც ავადმყოფობა იღებს კეთილთვისებიანი, სტაციონარული ფორმის სახეს, და სრული — ავადმყოფთა ფსიქიკურ-ფიზიკურ შესაძლებლობათა მთლიანი აღდგენა. უკანასკნელ შემთხვევაში ნევროლოგიური ნიშნები მოიხსნება, ჰუმორალური სინდრომი იღებს ნეგატიურ ხასიათს და ავადმყოფები უბრუნდებიან ადრინდელ მუშაობას.

აღწერილია სრული რემისიები 10—15, ზოგჯერ 20—30 წლის ხანგრძლივობითაც კი.

თუ ავადმყოფებს აქვთ შინაგან ორგანოთა (ღვიძლი, გული, თირკმელები) პათოლოგია ან ძლიერ გასუქებული ანდა ძლიერ განლეული არიან, სახიფათოა მალარიული შეტევების გამოყენება. ასეთ შემთხვევებში მიმართავენ ნაკლებად მძლავრ ინფექციურ საშუალებებს, მაგალითად, შებრუნებით ტიფს და სხვ.

სამღლიანი მალარიის აცრა შეიძლება სისხლის (რომელსაც იღებენ აპერექსიის დროს) შეყვანით კანქვეშ ან ვენაში.

ხელოვნური მალარიის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 12—15 დღეა, რის შემდეგ იწყება ჩვეულებრივი შეტევა.

საკმარისია 16—20 შეტევა, ამის შემდეგ ხელოვნურად აკრილო მალარია თვითონ შეწყდება ან ჩვენ ვახდენთ მის კუპირებას (ქიხაქინის მიცემით).

მალარიათერაპია უნდა ჩაატარონ ექიმის მეთვალყურეობით სტაციონარულ პირობებში.

თ ა ვ ი X X I

ქალას ტრავმების სიმპტომატოლოგია და მიმდინარეობა

საბჭოთა მკვლევარებს ბურდენკოს, ხოროშკოს და სხვ. განსაკუთრებული დამსახურება მიუძღვით ქალას ტრავმულ დაზიანებათა კლინიკური სიმპტომატოლოგიის დამუშავებაში.

კლინიკური მიმდინარეობა და საბოლოო პროგნოზი დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე. ამ დროს უნდა გავითვალისწინოთ დაზიანების სახე (დაზიანება კვეთილი ტალღით, მაგარი საგნის დარტყმით, ტყვიით, ყუმბარის ნამტვრევით ან ცივი ბასრი იარაღით), პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის განფენილობა, სიმწვავე, სიმძიმე, ხანგრძლივობა, განვითარების პერიოდი (სტადია) და პრემორბიდის თავისებურებანი, აგრეთვე ავადმყოფის ფსიქიკური და ფიზიკური მდგომარეობა ტრავმის მიღების დროს.

მოგვიხდება კომოციებზე, კონტუზიებსა და ქალას კრილობებზე შეჩერება.

ქალას ტრავმულ დაზიანებათა ყოველი ფორმის დინამიკის განხილვისას ავტორები არჩევენ ოთხ სტადიას, ანუ პერიოდს: დაწყებითს, ანუ, ბურდენკოს მიხედვით, „ქაოსის“ პერიოდს, მწვავე პერიოდს, მოგვიანებულ პერიოდსა და შორეული შედეგების პერიოდს.

ტვინის კომოცია. დაწყებით პერიოდს ახასიათებს ზოგადი ცერებრული რეაქცია, რაც გამოიხატება ცნობიერების პათოლოგიაში, რომელიც სიმძიმის მიხედვით შესაძლოა გაგრძელდეს რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდე, ხოლო ცნობიერების აშლის კლინიკა შესაძლოა იმავე სიმძიმის მიხედვით იყოს გაოგნების, გაბრუნების, სოპორის ან კომის სახით. უკანასკნელ შემთხვევაში მან შეიძლება მიიღოს სრული უგუნებობის ხასიათი ასევე სრულად ფსიქიკურ-ფიზიკური არეფლექსიით.

როგორც აღენიშნეთ, შერყევის ნიადაგზე ტვინის ღეროს დაზიანებას მეორადად მოსდევს ქერქული აპარატის პათოლოგიური ძვრები, ხოლო უკანასკნელს, თავის მხრივ, ცნობიერების აშლაც.

ავადმყოფებს უცებ მუხლი ეკვეთებათ, ისინი ფიზიკურად იხრან, შემდეგ ლურჯდებიან, ძალიან ოფლიანდებიან და უცებ ეცემიან.

ჰაეროვანი კომოციის შემთხვევებში დაწყებით სტადიაში ზოგჯერ აღინიშნება ცხვირიდან, ხახიდან და ყურებიდან სისხლის დენა და შესაძლოა გულისრევაც.

დაწყებითი პერიოდი მეტად მძიმე მდგომარეობაა, რომელიც შეიძლება ჩათვალოს ლეტალურად.

ცნობიერების აშლა, ჩვეულებრივ, გრძელდება რამდენიმე დღე, რასაც მოსდევს მდგომარეობიდან თანდათან გამოხვლა. იწყება კომოციის მეორე, ანუ მწვავე პერიოდი, რომელიც თავისი კლინიკური სურათით ცერებრასთენია, ანუ ცერებრული აღინიშნება.

ავადმყოფი ფიზიკურად სუსტი, მოწყვეტილია; უჩივის თავის ტკივილს, თავბრუს, თავში შუილსა და სიმძიმის შეგრძნებას, გუნება-განწყობა დაქვეითებული და ძლიერ ცვალებადი აქვს (დისფორია); ფსიქიკური ფუნქციები ნელა მიმდინარეობს. აღინიშნება ვაზომოტორული, ვეგეტატიური და ვესტიბულარული აშლილობანი, რომლებიც განსაკუთრებით ძლიერდებიან ავადმყოფის ფეხზე წამოდგომისას.

მეორე პერიოდში ჰაეროვანი კონტუზია ზოგჯერ იწვევს ყრუმუნჯობას, რომელიც გრძელდება რამდენიმე დღე, კვირა ან თვე. უნდა გვახსოვდეს, რომ ასეთი ყრუმუნჯობა თავისი გენეზით ისტერიული მდგომარეობა არ არის და დაკავშირებულია მეტყველებისა და სმენის აპარატის ნეიროდინამიკურ ძვრებთან.

მწვავე პერიოდში აღინიშნება ცვლილებები თავ-ზურგის ტვინის სითხეში.

მეორე პერიოდი საშუალოდ გრძელდება 5—6 კვირა, რის შემდგომ იწყება თანდათანობითი გამოჯანსაღება.

მძიმე შემთხვევაში, მით უმეტეს, თუ ავადმყოფი ხანში შესულია, შესაძლოა მეორე პერიოდი არ ჩათვალოს გამოჯანმრთელებით და განვითარდეს მესამე, ანუ მოგვიანებული პერიოდი, რომელსაც ახასიათებს ტვინის კომოციის მწვავე სტადიისათვის დამახასიათებელი ნიშნების გამკრთალება. მაგრამ ამ ფონზე იშლება ახალი სიმპტომატიკა. ახალი აშლილობის განვითარებას ხელს უწყობს ცერებრული ასთენია და სისხლისა და ლიქვორის მიმოქცევის დროდადრო გაუარესება.

მესამე პერიოდში შესაძლოა აღინიშნებოდეს ისტერიული რეაქციები, ბინდისებრი მდგომარეობა, ფსევდოდემენციური სურათი, გამონატული რეაქციული დეპრესია და სხვ.

ტვინის კომოციის შერეული შედეგები, ჩვეულებრივ, წარმოდგენილია ასთენიურ-ნერვასთენიული სინდრომით (ცერებრასთენია), რომელსაც თან ერთვის ვაზომოტორული, ვეგეტატიური და ვესტიბულარული აშლილობა.

ტვინის კონტუზია ტვინის კომოციის შესავსია და დაწყებითი სტადია წარმოდგენილია ცნობიერების აშლით (გაბრუება, აბნევა, სოპორი, კომა).

პათოლოგიურ-ანატომიურად კონტუზიის დროს ვითარდება სისხლჩაქცევები, შეშუპება და ნერვული ელემენტების უშუალო ტრავმული დაზიანება. ძვრები პირველ რიგში ქერქული აპარატის (კონვექსი) სხვადასხვა უბანშია.

ჯერ კიდევ დაწყებით სტადიაში აღინიშნება ლოკალური სიმპტომატოლოგია, რომელიც გარკვეულად გამოიკვეთება კლინიკური სურათის მწვავე პერიოდში.

იმის მიხედვით, თუ რა სიმძიმით და ფართით იქნება დაზიანებული შუბლისა და თხემის წილთა ქერქული უბნები, იქმნება პიროვნების ინტელექტუალური დეგრადაცია (გონებრივი დაქვეითება), რომელიც ზოგჯერ შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს როგორც ტრავმული კკუასუსტობა.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ტვინის კონტუზია გართულებულია კომოციური მოვლენებით, ვითარდება ზოგადი ცერებრული რეაქცია ეგზოგენური ფსიქოზების სახით, აგრეთვე ქერქქვეშა (ტვინის ღეროს) სიმპტომატოლოგია (ვეგეტატიური, ვაზომოტორული და ვესტიბულარული აშლილობა). ტვინის კონტუზიის მოგვიანებულ პერიოდს ახასიათებს სისხლჩაქცევების შეწოვა დაზიანებულ ქსოვილში, რევერზიბილურ-რეპარაბილური მოვლენები და დაზიანების ადგილას ნაწიბურის განვითარება.

ორგანული პროცესის უკუგანვითარების დონის მიხედვით ფუნქციური გიმოვლინებანი აღდგება (გამოჯანსაღება), ხოლო ნაწიბურები შესაძლოა ეპილეფსიფორმულ გულყრათა მიზეზი გახდეს.

კონტუზიის შორეულ შემთხვევებში, თუკი თავის დროს ვერ მოხერხდება პათომორფოლოგიური ცვლილებების აღდგენა, ვითარდება ქრონიკულად ფიქსირებული განფენილი დეგენერაციული ძვრები. ე. წ. ტრავმული ენცეფალოპათიის სახით. ამ უკანასკნელმა როგორც კონტუზიის შორეულმა შედეგმა კლინიკურად შესაძლოა გამოიწვიოს მკვეთრად გამოხატული კკუასუსტობა (ტრავმული დემენცია), ეპილეფსიფორმული განტვირთვები (ტრავმული ეპილეფსია), პიროვნების მტკიცე ნევროფსიქიკური დაინვალირება (ტრავმული ასთენია) და, ბოლოს, პერიოდული შეტევების სახით ცნობიერების პათოლოგია (ტრავმული გენეზისის ბინდიდისებრი და ე. წ. განსაკუთრებული მდგომარეობანი).

საკიროა გვახსოვდეს, რომ შორეულ შემთხვევებში დაინვალირებულ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ყოველგვარი მავნე აგენტი ადვილად ახდენს უარყოფით ზეგავლენას. ამ მხრივ აღსანიშნავია მაგა-

რი სასმელების, ფსიქიკური ტრავმებისა და სხვ. უარყოფითი ზეგავლენა.

ქალას კრილობები. კლინიკური სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია კრილობის ხასიათზე, სიმძიმესა და ადგილმდებარეობაზე. ინფექციით გართულებულმა კრილობამ შესაძლოა გამოიწვიოს მენინგიტები, ტვინის აბსცესები და მწვავე ეგზოგენური შეტევები.

აღწერილია ყუმბარის გასკდომის შედეგად ტვინში ლითონის უწყრილესი ნაწილების (ლითონის მტერის) შექრის შემთხვევები და თვით ქერქული აპარატის განფენილი დაზიანება. ამ დაზიანებას ახასიათებს კლინიკურად მძიმე მდგომარეობა, რადგანაც მოფენილი უწყრილესი ნამსხვრევები მოჩანს მხოლოდ რენტგენის სურათზე და მათი ამოღება პრაქტიკულად შეუძლებელია. როგორც ვთქვით, უკახასკნელ შემთხვევაში საქმე გვაქვს კლინიკურად მეტად მძიმე და მყარ მდგომარეობასთან, რომელიც მოგვაგონებს ცერებრულ ასთენიას (თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე, ადვილი მოქანცულობა, დაღლილობის გრძნობა და ნერვულ ფუნქციათა ზოგადი მოღუწება).

კლინიკურ გამოვლინებათა ცალკეული ფორმა

ტრავმული ეტიოლოგიის ფსიქონერვულ დაავადებათა განხილვისას ყურადღებას იპყრობს, რომ დაავადების ყოველ ცალკეულ შემთხვევას საფუძვლად უდევს ტვინის კომოცია-კონტუზია: ტრავმული ორგანული ფონი განსაზღვრავს კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას.

შესაძლოა განვიხილოთ ტრავმული ბუნების შემდეგი კლინიკური ფორმები: ეგზოგენური ფსიქოზური ფორმები, ცერებრასთენია, ეპილექსია, ენცეფალოპათია და მომდევნო რეაქტიული მდგომარეობა.

ტრავმული ეგზოგენური ფსიქოზური ფორმები. ასეთი ფსიქიკური აშლილობა შესაძლოა იყოს მწვავე ან მოგვიანებული დაავადების სახით. ძირითად კლინიკურ სურათს ქმნის ინფექციით თუ ინტოქსიკაციით გამოწვეული ეგზოგენიები, მაგრამ არის მომენტები, რომლებიც მიგვივითებენ გარკვეულ ეტიოლოგიურ სპეციფიკატიან.

კომოციური ბუნების ეგზოგენური ფსიქოზების დროს ვითარდება დელირიუმის სურათი, ბინდიდური ცნობიერება ან კორსაკოვის სინდრომისმაგვარი ამნეზიური მდგომარეობა.

ტრავმული დელირიუმის დროს ცნობიერების შეცვლას არა აქვს ხანგრძლივი და მყარი ხასიათი; კლინიკურ სურათში ხშირად აღინიშნება ხანმოკლე, მაგრამ ნათელი პერიოდები. ყურადღება უნდა მიექცეოდეს აგრეთვე მხედველობით პალუცინაციებს და შემზარავ განცდებს, რომლებიც ავადმყოფს უკარგავენ ორიენტაციის უნარს.

დელირიული სურათი შესაძლოა გადავიდეს კორსაკოვის სინდრომისმაგვარ მდგომარეობაში, რომელიც განსხვავდება შესატყვისი ალკოჰოლური ფსიქოზისაგან არა მარტო ნევროლოგიური, არამედ ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგიითაც.

ხაზგასმით უნდა აღენიშნოს, რომ ტრავმული ეტიოლოგიის მქონე ამნეზიური სინდრომის შემთხვევაში ძირითადი ნიშანია დროის აღქმის თავისებური პათოლოგია. ავადმყოფები კარგავენ დროში გარკვევის უნარს, აგრეთვე დროის მიხედვით თანამიმდევრობით ვერ აღაგებენ გადატანილ განცდებს და წარსულ ამბებს, ამიტომ მეხსიერებაში აღენიშნებათ დიდი ხარვეზები და დეზორიენტაცია უვითარდებათ.

ტ რ ა ვ მ უ ლ ი პ ა რ კ ი ნ ს ო ნ ი ზ მ ი საკმაოდ ხშირია კონტუზიისა და უფრო კომოციის შედეგად უკანასკნელ შემთხვევებში ტვინის ღეროს მხრივ ცვლილებებს აქვს აღმავალი ხასიათი, პროცესში ჩართულია ექსტრაპირამიდული სისტემაც.

ტრავმული ბუნების ამიოსტატიზმი ძლიერ ჰგავს ენცეფალიტურ პარკინსონიზმს (შებოქვა, კუნთთა რიგიდობა, ნელი მეტყველება და თვალის კაკლების სიმპტომები), ფსიქიკის მხრივ კი აღსანიშნავია განურჩევლობა, აპათია, უინიციატივობა და ადვილი მოქანცულობა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ქარაქტეროლოგიურ ძვრებს და ძილის აშლას უფრო მეტად ეპიდემიური ენცეფალიტი იწვევს.

მწვავე ფსიქონერვულ აშლილობათა რიგს ეკუთვნის აგრეთვე ე. წ. კ ო მ ო ც ი უ რ ი ყ რ უ - მ უ ნ ჯ ო ბ ა, რომელიც ხშირია ომის პირობებში ჰაეროვანი ტრავმის (ბაროტრავმის) შედეგად. ავადმყოფობა ვითარდება უცებ ყუმბარის აფეთქების დროს და, ჩვეულებრივ, გაურთულებელ შემთხვევებში გრძელდება რამდენიმე დღით. კომოციური ყრუ-მუნჯობა ისტერიული ხასიათის არ არის. იგი დაკავშირებულია კომოციის შემთხვევაში წარმოქმნილ გარკვეულ ნეიროდინამიკურ ძვრებთან. ამ დროს ისტერიული ხასიათი ან სტიგმატი არ აღინიშნება; ფსიქოთერაპიაც ასევე არ გვაძლევს გამამხნეველ შედეგებს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები და ტრავმულ დაავადებათა სასაპარტლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

ქალას ტრავმულ დაავადებათა ზუსტი დიაგნოზის დადგენა საჭიროებს განსაკუთრებულ სიფრთხილეს შეცდომების ასაცილებლად.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ შეცდომის დაშვება, ძირითადად, შესაძლოა ორი მიზეზით. ერთი მხრივ, ხშირად უყურადღებოდ რჩება შორეული ტრავმები, მეორე მხრივ კი, ასევე ხშირად ორგანულ შემ-

თხვევებს განიხილავენ ფუნქციურ-ფსიქოგენურად, თუ აღმოჩენილი არ არის ტლანქი ნევროლოგიური ძვრები.

წარსულში მიღებული ტრავმები საჭიროებს ჯეროვან შეფასებას. არცთუ იშვიათად ის, რასაც განიხილავენ დალილობის, ალკოჰოლის თუ დუნედ მიმდინარე ინფექციის შედეგად, დაკავშირებული უნდა იყოს გადატანილ (ზოგჯერ შორეულ წარსულში) ტრავმებთან. ასევე ტლანქი ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგიის არარსებობა ჯერ კიდევ არ გამორიცხავს ტრავმული ეტიოლოგიის შესაძლებლობას.

ჩვენ მოგვიხდება ავადმყოფთა დეტალური შესწავლა ნევროლოგიურად, სეროლოგიურად და ელექტროდიაგნოზურად (რენტგენი, ქრონაქსია და ბიოდეენები).

მოკლედ შეეჩერდებით კონკრეტულ საკითხებზე.

ფსიქოგენური მდგომარეობიდან კომოციური სინდრომების გამოიჯნისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ ტრავმებისათვის დამახასიათებელი ნეირო-ფიზიოლოგიური ძვრები (ვაზომოტორული და ვეგეტატიური მოვლენები); უნდა გავიხსენოთ, რომ ფსიქოგენების სტრუქტურასა და შინაარსს წარმართავს ფსიქოტრავმული მომენტები და კომპლექსური განცდები.

საჭიროდ მიგვაჩნია გავკრით შევეხოთ ე. წ. ტრავმულ ნევროზს. ეს ცნება უკანასკნელი 5—10 წლის მანძილზე მეტად დაძაბული დისკუსიის საგანი იყო. ამ მხრივ აღინიშნებოდა სამი მიმდინარეობა: მეცნიერთა ერთი ჯგუფი ამ პოზიციებზე იღვას, რომ თავის ტვინის ტრავმა წამყვანია, ხოლო ფსიქიკური მომენტები იძლევა მეორად მოვლენებს; მეორენი იზიარებდნენ სრულიად საპირისპირო შეხედულებას, რომ წამყვანია ფსიქოგენური ფაქტორები, ხოლო ტვინის ორგანული დაზიანება ქმნის დაავადებისათვის ხელშემწყობ ფონს; მესამენი თანაბარ მნიშვნელობას აძლევდნენ ფსიქიკურ და ფიზიკურ ფაქტორებს და ავადმყოფობის შინაარსი თუ კლინიკური მიმდინარეობა წარმოედგინათ ფიზიკურისა და ფსიქიკურის „ამალგამისმაგვარად“.

უკანასკნელ დროს ნატიფმა სადიაგნოზო მეთოდებმა (ბიოდეენები, ნატიფი ნევროლოგიური ნიშნები, ქრონაქსია, გრძნობათა ორგანოების პათოფიზიოლოგია) მოგვცა შესაძლებლობა ზუსტად გავმიჯნოთ ორგანული ფსიქოგენურისაგან. ამიტომ ამჟამად ცნება ტრავმული ნევროზის შესახებ ანაქრონიზშია, რაც მეცნიერებაში მხოლოდ განვლილი ეტაპის მაჩვენებელია. მან დაკარგა თავისი შინაარსი და მნიშვნელობა. ტერმინს „ტრავმული ნევროზი“ ჩვენს დარგში აღარ ხმარობენ.

მინიაკალურ მდგომარეობათა გამოსარიცხად დაგვეხმარება ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, ხოლო შიზოფრენიის საწინააღმდეგოდ მხედველობაში უნდა მივიღოთ ფსიქიკური ატაქსიის არარსებობა და პიროვნების ძირითადი ხაზების შენარჩუნება.

საკმაოდ ძნელაა ტრავმული ბუნების ეპილექსიფორმულ გულ-ყრათა ფსიქოზური მდგომარეობების გარჩევა ეპლექსიისაგან, მით უმეტეს, რომ ტრავმულმა ეპილექსიამ შესაძლოა შექმნას აგრეთვე ეკვივალენტის სურათიც (ბინდისებრი აგზნება და სხვ.). უნდა გვახსოვდეს, რომ ტრავმული ეპილექსია თავისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური საფუძვლებით ტრავმული ენცეფალოპათიის კლინიკის ერთ-ერთი ვარიანტია, ამიტომ მისი გამოვლინების სახეები მრავალფეროვანია და განისაზღვრება პროცესის ადგილით.

დიფერენციული დიაგნოზის დადგენის დროს მხედველობაში უნდა მივიდეთ ნევროლოგიური, სეროლოგიური და რენტგენოლოგიური მონაცემები ტრავმული ეპილექსიის შემთხვევებში.

ტრავმული ეპილექსიის დროს შესაძლოა განვითარდეს აგრეთვე იმპულსიუობა, გრძნობათა ჰიპერსთეზია და გუნება-განწყობის ცვალებადობა (დისფორია), მაგრამ ეპილექსიისათვის დამახასიათებელი ქარაქტეროლოგიური მომენტები და აღინიშნებოდეს.

ტრავმული ჰქუასუსტობა და ტრავმული დემენცია ენცეფალოპათიის ვარიანტია, რომლის დროს მკვეთრი პათომორფოლოგიური ცვლილებები ხდება ქერქულ არეში.

ტრავმული ჰქუასუსტობისათვის დამახასიათებელია პროცესის არაპროგრესიული ხასიათი.

მოკლედ შევხვით თავის ტვინის ტრავმულ დაზიანებათა სასამართლო-ფსიქიატრიულ მნიშვნელობას.

საკითხის გადაწყვეტის დროს უნდა ვიზღვევინალოთ შემდეგი ძირითადი დებულებით: თავის ტვინის ტრავმული დაზიანება პროგრესიული პროცესი არ არის, არ იწვევს მკვეთრ და ტლანქ ჰქუასუსტობას — პიროვნების დაქვეითებას და ამიტომ ტრავმულ დაზიანებათა ხშირ შემთხვევაში ავადმყოფები აგებენ პასუხს კანონის წინაშე.

მწვავე კომოციურ-კონტუზიური მდგომარეობა სასამართლო ფსიქიატრიის პრაქტიკაში ძლიერ იშვიათია.

სასამართლო-ფსიქიატრიული კვლევის საგანია უფრო ქალას ტრავმულ დაზიანებათა მოგვიანებული შემთხვევები, როდესაც ტრავმული ენცეფალოფატიის შედეგად ავადმყოფები ხდებიან იმპულსური, ემოციურად მეტად ლაბილური, აგრესიული და ირგვლივ მყოფთათვის მძიმე ახატანი; ზოგჯერ მათ აღენიშნებათ ემოციური განტვირთვები პათოლოგიური აფექტის სახით.

ქალას ტრავმულ დაზიანებათა მართლმართლობა

ტრავმულ მდგომარეობათა თერაპიის საკითხების განხილვა საქირია სტალიათა მიხედვით.

დაწყებითი სტადია. ამ დროს აუცილებელი პირობაა

აბსოლუტური სიმშვიდე, ყოველად დაუშვებელია მოძრაობა, შორეული ევაკუაცია. საჭიროა შუბლზე ცივი ტილოს ან ყინულის დადება, ავრეთვე კუჭის გაწმენდა, ავზნების შექმნევაში ლემინალის ან ქლორალჰიდრატის ოყნის გამოყენება.

მორფიუმი ან მისი დერივატები უკუნაჩვენებია. მათი ხმარება იწვევს ქალასშიდა წნევის შოკატებას და აუარესებს სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევას ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

გულს სისუსტის შემთხვევაში გამოვიყენებთ სათანადო ამგზნებ საშუალებებს (ქაფურს, კოკაინს, ლობელინს).

ცნობიერების მძიმე პათოლოგიის, ძლიერი ჰიპერტენზიისა და თავის ტკივილის დროს კარგ შედეგებს გვაძლევს თავ-ზურგის ტვინის სითხის გამოშვება — ორ-სამ დღეში ერთხელ შესაძლოა 15—20—30 კუბ სმ ლიქვორის აღება.

ძალის გაუმჯობესება, თავბრუსა და თავის ტკივილის მოხსნა და, ამათთან ერთად, ორთენტაციის დაბრუნება მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებელია.

მწვავე პერიოდში მივიპრთავთ ფიზიოთერაპიისა და სიმპტომური მიზნით სამკურნალწამლო საშუალებებს, პირველ რაგში ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციასათვის საჭირო ზომებს.

მოგვიანებულ და შორეულ სტადიაში მოგვიხდება სიმპტომური ხასიათის თერაპიული ზომების მიღება.

გასაგებაა, რომ ქალას ტრავმულ დაზიანებათა და ჭრილობების შემთხვევაში ხშირად მოგვიხდება ნეიროქირურგიული ჩარევა.

თავის ტვინის ძიმიე ენდოგენური დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აზლილოვა

სხვადასხვა ენდოგენური დაავადება, მაგალითად, ტვინის სიმპიენები, ტუბერკულოზური სკლეროზი, მიოკლონუს-ეპილეფსია, ამაკროზული იდიოტია და სხვ. იწვევს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მეტად მკვეთრ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს. ამ დაავადებებს მოსდევს ასევე მკვეთრი და მძიმე სიმპტომატოლოგია.

საკითხი კლინიკურ გამოვლინებათა სიმძიმის შესახებ იმით რთულდება, რომ ტვინის მძიმე ენდოგენურ დაავადებათა დროს თერაპიული ჩარევა არ გვაძლევს რაიმე გამამხნეველ შედეგს.

მეტად საინტერესოა დაავადებათა პისტოპათოლოგია, ვინაიდან ხშირია არა მარტო მკვეთრი, არამედ მიკროსკოპული სურათის მხრივ სრულიად სპეციფიკური ცვლილებებიც.

ტვინის ზოგადი პათომორფოლოგიიდან ცნობილია, რომ ნერვულ ქსოვილში სპეციფიკურ ძვრებს იწვევს მხოლოდ შემდეგი ოთხი დაავა-

დება: ალკაიმიკის ავადმყოფობა, ტუბეროზული სკლეროზი, მიოკლონუს ეპილეფსია და ამავროზული იდიოტია. როგორც ვიცით, აღნიშნულ დაავადებათა დროს უჯრედის პათოლოგიის სურათი იმდენად დაძაბასიათებელია, რომ დაავადების დიაგნოზის დადგენა შესაძლოა მხოლოდ მიკროსკოპული შესწავლით.

განსაკუთრებით საინტერესოა ტვინის სიმსივნეთა ჰისტოპათოლოგია, ვინაიდან მათი უჯრედოვანი ელემენტების ხასიათისა და განლაგების შესწავლა საშუალებას გვაძლევს წარმოვადგინო შევიქმნათ თვით სიმსივნის ავთვისებიანობასა და ადგილზე.

ტვინის სიმსივნეები შეიძლება იყოს როგორც ადგილობრივი. ისე მეტასტაზური (მაგალითად, კიბო). ადგილობრივი სიმსივნეები ვითარდება ნერვული ქსოვილიდან, ტვინის ფარსებიდან, თავის ტვინის ჩირკვლოვანი დანამატებიდან (ჰიპოფიზი და ჯალღუზისებრი სხეული).

კეთილთვისებიანი სიმსივნეები (ფიბრომები) პირველ რიგში მექანოურ ზეგავლენას ახდენს ნერვულ აპარატზე ზეწოლით; პირიქით. ავთვისებიანი სიმსივნეები (კიბო, სარკომა) არა მარტო ეფინება ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, არამედ ანადგურებს ნერვული ქსოვილის პარენქიმულ ელემენტებსაც.

დააწყიაში ზოგადი ნიშნები ნევრასთენიულ-იპოქონდრიული სინდრომის სახითაა. ავადმყოფს აქვს მრავალგვარი სხვადასხვა შეგვრძება, გუნება-განწყობა და თვითგვრძობა დაქვეითებულაა. აღინიშნება თავბრუ, თავის ტკივილი, დაღლილობა, ადვილი მოქანცულობა, ჰიპერესთეზია და ზოგჯერ მეხსიერების დაქვეითებაც.

განვითარების სტადიას ახასიათებს ფსიქოზური მდგომარეობის გაშლა, რომლის დროს ვითარდება დაავადების სხვადასხვა სიმპტომი. მაგალითად, ცნობიერების პათოლოგია (გაოგნება, გაბრუება ან დაბნევა), ჰალუცინაციები, ბოდვითი პროდუქციები, სოპორი (ძილად მივარდნა), ზოგჯერ ამნეზიური სინდრომი და სხვ.

ბუდობრივი სიმპტომატიკის მხრივ აღსანიშნავია ფუნქციის გაღიზიანებისა (გულყრითი განტვირთვები და ჰიპერკინეზიები) და გამოვარდნის (პარეზები, პარალიზები) ნიშნები.

ეპილეფსიფორმული გულყრები შესაძლოა განვითარდეს არა მარტო როგორც ბუდობრივი, არამედ როგორც ზოგადი ცერებრული გამოვლინება. უკანასკნელ შემთხვევაში თავისი გენეზისით ისინი დაკავშირებულია შიდა წნევის განსაკუთრებულ მომატებასთან.

ქალასშიდა წნევის მომატება ცენტრალური სინდრომია ტვინის სიმსივნეთა კლინიკაში, მას მოსდევს გულისრევა, ბრადიპულსი (მაჯის შენელება), მეტყველების აშლა, გაუბედავი სიარული, ზოგჯერ მხედვე-

ლობის ნერვის დვრილის შეშუპება თვით მხედველობის ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითებით.

საინტერესოა, რომ სიმსივნეთა შემთხვევებში მარცხენა ჰემისფერო იძლევა უფრო მდიდარ და გამოკვეთილ სინდრომებს, ვიდრე მარჯვენა ჰემისფერო.

ტვინის სიმსივნეთა დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი ადგილი უნდა დაუთმოთ თავ-ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევას. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ტუმორის შედეგად აღინიშნება ლიქვორში ცილის მომატება იმ დროს, როდესაც ფორმიან ელემენტთა რაოდენობა არ არის შეცვლილი. როგორც ვხედავთ, ტუმორის დროს ლიქვორში ცილის მომატებას თან არა სდევს პლეოციტოზი.

დიფერენციული დაავადების დაზუსტებისას უნდა მივმართოთ რენტგენს (ენცეფალოგრაფია, ვენტრიკულოგრაფია), ბიოდენებს (ელექტროენცეფალოგრაფია), თავ-ზურგის ტვინის სითხის პუნქციასა და ზოგჯერ სასინჯ ტრეპანაციას. მხედველობაში უნდა მივიღოთ აგრეთვე, რომ ტუმორთა სიმპტომებს პროგრადიენტული (წინმავალი) ხასიათი აქვს.

თ ა ვ ი X I I I

აგზოგენური ინტოქსიკაციის ბუნების ფსიქოზები

ალკოჰოლიზმის კლინიკა, მორფინიზმი და კოკაინიზმი
ზოგადი ცნობები

ადამიანის ორგანიზმში სხვადასხვა მომშხამავი ნივთიერებას მოხვედრა უარყოფით გავლენას ახდენს ინდივიდუუმის ფიზიკურ და ფსიქიკურ მდგომარეობაზე.

ცნობილია, რომ შხამებს ხმარობენ გარკვეული დოზით როგორც სამკურნალწამლო საშუალებებს.

ორგანიზმის მოწამვლა შესაძლოა იყოს მწვავე, რაც ნივთიერების ერთჯერადი გავლენის შედეგია, და ქრონიკული. უკანასკნელ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ნივთიერების მრავალჯერ მოხვედრასთან, რომლის შუალედებშიც მომშხამავი ზემოქმედება შენარჩუნებულია და ორგანიზმში ხდება უარყოფითი მომენტების კუმულაცია.

მოწამვლა შეიძლება გამოიწვიოს საკვებ ნივთიერებებში შემთხვევით მოხვედრილმა შხამებმა, წარმოების ტექნოლოგიასთან დაკავშირებულმა შხამებმა, აგრეთვე საბრძოლო მნიშვნელობის მომწამლავმა ნივთიერებებმა.

ორგანიზმში მოხვედრილი შხამი იწვევს ადამიანის არა მარტო ფსიქიკურ-ფიზიკურ ძალთა დასუსტებას, დაკნინებას, არამედ საკმაოდ ხშირად შინაგან ორგანოთა პათოლოგიასაც, ნერვულ და ფსიქიკურ აშლილობას.

ფსიქიატრიის თეორიასა და პრაქტიკაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია შხამიან ნივთიერებებს, რომლებსაც კაცობრიობა იყენებს უძველესი დროიდან: ალკოჰოლი, მორფიუმი, კოკაინი და სხვ.; მათი ხმარება ცნობილია ნ ა რ კ ო მ ა ნ ი ს სახელწოდებით.

ადამიანები ნარკოზულ ნივთიერებებს ღებულობენ თითქოს გამხიარულების მიზნით, მაგრამ სინამდვილეში მათი ხმარება იწვევს პიროვნების ძალთა არა აღორძინება-გაძლიერებას, არამედ დაძაბუნება-განადგურებას.

ა ლ კ ო ჰ ო ლ ი ზ მ ი ს პათობიოლოგია და კლინიკა, წარმოდგენილი იქნება იგი მ წ ვ ა ვ ე თ რ ო ბ ი თ თუ ქრონიკული, ყოველდღიური ლოთობით, ჩვენი დარგის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია.

კულტურული შრომა და დასვენება, რომლებიც ფართოდაა დანერგილი ჩვენს სინამდვილეში (როგორც ქალაქად, ისე სოფლად), სრულიად ხსნის პრობლემას ლოთობის შესახებ. საბჭოთა ფსიქიატრიისათვის ცნობილია ლოთობის, ანუ ალკოჰოლურ ფსიქოზთა მხოლოდ ცალკეული შემთხვევა.

ლოთობას ხელს უწყობს კაპიტალისტური წესწყობილების სოციალურ-ეკონომიური სპეციფიკა, სახელდობრ, ეკონომიური გაჭირვება და უუფლებობა. კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ალკოჰოლიზმს განაპირობებს საყოფაცხოვრებო მომენტები.

სპირტულსა და მაგარ სასმელებს ეკუთვნის ალკოჰოლის შემცველი ყველა ნივთიერება.

ცნობილია სხვადასხვა დონის, სიმძიმისა და კლინიკური გამოსახულების დათრობა; მხედველობაში უნდა მივიღოთ ინდივიდუალური ხასიათის წინაგანწყობა, მაგალითად, ნევროპათები და ფსიქოპათები არა მარტო იჩენენ ერთგვარ მიდრეკილებას ალკოჰოლისადმი, არამედ ისინი ადვილად ითვრებიან და ამ დროს ასევე ადვილად ავლენენ ფსიქოზური ხასიათის აფეთქებებს.

ლოთობა ვითარდება აგრეთვე ზოგიერთი სულით დაავადების შემთხვევაში (ციკლოთიმია, ეპილეფსია, ზოგჯერ შიზოფრენია და სხვ.).

ალკოჰოლი უშუალოდ ზეგავლენას ახდენს ნერვულ სისტემაზე, სისხლძარღვებზე, აგრეთვე შინაგან ორგანოებზე (ღვიძლზე, თირკმლებზე). გარდა ამისა, ალკოჰოლის ქრონიკული ხმარების შედეგად ჰემოენცეფალური ბარიერი გამავალი ხდება და იქმნება პირობები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ტოქსიკური ნივთიერების ადვილად გადასვლისათვის.

ექსპერიმენტულად დადასტურებულა, რომ ალკოჰოლის სულ მცირე დოზები უარყოფით გავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიკური აპარატის ფუნქციურ მოქმედებაზე.

მწვავე ლოთობის კლინიკის მრავალფეროვნების შესასწავლად ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიულ დაკვირვებებზე უფრო საინტერესოა ჩვეულებრივ, საყოფაცხოვრებო პირობებში მიღებული მასალები. სრულებით ბუნებრივ სიტუაციაში, „მაგიდასთან“, „გაშლილ სუფრასთან“ თითქმის ყოველთვისაა მწვავე დათრობის სურათი — ზერელე შეზარხოშებიდან ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მძიმე მდგომარეობამდე.

მცირე დოზები იწვევს ცენტრალური ნერვული სისტემის, პირველ რიგში, ქერქის გაღიზიანებას, აგზნებას, ხოლო დიდი დოზები — დეპრესიას, დაკნინებას, შეკავებას. ეს ორი ნეიროფიზიოლოგიური გარემოება საფუძვლად უდევს მწვავე დათრობის კლინიკისათვის ცნობილი აგზნებბისა და შეკავების ფაზებს.

პირველ პერიოდში (აგზნების ფაზა) ვითარდება ფსიქომოტორულ ფუნქციათა შეკავება. ჩვეულებრივ თავდაპირველი და დარბაისელი პირები ზერელენი ხდებიან, მათ უქვეითდებათ აქტიური ყურადღება. პასიური კი — უძლიერდებით, ამასთან ერთად, ემჩნევათ ყურადღების ცვალებადობა, მოძრაობა უმრავლდებით, მაგრამ მოტორული გამოვლინება მოკლებულია სიზუსტეს, სითაქიზეს და მიზნობრივობას, მოქმედებასა და ქცევაში ეტყობათ ზერელობა, პასუხისმგებლობის გრძნობისა და კრიტიკის შესუსტება.

ასოციაციათა აჩქარება და გამრავლება მხოლოდ გარეგნულია, შინაარსის მხრივ ასოციაციები ზერელეა, დაბალხარისხოვანი, დასკვნის შესაძლებლობა დაფარულია მხოლოდ გარეგნული და ფორმალური მსგავსების შეუღლებული ასოციაციებით.

კრიტიკის შესუსტება და უმაღლესი რიგის პიროვნულ რეაქციათა შეკავება იწვევს ბევრ ლაპარაკს, ოხუნჯობას, სიტყვიერ პროდუქციებში ვამოსკვივის რითმები, ლექსთწყობა. გარეგნულად ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, თითქოს ალკოჰოლის გავლენით პიროვნება თავისი „ნიჭის“, „სუკუამახვილობისა“ და „მკვევრმეტყველების“ მეტ უნარს ავლენს. მაგრამ ეს მხოლოდ გარეგნული შთაბეჭდილებაა; არსებითად დადებითი ხასიათის პროდუქციებთან კი არა გვაქვს საქმე, არამედ კრიტიკისა და უმაღლეს მორალურ წარმოდგენათა მხრივ შეკავებული პიროვნების რეაქციებთან.

მეორე ფაზაში ავადმყოფები კარგავენ ფსიქიკურ აქტივობას, ლაპარაკობენ ენაბორძიკით, ლუღლუღით, ამქლავნებენ მორალურ

სოჩლუნგეს, ადვილად ღიზიანდებიან, ემჩნევათ ცრემლიანობა; მოძრაობა დიჰკოორდინირებული და ატაქსიური აქვთ. დასასრულ, ქერქული შეკავება ეფინება ქერქქვეშა კვანძებს და ადამიანი გადაღის ღრმა ძილში. მოქეიფე პირს შესაძლოა სუფრაზე დაეძინოს.

ზემოაღნიშნული სურათი ე. წ. ფიზიოლოგიური, ანუ გაურთულებელი მწვავე დათრობის კლინიკური გამოვლინებაა.

მაგრამ შესაძლოა მწვავე დათრობა გართულდეს: ძილის ნაცვლად განვითარდეს ფსიქოზის მსგავსი მდგომარეობა. ამ დროს საქმე გვექნება კლინიკურად და კრიმინოგენურად (სასაპართლო ფსიქიატრიის თვალსაზრისით) მეტად საინტერესო მდგომარეობასთან. მხედველობაში გვაქვს ე. წ. პათოლოგიური დათრობა, რომელიც ცალკე იქნება აღწერილი.

ფიზიოლოგიური დათრობის დროს ვითარდება სხვადასხვა პათოფიზიოლოგიური ძვრა, ამიტომ ტერმინი „ფიზიოლოგიური“, რომელსაც ფსიქიატრიაში ხმარობენ, არც ისე მართებულია, მით უმეტეს, რომ შეუძლებელია მოწამვლა, ე. ი. ავადმყოფური მდგომარეობა ფიზიოლოგიურ გამოვლინებად მივიჩნიოთ.

შინაარსობრივად მდგომარეობა ფიზიოლოგიურია მხოლოდ იმიტომ, რომ ფსიქიკური გართულება არ ვითარდება და მოწამვლა თავდება მშვიდი ძილით, რომლიდანაც ადამიანი გამოდის თავისთავად. რაიმე მნიშვნელოვანი დახმარების გარეშე (იშვიათად მივმართავთ გულს მუშაობის ამალორძინებელ საშუალებებს).

მწვავე ლოთობის დროს, დაახლოებით ერთი-ორი საათის შემდეგ, შესაძლოა სისხლში აღმოვაჩინოთ ალკოჰოლი. უნდა აღვნიშნოთ, რომ სისხლში აღმოჩენილი ალკოჰოლის რაოდენობა არ აღემატება მიღებული ალკოჰოლს 5—7 %-ს. სისხლში ალკოჰოლი ქრება მიღებიდან დაახლოებით 6 საათის შემდეგ.

მწვავე დათრობის დროს ადამიანის ორგანიზმში იწყება პათოფიზიოლოგიური ძვრები, პერველ რიგში ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ:

აღსანაშნავია რეფლექსთა აწევა, სინათლეზე თვალის გუგის რეაქციის შესუსტება (ზოგჯერ მოსპობა), ნისტაგმი და გაშლილი თითების კანკალი, ამასთან ერთად, ტაქიკარდია, სისხლის წნევის დაქვეითება და კანის სისხლძარღვთა გაგანაერება.

პემოენცეფალური ბარიერის დაქვეითება აღინიშნება არა მარტო ქრონიკული ალკოჰოლიზმის, არამედ მწვავე დათრობის (ინტოქსიკაციის) დროს. უფრო მეტიც, უკანასკნელ შემთხვევაში ლიქვორში შენიშნულია ფორმიანი ელემენტების მომატებაც.

მეტად სახიფათოა მეთილის ალკოჰოლით მოწამვლა. უგი იწვევს

ფსიქონერვულ ფუნქციათა მკვეთრ დაქინებებს და, რაც მთავარია, მზეღველობის ნერვის გადაგვარების შედეგად სიბრმავეს.

პათოლოგიური დათრობის კლინიკა

იმ შემთხვევაში, როდესაც ალკოპოლით მწვავე მოწამელას მოსდევს ფსიქოზური გამოვლინება ცნობიერების შეცვლით, საქმე გვაქვს გართულეხულ, პათოლოგიურ, ანუ ეპილეფსიფორმულ დათრობასთან.

პათოლოგიური დათრობა ქმნის რთულ და მრავალფეროვან სურათს; ამ დროს მდგომარეობა შეურაცხადია, ამიტომ პათოლოგიური დათრობის კლინიკასა და დიაგნოსტიკას სასამართლო ფსიქიატრიის თეორიასა და პრაქტიკაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს.

პათოლოგიური დათრობისათვის საჭიროა გარკვეული ნიადაგი. იგი უვითარდება ფსიქოპათიურ და ნევროპათიურ პირებს, სულით ავადმყოფებს, ქრონიკულ ალკოპოლიკებს და, აგრეთვე, იმ პირთ, რომელთაც აქვთ ეპილეფსია, წარსულში გადაუტანიათ ქალას ტრავმები (კოპოცია-კონტუზია) ან მკვეთრად გამოხატულ ფიზიკურ ასთენიურ მდგომარეობაში არიან.

საყურადღებოა, რომ მათ დასათრობად ყოველთვის საჭირო არ არის დიდი რაოდენობით ალკოპოლი; ზოგჯერ უმნიშვნელო დოზა იწვევს ძლიერ ეპილეფსიფორმულ ფსიქოზურ რეაქციებს.

ფიზიოლოგიური დათრობის ნეიროდინამიკა შესაძლოა წარმოვიდგინოთ როგორც ტუხილი ხაზი ასწვრივი და დასწვრივი ნაწილებით (ანუ მუხლით). როგორც ვიცით, ასწვრივი მუხლი ავზნების ფაზაა, ანუ კლინიკურად ეიფორია სასიამოვნო, სანეტარო განცდებით, დასწვრივი მუხლი კი — შეკავების ფაზა, ანუ კლინიკურად ფსიქიკურ-ფიზიკური ძალების დეპრესია, რომელიც თავდება მშვიდი, ფიზიოლოგიური ხასიათის ძილით.

სულ სხვაგვარია პათოლოგიური დათრობის ნეიროდინამიკა და კლინიკა. სასიამოვნო, სანეტარო გრძნობათა ნაცვლად ვითარდება მძიმე აფექტი შემზარავი ხასიათის განცდებით; ავადმყოფები დეზორიენტირებული არიან, იმყოფებიან თავზარდამცემი პალუცინაციებისა და ილუზიითა გავლენის ქვეშ. პალუცინაციები უმთავრესად მხედველობითია (იშვიათად, სმენითა) და თავისი მრავალფეროვნებით, უცნაურობითა და შემზარაობით, ალკოპოლური დელირიისათვის დამახასიათებელ აღქმით პათოლოგიას ჰვაჟს. აღნიშნული მდგომარეობა ხელს უწყობს ასეთავე შემზარავი ხასიათის ფანტაზიებისა და ბოღვითი წარმოდგენების განვითარებას; ავადმყოფს ჰგონია, რომ მას მოელის

საშინელი წამება, რომ დასწვავენ, დაქრიან ნაწილებად, მის საწინა-
აღმდეგოდ ყველა შეტევასზე გადადის, ყველა ემუქრება, უწმარად
აგინებენ და ა. შ. უსაშინლესი ასთენიური აფექტისა და ბოდვითი
წარმოუდგენებლად შედეგად ავადმყოფი გარბის, თავს იცავს სრულიად
შემთხვევითი პარებისაგან, სჩადის სრულიად მულოდნელ, თავზარღამ-
ცემ ბოროტმოქმედებას.

კლინიკური სურათი წააგავს ეპილეფსიური ბუნების აგზნებას.
რომელიც გაშლილია ბინდიანები ცნობიერების ფონზე.

პათოლოგიურ დათრობას ახასიათებს ნაკლები ხანგრძლივობა,
ჩვეულებრივ, გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე საათი. ამ პერიოდში
ავადმყოფის მღვთმარეობა უნდა შევადგასოთ როგორც ხანმოკლე ალკო-
ჰოლოური ტრანსი, ანუ ამბულატორიული ავტომატიზმი.

შესაძლოა პათოლოგიურ დათრობას ეპილეფსიფორმული გულყრი-
თი განტვირთვა მოჰყვეს.

როგორც ვხედავთ, პათოლოგიური დათრობის ნეიროდინამიკის
ბრუნდს არა აქვს დასწერივი (შეკავების) მუხლი და მთლიანად მიდის
შეუჩერებლად მზარდი აგზნების ფაზით, რომელიც აღწევს ფსიქიკურ-
ფიზიკური მოქანცულობის კულმინაციურ წერტილს, ანუ „ეპილეფსი-
ფორმულ პათოლოგიურ დაღლილობას“.

ფიზიოლოგიური დათრობისათვის დამახასიათებელი ძვრები პათო-
ლოგიური დათრობის შემთხვევებშიც ვითარდება, მაგრამ აღინიშნება
განსხვავება; პირველ რიგში საყურადღებოა პათოლოგიური დათრობის
ე. წ. ფიზიკური ნიშნები. ავადმყოფებს ატაქსია არ ემჩნევათ, სია-
რულის ღროს არ ქანაობენ, გამართულად მოძრაობენ.

როგორც წესი, პათოლოგიური დათრობის მღვთმარეობა იძლევა
სრულ ანეზიას. ავადმყოფებს გადატანილი ამბების შესახებ არავითარი
მოგონებები არ რჩებათ, იშვიათი გამონაკლისის სახით შესაძლოა
ვაახსენდეთ ზოგი მომენტი, მაგრამ ისიც ძლიერ ბუნდოვნად. ნა-
წყვეტ-ნაწყვეტ.

პათოლოგიური დათრობის ღროს ნაჩვენებია ძილმომგვრელი, და-
მამშვიდებელი და გულის მუშაობის ამალორძინებელი საშუალებები.

პათოლოგიური დათრობის დასადგენად ზუსტად უნდა შევადგასოთ
როგორც ფსიქიკური, ასე ფიზიკური მონაცემები, რომ დიაგნოზში არ
შევეცდეთ.

სწორი სასამართლო-ფსიქიატრიული დასკვნის საწინდარია მხო-
ლოდ ზუსტი დიაგნოზი. პათოლოგიური დათრობა კვლითი ცარებული
უნდა იყოს როგორც შეურაცხადი მღვთმარეობა, ხოლო ფიზიოლო-
გიური დათრობის ღროს ჩადენილი საქციელი (რაგინდ მძიმეც არ
უნდა იყოს დათრობა) ყოველთვის შერაცხადია.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, ანუ მუდმივი ლოთობა იწვევს პიროვნებაში მკვეთრ ძვრებას, თანდათანობით ადამიანის ძალების დაძაბუნებას. ასეთ შემთხვევებში საქმე გვაქვს არა მარტო ხანგრძლივ და მრავლობითი ხასიათის ალკოჰოლურ შოწამვლასთან, არამედ ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიის ნიადაგზე აუტოანტოქსიკაციურ მოვლენებთან. ყურადღებას იპყრობს ერიოთროციტებას დალექვის რეაქციის აჩქარება, ბილირუბინისა და აცეტონურ სხეულთა მომატება, ჰემოგრამის ტოქსიკური სურათი და სხვ.

გასაგებია, რომ ქრონიკული ლოთობის შემთხვევებში ორგანიზმში შედის ახალი რაოდენობით ალკოჰოლი, მაშინ როდესაც ადრე მიღებული ალკოჰოლი ჯერ კიდევ მთლიანად არ არის ათვისებული და ორგანიზმი არ არის განთავისუფლებული შხამიანი ნივთიერებისაგან. ეს განმარტება უფრო თეორიული ხასიათისაა.

ისმის კითხვა: როგორ შეიძლება კლინიკურად გამოვიცნოთ ქრონიკული ლოთობა, ანუ რა არის ქრონიკული ლოთობის მაჩვენებელი პრაქტიკული კრიტერიუმი?

წამოჭრილი საკითხის სიძნელე აღვილად წარმოსადგენია, თუ გავიხსენებთ, რომ პირადი საუბრის დროს არც ერთი ლოთი არ აღიარებს თავის თავს ლოთად ან გადაჭარბებულ მსმელად. ყოველგვარი ლოთისათვის დაშინასიათებელია საერთო ნიშანი — არც ერთი მათგანი თავის საქციელს დეფექტად არ მიიჩნევს, უფრო მეტიც. ექვს ლოთობაზე პირად შეუტაცხყოფად ლებულობს.

ქრონიკული ლოთება სხვადასხვაგვარად ცდილობენ „მდგომარეობიდან გამოსვლას“. ზოგნი ჩვენს შეკითხვებს სპირტულთან დამოკიდებულების შესახებ სრულიად უყურადღებოდ ტოვებენ, საჭიროდ არ ცნობენ პასუხის გაცემას თითქოსდა შეკითხვის ნაკლები სეროზულობის გამო. მეორენი გვპასუხობენ, რომ სვამენ, როგორც ყველანი („როგორც თქვენ ან სხვა“), რომ შეუძლებელია სუფრასთან არ ვაიზაარო ამხანაგთა სურვილი. მესამენი თავიანთ ქცევას, ასე ვთქვათ, „აქანონებენ“ ობიექტურ პირობათა აუცილებლობით, გვპასუხობენ, რომ სვამენ, რასაკვირველია, „ნორმალურად“, მაგრამ ეს სამსახურებრივი „აუცილებლობაა“, რომ ამას მოითხოვს შრომის პირობები: ერთი სვამს იმიტომ, რომ ძლიერ ცივა, მეორე იმიტომ, რომ ძლიერ ცხელა; ზოგი სვამს იმიტომ, რომ მყუდროებაა, ზოგიც იმიტომ, რომ დიდი ხმაურია და ა. შ. მეოთხე ჯგუფის ლოთები თავიანთ ქცევას ამართლებენ „მავალითებით“. ასახელებენ სხვა პირებს და თავს იმართლებენ ასე: ისინი თუ სვამენ. რატომ მან არ უნდა დალიოს.

ზოგი სპირტულს „ხმარობს მადისათვის“, ზოგი „გრიპისა და ანგი-

ნის საწინააღმდეგოდ“. ზოგიერთი ლოთი კი ამბობს, რომ „ქაშნიკი კარვად მოქმედებს გუნებაზე“; მათ ავიწყდებათ, რომ „ქაშნიკი“ ხშირად აკარბებს მცირე დოზას და იღებს სისტემატური ლოთობის ხასიათს.

ერთადერთი პრაქტიკული კრიტერიუმი. რომელიც შესაძლოა გამოვიყენოთ ჩვენს ყოველდღიურ მუშაობაში ქრონიკული ალკოპოლიზმის დასადგენად, „გამოზარხოშების სინდრომი“ („გამოზარხოშება“, რუსულად „პოხმელიე“), რომელიც აბსტინენციის (შიმშილის) მაჩვენებელია. მას ახასიათებს საკმაოდ რთული სიმპტომატოლოგია.

გამოზარხოშება ქრონიკული ალკოპოლიზმის უცილობელი ნიშანია. გამოზარხოშება ნიშნავს ქრონიკული ალკოპოლიკის მიერ ყოველ დღით მეტ-ნაკლები რაოდენობით სპირტეულის მიღებას აბსტინენციის მდგომარეობის დასაძლევად და რაიმე მოქმედების ან მუშაობის შესასრულებლად.

ავადმყოფები უჩივიან თავბრუს, თავის ტკივილს, უძილობას, საერთო სისუსტეს, უგუნებობას, კიდურების კანკალს და შიშს. ეს სურათი ალკოპოლური აბსტინენციის მაჩვენებელია, რომლის დასაძლევადაც მიზართავე გამოზარხოშებას.

შევჩერდებით ქრონიკული ალკოპოლიზმის სიმპტომატოლოგიაზე.

ზოგად მოქანცულობასთან და შრომის უნარის დაკარგვასთან ერთად ყურადღებას იპყრობს ფსიქიკური ფუნქციების განსაკუთრებული მოშლა. იოლი მოქანცვა, ყურადღების დაქვეითება, ფსიქიკურ შესაძლებლობათა თავმოყრის შეუძლებლობა და, ბოლოს, გარკვეული ამოცანებისადმი სრული დაუდევარი დამოკიდებულება ავადმყოფებს უკარგავს შრომის უნარს.

გონებრივი სფეროა დაქვეითების მხრივ ყურადღებას იპყრობს აზროვნების პრიმიტიულობა, მსჯელობისას მთავარი, არსებითი დასკვნების გამოტანის შეუძლებლობა, ლოგიკური ფუნქციების შესუსტება. სიტყვა-პასუხში გარეგანი ასოციაციების სიჭარბე და რითმული შეუღლებანი, აგრეთვე მეხსიერების დაქვეითება.

ავადმყოფებს აღენიშნებათ შინაგანი სურვილი. რომ იოხუნჯონ (მხედველობაში მამეს ლოთობის ი უ შ ო რ ი), მაგრამ მათ, ასე ვთქვათ, „მოსწრებულ სიტყვა-პასუხში“ აშკარად ეტყობათ ინტელექტუალურ-ემოციური დაქვეითება და პიროვნების საერთო დეგრადაცია.

ავადმყოფები კრიტიკულად ვერ აფასებენ საკუთარ შესაძლებლობას და მათ გარშემო შექმნილ სიტუაციას, პირად მარცხსა და თავის საქმეთა წარუმატებლობაში სხვას ადანაშაულებენ.

კრიტიკის, მეხსიერებისა და აზროვნების უნარი ზოგჯერ ისე დაქვეითებულია, რომ ვითარდება ალკოპოლური ქკუასუსტობა.

ემოციურ სფეროში ყურადღებას ახყრობს სუსტსულოვნების ნიშნები: გრძნობათა ლაბილობა და ჰიპერესთენია. ავადმყოფები ადვილად ღიზიანდებიან, მათ უვითარდებათ ადვილი ცრემლიანობა. გარდა ამისა, ქრონიკული ლოთების ქცევაში აღინიშნება მორალური და ეთიკური წარმოდგენების მკვეთრი დეფექტი. ლოთის პიროვნების მამოძრავებელი ძალაა ალკოჰოლისადმი მიზიდულების დაკმაყოფილება, სხვა რაიმე საზოგადოებრივი და ოჯახური ინტერესი ან მოთხოვნილება მისთვის არ არსებობს.

ჭკუაუსუსტი, მორალურად დაქვეითებული და ნებისყოფას სრულიად მოკლებული ქრონიკული ლოთები ძლიერ ადვილად „სტენენ“ მათ მიერ მიცემულ სიტყვას, მათთვის უძვირფასესია „ჭიქა არაყი“, რომელსაც ანაცვლებენ ოჯახს, ცოლს, შვილსა და ა. შ. ასეთ შემთხვევაში კლინიკურად აღინიშნება ქრონიკულ ლოთთა პიროვნების დეგრადაცია.

არა ნაკლებ მრავალფეროვანია ფიზიკური სიმპტომატოლოგია. ქრონიკული ლოთობა იწვევს შინაგანი ორგანოების ცვლილებებს. კუჭის კატარი, ღვიძლის, თარკლებისა და პანკრეასის დაავადება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ჩვეულებრივი თანამგზავრია. იცვლება ნივთიერებათა ცვლის ხასიათი: ლუდი იწვევს ძლიერ გასუქებას, ღვინო და არაყი კი — სიგამხდრეს.

ზიანდება აგრეთვე გულისა და სისხლძარღვთა სისტემა. გულის კუნთი განიცდის გადაგვარებას, სისხლძარღვთა კედლები მკვრივდება (ნადრევი სკლეროზი) და კარგავს ტონუსს, რასაც მოსდევს სისხლის მიმოქცევის აშლა და პირველ რიგში ვენური შეგუბება. სახეზე ვენური შეგუბება იწვევს ცხვირის გაწითლებას (ე. წ. ლოთის ცხვირი).

ნევროლოგიურად ყურადსაღებია გაშლილი თითებისა და ენის მკვეთრი კანკალი, რომლებიც ნიშანი, თავბრუ, თავის ტკივალი. ყურებში ხმაური, ანიზოკორია, სინათლეზე რეაქციის მოღუწება, გუგის დეფორმაცია, ატაქსია, მყესის რეფლექსების აწევა, მგრძნობელობის აშლა, პოლინევრიტული მოვლენები და ზოგჯერ კუნთების ატროფია.

პოლინევრიტის მოვლენები განსაკუთრებით შეიმჩნევა კიდურებზე: წვივის არე ხელით დაქერისას მტკივნეულია. აღსანიშნავია აგრეთვე ვეგეტოდისტონიის ნიშნები: გადაქარბებული ოფლიანობა. ანგიონევროზული მოვლენები და სხვ.

აღინიშნება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მაკრომიკროსკოპული ბანიათის პათოპორფოლოგიური ძვრები: წერტილოვანი სისხლჩაქცევები ტვინის გარსსა და თვით ნივთიერებაში, ტვინის გარსის სისხლძარღვების ჰიპერემია, პაქიმენინგიტისა და ლებტომენინგიტის მოვლენები. შორწასულ შემთხვევებში ვითარდება აგრეთვე დიდი ჰემისფეროების ხვეულთა ატროფია.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა უბანში და პირველ რიგში დიდი ჰემისფერობის ქერქში აღნიშნება პარენქიმული უჯრედების გადაგვარება („ცხიმოვანი გადაგვარება“). ასევე გადაგვარდება-განადგურდება ტანგენციური ბოჭკოები.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის კლინიკის გარჩევის დროს საჭიროა აღვნიშნოთ ე. წ. ალკოჰოლური პარანოიდი, ანუ ქრონიკული ლოთების ბოდეები. ამ დროს ძირითადად ვითარდება ექვიანობის აზრები. გონებრივად და მორალურად დეგრადირებული პიროვნება მოკლებულია კრიტიკის უნარს თავისი თავისა და გარემოსადმი. ავადმყოფთა ფიზიკური და ფსიქიკური შესაძლებლობა მკვეთრად შეზღუდულია. ისინი ექვიანობენ სულ მცირე, უმნიშვნელო საბაბის გამო, ბოლო პიროვნების ავადმყოფურ განვითარებასთან ერთად ექვიანობა თანდათან იღებს გამოკვეთილი ბოღვის სახეს.

საყურადღებოა, რომ ალკოჰოლური პარანოიდის დროს ავადმყოფები აგრესიულად განწყობიან არა მოქიშპის, არამედ მეუღლის მიმართ.

თეთრი ცხელება

თეთრი ცხელება მწვავე ფსიქოზია, რომელიც ვითარდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შემთხვევებში. იგი საშუალოდ გრძელდება ერთი კვირა და, თუ ავადმყოფმა გაუძლო ძირითად სომატურ დაავადებას, როგორც წესი, თავდება მთლიანი გამოჯანსაღებით.

თეთრი ცხელება ეკუთვნის დაღებითი პროგნოზის მქონე მწვავე ფსიქოზთა რიგს.

მაგრამ ყოველთვის ეს ასე როდია, ზოგჯერ თეთრი ცხელება იძლევა ხშირ რეციდივს. ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია მდგომარეობის გართულება: მწვავე დელარიუმს შესაძლოა მოჰყვეს ალკოჰოლური დემენცია, ალკოჰოლური პარანოიდი ან კორსაკოვის მიერ აღწერილი ფსიქიკური სურათი.

დაღებითი პროგნოზის შემთხვევებში დაავადება თავდება მწვავე ტოქსიკოზისმავკარად: ავადმყოფთ ე. წ. კრიტიკული ძილის შემდეგ მთლიანად უბრუნდებათ ორიენტაცია გარემოში, მწვავე სიმპტომატოლოგია (ჰალუცინაციები, შიში) სრულიად იხსნება და შესაძლოა მათ მოკლე დროით შერჩეთ ზოგადი მოქანცულობა ფსიქიკურ-ფიზიკური აქტივობის ნიშნებით.

როგორც წესი, თეთრ ცხელებას მოსდევს სრული ამნეზიები, თუმცა ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფთ შერჩათ მოგონება ზოგიერთი მოვლენის მიმართ.

პროგნოზს აუარესებს მოხუცებულობა, განფენილი არტერიოსკლეროზი და სისხლის მიმოქცევის სისტემის მოშლა.

სიკვდილიანობა შემთხვევათა 5—6%-შია; ამ დროს აღწერილია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ჰემორაგიული ენცეფალიტიც, ანუ ფსევდოენცეფალიტიც სურათი.

მიუხედავად იმისა, რომ ჰემორაგიულ ენცეფალიტს აქვს მრავლობითი, ანუ მრავლებული პროცესის ხასიათი (პოლიენცეფალიტი), ყველაზე მეტი და მკვეთრად გამოხატული პათოლოგიური ცვლილებებია ტვინის ღეროს, სახელობრ, მეზენცეფალონისა (შუა ტვინი) და მეტენცეფალონის (ტვინის ხადა) არეში.

როგორც ვთქვით, თეთრი ცხელება ქრონიკული ლოთობის თანამგზავრია. ქრონიკული ალკოპოლიზში მწვავე დელირიუმის გასავითარებლად საჭირო ფონია.

ავადმყოფური სურათის შესაქმნელად ქრონიკული ალკოპოლიზში აუცილებელია, მაგრამ ამავე დროს არასაკმარისი; საჭიროა მეორადი ფაქტორები, რომელთაც უშულოდ მოაქვს ფსიქოზური მდგომარეობა.

აღნიშნულ გამართულებელ, ანუ ფსიქოზის უშუალო გამომწვევ ფაქტორებს ეკუთვნის ინფექციები (ზშირად პნევმონიები), ქალას ტრავმები, აგრეთვე ძლიერი ემოციური განცდები (ფსიქიკური ტრავმები).

თეთრი ცხელება არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც ალკოპოლური ტოქსიკოზის გაწვევა ან ლოთობის აბსტინენცია. აბსტინენციის წინააღმდეგ მიგვიითებებს ის, რომ ალკოპოლის მიცემა არა ხსნის ავადმყოფობას, ხოლო პირდაპირი ალკოპოლური ტოქსინი უნდა გამოვიყენოთ იმიტომ, რომ თეთრი ცხელების კლინიკა განსხვავებულია დათრობის სურათთანაგან. თეთრი ცხელებისათვის დამახასიათებელია ალკოპოლური ეიფორია, ცნობიერების პირველადი შეცვლა და უხვი ეგეტატური გამოვლინებანი.

როგორც ვხედავთ, თეთრი ცხელება თავისებური „მეტალკოპოლური“ დაავადებაა. პათოგენეზის განხილვის დროს შეიძლება გადაჭრით ვთქვათ მხოლოდ, რომ ინფექციები და ტრავმები (გამართულებელი მოქმედებები) ალკოპოლურ ფონზე იწვევს ახალ სომატურ-ბიოლოგიურ ძვრებს (ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგია, ღვიძლის ფუნქციის უკმარისობა და სხვ.), რომელთაც მოსდევს ცნობიერების დელირიული აშლა.

საინტერესოა, რომ თეთრი ცხელება ზამთარში უფრო იშვიათია. ვიდრე ზაფხულში: ღვინისა და ლუღის გადაჭარბებული ხმარება უფრო იშვიათად იწვევს ალკოპოლურ დელირიუმს, ვიდრე არაყი.

დაავადება ხშირია 34 — 35 წლას ასაკში.

თეთრ ცხელებას, ჩვეულებრივ, წინ უსწრებს პროდრომული ნიშნები, სომატური სისუსტე, თვითგარძნობის, გუნება-განწყობის.

დაქვეითება, უძილობა, ნერვიულობა და გაურკვეველი შიში, განსაკუთრებით ღამით. ამას მოსდევს ავადმყოფობის სწრაფი და მოულოდნელი გაშლა, რაც, ოსიპოვიის აზრით, მწვავე ჰალუცინაციურ-ბოდვითი მდგომარეობაა.

ცნობიერება შეცვლილა სიზმრისებურად, რომლის ფონზე უხვადაა სმენითი და, განსაკუთრებით, მხედველობითი ჰალუცინაციები.

პათოლოგიური აღქმელობა იმდენად აშკარაა, რომ ავადმყოფები ჰალუცინაციებს მიიჩნევენ ჭეშმარიტ რეალობად.

ამასთან ერთად, თეთრი ცხელების დროს მხედველობით ჰალუცინაციებს ახასიათებს თავიანთებურებანი, რომლებიც მას სპეციფიკური ხასიათისას ხდიან. მხედველობაში გვაქვს ჰალუცინაციურ საგანთა განსაკუთრებული სიმცირე, მრავალფეროვნება, მუდმივი მოძრაობა და თავზარდაკეცი, შემზარავი გამოსახულებანი. ასევე უსიამო და პოხაბეზრებელია სმენითი ჰალუცინაციები.

პათოლოგიური აღქმელობა მეტად ნაყოფიერი ნიადაგია, რომელიც ხელს უწყობს ბოდვითი აზრებისა და შიშის განვითარებას.

ავადმყოფი ხშირად ხედავს პატარა ცხოველებს; მაგალითად, კატებს, ვირთაგვებს. ბაყაყებსა და სხვ. ისინი თითქოს თავს ესხმიან მას ყოველი მხრიდან, მოჰყენებენ არ აძლევენ. ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი მოგვითხრობდა, რომ უამრავი მწვანე წვრილი ბაყაყი ეცემა მას ქერიდან. მეორე გვეუბნებოდა, რომ იგი ხედავს, თუ როგორ მოციოცავს მწვანე გრძელი გველი, როგორ ეხვევა მას ყელზე და ლამობს მის დახრჩობას.

ზოგჯერ აღინიშნება ავრეთვე შეხებითი და კინესთეზიური ჰალუცინაციები. უკანასკნელ შემთხვევებში ავადმყოფებს ეჩვენებათ, რომ თვითონაც და მათ გარშემო სავენებიც მოძრაობენ.

არსებობს სხვადასხვა ობიექტური წესი, რომელთა საშუალებითაც შესაძლოა ალკოჰოლური ბუნების პათოლოგიური აღქმელობის გამოკვლევა. ამ მხრივ ყურადსაღებია თვალის გუგაზე ზეწოლის ნიშანი და სუფთა (დაუწერელი) ქალაღის კითხვის წესი.

პირველ შემთხვევაში თვალის გუგაზე ხელის დაქერა არა მარტო აძლიერებს პათოლოგიურ აღქმელობას, არამედ ბაღებს კიდევ ახალ ჰალუცინაციურ შევრძნებას.

მეორე შემთხვევაში ავადმყოფს ვაჩვენებთ სრულიად სუფთა ქალაღს და ვეკითხებით, რა სურათს ხედავს იგი ქალაღზე, მაგალითად, ხედავს თუ არა გაქვინებულ რაშს. ვინაიდან ამ დროს ავადმყოფებს ძლიერ აწეული აქვთ შთაგონებულობა, ჩვენს შეკითხვებზე გვაძლიერებს ფანტაზიებით შეფერადებულ პასუხებს.

ჰალუცინაციები, შეცვლილი ცნობიერება და შიში საერთო მოუსვენრობით თეთრი ცხელების წამყვანი სიმპტომებია.

ფიზიკური ნიშნებიდან საყურადღებოა ენისა და გაშლილი თითების, ხოლო ზოგჯერ თავისა და კიდურების მკვეთრი კანკალი, წონასწორობისა და მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევა, დიზართრია, პემიპარეზები, აფაზიური და აპრაქსიული აშლილობა. აღწერილია შემთხვევები სინათლეზე თვალს ვუგების რეაქციის აშლით, აგრეთვე თვალის ფსკერზე ჰიპერემიითა და ანთებითი მოვლენებით.

ვევეტატაური პათოლოგიის მხრივ აღსანიშნავია უძილობა, კვების დაქვეითება და ქარბი ოფლიანობა. ზოგჯერ ტემპერატურა აწეულია.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის მხრივ ყურადღებას იპყრობს გულის გაფართოება, აჩქარებული მაჩა და სისხლის მაღალი წნევა.

ღვიძლის ფუნქციის უქმარისობაზე მიგვითითებს გლუკოზურია და ურობილინურია. მნიშვნელოვნად იცვლება აგრეთვე სისხლის მორფოლოგიური სურათი, მაგალითად, ბონდარეცს (ოსიპოვის კლინიკიდან) თეთრი ცხელებისათვის დამახასიათებლად მიაჩნია ეოზინოპენია.

მწვავე და პრონიაული ალკოჰოლური პალუცინოზი

გამუდმებული, ანუ ქრონიკული ლოთობის საფუძველზე არცთუ იშვიათად პალუცინოზი ვითარდება. უკანასკნელის სურათი იშუენად თავისებურია, რომ მას სრულიად მართებულად განიხილავენ როგორც ალკოჰოლური კლინიკის დამოუკიდებელ სინდრომს.

მიმდინარეობის მხრავ ცნობილია მწვავე და ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი. მწვავე ფორმა შესაძლოა ამოიწუროს რამდენიმე (4—6) კვირაში, ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი კი, ჩვეულებრივ, გრძელდება რამდენიმე (ზოგჯერ ათეულ) წელი.

მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და ავთვისებიანობა დამოკიდებულია ლოთობით გამოწვეული საერთო სომატურ-ბიოლოგიური და ცერებრული ცვლილებების ღონეზე.

ცხადია, ცენტრალური ნერვული სისტემის მკვეთრი დაზიანების შემთხვევებში უფრო მეტადაა მოსალოდნელი პიროვნების ღრმა ძვრები. მეორადად თანდართული მოქმენტებიც (ტიანის არტერიო-სკლეროზი, ინვოლუცია და სხვ.) ართულებს პალუცინოზის კლინიკას.

მწვავე ალკოჰოლური პალუცინოზი ხშირია იმ პირთა შორის, რომელთაც გადატანილი აქვთ ან ემართებათ ხოლმე თეთრი ცხელება.

მწვავე ალკოჰოლური პალუცინოზის ერთგვარადი შეტევა, როგორც წესი, არა ქმნის რაიმე ხარვეზს, მრავალჯერ შეტევას კი შესაძლოა მოჰყვეს ქრონიკული მიმდინარეობა და ზოგჯერ პიროვნების ღეფექტიც. უკანასკნელ შემთხვევებში ვითარდება ე. წ. პალუცინაციური კეჟასუსტობა.

მწვავე თუ ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზის წამყვანი

სანდროშა სმენითა ჰალუცინაცია, რომელიც განსაკუთრებით მწვაფდებდა ღამით და ძირითადად მიმდინარეობს ცნობიერების ნათელ ფონზე; სხვა სახის ჰალუცინაციები (მხედველობითი, შეხებითი და სხვ.) ამ დროს ძლიერ იშვიათაა.

ფიზიკური სიმპტომატოლოგიის მხრივ შესაძლოა აღინიშნებოდეს კადურთა იოლი კანკალი და ოფლიანობა; სხვა მხრივ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნები არ არის.

როგორც ვთქვით, ჰალუცინოზის კლინიკის წინა პლანზეა სმენითი შეგრძნება: ავადმყოფს გამუდმებით ესმის ხმა, საუბარი. უნდა აღვნიშნოთ, რომ შესაძლოა საუბარი მიმართული იყოს არა მარტო ავადმყოფისადმი („მას ესაუბრებიან“), არამედ ავადმყოფი ისმენდეს სხვა ორი ადამიანის საუბარს დიალოგის სახით. ორივე შემთხვევაში სმენითი ჰალუცინაცია განსაკუთრებით უსიამო შინაარსისაა: ავადმყოფებს აფრთხილებენ, აშინებენ, ცუდ მომავალს უქადიან, აგინებენ. ემუქრებიან, უწინასწარმეტყველებენ მძიმე ავადმყოფობას და სხვ.

ნათელი ცნობიერების მიუხედავად, ავადმყოფები ჰალუცინაციების მიმართ იჩენენ ჭეროვან კრიტიკას: ღელავენ, პასუხობენ, მათ უვითარდებათ ემოციურა რეაქციები და ბოლდვითი აზრები.

ქრონიკული ჰალუცინოზის შემთხვევებში ავადმყოფები ზოგჯერ იმდენად ეჩვევიან პათოლოგიურ შეგრძნებებს, რომ ინარჩუნებენ შრომის უნარს და შედარებით დამაკმაყოფილებლად ასრულებენ პრაქტიკულ მუშაობას.

დიფერენციული დიაგნოზის განხილვისას პირველ რიგში უნდა გამოვირცხოთ თეთრი ცხელება, ცაკლოფრენიის დეპრესიული მდგომარეობა გართულებული ჰალუცინაციებით და შიზოფრენიული ბუნების ჰალუცინოზი.

კორსაკოვის ფსიქოზი

1887 წელს ცნობილმა რუსმა მეცნიერმა, ფსიქიატრმა კორსაკოვმა აღწერა ალკოჰოლური ეტიოლოგიის მქონე მეტად მძიმე ფსიქოზი, რომელსაც უწოდა ალკოჰოლური პოლინევრატული ფსიქოზი, ანუ ფსიქიკის ტოქსიკური ცერებროპათია, რომელიც შემდეგ მსოფლიო ლიტერატურაში ცნობილი გახდა, როგორც კორსაკოვის ფსიქოზი.

ეს დაავადება ყველაზე მძიმე ფორმაა ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ნიადაგზე წამოჭრილ ყველა ავადმყოფობას შორის.

პროგნოზი უარყოფითია, რადგანაც ძლიერ იშვიათია სრული რესტიტუცია. როგორც წესი, ფსიქოზი ქმნის მეხსიერების აღქმის მტკიცე დეფექტს.

პროგნოზს აუარესებს, ე. ი. პიროვნებას აღდგენას ხელს უშლის კიდევ ის, რომ ფსიქოზი ვითარდება 50 — 60 წლის ასაკში (მხედველობაში მაქვს არტერიოსკლეროზულ და ინვოლუციურ ფაქტორთა უარყოფითი გავლენა).

კორსაკოვის ფსიქოზი თითქმის თანაბრად გვხვდება როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში.

ალკოჰოლის შეწყვეტასა და თერაპიულ ღონისძიებებს ზოგჯერ მოჰდევს ღადებთი შედეგები.

კლინიკურ სურათს ახასიათებს სამი ძირითადი ნიშანი (ე. წ. კორსაკოვის ტრიადა): მეხსიერების თავისებური პათოლოგია კონფაბულაციებით (რასაც მოსდევს გარემოში მკვეთრი დეზორიენტაცია). პიროვნების ძირითადი ბირთვის შენარჩუნება და პოლინევრიტები.

ჯერ კიდევ კორსაკოვის სიცოცხლეში გამოირკვა, რომ ნერვული სისტემის დასუსტებას, გამოწვეული იქნება ის ინფექციებით, ინტოქსიკაციებით, ტრავმებით, არტერიოსკლეროზით თუ სიმსივნეებით, შესაძლოა მოჰყვეს ზემოაღნიშნული კლინიკური ტრიადა.

კორსაკოვის ფსიქოზმა ამავე დროს მიიღო კლინიკური სინდრომის ხასიათი და მოექცა ნოზოლოგიის ნაცვლად სინდრომოლოგიის ჩარჩოებში.

მასალების დეტალური შესწავლა გვარწმუნებს, რომ არაებობს კორსაკოვს მანდრომი სხვადასხვა დაავადების დროს რაიმე სპეციალური ეტიოლოგიის გარეშე.

მაგრამ არ უნდა დავივიწყოთ აგრეთვე, რომ კორსაკოვის მიერ აღწერილი და კლინიკურად გამოცალკევებული ალკოჰოლური ეტიოლოგიის მქონე ტრიადა იმდენად თავისებური და შემოფარგლულია, რომ უნდა განვიხილოთ როგორც ნოზოლოგიურად დამოუკიდებელი ალკოჰოლური ფსიქოზი.

როგორც ჩანს, ქრონიკული ალკოჰოლიზმი იწვევს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციას („ტოქსემიას“), ხოლო ამას მოსდევს უმაღლესი ფუნქციების დაზიანება და პოლინევრიტის მოვლენები.

კორსაკოვის ტერმინებში — „ალკოჰოლური პოლინევრიტული ფსიქოზი“, ანუ „ფსიქიკის ტოქსემიური ცერებროპათია“ — გადმოცემულია დაავადების როგორც ეტიოლოგიური, ისე პათომორფოლოგიური და კლინიკური შინაარსი. ამათ კორსაკოვს კრეპელინზე ბევრად ადრე შემოაქვს ცნებები ფსიქიატრიაში ეტიოლოგიის, პათომორფოლოგიისა და კლინიკური მიმდინარეობის შესახებ, ე. ი. ნოზოლოგიის პრინციპები, რის გამოც იგი მსოფლიო ფსიქიატრიის კორიფედ და ნოზოლოგიური ფსიქიატრიის ფუძემდებლადაა მიჩნეული.

კორსაკოვის ფსიქოზი შესაძლოა დაიწყოს სხვადასხვაგვარად.

ერთ შემთხვევაში შესაძლოა ფსიქოზი მოჰყვეს თეთრი ცხელების შეტევას, მეორე შემთხვევაში დაიწყოს მწვავედ ალკოჰოლური გულ-ყრის განტვირთვის შემდეგ, მესამე შემთხვევაში კი — თანდათანობით, შეუპინჩველად.

ფსიქოზის დიაგნოზის დადგენას ხელს უწყობს საკმაოდ მდიდარი და ღამაზაბათებელი სიმპტომები.

ფიზიკური სიმპტომებიდან ყურადსაღებია ალკოჰოლური პოლი-ნევრიტი, პარაპარეზები, რომლებიც ნიშანი, კუნთთა (განსაკუთრებით წვივის) ატროფია, შეგრძნებათა აშლა, მყესთა რეფლექსების დაქვეითება (ზოგჯერ მოსპობა), გაშლილი თითების კანკალი, სინათლეზე გუჯის რეაქციის შეაუსტება, ზოგჯერ ანიზოკორია, ვეგეტოდანატონიის მკვეთრი მოვლენები და უარყოფითი სპეციფიკური რეაქციები.

უნდა აღენიშნოთ, რომ ფსიქიკური სფეროს დაზიანებასა და პოლინევრიტულ მოვლენათა შორის პირდაპირი შესატყვისობა არ არის. შესაძლოა ფსიქიკური აპარატის მძიმე დაზიანებისას აღინიშნებოდეს პოლინევრიტის იოლი ნიშნები, მაგრამ პოლინევრიტი შესაძლოა განვითარდეს ფსიქიკური აპარატის აშლის გარეშეც.

წამყვანი როლი უნდა დაეუთმოთ მეხსიერების პათოლოგიას: დარღვეულია როგორც ფიქსაცია, ისე უახლოეს და უშორეს ამბავთა რეპროდუქციის უნარი. ამრიგად, ფიქსაციის აშლას თან სდევს ანტერორეტროგრადული ამნეზიები.

ფიქსაციის უნარის დაკარგვის გამო ავადმყოფები ვარდებიან სრულ დეზორიენტაციაში: არ იციან, სად არიან, რა ხდება მათ გარშემო, სადაა მათი საწოლი და სხვ.

პაროენების ბირთვის შენარჩუნებისა და გარეგნული მოწესრიგებულობის მიუხედავად, ავადმყოფები სრულიად უმწეონი არიან, იმყოფებიან შთაბეჭდილებათა მხოლოდ უაწრაფესი ზეგავლენის ქვეშ; შთაბეჭდილებათა ფიქსაციის შეუძლებლობა მათ უაპობთ გარემოში გარკვევის უნარს.

მეხსიერების ხარვეზის კომპენსაცია და შევსება ხდება ცრუმოგონებათა საშუალებით, ამიტომ კორსაკოვის ფსიქოზის კლინიკურ სურათში მრავლადაა კონფაბულაციები.

ფსიქოზის დასაწყისში ავადმყოფებს ემჩნევათ ერთგვარი მოუსვენრობა, შიშა, გაღიზიანებულობა, ხოლო შემდგომ იანინ აპათიური და განურჩეველი ხდებიან.

დიფსომანია, ანუ პერიოდული ლოთობა არ ეკუთვნის განიაღავებული ალკოჰოლიზმის რიგს. ამ დროს საქმე გვაქვს ცალკეულ დათრობასთან, რომელიც დროდადრო მეორდება. ავადმყოფობას, თუ შეიძლება ასე ვთქვათ, აქვს შეტევითი ლოთობის ხასიათი.

შეტევის დროს ავადმყოფებს აღენიშნებათ დაუძლეველი მიზიდულობა ალკოჰოლისადმი, სხვა დროს კი მაგარი სასმელები ეზიზღებათ, თვითონ აღნიშნავენ, რომ „წვეთს არ სვამენ“.

შეტევას პერიოდები დაახლოებით გრძელდება 14—16 დღე; იწყება უცებ და ასევე უცებ წყდება. რაც უფრო ხშირია დიფსომანიური შეტევები და იშვიათია ნათელი პერიოდები, იმდენად ცუდია პროგნოზი, ვინაიდან მსგავს შემთხვევებში მოსალოდნელია ფსიქიკური აპარატის მკვეთრი დაზიანება.

როგორც აღვნიშნეთ, დიფსომანია არ შეიძლება ჩავთვალოთ ალკოჰოლიზმად. ალკოჰოლისადმი მიზიდულობა უფრო სიმპტომია, ვიდრე თვით ავადმყოფობა მისი არსათ.

პერიოდული ლოთობა აღინიშნება ფსიქოპათოზოზის, ეპილეფსიისა და ციკლოფრენიის დეპრესიული ფაზის (ციკლოთემიური დეპრესიის) დროს.

ყველა შემთხვევაში ავადმყოფობის ძირითადი ფონია გუნება-განწყობის დაქვეითება, ფსიქიკურ-ფიზიკურ შესაძლებლობათა შეფერხება, დეპრესია, რაც ავადმყოფებს უღვიძებს ბიოლოგიურ სურვილს, რომ ხელოვნური გალიზიანებით აიწიონ ორგანიზმის ტონუსი: მათ უძლიერდებათ მიზიდულობა მაგარი სასმელებისადმი.

ნათელ პერიოდში საჭიროა პროფილაქტიკური ზომების გატარება, რათა ასეთ ადამიანებს ჰქონდეთ ცხოვრებისა და შრომის ჯეროვანი პირობები.

დიფსომანიის შეტევის დროს ავადმყოფთათვის ნაჩვენებია სტაციონარი ალკოჰოლის სრული აკრძალვითა და სიმპტომური მკურნალობით.

ალკოჰოლური ეპილეფსია ეკუთვნის სიმპტომური ბუნების დაავადებათა რიგს.

მაგარი სასმელები ხელს უწყობს კრუნჩხვითს განტვირთვებს და აუარესებს ეპილეფსიის მიმდინარეობას.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შემთხვევებში შესაძლოა განვითარდეს ტიპური ეპილეფსიური ან ეპილეფსიაფორაჰული განტვირთები. ამ დროს, მაგარი სასმელებს სრული აკრძალვა, ჩვეულებრივ, გამამხნეველ შედეგებს გვაძლევს.

როგორც აღვნიშნეთ, ალკოპოლიზმის საწინააღმდეგოდ პირველ რიგში საჭიროა პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება.

შრომისა და დასვენებისათვის ჭეროვანი პირობების შექმნა, საგანმანათლებლო მუშაობა, მეცნიერების მონაპოვართა პოპულარიზაცია მასებში ლოთობასთან ბრძოლის ძირითადი ამოცანებია. ამ საქმეში ფართოდ უნდა იყოს ჩაბმული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და პოლიკლინიკებთან არსებული ნეიროფსიქიატრიული კაბინეტები.

მწვავე ალკოპოლური ფსიქოზით დაავადებული ავადმყოფი საჭიროებს ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავეებას, ხოლო ქრონიკულ ლოთთათვის უნდა მოეწყოს ცალკე სტაციონარები, სადაც ალკოპოლის სრულ აკრძალვასთან და სამკურნალო ღონისძიებებთან (ფიზიოთერაპია, პიდროთერაპია, ორგანიზმის გამამაგრებელი მედიკამენტები) ერთად საქარო ავადმყოფების ჩაბმა სისტემატურ შრომაში.

აგზნებული, ანუ მწვავე მღვამარეობისას საჭიროა დამამშვიდებელი და ძილმომგვრელი საშუალებები (ბრომი, მედინალი, ლუმინალი, ბრომურალი, გამონაკლის შემთხვევებში — სკოპოლამინი), გარდა ამისა, მომვლელი პერსონალის მხრივ ყურადღების განსაკუთრებით გამახვილება.

ქრონიკულ ლოთებს საცხებით უნდა ავეუკრძალოთ მაგარი სასამელები, განუშარტოთ, რომ სასამელის ნაწილობრივი ხმარება (მცირე დოზებით, ანუ „მხოლოდ თითო ჭიქა“) დაუშვებელია და მათ არავითარ შედეგს არ მოუტანს, ვინაიდან ერთ ჭიქას მოსდევს მეორე, მესამე და ა. შ.

ოსიპოვის აზრით, მკურნალობის მხრივ ის შემთხვევები უნდა ჩავთვალოთ გამამხნეებლად, როდესაც ქრონიკული ლოთები შეგნებულად შეძლებენ ალკოპოლისაგან თავის შეკავებას მათი „თანამებოთლეთა“ მიერ მოწყობილ საქეიფო სუფრაზე.

მკურნალობის მხრივ უშედეგოა ის შემთხვევები, როდესაც პიროვნებაში იწყება ორგანული ძვრები.

კარგად უნდა გვახსოვდეს რომ მაგარი სასამელების აკრძალვისას უნდა ჩამოვთვალოთ რაც შეიძლება მეტი სასამელი, რადგან ლოთები ძლიერ „ზუსტნი“ არიან და შემდეგ შესაძლოა შემოგვედავონ: თქვენ ბრძანეთ, ღვინოს ნუ დალევთო, არყის შესახებ კი არაფერი გითქვამთო. ერთ-ერთ ქრონიკულ ლოთს ავეუკრძალოთ ყველა მაგარი სასამელი და შემთხვევით კონიაკი გამოგვრჩა. ვრცელი და თითქოს დამაჯერებელი საუბრის შემდეგ ავადმყოფი შემობრუნდა კაბინეტში და მოგვმართა: თქვენ კონიაკის შესახებ არაფერი გითქვამთ, ხომ შეიძლება მისი დაღვრა?

ქრონიკულ ლოთებს კარგად უნდა განეუმარტოთ, რომ მარტო სამკურნალწაპლო ზომები საკმარისი არ არის, საჭიროა მათ გამოიჩინონ სათანადო სურვილი, ნებისყოფა ალკოპოლიზმთან ბრძოლაში.

ალკოპოლიზმის საწინააღმდეგო ზომების განხილვისას ო ს ი პ ო ვ ი ჩერდება ხუთ პირობაზე: პირველი და ყველაზე მთავარი — მაგარი სასმელების აბსოლუტური აკრძალვა; მეორე — რაც შეიძლება კარგი კვება; მესამე — შრომათერაპია, განსაკუთრებით, ფიზიკურა მუშაობა სუფთა ჰაერზე; მეოთხე — ენერგიული ფსიქოთერაპიული ზეგავლენა რაციონალური ფსიქოთერაპიისა და ჰიპნოზური შთავონების გზით; და, დასაბრუნებლად, მეხუთე — პირობითი და ფარმაცოთერაპიული ღონისძიებები.

მძიმე ავზნების დროს უკეთესია მედიცინა და ზოგჯერ სკოპალამინიცი, ვიდრე ოპიუმი და ქლორალჰიდრატი. ოპიუმი იწვევს ყაბზობას, ხოლო ქლორალჰიდრატი აქვეითებს სისხლის წნევას.

საერთო გამამკრებელი საშუალებებიდან სასურველია სტრიქნინის ან დარაშანის ხმარება. მნიშვნელოვან ეფექტს გვაძლევს კანქვეშე ენაგბადის შეყვანა (200—300 კუბ. სმ კვირაში 2—3-ჯერ).

მორფინიზმი და კოკაინიზმი

მორფინიზმი. მორფიუმი ცნობილია როგორც ტყვილის გამაყურებელი კლინიკური საშუალება, მაგრამ მისი გადაჭარბებული და ხშირი ხმარება იწვევს შეჩვევას, რასაც მეტად გამანადგურებელი შედეგები სდევს თან.

მორფინიზმის შემთხვევები ხშირია ნევროპათიულ და ფსიქოპათიურ პართა შორის; ამ მხრივ იგი განსხვავდება ალკოპოლიზმისაგან, რომლის დროს პიროვნების ტაპოლოგიურ ფონს წაწყვანი მნიშვნელობა არა აქვს.

არის შემთხვევები, როდესაც ლოთები კრიტიკულად აფასებენ საკუთარ დაავადებას და თავისთავად მიატოვებენ ხოლმე მაგარ სასმელებს. მაგას მაგალითებს ვერასდროს ვერ შევხვდებით მორფინისტთა შორის და, თუ ასეთი შემთხვევა შევხვდეთ, ო ს ი პ ო ვ ი ს აზრით, იგი უნდა განვიხილოთ როგორც უნიკალური მასალა.

მორფიუმი უშუალოდ მოქმედებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა უბანზე, პირველ რიგში დიდი ჰემისფერობის ქერქულ აპარატზე. იგი ჭერ ქმნის ეიფორიულ მდგომარეობას გუნება-განწყობის აწვეითა და სანეტარო განცდებით, რაც მალე იცვლება პირუკუ მდგომარეობით: ფსიქიკურ-ფიზიკური ასთენიით, ზოგადი დეპრესიით, მოქანტულობითა და სხეულში ტენის გრძობით. იქმნება ბიოლოგიური

ფონი მორფიუმის ხელახალი მოთხოვნილებებისათვის, ნარკოზული ნივთიერებისადმი დაუძლეველი მიზიდულობა.

განმეორებითი დოზის მიღებით ორგანიზმი თითქოს ახდენს მდგომარეობის გამოსწორებას, უარყოფითი ტონუსის ნიველირებას, მაგრამ ეს ყველაფერი ღროებითი, ხანმოკლეა, ამით პაროქენება უფრო მეტად ავადდება, რასაც მოსდევს მისი ფსიქიკურ-ფიზიკურ ძალთა შემდგომი რღვევა.

საკმარისია გაეიხსენოთ, რომ მორფიუმი იწვევს პათომორფოლოგურ ცვლილებებს როგორც განვლიურ, ისე გლოურ უჯრედებში. დეგენერაციული მოვლენები აღინიშნება თავის ტვანის არა მარტო ზედა, უმაღლეს უბნებში (ქერქი და ქერქქვეშა კვანძები), არამედ ზურგის ტვინშიაც.

პროვოზი უარყოფითია, ვინაიდან ავადმყოფობა იძლევა ხშიარ რეციდივებს.

მორფინიზმს არ მოსდევს ნამდვილი ფსიქოზები, როგორც წესი, იგი იწვევს მხოლოდ ქარაქტეროლოგურ ძვრებს. პიროვნებას ეცვლება მისწრაფებები, განწყობა, ინტერესი, ინიციატივა, პასუხისმგებლობის გრძნობა, მორალური წარმოდგენები და ნებელობითი ტონუსი.

ავადმყოფები გულჩახვეულები, ევოასტები ხდებიან; წარაუღში დისციპლინისა და ორგანიზაციის მოყვარულ პირებს მორფინიზმის შედეგად ემჩნევათ გაფანტულობა, რეზონიურობა, ოჯახისადმი უკიდურესი გულვრალობა და მატყუარობა. ერთ-ერთი ინტერესი, რომელიც ამოქმედებს ავადმყოფს, არის ნარკოზული ნივთიერების შოვნა. ამ მიზნით ის არ დაიხვეს არაფროს წინაშე.

სომატური სიმპტომატოლოგიიდან საყურადღებოა ძილის აშლა, პიპნოვოგიურა პალუცინაცოები, ყაბზობა, სივამხდრე, პოლიდიფსია, ანორექსია, ზოგჯერ ბულიმიაც, გადაქარბებული ოფლიანობა, გამონაყარი კანზე, ნაკლები ნერწყვედენა, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და კანის სიშმრალე, კბალის ქსოვილის რღვევა, თავბრუ, სახის შემუშპება, საცივის შეგრძნება და ზოგჯერ სუბფებრალური სიცხე. ავადმყოფებს გული გაგანიერებული აქვთ, სიხსლის წნევა და ლიბიდო დაქვეითებული.

რომბერგის ნიშანი დადებითია, აღინიშნება კანკალი, ენაბორძიკა, აჰსათან ერთად ანიზოკორია, სინათლეზე ვუვათა რეაქციის შესუსტება, მიოზი, აგრეთვე მეტყველების გაძნელება.

მორფინიზმის დროს მკვეთრადაა გამოხატული ვესტიბულარული, ვეგეტატიური და ვაზომოტორული მოვლენები.

ფიზიკური სიმპტომების განხილვის დროს ყურადღება უნდა მივაქციოთ შემდეგ მეტად მნიშვნელოვან მოქვენებას: მორფინიზმის დროს ავადმყოფები იღებენ ოპიუმის დერივატებს სულ სხვადასხვა, მაგალი-

თად, ფხენილების, წვეთების, მიქსტურისა და, ბოლოს, ინექციების სახით.

მორფინიზმის დროს მიღებული ნარკოზული ნივთიერებების ყოველდღიური რაოდენობა დადგენილ დოზებს ზოგჯერ 60—80-ჯერ აღემატება. ყველაზე ხშირად მიმართავენ ინექციებს, რადგანაც ამ დროს ვფექტი უფრო სწრაფად ვითარდება.

ავადმყოფები თითონ ხმარობენ შპრიცს ისე, რომ არ იცავენ არავითარ ასექტიკას, პირდაპირ ტანსაცმელში შეყავთ საინექციო ნემსი, რაც იწვევს მრავალ აბსცესსა და შემდეგ ნაწიბურებს.

ნარკოზული ნივთიერების უეცარი შეწყვეტა უკვე 5—6 საათის შემდეგ ქმნის მორფიუმის შიშვლის კლინიკურ სურათს, ანუ აბსტინენციას. ავადმყოფი უცებ სუბტდება, მას უძლიერდება სხეულში ტეხა, ცუდ თვითგრძნობასთან ერთად უვითარდება ცუდი გუნება-განწყობა, სცივა (ვერ გაძობარა); გულში მუშაობა და სისხლის წნევა ეცემა, სუნთქვა ძნელდება; ძლიერდება კანკალი და თავბრუ. ავადმყოფი ზოგჯერ აგზნებულია, ზოგჯერ კი მას ცნობიერება ებინდება. იგი დაეინებით მოითხოვს მორფიუმს.

აღნიშნულ შემთხვევაში ნაჩვენებია ენერგიული მკურნალობა სტაციონარულ პირობებში. საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება ექიმთა მხრივ, რომ ავადმყოფს მორფიუმის ან თან არ ჰქონდეს მოტანილი, ან შემდეგ არ მიიღოს.

სტაციონარში შემოსვლისას უკეთესია მორფიუმის უცებ მთლიანად შეწყვეტა.

აბსტინენციის მოვლენების დროს საჭიროა ამაღორძინებელი საშუალებების (ფიზიოთერაპიის, პიროთერაპიისა და ფსიქოთერაპიის) გამოყენება.

ავადმყოფი თანდათან უნდა ჩავაბათ შრომაში და სუფთა ჰაერზე გამყოფოთ.

ინსულინის მცირე დოზები აძლიერებს მადას და მოქმედებს როგორც საერთო ამაღორძინებელი საშუალება.

კოკაინიზმი. ალკოჰოლისა და მორფიუმის შემდეგ ფსიქიატრიის კლინიკისათვის განსაკუთრებული პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს კოკაინის ქრონიკულ ხმარებას, რაც მტკიცე და ღრმა დევენერაციულ ძვრებს იწვევს.

თავისი პათოფიზიოლოგიური მოქმედებით კოკაინი უფრო ალკოჰოლს ჰგავს, ვიდრე მორფიუმს.

ალკოჰოლის მსგავსად, შხამის ერთჯერადი მიღებიდან უკვე 10—20 წუთის შემდეგ შესაძლოა განვითარდეს ე. წ. კოკაინური დატრობა, რომელიც ძლიერ ჰგავს მაგარი სასმელით გამოწვეულ შეზარხოშებას.

კოკაინი იწვევს ვაზომოტურულ და ვეგეტატიურ მოვლენებს; ამ დროს მკვეთრადაა გამოხატული ალქმის პათოლოგია.

კოკაინით გამოწვეული ეიფორია დროებითია, მას მოსდევს სომატურ-ფსიქიკურ შესაძლებლობათა ასთენია, რაც განაპირობებს შხამის ხელახალ მოთხოვნილებას და ამნაირად ქრონიკულ მიჩვევას — კოკაინიზმს.

ავადმყოფები შემოქმედებით ინიციატივას კარგავენ, მათ გონებრივი სფერო უჩლუნგდებათ, ნებითი გამოვლინებანი უსუსტდებათ. ისინი ოდნავ აგზნებული, მოუსვენარი, აბულიური არიან.

საინტერესოა, რომ ცხოველთა ექსპერამენტული მოწამვლისას კოკაინი არ იწვევს ქერქული აპარატის ნერვულ ელემენტთა შესამჩნევ ცვლილებებს. ამ დროს მკვეთრი პათომორფოლოგიური ძვრები უფრო მეტად ვითარდება ღვიძლში, სადაც პარენქიმიური ელემენტები ირღვევა. ეს ვარემოება, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ორგანიზმის ზოგად ინტოქსიკაციას, ნივთიერებათა ცვლას პათოლოგიას, რასაც საბოლოოდ მოსდევს ორგანიზმის დაქინება, დეგრადაცია.

ავადმყოფები იკლებენ წონას, მათ აქვთ ცუდი ძილი, აღენიშნებათ მუდმივი სურდო (კოკაინის შეყნოსვის შედეგად ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი გაღიზიანებულია).

ალკოპოლიზმის მსგავსად, კოკაინიზმის დროსაც ხშირია ეპილეფსიფორმული რეაქციები.

კოკაინიზმის დროს ვითარდება ალქმის პათოლოგია (სმენითი, მხედველობითი და შეხებითი ჰალუცინაციები) ცნობიერების ნათელ ფონზე, რაც ხელს უწყობს ბოდვითი იდეების განვითარებას. როგორც ჰალუცინაციები, ისე ბოდვები უსიამო შინაარსისაა.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შეხების პათოლოგიური შეგრძნებები. ავადმყოფებს ისეთი გრძნობა აქვთ, თითქოს კანქვეშ ჭიანჭველები დაუცოცავენ.

ოსიპოვი აღწერს შემთხვევას, როდესაც შეხებითი ჰალუცინაცია იმდენად მკვეთრი და უსიამო ყოფილა, რომ ავადმყოფს ტანი დანით დაუსერია ჭიანჭველების ამოყვანის მიზნით.

კოკაინი არ იწვევს აბსტინენციის მძიმე მოვლენებს, ამიტომ მკურნალობის დროს შესაძლოა ავადმყოფები მოვათავსოთ ფსიქიატრიულ სტაციონარში და უცებ მთლიანად მოვუსპოთ მათ კოკაინის მიღების შესაძლებლობა.

თერაპიის მიზნით მოვიხდებოდა ძილმომგვრელ, დამამშვიდებელ და საერთო ამალორძინებელ საშუალებათა გამოყენება. სასურველია აგრეთვე რაციონალური ფსიქიკური ზეგავლენაც (რაციონალური ფსიქოთერაპია).

ალკოპოლიზმი როგორც სამედიცინო ცხება აერთიანებს მწვევე ალკოპოლურ ინტოქსიკაციებს და ქრონიკულ ალკოპოლიზმს.

ჩვეულებრივი ალკოპოლური დათრობა, რომელსაც ახასიათებს ეიფორია, კრიტიკისა და თვითკონტროლის დაქვეითება, გუნება-განწყობის ცვალებადობა (აფექტური განრისხება ან ცრემლიანობა და სუსტ-სულოვნება) არ საჭიროებს სპეციალურ თერაპიულ ჩარევას. იგი ჩვეულებრივ მთავრდება ძილათ და გამოფხიზლებით. ამავ დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ დათრობა როგორც ინტოქსიკაცია ართულებს სხვადასხვა დაავადების მიმდინარეობას.

პათოლოგიური დათრობა. ხანმოკლე მწვევე ფსიქოზური მდგომარეობაა, რომელაც მიმდინარეობს ცნობიერების ბინდისებრი აშლით, იწყება უეცრად, მოულოდნელად, არ არის დამოკიდებული მიღებული სასმელის რაოდენობაზე. მძიმე აგრესია, რომელაც გაპირობებულია შეშხარავი ხასიათის განცდებით, ხშირად დანაშაულობათა მიზეზი ხდება; უფრო ხშირად ვითარდება სხვადასხვა მანათენიზებული ფაქტორის (უძილობა, გაღალღა, შიმშილი, ინფექციები, ტრავმები) მოქმედების ფონზე.

მათი მკურნალობა მდგომარეობს პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებაში.

ქრონიკული ალკოპოლიზმი ვითარდება ალკოპოლური სასმელის ხშირი, ჭარბი, განმეორებითი და ხანგრძლივი მიღების შედეგად. მისი ძირითადი ნიშანია აბსტინენციის (ანუ გამოზარხოშების) სინდრომი. ფსიქიკურა ნიშნებიდან აღსანიშნავია კრიტიკის დაქვეითება, გუნება-განწყობის ზოგადი ეიფორიული ფონი, აზროვნების გააღაღებება, ინტერესების შეზღუდვა, პიროვნების თავისებური დეგრადაცია. კრიტიკის, მეხსიერების, შემოქმედებითი უნარის დაქვეითება ზოგჯერ ისეთ ღონეს აღწევს, რომ ლაპარაკობენ ალკოპოლურ ჭკუასუტობაზე.

ზოგ შემთხვევაში ალკოპოლის ჭარბი მიღება შეტევითი ხასიათისაა და გრძელდება რამდენიმე დღე. შემდგომ შეტევაშივე ავადმყოფი ალკოპოლს არ ლებულობს. ამგვარ მდგომარეობას, რომელსაც ღიფსომანია ეწოდება, ზოგჯერ წინ უსწრებს გუნება-განწყობის დაქვეითება.

ქრონიკული ალკოპოლიზმის მკურნალობის პირველ ეტაპზე საჭიროა აბსტინენციის სინდრომის წინააღმდეგ ბრძოლა დეზინტოქსიკაციით, ვიტამინიზაციით, საერთო გამაძვარებელი და გულის საშუალებით.

ალკოპოლური აბსტინენციის კუპირების მიზნით ნაჩვენებია მეპრობამატები: მეპროტანა, ანდაქსინი, გამოხატული უძილობის დროს — ამინაზინი ძილის წინ. მკვეთრად გამოხატული ვეგეტატიური სიმპტომების შემთხვევაში იყენებენ ლეპარკინს.

ალკოპოლისადმი პათოლოგიური ლტოლვის მოხსნის მიზნით საჭიროა მკურნალობა, რომლის საფუძველია ალკოპოლური სასმელოს მიმართ უარყოფითი რეფლექსური რეაქციის გამოქვეყნება. ამ მიზნით იყენებენ აპომორფინს. უარყოფითი პირობითი რეფლექსური რეაქციის გამოქვეყნებისათვის მაშართავენ აგრეთვე ჰიპნოზს.

ქრონიკული ალკოპოლიზმის მკურნალობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს მასენსიბილიზებელ პრეპარატებს: ანტაბუსს, ტეტურანს, ანტეტიტილს, რომელსაც იყენებენ როგორც დამოუკიდებლად, ისე სხვა პრეპარატებთან და მეთოდებთან კომბინაციით.

ქრონიკული ალკოპოლიზმის მკურნალობა ხანგრძლივია. მკურნალობის ყოველი მეთოდი უნდა გამოიყენონ რაციონალურ ფსიქოთერაპიათან ერთად. მნიშვნელობა აქვს ოჯახურ პირობებს, შრომით გარემოს, კვებას, დღისა და დასვენების რეჟიმს, ძილის მოწესრიგებას. უნდა გვახსოვდეს, რომ უმნიშვნელო ფსიქოტრავმული მომენტიც კი ზოგჯერ ალკოპოლის მიღების საბაზი ხდება. ქრონიკული ალკოპოლიზმის მკურნალობას ძირითადად ამბულატორიულად ატარებენ. ქრონიკული ლოთების ასოციალური ქცევები და უარის თქმა მკურნალობაზე იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის საფუძველია.

ქრონიკული ალკოპოლიზმის შედეგად ვითარდება ალკოპოლური ფსიქოზები.

თეთრი ცხელება ქრონიკული ალკოპოლიზმის ყველაზე ხშირი ფსიქოზური გართულებაა. დაავადება იწყება უეცრად და გრძელდება რამოდენიმე დღე. აღინიშნება მხედველობითი, ტაქტილური და სმენითი პალუცინაციები, ცნობიერების შეცვლა, ღებორაენტაცია, საერთო მოუსვენრობა, ტრემორი, ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება.

მკურნალობას ატარებენ სტაციონარის პირობებში. საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება. მედიკამენტური საშუალებებიდან უნდა გამოაყენონ: აჰინაზინი (200—300 მგ დღე-ღამეში) ან სტელაზინი (30—40 მგ დღე-ღამეში). დელირული მდგომარეობის კუპირებისათვის შეიძლება აგრეთვე იხმარონ ძილის საშუალებები დიდი დოზებით: ჰექსონალი ვენაში, ბარბამილი (0,5 3-ჯერ დღეში), ქლორალჰიდრატი (1,5 — 2,0 დღე-ღამეში). ამავე დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ ქრონიკული ალკოპოლიზმის დროს ხშირია პარენქიმული ორგანოების (ღვიძლის, თირკმლების) დაზიანება, რის გამოც ძილის საშუალებების ხმარება სიფრთხილეს საჭიროებს. ფართოდ უნდა გამოვიყენოთ დეზინტოქსიკაციური საშუალებანი (გლუკოზა ვენაში), ვიტამინები, გულის საშუალებანი. საჭიროა დიეტური მკურნალობა: რძე, ჩაი, მინერალური და ხილის წყლები დიდი რაოდენობით, ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები. ცხიძოვანი და ცილიანი საკვები უნდა შეიზღუდოს.

თეთრი ცხელების ჩათავების დროს სათანადო მომზადების შემდეგ უნდა ჩავატაროთ ანტიალკოპოლური მკურნალობა.

ალკოპოლური პალუცინოზი ვითარდება ქრონიკული ალკოპოლიზმის დროს და, თეთრი ცხელებისაგან განსხვავებით. მას ახასიათებს უხვი სმენითი პალუცინაციები. ნათელი ცნობიერების ფონზე ხშირად ღვენიის ბოღვა რამდენიმე კვირის განმავლობაში (მწვავე ალკოპოლური პალუცინოზი).

ზოგ შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი ხანდაზმულ ასაკში, ალკოპოლური პალუცინოზი მიმდინარეობს ხანგრძლივად, მრავალი წლის განმავლობაში. ბოღვითი აზრები არცთუ იშვიათად მკრთალია და ავადმყოფს შენარჩუნებული აქვს გარკვეული კრიტიკული დამოკიდებულება თავისი დაავადებისადმი (ქრონიკული ალკოპოლური პალუცინოზი).

ალკოპოლური პალუცინოზის დროს ატარებენ მკურნალობის კურსს ამინაზინით, სტელაზინით ან პალოპერიდოლით. ხმარობენ აგრეთვე გოგირდმჟავა ატროპინის 1%-იან ხსნარს (კანქვეშ, 1—1,5 მლ 2-ჯერ დღეში), საერთო გამამაგრებელ საშუალებებს, ვიტამინებს, იცავენ დიეტას.

ალკოპოლური ღაზოიანობის ბოღვა ვითარდება ქრონიკული ალკოპოლიზმის შედეგად, თავისი წარმოშობით დაკავშირებულია პიროვნების გარკვეულ ღვერადაციასთან და მიმდინარეობს ხანგრძლივად. ღაზოიანობასთან ერთად შეაძლებელია აღინიშნებოდეს ღვენიის ბოღვითი აზრები. ალკოპოლიზმის მიღების ხანგრძლივი აღკვეთის დროს ბოღვითი აზრები ერთგვარად მკრთალდება.

ანტიალკოპოლური მკურნალობის გარდა, საჭიროა მკურნალობა ნეიროლეფსიური საშუალებებით (ამინაზინი, სტელაზინი), თუ სომატური უკუჩვენება არ არის, გამოსატული ბოღვითი მდგომარეობის დროს შესაძლოა ინსულინთერაპიის ჩატარება.

კორსაკოვის ფსიქოზი, ანუ ალკოპოლური პოლიენკრიტი ვითარდება ქრონიკული ალკოპოლიზმის შედეგად. მას ახასიათებს თავისებური შიშიმე აშენიური სინდრომი (კორსაკოვის სინდრომი) და ალკოპოლური პოლიენკრიტის მოვლენები; იწყება 50—60 წლის ასაკში და მიმდინარეობს ხანგრძლივად.

მკურნალობას ატარებენ სტაციონარში (განსაკუთრებით დასაწყის პერიოდში). უნდა გამოიყენონ ვიტამინები, საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი, პირველ დღეებში — დეზინტოქსიკაციური თერაპია.

ნარკოპანიების ჭკუფს ეკუთვნის აგრეთვე სხვა ნივთიერებათა შედეგად გამოწვეული ტოქსიკოპანიები, რომელთა საერთო დამახასიათებელი ნიშანია ამა თუ იმ ნივთიერებასთან ფსიქიკური დაკავშირება (განმეორებითი მიღების მოთხოვნილება), პრეპარატების მიღების შეწყვეტისას დოზების გაზრდის მოთხოვნილება.

ნარკომაწები ყველაზე უფრო ხშირად იყენებენ შემდეგ საშუალებებს: ოპიუმის ჭგუფის პრეპარატებს (ოპიუმი, მორფიუმი, კოდინი, პეროინი, პანტოპონი), ძილას საშუალებებს (ნემბუტალი, ვერონალი, ლუმინალი, ბარბამილი), ჰაშიშს, კოკაინსა და სტიმულატორებს (კოფეინი, ფენამინი).

ოპიუმისა და მისი დერივატების და ალკოლოიდების: მორფიუმის, კოდინის, პეროინის, პანტოპონის ნარკომაწები შედარებით ხშირია; ასეთი ავადმყოფები ადვილად ეჩვევიან, რას გამოც მიღების დოზები სწრაფად მატულობს. ყველა ჩამოთვლილი პრეპარატით გამოწვეული ნარკომაწიის კლინიკა ძირითადად ერთი და იგივეა, უმნიშვნელო განსხვავებაა მხოლოდ აბსტინენციური სინდრომის მხრივ.

აღნიშნული ჭგუფის ნარკომაწიების მკურნალობაც ძირითადად ერთნაირია და შედგება სამი პერიოდისაგან.

პირველ რიგში საჭიროა ნარკოტიკული საშუალების აღკვეთა (სწრაფი, ამორტული ან თანდათანობითი დაკლება) და ბრძოლა აბსტინენციური მდგომარეობის წინააღმდეგ.

ნარკოტიკული საშუალების შეწყვეტა ერთბაშად, სტაციონარში შემოსვლისთანავე საჭიროებს ენერგიულ ჩარევას აბსტინენციური სინდრომის მოსახსნელად. ავადმყოფს უნიშნავენ ინსულინის მცირე დოზებს ინექციით (დასაწყისში 4—6 ერთეული, ყოველდღე უმატებენ 2—2 ერთეულს, მაქსიმალური დოზაა 12—16 ერთეული), ინსულინის მიღებიდან 15—20 წუთის შემდეგ გლუკოზის 40%-იან ხსნარს (20 მლ) ვენაში, აძლევენ აგრეთვე ანაქსინს (1—2 გრამი დღის განმავლობაში), ხოლო ძილის წინ ამინაზინსა ან ნოზინანს (75—125—150 მგ).

როგორც აღვნიშნეთ, ნარკოტიკული საშუალების ერთბაშად აღკვეთის მაგიერ შესაძლებელია მისი თანდათანობით დაკლება. ამ მიზნით შემუშავებულ სხვა მეთოდებს შორის ყველაზე ეფექტურია ნარკომაწიის მკურნალობის მეთოდურ წერილში (მოსკოვი, 1964 წ.) აღწერილი წესი. 600 მილილიტრ წყალში ამზადებენ ოპიუმს, მორფიუმის ან კოდინის (იმასთან დაკავშირებით, თუ რისი ნარკომაწია) ხსნარს იმ ანგარიშით, რომ ხსნარის 20 გრამში (სუფრის კოვზი) იყოს ნარკოტიკული ნივთიერების იმ რაოდენობის $\frac{1}{6}$, რომელსაც იღებდა ავადმყოფი 1 დღის განმავლობაში (ხსნარი № 1); მაგალითად, ავადმყოფი ყოველდღე ვენაში იკეთებდა მორფიუმის 1%-იან ხსნარს 60 მილილიტრის რაოდენობით, ე. ი. სუფთა მორფიუმის ფხენილის 0,6 გ-ს, ამიტომ 600 მილილიტრ ხსნარში გავხანით 3 გრამ მორფიუმის ფხენილს $\left(\frac{0,1 \cdot 600}{20} = 3,0\right)$. ერთდროულად ვამზადებთ ხსნარს (№ 2) პირამი-ლონის — 10,0, ანალგინის — 10,0, ასკორბინის მჟავას — 7,5, ნიკოტინის მჟავასა — 2,5 და გამოხდილი წყლისაგან — 600,0.

ავადმყოფს შემოსვლის დღიდანვე ვაძლევეთ № 1 ხსნარს 3-ჯერ დღე-ში სუფრის კოვზით. ამავე დროს ყოველი მოკლებული სუფრის კოვზის ნაცვლად № 1 ხსნარში ვუმატებთ ამავე რაოდენობით № 2 ხსნარს. ამრიგად, № 1 ხსნარში ნარკოტიკული საშუალებების კონცენტრაცია კლებულობს, ხოლო № 2 ხსნარის შემადგენელი ნაწილების რაოდენობა მატულობს. მე-10—მე-12 დღიდან პირველი ხსნარის კურკელში რჩება მხოლოდ მეორე ხსნარი, რომელსაც ავადმყოფს ვაძლევეთ შემდეგი 10 დღის განმავლობაში.

მკურნალობის დაწყებიდან 2—4 დღის შემდეგ ხსნართან ერთად ვაძლევეთ ანდაქსინს (მეპროტამს) 3-ჯერ დღეში, 0,4—0,6 თითო ჭერზე. აბსტინენციის დროს ხშირად ვითარდება ფაღარათი, რომლის საწინააღმდეგოდ ვუნიშნავთ პაპავერინს (0,03—2-ჯერ დღეში). მყარი უძილობის შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა დაეუნიშნოთ ამინაზინი — 50—200 მილიგრამი — შუადღისას და ძილის წინ. 20—25 დღის შემდეგ ანდაქსინს თანდათან ვუხსნით (დოზების დაკლებით, 4—5 დღის განმავლობაში). ამით მთავრდება მკურნალობის პირველი ეტაპი და იწყება მეორე ეტაპი; ავადმყოფს ვუნიშნავთ ინსულინს მცირე დოზებით, გლუკოზის ხსნარს ვენაში, ვიტამინებს, საერთო გამაძვივრებელ საშუალებებს. 1 თვის შემდეგ ავადმყოფს თანდათან ჩავაბამთ შრომათერაპიაში. მკურნალობის მთელ პროცესში საჭიროა ფსიქოთერაპიული საუბრები, ვანაკუთრებით მეორე პერიოდში.

მკურნალობის პირველი და მეორე პერიოდები, როგორც წესი, უნდა ჩავატაროთ სტაციონარის პირობებში, მკაცრი იზოლაციით. მკურნალობის ხანგრძლივობა არ უნდა იყოს 3—4 თვეზე ნაკლები.

მესამე პერიოდი მიღებული შედეგის განმტკიცებისა და სწორი სოციალური და შრომათი კავშირების შემუშავების ეტაპია. ერთი წლის მანძილზე ავადმყოფი პერიოდულად უნდა დადიოდეს ექიმთან, რომელიც ჩაუტარებს ფსიქოთერაპიულ საუბრებს.

ძილის მოპოვებელი საშუალებით (ნემბუტალი, ვერონალი, ლუმიანალი, ბარბამილი) ნარკომანიების მკურნალობას ვატარებთ სტაციონარის პირობებში. ნარკოტიკული საშუალებების აღკვეთა ყოველთვის მიმდინარეობს თანდათან, რამდენიმე კვირის განმავლობაში. უნდა ვვახსოვდეს, რომ ამ დროს განვითარებული უძილობა ძალიან მყარია, შემაწუხებელი. ამას გამო ხანგრძლივად ვუნიშნავთ ამინაზინს, აბაზანებს. მასაჟს, სამკურნალო ფიზიკულურას. ნარკოტიკული საშუალების დოზების დასაკლებად შესაძლებელია ოპიუმის პრეპარატებით გამოწვეული ნარკომანიების მკურნალობისათვის განკუთვნილი მეთოდის გამოყენება. ხსნარს ვაწვადებთ ისეთივე კონცენტრაციით (20 გრამი ხსნარი უნდა შეიცავდეს ავადმყოფის საერთოდ ხმარებული ძილის საშუალების $\frac{1}{6}$ -ს). ხსნარის რაოდენობაა 1—1,5 ლიტრი. მას ვაძლევეთ 3-ჯერ.

დღეში სუფრის კოვზით. ყოველი ამოღებული სუფრის კოვზის ნაცვლად ხანარს ვუმატებთ წყალს ან ვიტამინის შემცველ ხანარს. ძილის საშუალებით ხანგრძლივი ნარკოპანია ხშირად იწვევს ინტელექტის დაქვეითებას და პიროვნების დეგრადაციას, რის გამოც ფსიქოთერაპია უნდა იყოს ხანგრძლივი და სისტემატური. დიდი მნიშვნელობა აქვს შრომათერაპიას.

პაშიშიზმის (ანუ პაშიზომანია) დროს ნარკოტიკულ ნივთიერებას (პაშიში, ანუ ანაში, პლანი, მარიხუანა) ხმარობენ თამბაქოსთან ერთად მოსაწევად ან ფხვნილის სახით. უნდა გვახსოვდეს, რომ, მწვავე ინტოქსიკაციისაგან განსხვავებით, რომელსაც ახასიათებს ერთგვარი ეიფორია, ალქმის გამახვილება, განაჟღერებება ან უფრო მძიმე შემთხვევებში პალუცინაციები და ზოგჯერ დელირიოზული მდგომარეობა, ქრონიკული ინტოქსიკაციის დროს შესაძლებელია განვითარდეს ხანგრძლივად მიჰდინარე ფსიქოზი, რომელიც თავისი კლინიკური სურათით ემსგავსება შიზოფრენიას.

ნარკოტიკული საშუალების აღკვეთა საჭიროა ერთბაშად, ვინაიდან პაშიშიზმის დროს აბსტინენციური სინდრომი არ არის მძიმე, მისი კუპირება შედარებით იოლია და არ საჭიროებს სპეციალურ სამკურნალო ღონისძიებებს. 3—7 დღის შემდეგ შესაძლებელია ზოგადი გამამაგრებელი მკურნალობის ჩატარება (ინსულინის მცირე დოზები, გლუკოზა ვენაში, სტრიქნინისა და დარიშხანის ინექცია, ვიტამინები). სამკურნალო ღონისძიებებიდან პირველ ადგილზეა ფსიქოთერაპია. მკურნალობის პერიოდში ნაჩვენებია შრომათერაპია.

კოკაინიზმი ნარკოპანიის მძიმე ფორმაა და საჭიროებს ხანგრძლივ მკურნალობას სტაციონარის პირობებში. ყურადღება უნდა მიექციოდ, რომ აღნიშნული ნარკოპანიის დროს ხშირია მკვეთრი ცვლილებები შინაგანი ორგანოების მხრივ. ამასთან დაკავშირებით მედიკამენტური მკურნალობა უნდა ჩატარონ განსაკუთრებული სიფრთხილით. ნარკოტიკული საშუალებების აღკვეთა საჭიროა ერთბაშად, დიდი მნიშვნელობა აქვს საერთო გამამაგრებელ თერაპიას (ინსულინი, გლუკოზა, ვიტამინები). კოკაინიზმის მკურნალობა უმჯობესია სპეციალური (დახურული) სტაციონარის პირობებში.

სტიმულატორებით (კოფეინი, ფენოქენი) გამოწვეული ნარკოპანიების მკურნალობა უმჯობესია ჩატარონ ხანმოკლე სტაციონარის პირობებში. სტიმულატორს აღკვეთენ ერთბაშად. სისხლის წნევის მკვეთრი დაქვეითებას აცლების მიზნით ავადმყოფს უნიშნავენ ვულის საშუალებებს (კარდიამინს, ქაფურს). მიზანშეწონილია ოქსიგენოთერაპია და სხვა ნარკოპანიების მკურნალობის ანალოგიურად საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი, ვიტამინები, ფსიქოთერაპია. აღნიშნული ჯგუფის ნარკოპანიების განხილვის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ სტი-

მულატორებად შესაძლებელია ავადმყოფმა გამოიყენოს ჩაის ან ყავის ნაყენი.

ერთი რომელიმე ნივთიერებით გამოწვეული ნარკომანიის გარდა, არცთუ იშვიათია ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ნარკომანი იყენებს სხვადასხვა საშუალებას, მავალითად, მორფსა და კოკაინს ერთდროულად, რასაც პოლინარკომანია ეწოდება. ზოგჯერ ნარკოტიკულ საშუალებებს ხმარობენ შენაცვლებით, მავალითად, მორფიუმსა და კოდეინს ან მორფიუმსა და ლუმინალს, ანდა ალკოჰოლსა და მორფიუმს.

ნარკომანიების მკურნალობის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ავადმყოფის პაროენული თავისებურებანი. ხშირად საქმე გვაქვს ფსიქოპათიებთან სოციალური შრომითი კავშირების დარღვევით, თავისი მდგომარეობის არასათანადო შეფასებით; ისინი ზოგჯერ არ არიან აქტიურად დაინტერესებული განკურნებით. ამის გამო სათანადო კანონმდებლობა ნარკომანიის გარკვეულ შემთხვევებში ითვალისწინებს იძულებით მკურნალობას.

თავი XXIII

სომატოგენური ფსიქიკური ავლილობანი

ზოგადი შენიშვნები

ცერებრული პათოლოგია, რასაკვირველია, ეკუთვნის სომატოგენიას. საერთოდ კი სომატოგენიის, ე. ი. გარკვეული მატერიალური საფუძვლების გარეშე, ცხადია, არ ხდება არავითარი მოვლენა არც ნორმალური და არც დაავადების შემთხვევაში.

ე. წ. სომატოგენური დაავადების დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ორი გარემოება: პირველი ის, რომ ტვინის ქსოვილი ერთგვარად შიმშილობს შინაგან ორგანოთა პათოლოგიის გამო და მეორე ის, რომ შინაგან ორგანოთა პათოლოგიასა და ენდოკრინოპათიას მოსდევს ტვინის ნივთიერებაზე ტოქსიკური ზემოქმედება.

ფსიქონერვული აპარატის დეკომპენსაციის სიღრმე და ხასიათი, დაავადების პროგნოზი და მიმდინარეობის კეთილთვისებიანობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად რევერსიბილურია მდგომარეობა, გამოვა თუ არა ტვინის ნივთიერება ავადმყოფური მდგომარეობიდან და რამდენად სრული, მტკიცე და ხარისხიანი იქნება რესტიტუცია; მხედველობაში მაქვს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური და მორფოლოგიური აღდგენის უნარი.

ჩვენი ექსპერიმენტული დაკვირვებები გვარწმუნებს, რომ ნერვული სისტემა თავისი ბუნებითა და შესაძლებლობით მეტად დინამიკურია. ორგანოთა და ქსოვილთა არც ერთ სისტემას არა აქვს ესოდენ ფართო ვიკარულ-კომპენსატორული შესაძლებლობა.

უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე, რომ ნერვულ სისტემაში ფუნქცია აღდგება არა მარტო ჩანაცვლებათა ან კომპენსატორულ გამოვლინებათა გზით, არამედ ნერვულ-პარენქიმული ელემენტების უშუალო რეგერაციული უნარის გამო.

ექსპერიმენტულად ჩვენს მიერ აღწერილია ფუნქციური და მორფოლოგიური რევერზიბილობის ხასიათის პარანეკროზული მდგომარეობანი. პარანეკროზი გამოწვეული იყო ხანმოკლე იშემიით (სისხლის მიმოქცევის დროებითი გამოთიშვით) ან ელექტრული დენის უშუალო გავლენით ქერქულ აპარატზე.

მხოლოდ ნატიფი ფიზიოლოგიისა და მორფოლოგიის (მხედველობაში მაქვს სინაფსური პათომორფოლოგია და პათოფიზიოლოგია) საკითხების დამუშავების შემდეგ გახდა შესაძლებელი რევერზიბილობის ცნების შეტანა კლინიკურ პათოლოგიაში.

ფსიქოზიზი უინახან ორგანოთა დაავადების დროს.

გულის დაავადებისა და ანოქსიის მნიშვნელობა

გულის სერიოზული დაავადება ავადმყოფისათვის მნიშვნელოვანი ფსიქოტრავმული მომენტია. გულით ავადმყოფებს გამუდმებით ემინიათ, ყოველთვის უბედურების მოლოდინში არიან.

შფოთიანი და მოუსვენარი მდგომარეობა, შფოთიანი ძილი, ყინიანობა, ადვილი გაღიზიანებულობა და ეგოცენტრიზმი გულით ავადმყოფთა ქარაქტეროლოგიური თავისებურებაა.

დეკომპენსაციის შემთხვევებში ფერხდება ცერებრული სისხლის მიმოქცევა, ხოლო ამას შესაძლოა მოჰყვეს ტვინის ქსოვილის კვების დარღვევა (იშემიის მოვლენები), აგრეთვე პერიცელულური და პერივასკულარული შეშუპება. სისხლის მიმოქცევის მწვავე ნაკლოვანების შედეგად შესაძლოა განვითარდეს ფსიქოზი, რომელიც თავისი ფენომენოლოგიით, ჩვეულებრივ, მოგვაგონებს ეგზოგენური ტიპის რეაქციას.

ავადმყოფები აგზნებული არიან, აქვთ შიში, შფოთავენ, მოუსვენრობენ, აღენიშნებათ ილუზიები და ჰალუცინაციები (ხშირად მხედველობითი). აღქმის პათოლოგია უფრო ჰიპნოზოგიური ხასიათისაა. ავადმყოფები ვერ იძინებენ, კვნესიან, ოხრავენ; მდგომარეობა მოგვაგონებს მწვავე დელირიუმს.

ფსიქოზით გართულება ხშირია ლაბილურ სისხლძარღვთა სისტემის შემთხვევებში.

ინვოლუცია და ტვინის არტერიოსკლეროზი ართულებს და ამკვრივებს ავადმყოფურ მდგომარეობას.

დეკომპენსაციის მოხსნას, ჩვეულებრივ, მოსდევს ფსიქიკური გამოჯანმრთელება.

მკურნალობა სიმპტომურია: საჭიროა გულის ამალორძინებელი და დიურეზის გამაძლიერებელი საშუალებანი.

მწვავე იშემიის კლინიკასთან პრინაპულად ახლოსაა ანოქსემია (ქანგბადის უქმარისობა), გამოწვეული სიმალლით (ბაროანოქსემია) ან სისხლძარღვთა მწვავე გამოთიშვით (თვითმკვლელობის ცდის შიზონით. კისრის სისხლძარღვთა ხანმოკლედ გადაქერა).

ქანგბადის შესუნთქვას მოსდევს მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობის მოხსნა.

ღვიძლის პათოლოგია

ღვიძლის დაავადების შემთხვევებში, ისე როგორც სხვა ორგანოთა პათოლოგიის დროს, რაიმე სპეციფიკური ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები არ არის.

სიყვითლე (იქტერუსი) ხშირად ასთენიურ-ნევრასთენიული მდგომარეობაა, რომელმაც ზოგჯერ შესაძლოა მიიღოს მწვავე ფსიქოზის ხასიათი ცნობიერების აშლითა და ჰალუცინაციებით (დელირიუმი, ამენციური და სიზმრისებრი მდგომარეობა).

ცნობიერების ღრმა აშლის სურათს ქმნის ისეთი მძიმე დაავადება, როგორცაა ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროფია. ამ დროს მძიმე პათომორფოლოგიური ცვლილებები გამოხატულია როგორც დიდი ტვინის ქერქში, ისე ნათხემის ბირთვებში, სახელდობრ, დაკბილული ბირთვის უჯრედებში.

სომატოგენურ ავადმყოფობათა განხილვისას შეეჩერდებით აგრეთვე ავიტამინოზურ დაავადებაზე—პელაგრაზე, რომელიც ქმნის არა მარტო ნევროზულ მდგომარეობებს ასთენიურ-ნევრასთენიული ან ასთენიურ-იპოქონდრიული სინდრომის სახით, არამედ გაშლილ ფსიქოზურ სურათსაც.

პელაგრული ფსიქოზის კლინიკას ახასიათებს ტრიადა, რომელიც ცნობილია სამი „დ“-ს სახელწოდებით: დერმატიტი, დიარეა და დემენცია. უკანასკნელი გამოკვლევებიდან ჩანს, რომ მესამე „დ“, ე. ი. დემენცია ბრჭყალებში უნდა ჩავსვათ.

პელაგრული ფსიქოზის შემთხვევებში საქმე გვაქვს მწვავე ეგზოგენურ რეაქციასთან ცნობიერების შეცვლით; ავადმყოფთა უმართე-

პულო პასუხები და ქცევები ჰეუასუსტობას კი აო უნდა მივაწეროთ, არამედ ცნობიერების პათოლოგიით ავხსნათ.

პელაგრა უფრო ხშირია გაზაფხულ-შემოდგომაზე. ავადმყოფობა ზოგჯერ ეპიდემიის ხასიათისაა.

ტუდი კვება და ქრონიკული ალკოჰოლიზმი ქმნის ბიოლოგიურ ფონს, რომელზეც ვითარდება პელაგრული ბუნების სომატური, ნევროლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური აშლილობანი.

ნევროლოგიური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ატაქსიური პარაპარეზები და პირამიდულ მოვლენები.

ფსიქოპათოლოგიურად საქმე გვაქვს დელირიულ ან დელირიულ-ამენციურ მდგომარეობასთან. ავადმყოფები მოუსვენრად არიან, აქვთ შიში და ჰალუცინაციური შეგრძნებები. ზოგჯერ ავზნება ეპილექსიფორმული ხდება, რომლის დროს ავადმყოფებმა შეიძლება დააზიანონ გარშემო მყოფნი ან თავიანთი თავი.

პელაგრის შემთხვევაში ნაჩვენებია ამადორძინებელი, ძალმომგვრელი საშუალებანი და ვიტამინებით მდიდარი საკმელი. კარგ შედეგებს გვაძლევს ნიკოტინის მჟავა.

ანდოკრინოპათიები და გენეტიკური ფსიქოზები აკრომეგალია

აკრომეგალია დაკავშირებულია ტვინის დანაშატის, ანუ ჰიპოფიზური ჯირკვლის წინა ნაწილის ჰიპერფუნქციასთან. ავადმყოფობა ჯირკვლის ჰიპერპლაზიური სიმსივნის შედეგია.

აკრომეგალიის დროს ყურადღებას იპყრობს არა მარტო გიგანტიური სიმაღლე, არამედ სხეულნაგებობის განსაკუთრებით ტლანქი ხაზები, მაგალითად: დიდი და ტლანქად წინწამოწეული ნიკაპი, ასევე დიდი მაჯა, ტერფი, ხელ-ფეხი და სხვ.

გიგანტიზმის შემთხვევაში ფსიქიკურ აპარატს აქვს ზოგადი ინფანტილიზმის დაღი. უკმარისობა ემჩნევა როგორც გონებრივ, ისე ემოციურ-ნებით სფეროს.

ავადმყოფები თავიანთი მდგომარეობით კმაყოფილი არიან, ამასთან უმოქმედობასაც ავლენენ. ისინი მოკლებული არიან ინიციატივასა და აქტიურ შესაძლებლობებს. ზოგჯერ შესაძლოა განვითარდეს ინტელექტუალურ ფუნქციათა (მეხსიერება, მოსაზრება) დაქვეითება.

სიმსივნის პროგრესული ზრდის შემთხვევებში, როდესაც მკვეთრად მატულობს ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიის მოვლენები და ამის პარალელურად მხედველობა ქვეითდება, შესაძლოა შეიქმნას ეგზოგე-

ნური ხასიათის სიმპტომატოლოგია (გაოგნება.. გაბრუნება, დელირიუმი და ზოგჯერ კორსაკოვის სინდრომი).

ნაწენებია ქირურგიული ჩარევა.

რენტგენოთერაპია უნდა გამოვიყენოთ დიდი სიფრთხილით, ვინაიდან მან შესაძლოა გაართულოს ავადმყოფობა ეპილეფსიფორმული გულყრებით.

ჰიპოფიზის ჰიპოფუნქცია, ჩვეულებრივ, ქმნის ფსიქიკური ინფანტილიზმის ნიშნებს. ამ დროს ფიზიკურად აღინიშნება ქონდრისკაციის სიმალე, ანუ ნანიზმი.

არცთუ იშვიათად ნანიზმის დროს ფსიქიკური აპარატი ნორმალურია, მაგრამ ასეთ პირებს აწუხებთ ფიზიკური უკმარისობის გრძნობა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ნანიზმი ყოველთვის არ არის დაკავშირებული ტვინის დანაშაულის წინა ნაწილის ჰიპოფუნქციასთან; ზოგჯერ შესაძლოა მას საფუძვლად ჰქონდეს ფარისებრი ჯირკვლის უკმარისობა.

ბაზილდოვის დაავადება (ჰიპერთირეოზი)

ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპროდუქციით (ჰიპერთირეოზი) გამოწვეული ავადმყოფური მდგომარეობა ცნობილია ბაზილდოვიზმის, ანუ ბაზილდოვის ავადმყოფობის სახელწოდებით.

ეს დაავადება ქმნის სურათს, რომელიც ძლიერ გავს ჰიპომანიაკალურ (და ზოგჯერ მანიაკალურ) მდგომარეობას, ამიტომ ძლიერ საინტერესოა ზუსტი ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკისა და შემდგომი შესაბამისი თერაპიის მხრივ.

საქიროა აღვნიშნოთ, რომ ჰიპერ-ჰიპოფუნქციის თავისებურება უშუალო და პირდაპირ კავშირში არ არის სხვა მანიაკალურ და დეპრესიულ ფაზათა კლანკასთან.

თუ ჰიპერთირეოზის დროს ერთგვარად შესაძლოა ჰიპერფუნქციონისა და მანიაკალურ სტატუსს შორის შესაბამისობის დაშვება, ჰიპოფუნქციის დროს ასეთი შესაძლებლობა გამოირიცხება. ცნობილია, რომ ჰიპოფუნქცია იწვევს არა დეპრესიას, არამედ აპათიურ, ინიციატივას მოკლებულ მდგომარეობას.

ფარისებრი ჯირკვლის განიცდის უშუალო ზეგავლენას ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ და თვითონაც მოქმედებს ნერვული აპარატის ფუნქციურ გამოვლინებაზე.

ამემად უკვე ცნობილია, რომ რუხი ბირთვი და ფარისებრი ჯირკვალი ერთი მთლიანი ცენტრალური ნერვული სარეგულაციო შვებანაშია.

ამ შემთხვევაში ჰიპერფუნქცია მარტო რაოდენობრივი გადახრა

როდია; საქმე გვაქვს პათოლოგიურ თავისებურებათა თვისობრივ განსხვავებასთან. მაგალითად, ექსპერიმენტულად დადატურებულია, რომ ბაზედოვიზმის დროს ჰორმონის ტოქსიკურობა გაცილებით მეტია, ვიდრე ნორმალური ჯირკვლის შემთხვევებში.

ექსპერიმენტულად დადგენილია აგრეთვე, რომ თირეოქსინი მოქმედებს ქერქვეშა კვანძებზე. ქერქულ აპარატზე კი ნაკლებ გავლენას ახდენს. შემზნეულია პათომორფოლოგიური ძვრები ზურგის მოვრძო ტვინში, გარდამავალ ტვინში, ნახეშსა და სიმპათიკურ კვანძებში.

ბაზედოვიზმის ეტიოლოგიად აღიარებულია სხვადასხვა ფაქტორი. მაგალითად, ფსიქოგენური ტრავმები, ინფექციები, აგრეთვე საცხოვრებელი ადგილის პირობების თავისებურებანი (სიმაღლე, ჰავა, წყალი და სხვ.).

ჯირკვლის ფიზიკურ განვითარებასა (ჩიყვის სიდიდე) და ბაზედოვიზურ ინტოქსიკაციას შორის პარალელიზმი არ არის. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ჯირკვლის სულ მცირე და შეუმჩნეველ გადიდებას ერთვის მეტად მძიმე ინტოქსიკაციის მომენტები და პირუკუ. უკანასკნელ შემთხვევაში გადამწყვეტ როლს ასრულებს პიროვნების თავისებურება (სასიათი, ტემპერამენტი, ვაზოვეგეტატიური სისტემის ლაბილობა, ჰორმონების გამავლობის ზღურბლი, ანუ დონე ჰემოენციფალურ ბარიერში და სხვ.).

ბაზედოვიზური ფსიქიკური აპარატის განხილვისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ შემდეგი სამი თავისებურება: გადაჭარბებული ავზნებადობა, ცუდი გამძლეობა და იოლი მოქანცულობა.

როგორც ვთქვით, ავადმყოფები გარეგნულად ავლებენ ჰიპომანიკალურ სინდრომს, რომელიც მიმდინარეობს ცნობიერების სრულად ნათელ ფონზე. სწამლობით შესაძლოა წამოიჭრას ჰალუცინაციური შეგზძნებები. ზოგჯერ ვითარდება ბოდვითა პროდუქციები (ექვიანობა, იპოქონდრიული და ზეგავლენის ბოდვითი აზრები). ძილი მეტად ფრთხილი, შფოთიანი, მოუსვენარია.

მძიმე ინტოქსიკაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ცნობიერების აშლა დელირიულ-ამენციური სინდრომის სახით, რომელიც იძლევა მეტად ცუდ პროგნოზს.

მკურნალობის მიზნით იყენებენ დამამშვიდებელ და გამამაგრებელ საშუალებებს (ლუმინალს, ბრომს, დარიშხანს, ინსულინსა და სხვ.). აუცილებელია კვების რეჟიმის დაცვა, ხორცეულის აკრძალვა და რძემკენარეულის დიეტა.

ორგანოთერაპიული პრეპარატებიდან საჭიროა ანტითირეოდინის გამოყენება წვეთებად ან ტაბლეტებად დღეში სამჯერ.

რენტგენოთერაპია და ქირურგიული ჩარევა საჭიროებს სიფრთხილეს და ჯეროვან ჩვენებას.

მცირე დოზებით იყენებენ იოდსაც.

ფარისებრი ჭირკვლის ფუნქციური უკმარისობა (ჰიპოთირეოზი) იწვევს ტრავმულ, კეგეტატიურ და ფსიქიკურ აშლილობებს, ვინაიდან მისი ფუნქციის ამოვარდნა არღვევს ცენტრალური ნერვული სარეგულაციო მექანიზმის წონასწორობას.

ტროფიკული ცვლილებები პირველ რიგში ეტყობა ექტოდერმულ წარმონაქმნებს.

მიქსედემის დროს ვითარდება ჭირკვლის პარენქიმულ ელემენტთა ატროფია და მის ნაცვლად ფიბროზული ქსოვილის გამრავლება. ეტიოლოგიურ ფაქტორთა მხრივ ყურადღებას იპყრობს ინფექციური დაავადებანი და ცუდი კვება.

ზოგჯერ შესაძლოა კლიმაქსი გართულდეს მიქსედემური მოვლენებით.

მწვავე ჰიპერთირეოზს შესაძლოა მოჰყვეს ეგზოგენური ხასიათის ფსიქოზური მოვლენები პალუცინაციებით, აგზნებით, შიშითა და ზოგჯერ ცნობიერების შეცვლითაც.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც მიქსედემას გამოუწვევია მანიაკალური შეტევა, რომელიც განსხვავდება სუფთა მანიაკალური მდგომარეობისაგან.

მიქსედემური მანია მოკლებულია გუნება-განწყობის დადებით ტონს და გონებრივ აგზნებას. კლინიკურად იგი გეაგონებს არა პარმონიულ მანიაკალურ სტატუსს, არამედ აგზნებით მდგომარეობას (მოუსვენრობა, იმპულსურობა, იოლი აგზნებადობა, შფოთვა და სხვ.).

ჩვეულებრივ, მიქსედემა არა ქმნის ფსიქოზურ მდგომარეობებს; მისთვის უფრო დამახასიათებელია ფსიქიკური აპარატის თავისებური შეცვლა, რაც პირველ რიგში ეხება ფსიქიკური ცხოვრების ტემპს, პიროვნების ტემპერამენტს.

მიქსედემური კლინიკის ძირითადი ღერძია ბ რ ა დ ი ფ ს ი ქ ი ზ მ ი . ასეთ ავადმყოფთა ყველა ფსიქიკური ფუნქცია, პირველ რიგში, ემოციურ-ნებითი გამოვლინება, მიმდინარეობს განსაკუთრებით ნელი, დუნე ტემპით, რაც პათოლოგიურ ხასიათს ღებულობს. ავადმყოფთა ემოციურ-ნებითი შესაძლებლობები მკვეთრად შეფერხებულია, მათი ფსიქომოტორიკა — შეკაეებული. ისინი ლაპარაკობენ და მოქმედებენ ზღაზნით, სწრაფად იღლებიან, ემოციურად აპათიური ხდებიან, ტლანქი გამომეტყველება აქვთ, სულ თვლემენ, მოკლებული არიან ყოველგვარ ცოცხალ სურვილებსა და ინტერესებს.

სპეციფიკური ორგანოთერაპიული ჩარევა გამამხნეველ შედეგებს ვეაძლევს. საჭიროა აგრეთვე კვების გაძლიერება, სახელდობრ ცილით მდიდარი პროდუქტები.

კრეტინიზმი პათოლოლოგიურად დაკავშირებულია ფარისებრი ჯირკვლის მძიმე ატროფიასთან. ამ დროს ორგანიზმის მთლიანი ზრდა, აგრეთვე ქალას მოცულობა ვერ აღწევს ჯეროვან განვითარებას, ხოლო ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარება ელემენტებში დეგენერაციული ცვლილებები იწყება.

ავადმყოფებს ეტყობათ მკვეთრი და მძიმე ჩამორჩენილობა როგორც სხეულის განვითარებით, ისე გონებრივი სფეროს მხრივ. ხშირად ჰქუასუსტობა აღწევს იდიოტიის დონეს, ზოჯერ კი შესაძლოა გონებრივი უკმარისობა იყოს იმბეცილობის ან აშკარა დებილობის ფარგლებში.

არჩევნ ორგვარი სახის კრეტინიზმი: ენდემურსა და სპორადულს.

ენდემური კრეტინიზმის შემთხვევები გვხვდება დაავადების კერებში, როგორცაა ზოგიერთი მაღალმთიანი ადგილი შვეიცარიაში, ავსტრიაში, ესპანეთში, ჩვენში — ურალში, ბაიკალსა და სვანეთში.

სპორადული კრეტინიზმი შესაძლოა განვითარდეს ყველგან, ადგილმდებარეობის მიუხედავად.

ენდემური კრეტინიზმის გავრცელებას ხსნიან ადგილის ბიოლოგიური და კლიმატური თავისებურებებით. შენიშნულია სასმელი წყლის განსაკუთრებული სიღარიბე იოდით. ამიტომ ავადმყოფებს, თირეოიდიის ან ცილებით მდიდარი პროდუქტების გარდა, იოდს უნიშნავენ. როგორც წესი, იოდს ხმარობენ სისტემატურად, მცირე დოზებით.

ენდემური კრეტინიზმის შემთხვევებში ღრმა ჰქუასუსტობის გარდა აღინიშნება პათოლოგია მეტყველებისა და სმენის აპარატის მხრივ, ავადმყოფებს ხშირად სმენა და მეტყველების უნარი მთლიანად მოსპობილი აქვთ, ანდა მხოლოდ ზოგიერთი ბგერის გამოთქმალა შეუძლიათ (ლულლული, გაუგებარი, გაურკვეველი სიტყვები).

სპორადული კრეტინიზმის დროს, როგორც წესი, მეტყველებისა და სმენის პათოლოგია არ აღინიშნება.

ენდემური კრეტინიზმის შემთხვევებში ავადმყოფთ სახე შეშუპებული აქვთ, მათი გამომეტყველება ცხადყოფს ემოციური და გონებრივი აპარატის განსაკუთრებულ უკმარისობას.

ავადმყოფები ტორპიდული არიან, იშვიათად იგზნებიან.

ავადმყოფობის კლინიკა ყალიბდება ჩვილ ასაკში. კრეტინიზმის დროს სიცოცხლის ხანგრძლივობა საშუალოდ 30 — 40 წელია.

**ფსიქიკურ განუვითარებლობათა, ანუ ოლიგოფრენიების
კლინიკა**

**ოლიგოფრენიის სენაა და კლინიკური სურათი
(ილიოზია, იზაგილოზა, დეგილოზა)**

ოლიგოფრენია ავადმყოფურ მდგომარეობათა საკმაოდ ვრცელი ჯგუფია, რომლის დროს აღინიშნება პიროვნების ნაკლოვანება, ჩამორჩენა-განუვითარებლობა. ასეთ შემთხვევებში ფსიქიატრიის კლინიკას პირველ რიგში აინტერესებს გონებრივი მდგომარეობა, სწორედ ამით აიხსნება თვით სახელწოდებაც ოლიგოფრენია (ფსიქიკის შეჩერება-განუვითარებლობა).

ოლიგოფრენიული მდგომარეობა, ე. ი. უმაღლეს ფუნქციათა განუვითარებლობა მთლიანად ეხება პიროვნებას, დაქვეითებულია მისი მოტორული შესაძლებლობანი, მეტყველება, ემოციურ-აფექტური მხარე, ნებელობითი რეაქციები და სხვ.

ოლიგოფრენიკთა გონებრივი სფერო ქმნის გარკვეულ ფონს, რომელზეც ძირითადად გაშლილია ავადმყოფური პიროვნების ინტერესები, სურვილები, მოქმედება და რეაქციები. ამიტომ ოლიგოფრენიის კლინიკის განხილვისას პირველ რიგში საჭიროა შეეჩერდეთ ე. წ. ოლიგოფრენიული კვუასუსტობისათვის დამახასიათებელ მომენტებზე.

ოლიგოფრენიული კვუასუსტობა თანდაყოლილი მდგომარეობაა; მას საფუძვლად უდევს ორგანიზმის მიერ ჯერ კიდევ ემბრიონულ პერიოდში მიღებული მთლიანი (პირველ რიგში თავის ტვინის) დეფექტი. გარდა ამისა, გონებრივი შეჩერება შესაძლოა ჩვილ ბავშვობაში ცენტრალური ნერვული აპარატის დაზიანების (ინფექცია, ინტოქსიკაცია, ტრავმები) შედეგად. მაშასადამე, ოლიგოფრენიული კვუასუსტობა ბიოლოგიურად გაპირობებულია ცვლილებებით ემბრიონულ ან ადრეულ პოსტემბრიონულ პერიოდში.

დაბადებამდე შესაძლოა აგრეთვე განვითარდეს თავის ტვინის უბნების არასრული (პიპოპლაზია) ან სრული (ალაზია) განუვითარებლობა, დაბადების შემდეგ კი სხვადასხვაგვარი დაზიანება თავის ტვინში იწვევს დანაშთ, ანუ რეზიდუალურ მოვლენებს.

ოლიგოფრენიის საერთო, კერძოდ კი ოლიგოფრენიული კვუასუსტობის ერთ-ერთი დამახასიათებელი თავისებურებაა აგრეთვე შედარებით სტაბილური მდგომარეობა. ავადმყოფობის მიმდინარეობაში არ აღინიშნება რაიმე გაუარესების ან გამწვავების პერიოდები;

ერთხელ ჩამოყალიბებული სტატუსი შედარებით სტაბილური ხასიათისაა.

ოლიგოფრენიის დროს კუეასუსტობა ძირეულად განსხვავდება შექმნილი კუეასუსტობის ყველა ფორმისაგან: ვითარდება ატაქსიური (შიზოფრენია), ამნეზიური (პროგრესული აპარალიზი, სენილური ფსიქოზები) თუ ტრავმული (ქალას ფიზიკური დაზიანებანი) კუეასუსტობის კლინიკური ნიშნები.

ოლიგოფრენი იყენებს თავის გონებრივ შესაძლებლობებს, ინტელექტუალურ მარაგს თავისებურად აყალიბებს. მაგრამ მთავარია ის, რომ ოლიგოფრენი — ავადმყოფი მოკლებულია სათანადო გონებრივ სიმდიდრეს, ურომლისოდაც შეუძლებელია ადამიანის წინსვლა და განვითარება; მხედველობაში გვაქვს ცნებათა მარაგი და ცნებითი აზროვნების შესაძლებლობანი, რომელთა მხრივ ოლიგოფრენი შეზღუდულია. ოლიგოფრენიული კუეასუსტობის დონე გაპირობებულია ცნებათა მარაგით.

ყველაზე ღრმა ოლიგოფრენიული ფორმაა ი დ ი ო ტ ი ა, როდესაც განვითარება არ აღემატება 2 — 3 წლის ასაკის შესაძლებლობათა ფარგლებს და ავადმყოფი სრულიად მოკლებულია უმარტივეს ცნებებს. მას არა აქვს სივრცის, დროის, რიცხვის ცნება და ამიტომ არ ძალუძს რაიმე პოზიტიური ცოდნის მიღება, გონებრივი გამდიდრება.

არის შემთხვევები, როდესაც იდიოტიის დროს ვითარდება აგრეთვე მეტყველების პათოლოგია. ამ დროს, გონებრივი უსუსურობის გარდა, ავადმყოფებს აღენიშნებათ სხვა ფუნქციების დეფექტებიც: მათ შეუძლიათ მხოლოდ ვეგეტატიური ცხოვრება (ძილი, კვება).

ოლიგოფრენიის შემდგომ საფეხურზე (იმბეცილობა), ძირითადი ცნებების გარდა, ავადმყოფთ საკმაოდ აქვთ წარმოდგენილი კონკრეტული, ანუ საგნობრივი ცნებები (მაგალითად, „შინაური ფრინველი“, „ავეჯი“, „სასკოლო ნივთები“ და სხვ.), მათი გონებრივი განვითარება 6 — 7 წლის ბავშვის დონეზეა. ასეთ ავადმყოფებს არ ძალუძთ თეორიული წინსვლა, საკმარისი გონებრივი გამდიდრება: მათ შეუძლიათ მხოლოდ ზოგიერთი მარტივი ხასიათის სამუშაოს შესრულება სხვისი მეთვალყურეობით.

მესამე, ყველაზე უმაღლესი ჯგუფის ოლიგოფრენიული ფორმაა ე. წ. დ ე ბ ი ლ ო ბ ა.

დებილთა გონებრივი დონე არ აღემატება 12 — 13 წლის ბავშვის გონებრივ განვითარებას: მათ აქვთ ძირითადი, კონკრეტული და აბსტრაქტული ცნებებიც, მაგრამ, ამავე დროს, უმაღლესი. ე. ი. განყენებული, ანუ აბსტრაქტული ცნებების მხრივ ძლიერ შეზღუდული არიან.

ამრიგად, ოლიგოფრენიის მრავალრიცხოვანი შემთხვევები ძირი-

თადად შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სამი ჯგუფის სახით: ი დ ი ო ტ ი ა, ი მ ბ ე ც ი ლ ო ბ ა და დ ე ბ ი ლ ო ბ ა, რომელთა შორის უამრავი გარდამავალი საფეხურია.

ოლიგოფერენიის დონისა და სიღრმის ზუსტ დადგენას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან მასზეა დამოკიდებული მედიკურ-პედაგოგიური, სასამართლო-ფსიქიატრიული და სამხედრო-ფსიქიატრიული საკითხების პრაქტიკული გადაჭრა.

ღ რ მ ა ი დ ი ო ტ ი ა ის დროს ავადმყოფები მოკლებული არიან ემოციურ რეაქციებს; შეუძლებელი ხდება მათი ყურადღების გამახვილება. ისინი ხშირად მხოლოდ ლულულდებენ, უსუფთაონი არიან, საკვებ პროდუქტებში ვერ ერკვევიან, ხელთცდუნებას ეწევიან ცხადად და მისი დაშლა იწვევს საშინელ აღშფოთებას.

არის შემთხვევები, როდესაც საქმე გვაქვს, ასე ვთქვათ, „ნიჰიერ“ იდიოტებთან; ასეთი ავადმყოფები მოკლებული არიან ცნებებს, მაგრამ მათ სრულიად შერჩენილი აქვთ მეტყველება, სიტყვებისა და წინადადებების გარკვეული მარაგი, უმარტივესი ემოციები (მახლობლებისადმი ერთგვარი სიყვარული) და შესაძლოა გამოუმუშავდეთ უმარტივესი საყოფაცხოვრებო ჩვევებიც.

ი მ ბ ე ც ი ლ ე ბ ს, როგორც აღვნიშნეთ, შეუძლიათ მარტივი სამუშაოს შესრულება. ავადმყოფთა ყოფაქცევა დამოკიდებულია ემოციური სფეროს მოწესრიგებაზე. იმბეცილებს სჩვევიათ იმპულსური აგზნება. ალკოჰოლი მათ მდგომარეობას ძლიერ აუარესებს.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ საერთოდ ოლიგოფერენიის ყველა ფორმაზე ცუდად მოქმედებს ინფექციები, ინტოქსიკაციები, აგრეთვე ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმები.

ბინის სიმახინჯით გამოწვეული ოლიგოფერენიული მდგომარეობები

მ ი კ რ ო ც ე ფ ა ლ ი ა. გონებრივი განვითარების მხრივ მიკროცეფალიის დროს აღინიშნება ღრმა ჩამორჩენილობა. ხშირია იდიოტია, უფრო იშვიათი — ღრმა იმბეცილობა.

სხეულის ზოგად განუვითარებლობასთან ერთად განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ქალას სიმცირე და თავის ტვინის მეტად დაბალი წონა (როგორც წესი, ათას გრამზე ნაკლები, ხოლო ზოგჯერ 400 — 500 გრამს არ აღემატება). განსაკუთრებით განუვითარებელია დიდი ტვინის ჰემისფეროთა ქერქული აპარატი, პირველ რიგში შუბლის წილი. მიკროცეფალიის დროს დარღვეულია აგრეთვე ქერქის ცენტოარქიტექტონიკური სურათი: განგლიურ უჯრედებს ეტყობა განუვითარებლობა და უთანაბროდ განლაგება.

ქვემოთ მოვიყვანთ მოკლე ცნობებს ე. წ. ოჯახური ამავროზული იდიოტიის შესახებ. ავადმყოფობა ვითარდება ჩვილ ბავშვთა შორის და მას მეტად მძიმე პროგნოზი აქვს.

კლინიკურად დამახასიათებელი სიმპტომებია ღრმა კეუასუსტობა, კიღურთა პარეზები, პარალიზმები და მხედველობის პროგრესული შესუსტება. ავადმყოფობის სრული განვითარებისას მხედველობის პათოლოგია თავდება სრული სიბრმავეით. უკანასკნელ შემთხვევებში ოფთალმოოსკოპიურად ყვითელ ლაქაში დამახასიათებელი ცვლილებები აღინიშნება.

ოჯახურ ამავროზულ იდიოტიას საფუძვლად უდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის პარენქიმულ ელემენტთა განსაკუთრებით მძიმე და შეუბრუნებელი მორფოლოგიური ცვლილებები, რაც საბოლოოდ იწვევს უჭრედთა სრულ განადგურებას. პათომორფოლოგიური ძვრები ეხება როგორც უჭრედის სხეულს, ისე მის მორჩებს.

• ოლიგოფრენიის გავრნალობა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

მკურნალობისათვის საჭიროა ეტიოლოგიური მომენტების დაზუსტება.

ცხადია, განვითარების მანკის შემთხვევებში თერაპია შემოისაზღვრება მხოლოდ სიმპტომური ჩარევით.

ლუესური მიზეზის შემთხვევაში ნაჩვენებია სპეციფიკური თერაპია; თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ აქ საქმე გვაქვს არა სიფილისურ ინფექციასთან, არამედ 'შეუბრუნებელ' და სტაბილურ პათოლოგიურ ცვლილებებთან, რის გამოც შესამჩნევი გაუმჯობესება ნაკლებ მოსალოდნელია.

ქრონიკული მეთოდით მკურნალობასაც მხოლოდ სიმპტომური მნიშვნელობა აქვს.

ოლიგოფრენიული კეუასუსტობის პროფილაქტიკა-მკურნალობა პირველი რიგში გაშლილი უნდა იყოს სამკურნალო-პედაგოგიურ ღონისძიებათა ხაზით.

ღრმა კეუასუსტ ავადმყოფთათვის (იდიოტები, ღრმა დებილები) ნაჩვენებია ფსიქიატრიული სტაციონარი, ხოლო მაღალი იმბეცილებისათვის და ზოგიერთი დებილისათვის — სწავლისა და შრომის სპეციალური პირობების შექმნა.

სწავლა-განათლების მხრივ ყველაზე გამამხნეველ შედეგებს ვღებულობთ სუსტად გამოხატული დებილობის შემთხვევებში.

რაც შეეხება ოლიგოფრენთა მიმართ სასამართლო-ფსიქიატრიუ-

ლი საკითხების გადაკრას, უპირველეს ყოვლისა დაზუსტებული უნდა იყოს თანდაყოლილი ქვესუსტობის სიღრმე.

ინიციტივის უქონლობისა და გონებრივი სიღარიბის გამო ამ შემთხვევებში ბოროტმოქმედება უფრო ხშირად ხდება სხვა პიროვნებათა ზეგავლენის შედეგად; ოლიგოფრენებს ძლიერ აწეული აქვთ შთაგონებულობა, ამიტომ ადვილია მათზე მიზნით მათი „გამოყენება“. ღრმა ოლიგოფრენებს არ ძალუთ სათანადოდ გაერკვნენ ჩადენილ მოქმედებაში; ისინი უფრო „მექანიკურად შემსრულებელ“ პირთა როლში გამოდიან, ამიტომ მათ მიერ ჩადენილი საქციელი კვალიფიცირებული უნდა იყოს როგორც არაშერაცხადი მდგომარეობა.

როდესაც ავადმყოფები იმყოფებიან შესაძლებლობათა მხრივ საკმაოდ კომპენსირებულ მდგომარეობაში. ისინი პასუხს აგებენ კანონის წინაშე.

თ ა ვ ი X X V

ფუნქციური ბუნების ფსიქიკური დაავადებანი

ზოგადი ფენიფენები მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის, სირაულარული ფსიქოზის, ანუ სიკლოფრენიის შესახებ

ფუნქციური ბუნების ფსიქოზები კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი მეტად საპასუხისმგებლო საკითხია. ორგანული ფსიქოზის უარყოფა და ფუნქციური დაავადების მტკიცე დადგენა გვაძლევს არა მარტო მკურნალობის სრულიად გარკვეულ გეზს, არამედ მტკიცე და ურყევი პროგნოზის გამოტანის შესაძლებლობასაც. ფუნქციური დიაგნოზის დასმა უკვე ნიშნავს მოსარჩენი და გამამხნეველებელი მდგომარეობის აღიარებას.

ტერმინები „მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი“, „ციკლულარული ფსიქოზი“, ანუ „ციკლოფრენია“ ერთი და იმავე სულიერი დაავადების სინონიმებია, ხოლო თვით სახელწოდება გულისხმობს ფსიქოზის კლინიკურ შინაარსს.

ეს ფსიქოზი ერთი მთლიანი ნოზოლოგიური ერთეულია, მაგრამ მის კლინიკურ მიმდინარეობაში აღინიშნება ორი სრულიად საპირისპირო ფაზა: მანიაკალური და დეპრესიული.

რადგან ეს ორი ფაზა ხშირად ცვლის ურთიერთს და ზოგჯერ შერეული მდგომარეობა ვითარდება, მკვლევარნი ასკენიან, რომ ამ შემთხვევაში უნდა იყოს ერთი ნოზოლოგიური დაავადება.

ტერმინი „ციკლულარული“, „პერიოდული“, ანუ „ციკლოფრენია“ გულისხმობს ფსიქოზის კლინიკას პერიოდული შეტევებით. შეტევების

ვარეშე, ე. წ. „ნათელ პერიოდებში“ პიროვნებათა სრულიად კომპენ-სირებული (კლინიკურად ჯანმრთელი) მდგომარეობაა.

ციკლოფრენია არაპროგრადიენტული დაავადებაა: ქეუასუსტობას არ იწვევს; ასაკის მხრივ შეტევათა მაქსიმუმი მოდის 20—25 წლის ასაკზე.

ახალგაზრდა ასაკში შეტევების ხანგრძლივობა ხანმოკლეა (საშუალოდ 4—6 თვე), სრულასაკოვნებში — უფრო ხანგრძლივი (ერთი წელი და ზოგჯერ მეტიც).

შეტევების რაოდენობა მეტად ცვალებადია. არის შემთხვევები, როცა ერთი ან ორი შეტევა ვითარდება, ზოგჯერ კი მნიშვნელოვნად მეტა. ამის მიხედვით ნათელი პერიოდის ხანგრძლივობა რამდენიმე თვიდან რამდენიმე ათეულ წლამდეა.

მანიაკალური და დეპრესიული ფაზები ყოველთვის თანაბარი ძა-ლით და ხანგრძლივობით არ არის გამოხატული, სქარბობს ხან ერთა, ხან მეორე. ჩვეულებრივ, ფაზებს შორის ნათელი პერიოდია, ზოგჯერ კი მანიაკალური ფაზა უშუალოდ გადადის დეპრესიულში და პირიქით.

ციკლოფრენია თავისი ბუნებით კეთილთვისებიანი და დადებითი პროგნოზის მქონე ავადმყოფობაა.

საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ შემთხვევები, როდესაც შეტევები ძალი-ან ხშირია, ხოლო ნათელი შუალედები მეტად მოკლე: არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც აბსოლუტურად დადებითი პროგნოზის მქონე მდგომარეობა. ამ დროს პიროვნება ერთგვარად ილახება. ფსიქიკური აპარატის ზოგიერთი ფუნქცია დაქვეითებულია.

მანიაკალური ფაზის კლინიკური სურათი

ს უ ფ თ ა მ ა ნ ი ა კ ა ლ უ რ მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ს ა ხ ს ი ა თ ე ბ ს ფ ს ი ქ ი კ უ - რ ი ა პ ა რ ა ტ ი ს თ ა ნ ა ბ ა რ ი ა გ ზ ნ ე ბ ა : სამივე ფსიქიკური სფერო გაღიზიანებულია ჰარმონიულად, ხოლო გაღიზიანების დონის მიხედვით შე-საძლოა აღინიშნებოდეს ჰიპომანიაკალური სტატუსი.

გარე ფაქტორების მიხედვით აგზნების მდგომარეობა შეიძლება გაძლიერდეს. მცირე მიზეზის გამო ავადმყოფები რისხდებიან, ზოგ-ჯერ კარგი მოპყრობა მათ ამშვიდებთ.

ყველა ფუნქციის გაღიზიანების შედეგად აღინიშნება ავადმო-ყვის პიროვნების მთლიანი ჰარმონიული აგზნება, რაც ცენტრალური სიმპტომია შიზოფრენიული აგზნების გამოსარაცხად.

ავადმყოფებს აქეთ აწეული თვითგრძნობა და გუნება-განწყობა. ისინი ყოველმხრივ კმაყოფილი არიან. გონებრივი სფეროც გაღიზიანებულია. კრიტიკული შესაძლებლობა და აზრთა კონტროლი დაქვე-

ითებულია, ამის შედეგად აღინიშნება ოსიციაციათა აჩქარება, ასოციაციების შეუღლება, აზროვნება კი განსაკუთრებით ზერელა.

ასოციაციათა აჩქარებამ ზოგჯერ შეიძლება მძიმე ხასიათი მიიღოს, ამ დროს ავადმყოფი ვერ ასწრებს გარკვეულ წარმოდგენებზე შეჩერებას, მათ ანალიზს და ტოვებს აბნეული ავადმყოფის შთაბეჭდილებას.

ავადმყოფები აზრებს თავს ვერ უყრიან ყურადღების ატაცებულობის გამო: მათი პასიური ყურადღება აწეულია, ხოლო აქტიური— განსაკუთრებით დაწეული.

ისინი ადვილად რისხდებიან ხოლმე, მაგრამ მალე წყნარდებიან და ლმობიერი ხდებიან.

ავადმყოფთა პიროვნების ბირთვი მორალურად შენარჩუნებულია; ამ მხრივ პროგრესული პარალიზის საპირისპირო მდგომარეობაა.

უწმაწური სიტყვიერი პროდუქციები ზოგჯერ აღინიშნება სუფთა მანიის შემთხვევებშიც, მაგრამ დაწყნარებისას ავადმყოფები ბოღიშს იხდიან.

ჰალუცინაციები არ ვითარდება; ავადმყოფთ აღენიშნებათ მცდარი, ილუზიური აღქმელობა, რასაც საფუძვლად უნდა ედოს აქტიური ყურადღების შესუსტება და საგანზე მისი ფიქსაციის შეუძლებლობა.

არც ბოღითი იდეები აღინიშნება. აწეული გუნება-განწყობის ფონზე წამოჭრილი განდიდების პროდუქციები მოკლებულია ბოღითი იდეების სიმტკიცეს და უფრო ფანტაზიურ წარმოდგენას ჰგავს. ავადმყოფს მკვეთრად აქვს გამოხატული მოტორული ფუნქციების აგზნება, რაც წარმოდგენილია პათოლოგიური პიროვნების მთლიანობაში, ამიტომ მას აღენიშნება მოქმედებათა და არა მოძრაობათა აგზნება.

ავადმყოფები ბევრს მოქმედებენ: დარბიან, დახტიან, ცეკვავენ, აწუნებენ მეზობლებს, მომვლელ პერსონალს, იმდენს ლაპარაკობენ. რომ ხმა ეხლიჩებათ: არ სძინავთ, არ ისვენებენ; მათ არ ეტყობათ დაღლილობა.

ღვარჯიშის ფაზის კლინიკური სურათი

თუ მანიაკალური ფაზის დროს ფსიქიკური აპარატის სამივე სფეროში აღინიშნება თანაბარი აგზნება, ციკლოფრენიული, ე. ი. სუფთად დეპრესიის დროს იგივე სამი სფერო თანაბრად შეფერხებულია. გრძნობით-ემოციური სფერო დაწეულია, ინტელექტი და მოტორიკა — შეფერხებული.

დაკნინებისა და შეფერხების სიღრმის მიხედვით ვარჩევთ სუბდეპრესიულ, დეპრესიულ და მძიმე დეპრესიულ მდგომარეობას.

როგორც წესი, ცნობიერება ნათელია, ხოლო მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა აბნეული იყოს. ავადმყოფთ აღენიშნებათ განსაკუთრებით მძიმე, უსიამო გუნება-განწყობა და აფექტური შთანთქმულობა, დანაოქებული და მწუხარების გამომხატველი სახე აქვთ. მძიმე დეპრესიაზე მიგვიითივებს როგორც შუბლის, ისე ქუთუთოს დანაოქება.

თვითგრძნობა — გუნება-განწყობის დაქვეითება დაკავშირებულია ორგანიზმის ზოგადი ბიოტონუსის დაქვეითებასთან.

დიდი განცდები, ნამდვილი მწუხარება ერთ-ერთი იმ სიმპტომთაგანია, რომლებითაც ციკლოფრენიული, ანუ სუფთა დეპრესია განსხვავდება შიზოფრენიკთა დეპრესიისაგან.

როგორც ვიცით, შიზოფრენიული დეპრესია ყალბია და გაპირობებულია ემოციური სფეროს განურჩევლობით, ხოლო პროგრესული პარალიზის დროს ემოციურ განურჩევლობას საფუძვლად უდევს ავადმყოფთა გონებრივი სიღარიბე, კჟელასუსტობა.

ასოციაციები შეფერხებულია: ავადმყოფები ლაპარაკობენ ძლიერ ნელა, დაბალი ხმით, კარგავენ აზროვნების ინიციატივას. ზოგჯერ ვითარდება დეპრესიული ტონის ბოდვითი პროლუქციები, მაგალითად. თვითბრალდების, თვითგანადგურების, დევნისა და ნიჰალისტურ-იპოქონდრული ბოდვები. მოტორული სფერო შეფერხებულია. ფუნქციონალური შეფერხება-შეკავება ზოგჯერ ქმნის ე. წ. დეპრესიულ სტუპორს.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი

მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს (სინონიმები: ცირკულარული ფსიქოზი, ციკლოფრენია) ახასიათებს მანიაკალური და დეპრესიული ფაზები და მათ შორის ე. წ. ნათელი (კლინიკურად ჯანმრთელი) პერიოდები.

აღსანიშნავია, რომ ქალები ციკლოფრენიით ავადდებიან უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცები. დაავადების პირველი მეტევა უფრო ხშირია 20 — 30 წლის ასაკში. ბავშვებში ციკლოფრენია მეტად იშვიათია. ციკლოფრენია ძალიან იშვიათია მოხუცებულობის ასაკშიც და ხანგრძლივად და მძიმედ მიმდინარეობს.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის წარმოქმნაში გარკვეულ როლს ანიჭებენ მემკვიდრეობით ფაქტორს. პათოგენეზურ მექანიზმებში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია დიენცეფალურ-ჰიპოფიზური სისტემის პათოლოგიას.

დეპრესიულ ფაზას, ანუ მელანქოლიას ახასიათებს გუნება-განწყობის დაქვეითება, ასოციაციურ პროცესთა მიმდინარეობის შენელება, ნებითი სფეროს შეკავება. განსაკუთრებულად დამწუხარებულ, დაბოლმიანებულ და სევდიან გუნება-განწყობას თან სდევს უსიამო სო-

მატური შევრძენებები, განსაკუთრებით გულის არეში, ავადმყოფთა გარეგნობა ცხადყოფს მათ დაქვეითებულ გუნება-გამწყობას: მიმიკა და პოზა გამოხატავს მწუხარებას, ხშირია ცრემლიანობა, მოძრაობა შენელებული, ღუნეა, მეტყველება ნელი, მოდულაციის გარეშე, ხშირად ჩურჩულით. განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს დეპრესიულა გუნება-განწყობით გაპირობებული მიდრეკალება თვითმკვლელობისადმი. რაც მეტად საშიშია ე. წ. მელანქოლიური რაპტუსის დროს. ვითარდება დეპრესიული ტონის ბოდვითი აზრები: თვითბრალდების, ცოდვიანობისა და ნიპილისტური. არცთუ იშვიათია აკვიატება. დეპრესონალიზაცია, იპოქონდრიული გამოთქმები და აღქმის გაუკულმართება.

ფიზიკური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ტემპერატურის დაქვეითება, უძადობა, წონის დაკლება, ტანის ტურგორის დაქვეითება, თმის ცვენა და ზოგჯერ ნაადრევი გაჭაღარაგება, სისხლის წნევა ზოგჯერ მომატებულია, გულის ცემა აჩქარებული, მაჯა სუსტი ავსების, კიდურები ცივი და ციანოზური. შარდის დღელამურა რაოდენობა კლებულობს. ყურადღებას იპყრობს გუგების გაფართობება, ყაბზობა, ენის სიმშრალე.

მანიაკალურ ფაზას ახასიათებს გუნება-განწყობის მკვეთრი აწვევა. ასოციაციურ პროცესთა აჩქარება, ნებითი იმპულსების გაადვილება. მეტყველებითი და მოტორული აგზნება. ჩვეულებრივ, მანიაკალური ფაზა მიმდინარეობს ნათელი ცნებების ფონზე. მხოლოდ განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევაში ძლიერი აგზნების გამო ავადმყოფი კარგავს ჯარემოსა და საკუთარ თავში ორიენტაციის უნარს („აბნეულ მანია“).

გუნება-განწყობის აწვევის გამო ხშირად ავადმყოფები გადაქარბებულ შეფასებას აძლევენ თავის პიროვნებასა და შესაძლებლობებს. ბოდვითი აზრები, ჩვეულებრივ, ეპიზოდური ხასიათისაა, მათი შინაარსი გაპირობებულია დომინირებული აფექტური მდგომარეობით. მოკლებულია სისტემურობას.

ასოციაციების აჩქარებისა და მესხიერებას მოშლას გამო ზოგჯერ ვითარდება კონფაბულაციები („კონფაბულაციური მანია“).

ფიზიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია კვების დაქვეითება, წონის დაკლება, უძილობა, მაჯის ცემის აჩქარება, დიურეზის მომატება.

ციკლოფრენიის მიმდინარეობაში ზოგჯერ აღინიშნება შერეული მდგომარეობები, რომელთაგანაც აღსანიშნავია დეპრესია ფსიქომოტორული აგზნებით და მანიაკალური აგზნება ფსიქომოტორული შეკავებით (მანიაკალური სტუპორი).

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის მიმდინარეობაში ცალკეულ ფაზები ცვლის ერთმანეთს უშუალოდ ან ამა თუ იმ ხანგრძლივობის

ნათელი პერიოდის შემდეგ. ხშირად დაავადება წარმოდგენილია მხოლოდ ერთი რომელიმე ფაზით (დეპრესიული ან მანიაკალური). ფაზის ხანგრძლივობა სხვადასხვაგვარია — 1 თვიდან 1 — 2 წლამდე. ასევე სხვადასხვაგვარია ფაზათა სიხშირეც: ერთ შემთხვევებში მთელი სიცოცხლის მანძილზე აღინიშნება ერთეული შეტევები. მეორე შემთხვევებში კი — ათეული და მეტი.

ჩვეულებრივ, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ფაზა მთავრდება ფსიქიკური გამოჯანმრთელებით და ნათელ პერიოდში (რომლის ხანგრძლივობა მეტად ცვალებადია, რამდენიმე თვიდან ათეულ წლებამდე) დეფექტი ინტელექტუალურ სფეროში არ შეინიშნება, ზოგჯერ კი ხშირი და ხანგრძლივი შეტევების დროს, როდესაც ნათელი პერიოდები ხანმოკლეა, ფსიქიკა შენარჩუნებულია და პიროვნება გარკვეულად შეცვლილია.

ციკლოფრენიის დროს სამკურნალო ტაქტიკას განსაზღვრავს ავადმყოფის მდგომარეობა; დეპრესიის დროს, როდესაც გუნება-განწყობის დაქვეითებასთან ერთად მოტორული შეკავებაცაა, საჭიროა ანტიდეპრესანტები: იმიზინი (მელიპრამინი, იმპრამინი, ტოფრანილი). ხოლო მოტორული მოუსვენრობის შემთხვევებში (დეპრესია ფსიქომოტორული აგზნებით) მათი კომბინაცია ნეიროლეფსიურ საშუალებებთან, სახელდობრ ამინაზინთან. ნოზინანთან, ტიზერცინთან.

უნდა გვახსოვდეს, რომ აეტირებული დეპრესიის დროს მხოლოდ ანტიდეპრესანტების ხმარებამ შესაძლებელია გაამწვავოს მდგომარეობა, გააძლიეროს შიში და ზოგადი მოუსვენრობა, დიდი დოზებით ნოზინანი და ტიზერცინი ანტიდეპრესანტების გარეშე მელანქოლიას აძლიერებს.

ანტიდეპრესიული პრეპარატების: ტრანსამინის, ნიამიდის ან იპრაზიდის დანიშვნა შესაძლებელია მაშინ, როდესაც ციკლოფრენიულ დეპრესია ღრმა არ არის. ტრანსამინი, ნიამიდი ან იპრაზიდი შესაძლებელია დაუნიშნონ ავადმყოფს მხოლოდ ლპრამინის უკანასკნელი მიღებიდან არა ნაკლებ 2 კვირის შემდეგ. საშიშია ასეთ ავადმყოფთა მიერ ინჰიბიტორების ხმარება ნეიროლეფსიურ საშუალებებთან და ბარბიტურატებთან ერთად. სათანადო რეჟიმის დაცვა საჭიროა აგრეთვე კვების მხრივაც (აკრძალულია ლუდი, ყველი, ფორთოხალი).

დეპრესიული ავადმყოფები საჭიროებენ განსაკუთრებულ და მუდმივ მეთვალყურეობას სრულ გამოჯანმრთელობამდე. მათ ყოველთვის სტაციონარში უნდა მკურნალობდნენ. ზემოაღნიშნული მედიკამენტური თერაპიის გარდა, მნიშვნელოვან ადგილს უთმობენ ავადმყოფის მოვლას, კვებას, საერთო ამალორძინებელ საშუალებებსა და ვიტამინებს. დიდი ყურადღება უნდა დაუთმონ ფსიქოთერაპიულ საუბრებს. გამოჯანმრთელების შემდეგ, ხანგრძლივი დროის მანძილზე,

ავადმყოფს უტარებენ განმამტკიცებელ თერაპიას ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებით.

მანიაკალური ფაზის მკურნალობას ატარებენ ამინაზინით, სტელაზინით, ტიზერცინით, ჰალოპერიდოლით. დასაწყისში, აგზნების შეწყვეტის მიზნით, პრეპარატები უნდა იხმარონ ინექციების სახით, შემდეგ კი — ტაბლეტებად. დოზები სწრაფად საკმაოდ უნდა უმატონ. გამოკეთების შესაბამისად დოზებს აკლებენ თანდათანობით (რადგან უეცრად დაკლებას ზოგჯერ შესაძლებელია მოყვეს მდგომარეობის გამწვავება). გამამტკიცებელ თერაპიას ატარებენ ხანგრძლივად, უმთავრესად იმავე პრეპარატით, რომლითაც მიღწეული იყო დადებითი შედეგი, მაგრამ შედარებით მცირე დოზებით. უნდა გვახსოვდეს, რომ ამინაზინით და სტელაზინით მკურნალობა საჭიროა სიფრთხილით, რადგან ზოგჯერ მათ შეიძლება გამოიწვიონ დეპრესიული მდგომარეობა. ასეთ შემთხვევაში უფრო მიზანშეწონილია ტიზერცინი ან ჰალოპერიდოლი.

როდესაც მანიაკალური ან დეპრესიული ფაზა არ არის მკვეთრად გამოხატული და მოკლებულია სიღრმეს (ციკლოფიმა), სათანადო პრეპარატები ნაკლები დოზებით უნდა დაუნიშნონ. შესაძლებელია აგრეთვე ანდაქსინისა და ელენიუმის გამოყენება.

დიდ ყურადღებას საჭიროებს ციკლოფრენიის პროფილაქტიკა, რომლის დროს ძირითადია საყოფაცხოვრებო პირობებისა და ღლის რეჟიმის მოწესრიგება, სათანადო კვება, ალკოჰოლური სასმელების სრული აღკვეთა, ემოციური გადაძაბვის, ძილის რითმის დარღვევის აცილება.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ციკლოფრენიის ფაზების (დეპრესიული ან მანიაკალური) განვითარება შედარებით ხშირია გაზაფხულსა და შემოდგომაზე. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზით შეპყრობილი ავადმყოფები განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას საჭიროებენ აგრეთვე კლიმაქსისა და ინვოლუციის დროს.

თ ა ვ ი X X V I

ფსიქოგენური ბუნების აზლილოზანი

ზოგადი ფენიზენაჰი ფსიქოლოგიური რეაქტივების, ანუ
/ რეაქტიული ფსიქოზაზის ფასახაზ

ფსიქოგენური რეაქციები, ანუ რეაქტიული ფსიქოზები კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი საკითხია. ეს ფსიქოზები თუ ფსიქოზური მდგომარეობა არ იწვევს რაიმე შესამჩნევ

პათომორფოლოგიურ ძვრებს, რაც სრულიადაც არ ნიშნავს, რომ თითქოს შესაძლოა ყოველგვარ მატერიალურ საფუძველებს მოკლებული უსუბსტრატო ფსიქოზების არსებობა.

უფრო მეტიც, უახლესი ნატიფი ელექტროენცეფალოგრაფიული გამოკვლევები ნათლად გვიჩვენებს, რომ ფსიქოგენიების დროსაც აღინიშნება ქერქული აპარატის ბიოდენების ნეიროდინამიკის შეცვლა.

ფსიქოგენიები, იქნება ისინი მარტივი რეაქციებისა თუ პიროვნების რთული ავადმყოფური განვითარების სახით, უთუოდ გულისხმობს სამ მომენტს: ფსიქოგენურ ეტიოლოგიას, ავადმყოფობისადმი განმაწყობელ პირობებს, ანუ ტიპოლოგიურ მზადყოფნასა და დაღებით პროგნოზს (პიროვნების სრული აღდგენა). მოკლედ შევჩერდებით მათზე.

ფსიქოგენური ტრავმა, ე. ი. მძლავრი უსიამო გაცნა, რომელსაც პიროვნება გამოჰყავს წონასწორობიდან და იწვევს მის შრომიტ-სოციალურ ძალთა დეკომპენსაციას, შესაძლოა იყოს ხანმოკლე და ერთჯერადი შოკური (ფსიქიკური შოკი) ან გახანგრძლივებული ტრავმის სახით.

ფსიქიკურ შოკს (მაგალითად, მძლავრი შიში, თავზარდამცემი უსიამო ამბის შეტყობა და სხვ.), ჩვეულებრივ, მოსდევს უეცარი ავადმყოფური რეაქციები, რომელთა მექანიზმები მარტივი, პრიმიტიულია. მაგალითისათვის დავასახელებთ ფსიქიკურ სტუმბორს, როდესაც მძლავრ შიშზე ავადმყოფებს უცებ უვითარდებათ ფსიქიკური შეკავება-გაყუჩება ან ისინი ვარდებიან სრულიად უმოძრაო მდგომარეობაში.

ზოგჯერ შოკ-ტრავმა იწვევს პიროვნების რთულ პათოლოგიურ განვითარებას, რისთვისაც საჭირო ხდება დრო ტრავმული მომენტიდან ავადმყოფურ რეაქციამდე. ეს პერიოდი სხვადასხვა ხანგრძლივობისაა (დღე, კვირა, თვე) და ცნობილია როგორც ფსიქოგენური რეაქციის გამოკვეთის, ანუ ჩამოყალიბების პერიოდი. ამ დროის მანძილზე პიროვნება ავადმყოფურად გადაამუშავებს ფსიქოტრავმულ გაცნალებს.

პროტრაგირებული ფსიქიკური ტრავმის შემთხვევებში აღინიშნება პიროვნების ხანგრძლივი და მრავალი ტრავმირება, რის შედეგად ფსიქიკური აპარატი იტვირთება ასთენიური ემოციებით. გახანგრძლივებულ ტრავმას მოსდევს რთულმექანიზმიანი რეაქტიული მდგომარეობები. რეაქტიული ფსიქოზების შემთხვევებში ფსიქიკური ტრავმა არის არა მარტო ეტიოლოგიური, არამედ პათოგენეზური, წამყვანი ფაქტორი.

ფსიქოზური კლინიკური სურათი გაშლილია ფსიქოტრავმულ

განცდებზე ან, პირიქით, ასთენიური განცდები ჩაქსოვილია რეაქტიულ მდგომარეობათა კლინიკაში.

ყველა გარე თუ შიგა ფაქტორი, რომლებიც იწვევენ პიროვნების ასთენიზაციას (დაძაბუნებას), ხელს უწყობს რეაქტიულ მდგომარეობათა განვითარებას. საჭიროა გავიხსენოთ ინფექციების, ინტოქსიკაციების (პირველ რიგში ალკოპოლიზმი), ქალას ტრავმების, უძილობის, დაღლილობის, შიმშილისა და ინვოლუციური ასაკის უარყოფითი ზეგავლენა.

ფსიქოგენიის მესამე აუცილებელი ნიშანია დადებითი პროგნოზი, ე. ი. პრემორბიდული პიროვნების სრული აღდგენა.

ფსიქოთერაპიულ ღონისძიებათა ფართო ხმარება, ჭეროვანი რეჟიმისა და პირობების შექმნა, აგრეთვე ფსიქოტრავმულ ფაქტორთა სრული მოხსნა დადებითი პროგნოზის უტყუარი საწინდარია.

რეაქტიული დეპრესია

ფსიქოგენურ რეაქციათა შორის ერთ-ერთი ხშირი ფორმაა რეაქტიული დეპრესია, რომელსაც საფუძვლად უდევს პიროვნებისათვის განსაკუთრებით უსიამო ამბები. ამ დროს ვითარდება სხვადასხვა ხანგრძლივობის ემოციური აშლილობა, რომელიც სცილდება ჩვეულებრივი დამწუხრების ფიზიოლოგიურ ფარგლებს და არღვევს პიროვნების შრომით სოციალურ კავშირებს.

ყოველი ფსიქოგენიის მსგავსად, რეაქციული დეპრესიის შემთხვევებშიც ხდება პიროვნების შესაძლებლობათა, მისი ნორმალური მექანიზმების ამოქმედება-გამოყენება. მაგრამ ამასთან ერთად, რაოდენობა გადადის თვისებაში; წარმოიქმნება ახალი ავადმყოფური სპეციფიკაცია, იწყება პიროვნების დეკომპენსაცია და ვითარდება ფსიქოზი.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ თუმცა ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ რეაქციათა შორის მრავალი გარდამავალი საფეხურია, ფსიქოზი ყოველთვის ახალი ავადმყოფური სპეციფიკაა.

რეაქტიული დეპრესია მხოლოდ გარეგნულად ჰგავს ციკლოფრენიულ დეპრესიას.

ფსიქოგენური დეპრესია არ იწვევს პიროვნებაში ღრმა ემოციურ-აფექტური ხასიათის ძვრებს; მას არ ახასიათებს აგრეთვე თვითდამცირების ან თვითბრალდების ბოღებითი წარმოდგენები და ფსიქომორტორული სფეროს შეფერხება.

ფსიქოგენური დეპრესიის შემთხვევებში ავადმყოფთა ბოღმა ეგზოგენურად გაპირობებულია; ისინი ბრალს სდებენ არა თავიანთ თავს, არამედ სხვებს — გარშემო მყოფთ.

მდგომარეობა გრძელდება რამდენიმე დღე, კვირა, ზოგჯერ თვე
და არ იწვევს რაიმე გართულებებს. გადატანილი ამბების მიმართ
ავადმყოფებს მეხსიერებაში ხარვეზები აღენიშნებათ.

მწვავე ფსიქოგენური რეაქცია კლინიკურად შეიძლება წარმოდ-
გენილი იყოს სიმპტომოკომპლექსის სახით.

ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფებს მოტორული აგზნება აღენიშნე-
ბათ. ელდა-შიშის დროს განვითარებული მწვავე აფექტური დაძაბვა
პიროვნებას უსპობს უმაღლესი ქერქული მოქმედების უნარს, რაც
იწვევს ქერქვეშა ბუნების მოტორულ აგზნებას.

სხვა შემთხვევებში ცნობიერების არის მაქსიმალურ შევიწროებას
მოსდევს პიროვნების ზოგადი შეკავება-გაყუჩება, ე. წ. ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი
ს ტ უ პ ო რ ი.

როგორც მოძრაობათა ქარიშხალი, ისე ფსიქიკური სტუპორი პი-
როვნების თავდაცვითი რეაქციებია, მაგრამ თავდაცვა ავადმყოფური
ხასიათისაა, ვინაიდან ქერქული რეაქციები ძირითადად დაკნინებულია.

ფ ს ე ვ დ ო დ ე მ ე ნ ც ი ი ს სინდრომი ფსიქოგენურ რეაქციათა
ჯგუფს ეკუთვნის. ამ შემთხვევაშიც ავადმყოფური თავდაცვა აღინიშ-
ნება. სხედასხვა რთული და გამოუვალი სიტუაცია, რომელშიც პა-
როვნებაა მოქცეული, ქმნის ავადმყოფობისადმი განწყობას. ამით
პიროვნება თავს იცავს არასასურველი შედეგებისაგან.

ფსევდოდემენციის დროს კლინიკურად აღინიშნება კეუასუსტო-
ბა, რომელიც ყალბია, რადგან ის არა გონებრივი ფუნქციების დაქვე-
ითების, არამედ პიროვნების ავადმყოფური განწყობის შედეგია.

ფსევდოდემენცია გაცილებით უფრო ტლანჭი და ტოტალურია.
ვიდრე სხვა რომელიმე სახის ორგანული კეუასუსტობა.

ფსევდოდემენციის დროს ავადმყოფმა არ იცის თავისი გვარი, სად
იმყოფება, რამდენი თითი აქვს, ვერ გვაჩვენებს ხელს ან ფეხს,
თვლა არ შეუძლია, არ იცის, ერთი მეტია თუ ორი და ა. შ. ავადმო-
ფის კეუასუსტობის შემჩნევა შეიძლება აგრეთვე სიარულის, მოქმე-
დების, რეაქციების, სახის გამომეტყველებისა და ღიმილის მიხედვი-
თაც.

კლინიკურად ფსევდოდემენციასთან ძლიერ ახლოსაა ე. წ. ფ ს ო
ქ ი კ უ რ ი პ უ ე რ ი ლ ი შ მ ი ს, ანუ ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი ი ნ ფ ა ნ ტ ი-

ლიზმის სინდრომი. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი იჩენს ბავშვურ ქცევას: ენას უკიდებს, აკეთებს თოჯინებს, ხმარობს საალერსო სიტყვებს და სხვ.

ისმის კითხვა — თავდაცვითი ფსიქოგენიები უნდა განვიხილოთ როგორც ტლანქი სიმულაცია თუ ნამდვილი ავადმყოფური მდგომარეობა?

ასეთ შემთხვევებში სიმულაციაზე ლაპარაკი შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც გამოსკვევის პიროვნების სურვილები, მისი განწყობა, მაგრამ ეს საკითხის მხოლოდ ერთი მხარეა. ფსიქოგენიების კლინიკური არსი არ ამოიწურება მხოლოდ პიროვნების სურვილებითა თუ ტენდენციებით.

მთავარია ავადმყოფურ მექანიზმთა ამოქმედება. სუსტი ნერვული სისტემის მექანიზმთა სიჭარბე და აღვილი გამოვლინება უთუოდ პათოლოგიის მაჩვენებელია. ეს მექანიზმები ქმნის არა მარტო ფონს, არამედ აყალიბებს ავადმყოფობას, აძლევს ფსიქოზს შინაარსსა და მიმართულებას.

პარანოიას კლინიკა

წარსულში პარანოია მიაჩნდათ განსაკუთრებით გავრცელებულ სულიერ აშლილობად.

შიზოფრენიული ბუნების ბოლდვითი სინდრომების (პარანოიდული და პარაფრენიული ფორმები) დიფერენციული დიაგნოზის საკითხების დაზუსტების შემდეგ პარანოიას კლინიკური ჩარჩოები მნიშვნელოვნად შევიწროვდა.

ამჟამად საკმაოდ დადასტურებულია, რომ თავისი პათოგენეზის მხრივ პარანოიას არაფერი საერთო არა აქვს შიზოფრენიული ჯგუფის დაავადებებთან.

პარანოიას კლინიკა ვითარდება ფსიქოგენური ბუნების კანონზომიერებათა თანახმად და იგი რეაქტიულ ფსიქოზთა ერთ-ერთი ფორმაა. ხაზგასმით უნდა აღენიშნოთ, რომ პარანოია როგორც რეაქტიული ფსიქოზის თავისებურება გაპირობებულია დაავადების პათოგენეზით, კლინიკური სურათის მიმდინარეობითა და პროგნოზით.

თუკაც პარანოია ეკუთვნის რეაქტიულ ფსიქოზთა რიგს, მას მაინც აქვს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკურობა; იგი ღვას ჩვეულებრივ ფსიქოგენიათა გარეშე.

მთავარი მომენტი ის, რომ, სხვა რეაქტიულ ფსიქოზებთან შედარებით, პარანოიას დროს განსაკუთრებული სიჭარბითაა პიროვნების კონსტიტუციური თავისებურებანი. სიტუაციური კონფლიქტები და

ცხოვრების უსიამოვნებანი პრემორბიდის გარკვეულ ქარაქტეროლოგიურ ფონზე იწვევს პიროვნების პათოლოგიურ განვითარებას, ლოგიკურ შესაძლებლობათა გაუქვლმართებას, ავადმყოფობა მტკიცე ქრონიკული მიმდინარეობის ხდება და მოუჩინელი სახეა. მხოლოდ „ავადმყოფური ბრძოლის“ მრავალწლიანი გამოცდილება და ხანდაზმული ასაკი ერთგვარად აუფერულებს პარანოიკის ბოლდითს დაძაბვას.

პიროვნების თანდათანობითი, მაგრამ მტკიცე, შეურყეველი პათოლოგიური განვითარების შედეგად ლოგიკური აპარატი მრუდდება იმდენად, რომ ავადმყოფს უჩნდება ახალი ბოლდითი მსოფლმხედველობა, რომელიც ქმნის პიროვნების ასევე ახალ ტენდენციებს და ცხოვრებისა და მოქმედების ახალ ხაზს.

ბოლდითი მსოფლმხედველობა ავადმყოფური პიროვნების განუყოფელი ნაწილია; ბოლდები და ავადმყოფური „მე“ მოცემულია მთლიანობაში, შეუძლებელია მათი დაშორება ან ერთმანეთისადმი დაპირისპირება.

ყველაფერი ის, რაც ხდება ავადმყოფის ირგვლივ, გარდატეხას განიცდის ავადმყოფურად გამრუდებულ ლოგიკაში. ავადმყოფური მსოფლმხედველობა ქმნის დამოკიდებულებათა ახალ შეფარდებას: „მე“ და „გარემო“ ან „მე“ და „ისინი“ და ა. შ.

თანდათანობით ყალიბდება ხასიათის ახალი ნიშნები; ავადმყოფები ყველაფერს უცქერიან ეჭვით, უნდობლობით, ყველგან ხედავენ დამცირებას, შეურაცხყოფას, დაყინებით ეძებენ სიმართლეს, ჭეშმარიტებას.

პარანოიას არასდროს არა აქვს ჭკუასუსტობის ფორმალური ნიშნები ან სულით ავადმყოფობის სხვა რაიმე სიმპტომები; არ არსებობს აგრეთვე აღქმის პათოლოგია. ავადმყოფის ცნობიერება სრულიად მოსპობილია.

როგორც ვთქვით, პარანოიდთა პრემორბიდში აღინიშნება თავისებური ქარაქტეროლოგიური ხაზები, სახელდობრ: თავისი პიროვნების გადაჭარბებული შეფასება, ეგზოცენტრიზმი, კათათიმიური აზროვნება, შეუჩერებელი ფანტაზიები, ტენდენციები ცალმხრივი კრიტიკისადმი და თავისი თავის კრიტიკის სრული არარსებობა, ზოგჯერ სექსუალური გაუქვლმართება.

ბოლდითი პროდუქციების კლინიკაში შეიმჩნევა ორგვარი მიმართულება: უფრო ხშირად განდიდების, იშვიათად — დენის ბოლდები.

სთენიური, ანუ განდიდების შინაარსის მხრივ საყურადღებოა აღმოჩენის, დიდკაცობის, რელიგიური და ეროტიული ბოლდითი აზრები. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ავადმყოფობა ვითარდება 30 წლის შემდეგ, დიფერენციული დიაგნოზი პირველ რიგში უნდა გა-

ვატაროთ შიზოფრენიული ჯგუფის დაავადებებთან (შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმა, სისტემური პარაფრენია).

მკურნალობა სიმპტომურია. იმ შემთხვევაში, როცა ბოდვების შინაარსი საექვო ავადმყოფის სოციალური საშიშროების მხრივ, საჭიროა სტაციონარული დახმარება.

ისტერიის კლინიკა ზოგადი უანიუხენიკი

თეორიულად და პრაქტიკულად ისტერია ფსიქოგენურ რეაქციათა ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი საკითხია.

მრავალფეროვანია ისტერიულ გამოვლინებათა კლინიკა, ამასთან უნდა აღვნიშნოთ, რომ ყველა სახის ისტერიულ მდგომარეობას საფუძვლად უდევს ერთი ზოგადი ნიშანი — პიროვნების ფუნქციური (ნეიროდინამიკური) თავისებურებანი.

ისტერიული ტიპის რეაქციები და გამოვლინებანი მეტად დინამიკურია, მხოლოდ კონსტიტუციური ფაქტორებით არ არის გაპირობებული.

ეგზოგენური მიზეზების (ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ფსიქიკური ტრავმები), აგრეთვე ორგანიზმის ბიოტონუსის შეცვლა (ასაკი, გენერაციული პერიოდები) აძლიერებს პიროვნების ისტერიულ თვისებებს.

ისტერიის შესახებ უამრავი ლიტერატურაა, მაგრამ ამ პრობლემის შესწავლის ნამდვილი მეცნიერული პერიოდი დაიწყო მას შემდეგ, რაც ისტერია განთავისუფლდა ე. წ. სუფთა ფსიქოლოგიისა (იდეალისტური ფსიქოლოგიის) და მექანიკური მატერიალიზმის ბურჟუაზიზმის კვლევა-ძიება წარმართა ნეიროფიზიოლოგიის მონაცემთა, პირველ რიგში, პავლოვის მოძღვრების თვალთახედვით. ამ მხრივ პრიორიტეტი ეკუთვნის საბჭოთა მკვლევარებს.

დღეს უკვე დადასტურებულია, რომ ისტერიას საფუძვლად უდევს უმაღლესი ნერვული მოქმედების (ე. ი. ნეიროდინამიკური) უკმარისობა. უმაღლეს ქერქულ შესაძლებლობათა სისუსტის შედეგად ემოციები უშუალოდ მოქმედებს პიროვნების არა მარტო ფსიქიკურ, არამედ სომატურ აპარატზეც; იცვლება ავადმყოფთა ქცევა, სურვილები, აგრეთვე სომატური ფუნქციები.

პავლოვის თანახმად, ისტერიკთა ფსიქიკური აპარატი ადვილად გადადის ჰიპნოზურ მდგომარეობაში, რადგან სულ მცირე გაღიზიანება ხშირად ავითარებს ქერქული აპარატის შეკავებას. ქერქულ შეკავებას მოსდევს ე. წ. დადებითი ინდუქცია, ვინაიდან ქერქვეშა უბნებში აგზნება ვითარდება.

ქერქული შეკავებითა და ქერქვეშა უბანთა ამოქმედებით შეიძლება აისახოს ისტერიული ბუნების დამბლები, ანესთეზიები, ჰიპერკინეზიები, გულყრითი განტვირთვები, აგრეთვე მოულოდნელი სწრაფი რეაქციები.

პავლოვმა და მისმა სკოლამ დიდი წარმატებით შეისწავლეს ექსპერიმენტული ნევროზები და „ფსიქოზები“.

პეტროვას მასალებიდან ირკვევა, რომ ექსპერიმენტული ნევროზები შესაძლოა გამოწვეული იყოს განსაკუთრებით ძლიერი და რთული გაღიზიანებით ან შემკავებელი პროცესის მოქანცვით ანდა გაღიზიანებისა და შეკავების ურთიერთშეჯახებით და, ბოლოს, კასტრაციით.

ნევროზული და ფსიქოზური დაავადება ადამიანის სპეციფიკური პათოლოგიის ხვედრია, ცხოველები კი მოკლებული არიან პიროვნულ რეაქციებს და ფსიქოზის განვითარებისათვის საჭირო აქტიურ შემოქმედებით ქცევებს. მიუხედავად ამისა, ექსპერიმენტულ პათოლოგიაში ცნობილი კანონზომიერება ჩვენთვის ცხოველ ინტერესს არ არის მოკლებული; ექსპერიმენტულად მიღებული მასალები ფსიქიატრიის კლინიკისათვის უთუოდ საინტერესოა.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ნერვული სისტემის ტიპი განსაზღვრავს არა მარტო დაავადების ხასიათს, არამედ თვით დაავადების განკუთრების შესაძლებლობას და ხერხსაც.

ისტერიული გულყრებისა და ფსიქოზების ფიზიოლოგიური ანალიზი გვარწმუნებს, რომ ისტერია გარკვეული ნეიროდინამიკური მდგომარეობაა და არა ავადმყოფთა თვალთმაქცური, ე. წ. სიმულაციური მოქმედება.

ისტერიის, როგორც თვალთმაქცობის, პიროვნების შინაგანაწყოების განხილვა მკიდროდაა დაკავშირებული ცრუმეცნიერულ, ე. წ. ფსიქონალიზურ თეორიებთან.

ისტერია ავადმყოფური გამოვლინებაა და მას საფუძვლად უდევს არა შინაგანი განწყობა, პიროვნების ტენდენციები, არამედ ქერქული აპარატის პათონეიროდინამიკური თავისებურებანი.

აღნიშნულ კანონზომიერებათა შორის განსაკუთრებით საყურადღებოა გაღიზიანებისა და შეკავების ირადიაციისა და კონცენტრაციის კანონი, აგრეთვე გაღიზიანებისა და შეკავების ურთიერთინდუქციის კანონი. გაღიზიანებისა და შეკავების ურთიერთდამოკიდებულება, მათი ურთიერთშეჯახება, ურთიერთგაწონასწორება განსაზღვრავს ქერქული აპარატის თავისებურებას. ეს თავისებურება, პავლოვის კონცეფციის თანახმად, საფუძვლად უდევს ნერვული სისტემის ტიპს.

პავლოვი არჩევს უმაღლესი ნერვული მოქმედების ოთხ ტიპს, რომელთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ე. წ. სუსტ შემ-

კავებელ ტიპს. რომელიც ნევროზებისა და ფსიქონევროზების ობიექტია.

ფრიად მნიშვნელოვანია, რომ ჯერ კიდევ 1913 წ. ცნობილმა კლინიკისტმა მიხეილ ასათიანმა, პავლოვის კონცეფციის თანახმად. შენიშნა, რომ ფსიქონევროზული სიმპტომები აგებული უნდა იყოს პათოლოგიური პირობითი რეფლექსების მსგავსად.

ისტერიის კლინიკური სურათი

კლინიკურად განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ისტერიულ მდგომარეობათა ისეთი შემთხვევები, როდესაც აღინიშნება სულით ავადმყოფობის შემდეგი ნიშნები: ცნობიერების შეცვლა, ბოდვითა პროდუქციები, ალქმის პათოლოგია, აგზნების ან დეპრესიის გამოვლინებები და სხვ. ამ მხრივ საყურადღებოა ე. წ. ისტერიულ ფსიქოზთა კლინიკა, რომელიც, როგორც ყოველი ფსიქოგენია, თავისი ეტიო-პათოგენეზით დაკავშირებულია ფსიქოტრავმულ მომენტებთან. ფსიქოზი, ჩვეულებრივ, გრძელდება რამდენიმე კვირა. ხოლო ზოგჯერ თვეც.

ცნობიერება შეცვლილია სომნამბულურად, ვითარდება ჰალუცინაციები, განდიდების ან დევნის ბოდვითი იდეები. ავადმყოფები მოუსვენრობენ, ტირიან ან იციინიან.

ისტერიული ფსიქოზების დროს კლინიკური სურათის შინაარსი გაშლილია ფსიქოტრავმულ ფონზე, რაშიც აუცილებლად უნდა ვეძიოთ გასაგები ფსიქოლოგიური კავშირები.

ზემოჩამოთვლილი შენიშვნები ზოგადი ხასიათისაა.

სინამდვილეში ისტერიული ფსიქოზის ყოველი ცალკეული შემთხვევა მეტად რთულია და ინდივიდუალურ ანალიზს საჭიროებს.

ერთ შემთხვევაში კლინიკური სურათი შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს ცნობიერების სომნამბულური შეცვლით, მეორე შემთხვევაში კარბობდეს ფსევდოდემენციისა და ფსიქიკური ინფანტილიზმის ხაზები, ხოლო მესამე შემთხვევაში განვითარდეს ე. წ. სისტემური ხასიათის ამნეზიები და ა. შ.

პრემორბიდული ხაზების (ისტერიული ხასიათი) და ფსიქოტრავმულ მომენტთა ურთიერთშეჯახების, ამის შემდეგ კი რთული კლინიკური სურათის მქონე ფსიქოზის ჩამოყალიბების განხილვა მიზანშეზონილია კონკრეტულ კლინიკურ მასალაზე.

მოვიყვანოთ ტიპურ შემთხვევას ისტერიის თეორიისა და პრაქტიკის დიდი მცოდნის მიხეილ ასათიანის კლასიკური მონოგრაფიიდან „ფსიქონევროზები“.

ეს არის ისტერიის შემთხვევა სომნამბულური გულყრი-
რით, რომლის ფონზე განსაკუთრებული სიცხადითაა გაშლილი კლი-
ნიკური ფენომენოლოგიის მრავალფეროვნება.

ავადმყოფი მ., 18 წლის, გათხოვილი, უჩიოდა პათოლოგიურ
ძილს და სომნამბულურ გულყრებს. მამა ლოთი, მოჩხუბარი ჰყოლია,
მოუკლავთ ჩხუბში. დედას ახალგაზრდობაში ჰქონია ისტერიული
გულყრები, უწამლია მოლასთან. ავადმყოფს 9 და-ძმა ჯანმრთელები
ჰყოლია; ერთი ძმა — ლოთი, მოჩხუბარი, რითაც მამას ჰკვანებია. ძი-
რითადად ის იყო დის დაავადების მიზეზი.

ავადმყოფს ჯერ კიდევ ბავშვობაში ჰქონია ღამით შიში. მოულოდ-
ნელად მოჩვენებია ადამიანი თეთრებში და ძლიერ შეშინებია. საერ-
თოდ იგი ძალიან გამბედავი ყოფილა, მაგრამ ეშინოდა მოჩვენებების,
მიცვალებულების, ტყის კაცებისა და ჯადოსი.

1925 წლის დეკემბერში ერთ-ერთ დღეობაზე მისი მთვრალი ძმა
წაჩხუბებია სტუმარს, ხანჯლით ხელში გავარდნილა მისკენ, მაგრამ და
მივარდნია მას, მარცხენა ხელი წაუვლია მკლავში და რამდენიმე წუ-
თით შეუკავებია. იმავე ღამეს ავადმყოფს დაეწყო კოშმარი, ეჩვენე-
ბოდა, რომ მისკენ ხანჯლით მოიწევდა ვიღაც უცნობი, რომ იგი ხელ-
ში წვდებოდა მტერს და უძლებდა მის შეტევას. ამის შემდეგ ქალს
თითქმის ყოველდღიურად ემართებოდა გულყრა: ავადმყოფი მკვდა-
რივით იძინებდა, ორი-სამი საათის შემდეგ კი კრუნჩხვითი გულყრა
ეწყებოდა. ამ დროს აღინიშნებოდა თვითდაცვის კოორდინაციული
ემოციური მოძრაობანი მარცხენა ხელის კანკალით, რაც ნიშნავდა
ძმისთვის ხელის წავლებისა და მასთან შებრძოლების მომენტს. გულ-
ყრის დროს სიტყვიერი პროდუქცია მოწმობდა ავადმყოფის მიერ სა-
ხელდობრ იმ სცენის რეპროდუქციას, რომელიც განიცადა ძმასთან.
გულყრა განშირდა. ერთ ხანს ავადმყოფი წოლილა, შემდეგ ამდგარა
და დაუწყია მუშაობა, მაგრამ მუშაობისას ეცემოდა და იძინებდა,
ამას მოსდევდა კრუნჩხვითი გულყრა და ძმასთან განცდილი ერთი და
იმავე სცენის რეპროდუქცია. ავადმყოფი დამწუხრებულა. დაუკარ-
გავს გაჯანსაღების იმედი, განუზრახავს თვითმკვლელობა. ქმარს შეუ-
ნიშნავს მის ხელში თოფი, წაუერთმევია და დაუწყია მისთვის თვალ-
ყურის დევნება. გაზაფხულზე ქალს გულყრები შეწყვეტია, მაგრამ
იგი არ დამშვიდებულა. მაისის დასაწყისში გულყრები დაწყებია
ახალი ძალით. ამიტომ ქმარს იგი თბილისში სამკურნალოდ ჩამოუ-
ყვანია.

ავადმყოფის გამოკვლევისას არც ფიზიკურ და არც ფსიქიკურ
სფეროში გულყრის გარდა არავითარი გადახრა არ აღინიშნებოდა,
მკვეთრი დერმოგრაფიზმის გარდა. ავადმყოფის პიროვნება თავისე-
ბური იყო. მას არ ჰქონდა თავისი ფიზიკური არსებობის შიში, ადვი-

ლად წყვეტდა თვითმკვლელობის საკითხს. ვინაიდან „მას თავისი თავი თვითონ შესძულდა“. ექიმის შეკითხვაზე, თუ რას ფიქრობს იგი ქმარზე, ქალმა უპასუხა, რომ დღეს თუ ხვალ მასაც მოებზრდება და მისგან განთავისუფლების მოხარულიც იქნება. ქმარი აღშფოთდა ამ სიტყვების გამო, ქალი კი ნაზად ილიმებოდა, არ ჯავრდებოდა, არ საყვედურობდა, არ თვალთმაქცობდა, მაგრამ თავის გადაწყვეტილებაზე უარს არ ამბობდა. ქალს აუხსნეს, რომ მისი ავადმყოფობა შარშან დეკემბერში შეშინების შედეგია, განუმარტეს, რატომ ეცემა მკვდარი-კით, რატომ უქანკალებს მარცხენა ხელი. ავადმყოფი დაფიქრდა და დათანხმდა მკურნალობაზე.

მკურნალობის მთელი კვირის განმავლობაში ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობდა, გულყრა მოესპო, გუნება-განწყობა გაუუმჯობესდა, უფრო ხალისიანი გახდა, მაგრამ, მისდა საუბედუროდ, იგივე ძმა, რომელიც მას თბილისში თან ახლდა, კვლავ დათვრა და ხანჭლით წაიწია მოწინააღმდეგისაკენ, და კი ისევ ჩაერია ჩხუბში, რათა სისხლი არ დაღვრილიყო. ამას სხვა ჩხუბიც დაერთო, რომლის დროს ავადმყოფი ძმის მოწინააღმდეგეს სცემია ხელში. ძილში ავადმყოფი გამოხატავდა ამ ბრძოლას. მას უქანკალებდა იგივე მარცხენა ხელი.

ავადმყოფს ჩამოაშორეს ძმა და კვლავ დაუწყეს მკურნალობა. მღგომარეობა თანდათან გამოსწორდა და ავადმყოფი სამი კვირის შემდეგ განიკურნა.

ქალის ძირითადი მკურნალობა ის იყო, რომ მას უხსნიდნენ დაავადების მიზეზებს, აცნობდნენ გულყრათა სურათს, განუმარტავდნენ მათ ცალკეულ მოვლენას.

ისტერიის კლინიკური ფორმები და მიჯინინაობა

კლინიკურ გამოვლენებათა მრავალფეროვნების გამო მეტად ძნელია ისტერიულ აშლილობათა სისტემატიკა.

ისტერიული ფსიქოზი ახალგაზრდა ასაკის დაავადებაა. სრულ-ასაკოვნებასთან ერთად ხასიათის ისტერიული ხაზები რბილდება და თვით ფსიქოზიც შედარებით იშვიათია.

ცნობილია სხვადასხვა ეგზოგენური მომენტი (ქალას ტრავმები, ინფექციები, ინტოქსიკაციები, კრიტიკული მნიშვნელობის ასაკოვანი ფაზები და გენერაციული პერიოდები), როდესაც პიროვნებაში მწვავედება ისტერიული ხაზები.

სომატურ-ბიოლოგიური ძვრებით წარმოქმნილი ორგანული ფონი ხელს უწყობს ისტერიული ფსიქოზისა და ისტერიული განფენილობის გამოვლენა-განვითარებას. აღნიშნულ შემთხვევაში წამყვა-

ნია ეგზოგენური ფაქტორები, ხოლო ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებებს აქვს შემხვედრი ფაქტორის მნიშვნელობა.

მსგავს შემთხვევებში მარტო ფსიქოტრავმულ მომენტთა აცილებით საბოლოო მიზანს ვერ მივალწევთ; საჭიროა ყურადღების მიმართვა ორგანული ფონის მოსახსნელად, ამიტომ პირობითად უნდა შევჩერდეთ ისეთ კლინიკურ ფორმებზე, როგორცაა განვითარების ისტერია, ალკოჰოლური ისტერია, ტოქსიკური ისტერია ან ქალას ფიზიკური ტრავმით გამოწვეული ისტერიული რეაქციები.

ამ შემთხვევებში ორგანული ფონი ქმნის ნეიროდინამიკურ ძვრებს, რაც კლინიკურად იწვევს ისტერიისმაგვარ (ისტერიოდულ) გამოვლინებებს.

უმართებულად მიგვაჩნია აგრეთვე ავადმყოფურ მდგომარეობათა დაჯგუფება მხოლოდ ფსიქოტრავმულ ეტიოლოგიურ ფაქტორთა მიხედვით.

არ არის საკამათო, რომ ფსიქოტრავმა იწვევს ფსიქოზს და განსაზღვრავს მის შინაარსს, მაგრამ არ უნდა დავივიწყოთ, რომ მხოლოდ ეტიოლოგიას არ ძალუძს პათოგენეზურ მექანიზმთა გაპირობება და ფსიქოზის მიმართულების განსაზღვრა. ამიტომ ასევე ცალმხრივი და პირობითია შემდეგი კლინიკური ფორმები: მიწისძვრის ისტერია, სამხედრო ისტერია, ოჯახურ უსიამოვნებათა ისტერია, იმედგაცრუების ისტერია, ციხის ისტერია და ა. შ.

ისტერიულ მდგომარეობათა ანალიზისათვის თანაბრად უნდა გავითვალისწინოთ ეტიოლოგია, პათოგენეზი, შინაარსი და პროგნოზი. მხოლოდ ასეთი კომპლექსური მიდგომითაა შესაძლებელი ისტერიულ მდგომარეობათა სწორი დიაგნოზის დადგენა და თვით კლინიკურ სურათში ჩეროვანი გარკვევა.

ისტერიულ კლინიკურ ფორმათა სისტემატიკაში (კლასიფიკაციაში) წამყვანი ადგილი უკავია პათოგენეზის პრინციპს.

ისტერიის პათოგენეზის გარკვევა ნიშნავს ავადმყოფობის ნეიროდინამიკური მექანიზმების დაზუსტებას, რაზეც დამოკიდებულია ფსიქოზის როგორც სტატიკური შინაარსი, ისე შემდგომი კლინიკური დინამიკა.

ამ მხრივ, გამოვდივართ რა მიხეილ ასათიანის პოზიციებიდან, შესაძლოდ მიგვაჩნია შემდეგი სახის კლინიკური ფორმების, ანუ მდგომარეობების გამოყოფა: მონოსიმპტომური ისტერია, გულყრითი ისტერია, ისტერიული ფსიქოზი სომნამბულიზმით და ისტერიული ფსევდოდემენცია პუერილიზმით.

პირველი ორი ფორმის შემთხვევებში ნეიროდინამიკური მექანიზმები მოგვაგონებს მტკიცე პათოლოგიურ პირობით რეფლექსებს.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ მონოსიმპტომური ისტერიის დროს ერთხელ

წარმოქმნილი პათოლოგიური სიმპტომი მკვიდრდება და ღებულობს პათოლოგიური ავტომატიზმის სახეს; მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ კიდურის ავტომატური კანკალი, ქოშინი, ბოყინი ან სლოკინი და სხვ.

ისტერიული ფსიქოზების შემთხვევაში უმაღლესი ფსიქიკური მექანიზმების შესუსტების (თუ მოხსნის) გამო ვითარდება ემოციათა განმუხრუჭება.

მოკლედ შევჩერდებით საკითხებზე ისტერიის დიფერენციული დიაგნოზის, პროფილაქტიკისა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობის შესახებ.

ისტერიის კლინიკური დიაგნოზის დადგენის მიზნით უნდა გამოვირიცხოთ ე. წ. სომატოგენური და უშუალოდ ცენტრალური სისტემის დაზიანებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი, აგრეთვე შიზოფრენია და ეპილეფსიური მდგომარეობანი. საჭიროა ზუსტად გავიფიქროთ ფსიქიკური ტრავმის ადგილი, როლი და მნიშვნელობა. მეორე მხრივ, აბსოლუტურად უნდა გამოირიცხოს ორგანული დაავადების სიმპტომატოლოგია, ინტრაფსიქიკური ატაქსიის ნიშნები და ეპილეფსიის კარდინალური სიმპტომები (ეპილეფსიური ჰუასუსტობა და ხასიათი).

პროფილაქტიკის მხრივ საჭიროა ავადმყოფებს შევუქმნათ ცხოვრებისა და შრომის ჭეშოროვანი პირობები. სასურველია კვების გაძლიერება, რადგანაც სომატური ასთენია ხელს უწყობს ისტერიულ სიმპტომთა როგორც გამოვლინებას, ისე ფიქსაციას.

ავადმყოფები უნდა ერიდონ კონფლიქტებსა და ფსიქოტრავმულ მომენტებს.

ფსიქიატრიული სტაციონარი ნაჩვენებია მხოლოდ გაშლილი ფსიქოზის შემთხვევებში: სულთ ავადმყოფები და საერთოდ ფსიქიატრიული სტაციონარის რეჟიმი და პირობები უარყოფითად მოქმედებს ისტერიულზე.

ფსიქოგენიები, კერძოდ რეაქტიული ფსიქოზები და ისტერია, აგრეთვე ფსიქონევროზები საჭიროებს სპეციფიკურ, ცალკე სტაციონარულ დახმარებას.

რაც შეეხება ისტერიის სასამართლო-ფსიქიატრიულ მნიშვნელობას, ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ისტერიის დიაგნოზი ავადმყოფებს არ ათავისუფლებს პასუხისმგებლობიდან; ისტერია თავისთავად არ გულისხმობს შეურაცხად მდგომარეობას. ისტერიით შეპყრობილ პირებს მხოლოდ მაშინ ეხსნებათ პასუხისმგებლობა (ე. ი. არაშერაცხადნი არიან), როდესაც დანაშაული ჩადენილია ცნობიერების სრული შეცვლის. ე. ი. ფსიქოზურ მდგომარეობაში.

ისტერიის დროს ძლიერ იშვიათია მკვლევლობები, უფრო ხშირია შემდეგი სახის დანაშაულებანი: მოტყუება, ცილისწამება, დაბეზღება, კრუჩვენებანი, გაუპატიურების მოგონება და სხვ.

ძირითადი ცნობები ფსიქოთერაპიული მეთოდების შესახებ

ფსიქოგენიებისა და საერთოდ ფსიქოგენურ ნეიროდინამიკურ დაავადებათა მკურნალობაში წამყვანი როლი ეკუთვნის ფსიქოთერაპიას.

ცხოვრების პირობების შექმნა, წრომათერაპია, მკურნალობა სამკურნალწამლო საშუალებებით, ჰიდროთერაპია და ფიზიოთერაპია არ არის საკმარისი რეაქტიულ მდგომარეობათა მოსახსნელად. საჭიროა გარკვეული ზეგავლენა ავადმყოფობის ფსიქიკურ აპარატზე.

ექიმის ავტორიტეტის მნიშვნელობასა და ზოგადად ფსიქოთერაპიაზე არ შეეჩერდები. სავსებით მართალია გილიაროვსკი, რომლის აზრით ექიმის გამოჩენა ავადმყოფის საწოლთან, მისი ლაპარაკი, რეცეპტის გამოწერა თუ წამლის დანიშვნა არ არის მოკლებული ფსიქოთერაპიულ აზრსა და მნიშვნელობას.

ჩვენ გვინტერესებს ფსიქოთერაპიული მეთოდები პირდაპირი გაგებით. ვგულისხმობთ მკურნალის სიტყვის უშუალო გავლენას ავადმყოფის ფსიქიკურ აპარატზე.

უკანასკნელი დროის თეორიული და კლინიკური ხასიათის გამოკვლევები ადასტურებს, რომ სიტყვა საკმაოდ ძლიერი და სერიოზული გამღიზიანებელია.

საბჭოთა ფსიქოთერაპიამ მიიღო სრულიად გამოკვეთილი მეცნიერული პროფილი; იგი დაფუძნებულია თანამედროვე ნეიროფიზიოლოგიის, პირველ რიგში პავლოვის გენიალური მოძღვრების მონაცემებზე.

პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა გამოარკვიეს ფსიქოგენიების არა მარტო ნეიროდინამიკური საფუძვლები; მათ შეიმუშავეს აგრეთვე ფსიქოთერაპიული ზეგავლენის ფიზიოლოგიური ახსნაც.

პავლოვი ჰიპნოზს განიხილავს როგორც დიდ ჰემისფეროთა ქერქის განფენილ შეკავებას, რითაც ჰიპნოზს მოსცილდა სენსაციის სამოსი და მან მიიღო მეცნიერული კვლევის ექსპერიმენტული მეთოდის სახე.

პავლოვის სკოლამ დაამტკიცა, რომ დაბალი, მონოტონური ხმით მრავალჯერ გაღიზიანება იწვევს ქერქის განფენილ შეკავებას, რასაც მოსდევს ე. წ. ჰიპნოზური ძილი. უფრო მეტიც, გამორკვეუ-

ლია, რომ სიტყვიერ გაღიზიანებას მოსდევს მნიშვნელოვანი ძვრები ნეითიერებათა ცვლის მხრივ, მაგალითად, შაქრის მიღების შთაგონება იწვევს შაქრის მომატებას სისხლში.

ბიკოვმა დაამტკიცა, რომ შინაგან ორგანოთა სისტემა მოქმედებს ქერქულ აპარატზე და ქმნის ადამიანის „ქვეცნობიერი“ ცხოვრების ბიოლოგიურ ბაზისს. ქერქი ფართოდ მოქმედებს ორგანიზმის პროცესებზე. მეორე მხრივ, შთაგონება და თვითშთაგონება იწვევს სრულიად გარკვეულ ნეიროდინამიკურ და სომატურ-ვეგეტატიურ ძვრებს.

აქვე ხაზგასმით აღვნიშნავთ, რომ სიტყვის, ე. ი. ფსიქიკურისა და სომატურ-ვეგეტატიურის ურთიერთკავშირი მარტივად არ უნდა გავიგოთ. უდიდესი უბედურება იქნებოდა, რომ სიტყვასა და ბიოდინამიკურ მოვლენათა შორის ყოფილიყო მარტივი და პირდაპირი მიმართება, ფსიქიკური და ბიოლოგიური კი მექანიკურად ერთმანეთში არეულიყო, მაშინ ყოველი სიტყვა გამოიწვევდა სომატურ-ვეგეტატიურ კრიზებს და, პირიქით, სულ მცირე შინაგანი ბიოლოგიური ძვრა უარყოფითად იმოქმედებდა ადამიანის ნერვულ აპარატზე, რაც ცხადია, ასე არ არის.

მხედველობაში უნდა მივიღოთ ნერვული აპარატის ტიპი და თავისებურება. რაც უფრო სუსტი, ლაბილური და მგრძნობიარეა ნერვული აპარატი, იმდენად ადვილად მოსდევს სიტყვით გაღიზიანებას სომატურ-ვეგეტატიური ცვლილებები.

ამრიგად, ჩვენი მიზანია ზემოაღნიშნულის საფუძველზე დავრწმუნდეთ „სიტყვა-გამღიზიანებლის“ აქტიურ მნიშვნელობაში და გავიგოთ მისი ნეიროდინამიკური არსი.

მოქმედია სიტყვა, ასევე მოქმედად უნდა ჩავთვალოთ ფსიქოთერაპიული გზა-წესები ფსიქიატრიის კლინიკაში.

როგორც მედიცინის ყველა სხვა დარგში, ფსიქიატრიაშიც საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა. ფსიქოგენიის გარკვეული კლინიკური ფორმა საჭიროებს ასევე გარკვეულ ფსიქოთერაპიულ დახმარებას.

ფსიქოთერაპიულ გზა-წესთა განხილვისას უნდა გავარკვიოთ ქვემოთაღნიშნული მეთოდები: პიპნოზი, მიხეილ ასათიანის მიერ შემუშავებული განცდათა რეპროდუქციული მეთოდი, რაციონალური ფსიქოთერაპია და ე. წ. თვითშთაგონება.

საჭიროა წინასწარ აღვნიშნოთ, რომ ფსიქოთერაპიის დროს ფსიქიკურ აპარატზე ზეგავლენა ხდება შთაგონების გზით.

შთაგონების შემთხვევებში შესაძლოა საქმე გვქონდეს ორგანო-მდგომარეობასთან: ერთ შემთხვევაში ავადმყოფს ვაწვდით პოზი-

ტიურ (გამამხნეებელ) სიტყვებს, მაგალითად, რომ იგი არის „ჯანმრთელი“, „მხნე“, „შეუპოვარი“, მეორე შემთხვევაში კი იმავე შთაგონებით ვუსპობთ პათოლოგიურ სიმპტომებს, მაგალითად, რომ მას „არასოდეს აღარ ექნება კანკალი“, „უძილობა გაუქრება“ და ა. შ. პირველი შემთხვევა სიმპტომთა პოზიტიური შთაგონებაა, მეორე კი ნიშანთა ნეგატიური შთაგონება.

ჰიპნოთერაპია, ანუ ჰიპნოზური შთაგონება. ჰიპნოზი გულისხმობს ხელოვნურ ძილს, რომელშიც გადადის ადამიანი მეორე პირის (ჰიპნოტიზიორის) ზეგავლენით. მისი ნეიროდინამიკური (ნეიროფიზიოლოგიური) საფუძვლების შესახებ უკვე ვილაპაქეთ. შევჩერდებით ჰიპნოზის მხოლოდ კლინიკურ მხარეზე.

ჰიპნოზი მეცნიერული კვლევა-ძიების ერთ-ერთი გზა-წესია. მის შესახებ საკმაო პოზიტიური მეცნიერული მონაცემები არსებობს. ჰიპნოზის, ისე როგორც ყველა სხვა მეცნიერული მეთოდის, დასაუფლებლად საჭირო არ არის რაიმე გარკვეული თვისებები (მაგალითად, შავი და ძლიერ მოქმედი თვალეები და სხვ.). ჰიპნოთერაპიის ათვისება შეუძლია ყოველ ექიმ-სპეციალისტს, ფსიქიატრს, თუკი ამას მოისურვებს, გამოიჩინოს საჭირო ენერჯიას, გულმოდგინებას, საქმისადმი სიყვარულს, ვინც მიიღებს საჭირო ცოდნას, გამოცდილებას და გაიმსჭვალება პასუხისმგებლობით ამ დიდი და რთული საქმისადმი. საჭიროა აგრეთვე ჭეშოვანი ხელმძღვანელობა. ჰიპნოზი სერიოზული მეთოდია; მას არ უნდა ჰქონდეს სენსაციის ხასიათი და, ამრიგად, მას მხოლოდ ექიმი-სპეციალისტი უნდა მიმართავდეს.

მეორე მხრივ, ჰიპნოზურ ძილს ყველა ადამიანი არ ექვემდებარება. ექიმის გამოცდილების გარდა, აუცილებელი პირობაა სათანადო ლაბილური ფსიქონერვული აპარატი.

ხელოვნური ძილის გამოსაწვევად პირველ რიგში ავადმყოფი უნდა დაეაწყნაროთ და მივცეთ წინასწარი ახსნა-განმარტება, რომ იგი სრულიად მშვიდად იყოს და შეეცადოს დაძინებას. საჭიროა აგრეთვე სათანადო პირობები: ოთახში სრული სიმშვიდე, შესაფერი-სად მოწყობილი საწოლი ან სხვა რბილი ავეჯი.

ექიმმა არასდროს მარტომ არ უნდა ჩაატაროს ჰიპნოზის სეანსი. ყოველგვარი მოულოდნელობისა და ავადმყოფის მხრივ უსაფუძვლო პრეტენზიების ასაცილებლად საჭიროა დაისწროს დამხმარე პირი (ექიმი ან ექიმის თანაშემწე).

ჰიპნოზის ჩატარება შეიძლება სხვადასხვა ხერხით.

ექიმის მითითებით ავადმყოფი დაძაბულად უყურებს ერთ წერტილს, ამ დროს კი მას თანდათანობით შთაგონებენ, რომ ის სრულიად მშვიდად არის, აქვს ძილის სურვილი, ქუთათოფები უმძიმდება და ა. შ.

სხვა შემთხვევაში შესაძლოა მწოლიარე თვალდახუჭულ ავადმყოფს ექიმა შუბლზე ხელი დაადოს და ჩუმი, მაგრამ გასაგები და მტკიცე სმით შთააგონოს ძილი.

ჰიპნოზური ძილი ძირითადად ფიზიოლოგიურ ძილს ჰგავს. ჰიპნოზის დროს აწეულია შთაგონებულობა და ჰიპერმნეზიები ვითარდება, ამის გამო ჰიპნოზური ძილი მეტად ხელსაყრელი მდგომარეობაა პოზიტიური თუ ნეგატიური შთაგონებისათვის. ამასთან ერთად ექიმს შესაძლებლობა ეძლევა ისარგებლოს ჰიპნოზური ჰიპერმნეზიით და ავადმყოფს გაახსენოს სხვა პირობებში მისთვის თითქოს მივიწყებული ფაქტები, გახსნას ფსიქომოტორული კვანძი, გააქეთოს ავადმყოფური მდგომარეობის ანალიზი.

ჰიპნოზური ქერქული შეკავების ერთ-ერთი სპეციფიკური მომენტი ის, რომ ქერქში რჩება ნათელი დინამიკური კერა, რომლის საშუალებითაც არ წყდება კავშირი ექიმსა და ავადმყოფს შორის, ე. ი. რ ა პ ო რ ტ ი. რაპორტის მეშვეობით ექიმი წვდება ავადმყოფის განცდებს და მასზე ახდენს შთაგონებით ზეგავლენას.

ჰიპნოზური შთაგონება განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს მონოსიმპტომური და გულყრითი ისტერიის შემთხვევებში.

მიხეილ ასათიანის მიერ შემუშავებული გ ა ნ ც დ ა თ ა რ ე პ რ ო დ უ ქ ე ც ი უ ლ ი მ ე თ ო დ ი განსაკუთრებით საყურადღებოა როგორც თავისი პრაქტიკული მნიშვნელობის, ისე ფიზიოლოგიური მექანიზმის დასაბუთების მხრივ. ის კარგ შედეგებს გვაძლევს გულყრითი ისტერიის, რთული კომპლექსის მქონე სომნამბულიზმის შემთხვევებში და სხვ.

ამ მეთოდის პირველი მომენტია ფსიქოტრავმული ამბის გახსენება და რაც შეიძლება სრული რეპროდუქცია. მაგრამ მეთოდის შინაარსი ამით არ ამოიწურება; ეს არ არის მხოლოდ განცდათა გახსენების — კათარზისის საშუალება. ამ დროს ექიმი-ფსიქოთერაპევტი აქტიურად ერევა ავადმყოფის განცდათა პათოლოგიურ სამყაროში და მათ თავის სურვილებისამებრ აძლევს მიმართულებას.

ასათიანის თანახმად, მისი მეთოდი გულისხმობს ხ ე ლ ო ვ ე ნ უ რ ს ო მ ნ ა მ ბ უ ლ ი ზ მ ს, ე. ი. ჰიპნოზის მდგომარეობას, როდესაც ხდება წარსულის რეპროდუქცია და, ამასთანავე, ექიმიან სრული რაპორტია.

პ ა ვ ლ ო ვ ი ს მოძღვრების თანახმად, ასათიანი თავის მეთოდს ნერო-ფიზიოლოგიურად ასაბუთებს.

რ ა ც ი ო ნ ა ლ უ რ ი ფ ს ი ქ ო თ ე რ ა პ ი ა თავისი პრინციპული დედაზრით განსხვავდება შთაგონების მეთოდებისაგან. ამ დროს ავადმყოფები არიან სრულიად ნათელ მდგომარეობაში და ფსიქოთერაპევტი სათანადო საუბრით ცდილობს მოკრიბოს პიროვნების ფსი-

ქიკური ძალები, გააქტიუროს მისი ლოგოკური აპარატი. დაარწმუნოს იგი, რომ ავადმყოფი არ არის, რომ ჯანმრთელია.

თ ვ ი თ შ თ ა გ რ ნ ე ბ ა შედარებით ყველაზე ახალი თერაპიული გზა-წესია. მას იგავე მაზანდ აქვს, რაც რაციონალურ ფსიქოთერაპიას: ექიმი ავადმყოფს აძლევს განმარტებას, რომ მან თვითშთაგონების გზით თვითონვე უნდა დაძლიოს ავადმყოფობა, რაც ხშირად გამამბნევებელი შედეგებით მთავრდება.

თვითშთაგონების დროს ავადმყოფმა ექიმის რჩევა-დარჩება რიტუალის სიზუსტით უნდა შეასრულოს; მაგალითად, იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი უჩივის განსაკუთრებულ სისუსტეს და ავლენს იპოქონდრიულ სინდრომს, მან დღეში სამჯერ მაღალი და დამაჯერებელი ხმით 20-ჯერ უნდა გაიმეორეს: „ჩემი ჩივილები ავადმყოფური და მოჩვენებითია; მე ვარ ჯანმრთელობის წყარო, ვარ ძლიერი; ვარ ჯანმრთელი“ და ა. შ.

ცნობები ნევროზების შესახებ

ნევროზების ცნება დღემდე არ არის ზუსტად განსაზღვრული. ასევე არ არის შემოფარგლული ნევროზთა კლინიკური ჩარჩოები.

ზოგი მკვლევარი არ მიიჩნევს საჭიროდ ნევროზების გამოყოფას დაავადებათა დამოუკიდებელ ჯგუფებად, ერთნი მათ მიაწერენ ფსიქოპათიებს, მეორენი კი განიხილავენ ფსიქოგენიების ჯგუფად.

საბჭოთა ფსიქიატრია იზიარებს შეხედულებას, რომ ნევროზები გამოყოფილი უნდა იყოს კლინიკურად დამოუკიდებელ ჯგუფად.

თანამედროვე ფსიქიატრია და ნევროლოგია ფლობს კლინიკურ, ფიზიოლოგიურ და ექსპერიმენტულ-კლინიკურ გამოკვლევათა სხვადასხვა ნატიფ მეთოდს, რომელთა მეოხებით შეიძლება ჯერ კიდევ შეუმჩნეველი ორგანული ბუნების ავადმყოფური ძვრების დადგენა, რაც ხელს უწყობს ნევროზთა კლინიკის დაზუსტებასა და შემდგომ განვითარებას.

ზოგიერთი ფორმა, რომელიც წარსულში ეკუთვნოდა ნევროზთა ჯგუფს, ახლა შიდასეკრეციის ჯირკვალთა, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ან ქერქქვეშა კვანძების პათოლოგიის საგანია. მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ ბავშვთა ქორეა, ტეტანია, ბაზედოვიზმი და სხვ.

შევჩერდებით ნევროზების კლინიკისათვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ მომენტებზე.

ნევროზი კეთილთვისებიანი და სრულიად რევერზიბილური ბუნების ფუნქციური დაავადებაა, რომლის დროს ნერვული სისტემა (როგორც ანიმალური, ისე ვეგეტატიური) არ განიცდის რაიმე დღეს-

ტრუქცაულ ცვლილებებს, დესტრუქციულ-ორგანული ფონის სრული არარსებობა ნევროზების კლინიკის ძირითადი ნიშანია.

ნევროზის დიაგნოზი სრულიად გამორიცხავს სულით ავადმყოფობის ნიშნებს. ამ დროს მთლიანად შენარჩუნებულია პიროვნება და ავადმყოფურა მდგომარეობის კრიტიკული შეფასების უნარი.

ფსიქიატრიის კლინიკისათვის ცნობილია ნევროზისმაგვარი მდგომარეობანი პიროვნებისა და კრიტიკის შენარჩუნებით, რომლებიც ზოგჯერ მძიმე ორგანული ფსიქოზების (შიზოფრენია, პროგრესული პარალიზი) დებიუტია. ასეთ მდგომარეობებს ნევროზთა კლინიკასთან საერთო არაფერი აქვს და განხილული უნდა იყოს როგორც ფსევდონევროზები (მიასიზმები, შვეალოვი და სხვ.).

ნევროტიკები ადვილად იღლებიან, მათ უფითარდებათ საკუთარი უკმარისობის გრძნობა. ბიოლოგიური ფონი ხელს უწყობს პიროვნების ასთენიზაციას. ისინი უჩივიან ავადმყოფობას, წუხან, შფოთავენ.

ნევროზების პათოგენეზის პრობლემა, რასაკვირველია, არ ამოიწურება მხოლოდ ბიოლოგიური ფონის თავისებურებით. მხედველობაში უნდა მივიღოთ უამრავი კონფლიქტი ნევროზული პიროვნების ცხოვრებაში. კონფლიქტი შეიძლება იყოს სამსახურებრივი (მუშაობას ვერ ასრულებს), ოჯახური, რომანული, სექსუალური და ა. შ. კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ შინაარსისა და გამომწვევი მიზეზის მხრივ უამრავი კონფლიქტი შეიძლება იყოს. მიუხედავად ამისა, ყოველ პირობებში კონფლიქტი გულისხმობს ერთ ძირითად მომენტს — მოთხოვნილებისა და შესაძლებლობათა დაპირისპირება-შეჯახებას. ნევროზის განვითარების შესაძლებლობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ დამთავრდება ეს დაპირისპირება, პიროვნება დროებით დაიხვევს უკან თუ გაიმარჯვებს.

საბჭოთა ფსიქოლოგია და პათოფსიქოლოგია დაფუძნებულია საბჭოთა ნეიროფიზიოლოგიისა და პათოფიზიოლოგიის მდიდარ მონაცემებზე. მატერიალიზმის პოზიციებზე მდგომი ფსიქიატრიისათვის სრულიად უცნობა აზრი ე. წ. სუფთა ფსიქოლოგიურ, ნეიროდინამიკურ მოვლენებს მოკლებულ დაავადებათა შესახებ. ამ მხრივ კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ არავითარი სუფთა ფსიქოლოგიური კონფლიქტები არ არსებობს.

პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა დაამტკიცეს, რომ ის, რაც ცნობილია პათოლოგიური კონფლიქტის სახელწოდებით, დაკავშირებულია ნეიროფიზიოლოგიურ (ქერქული ფიზიოლოგია) მოვლენასთან; სახელდობრ, ექსპერიმენტული „კონფლიქტის“ შემთხვევებში აღინიშნება ორი სრულიად საწინააღმდეგო ნეიროფიზიოლოგიური ფენომენი — შეკავებისა და აგზნების დაპირისპირება-შეჯახე-

ბა. როდესაც ამ ორ ფენომენს შორის დინამიკური ურთიერთობა ირ-
ლევება, პავლოვის აზრით, ხდება ქერქულ ნერვულ პროცესთა „მოსხ-
ლეთა“ და ნევროზული მდგომარეობა ვითარდება.

რაც შეეხება ნევროზთა ეტიოლოგიას, მხედველობაში უნდა მივი-
ლოთ პრემორბიდის ქარაქტერიოლოგიური თავისებურებანი (სუს-
ტი ნერვული სისტემის მქონენი, პავლოვის მიხედვით), პიროვნების
ფიზიკური ასთენიზაციის გამაძლიერებელი ფაქტორები (ინფექციები,
ინტოქსიკაციები, ფიზიკური ტრავმები, უძილობა, დაღლილობა, გადა-
ქანცვა), აგრეთვე კონფლიქტის გამომწვევი ფსიქოტრავმული მომენ-
ტები. ამგვარად, ნევროზის წარმოქმნისათვის საჭიროა კონსტიტუ-
ციურ-სომატოგენური და ფსიქოგენური პირობები.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სხვადასხვა შემთხვე-
ვაში შესაძლოა სხვადასხვა წამყვანი პირობა
იყოს.

ფსიქოგენური ეტიოლოგიის სიკარბის შემთხვევაში თავისებური
აქნება ნევროზის კლინიკური სურათი, რომელიც შესაძლოა განვიხი-
ლოთ როგორც ფსიქონევროზი.

ფსიქონევროზების ცალკე ჯგუფად გამოყოფის აზრს იცავენ
ცნობილი მკვლევარები—ოსიპოვი, მიასიშიჩევი და სხვ.

საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ასათიანი ტერმინს ფსიქონევროზები
ხმარობს ფართო გაგებით და მათ აკუთვნებს სხვადასხვა სახის ფსიქო-
გენიებს.

მოკლედ შევჩერდეთ ნევროზთა მკურნალობის შესახებ.

ნაჩვენებია დასვენება, ჰიდროთერაპია, გამმაგრებელ-დამამშვი-
დებელი მედიკამენტები, აგრეთვე ფსიქოთერაპია. კარგ შედეგებს
გვაძლევს შრომათერაპია და ფიზკულტურა, ამასთან ერთად, მაგარი
სასმელებისა და თამბაქოს აკრძალვა. საჭიროა შრომისა და ოჯახური
პირობების, აგრეთვე კვების გაუმჯობესება, ენერგიული ზომების მი-
ღება ფსიქოტრავმული მომენტების ასაცილებლად.

ნევროზების კლინიკური სახეები

ნევრასთენია. ეს დაავადება გვაინტერესებს როგორც გარ-
კვეული ავადმყოფური მდგომარეობა და არა სიმპტომი. საკმაოდ ხში-
რად ნევრასთენიული დებიუტი აქვს ისეთ მძიმე ორგანულ ფორმებს,
როგორიცაა პროგრესული პარალიზი, ტვინის ათაშანგი, ტვინის არ-
ტერიოსკლეროზი და შიზოფრენია. უკანასკნელ შემთხვევას განვიხი-
ლავთ როგორც ფსევდონევრასთენიას.

პირველ რიგში ნევრასთენია გამოყოფილი უნდა იყოს ე.წ. ნევ-
როპათიისაგან.

როგორც ვიცით, ნევროპათია მტკიცე კონსტიტუციური მდგომარეობაა, ხოლო ნევრასთენია ეგზოგენური ფაქტორებითაა გაპირობებული.

ბიოლოგიური ბუნების მხრივ ნევრასთენიის დროს აღინიშნება ნერვული სისტემის მკვეთრი მოქანცულობა, რაც შესაძლოა გამოწვეული იყოს სომატური დაავადებებით, აგრეთვე ფიზიკური და გონებრივი გადაღლით.

შრომის ცუდი პირობები, არასისტემატური დასვენება და კულტურული გართობა, განსაკუთრებით კი არასახალისო მუშაობა, რომელიც დაკავშირებულია უსიამო გრძნობებთან, ხელს უწყობს ნერვული სისტემის დაღლა-მოქანცვას, ძალთა გამოფიტვას.

ნევრასთენიის შემთხვევაში ჩანმრთელ პრემორბიდულ პიროვნებასთან გვაქვს საქმე. სომატური ხასიათის ჩივილები, რომლებითაც უსოდენ მდიდარია ნევრასთენიული სიმპტომატოლოგია, გაპირობებულია ვეგეტატიური ძვრებით. კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს უმადობა, უძილობა, თვითგრძნობა — გუნება-განწყობის დაქვეითება, აჩქარებული გულის ცემა, მოქანცულობა, გრძნობათა ცვალებადობა, ყველაფერ ამას კი შესაძლოა თან დაერთოს იპოქონდრიულ შეგრძნებათა და ჩივილთა რთული კომპლექსი. ფიზიკური სიმპტომებიდან საყურადღებოა ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური გაღიზიანების ნიშნები და ვეგეტოლისტონიის მკვეთრი მოვლენები. ზოგჯერ ვეგეტატიური აქცენტი ცალკეულ ორგანოზე იმდენადაა გამოხატული, რომ თვით ორგანოს ნევროზზე ვლაპარაკობთ.

ორგანოთა ნევროზებიდან შეიძლება დავასახელოთ გულის ნევროზი, კუჭის ნევროზი, ცალკეულ შემთხვევაში ბრონქიალური ასთმა და სხვ.

როგორც წესი, ნევრასთენიას დადებითი პროგნოზი აქვს.

თერაპიულ ღონისძიებათა შესახებ უკვე აღვნიშნეთ.

ლოდინის ნევროზი და ე. წ. შიშის ნევროზი იწვევს კლინიკურად მსგავს გამოვლინებებს, ორივე შემთხვევაში ავადმყოფს შიში აქვს.

აღნიშნულ მდგომარეობათა პათოგენეზის განხილვისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ პრემორბიდის ასთენიური ნიშნები და ეგზოგენური ფაქტორები.

ფიზიოლოგიურ შემთხვევაშიც ლოდინის ემოციაში ასთენიური, ე. ი. უსიამო გრძნობის კომპონენტია, ხოლო პათოლოგიის დროს უსიამო მომენტი ავადმყოფურად მწვავედ და ჰიპერტროფირდება.

ლოდინის ემოცია ბადებს მწვავე დაურწმუნებლობას, ყოყმანს,

შესაძლებლობის ეჭვს, ამის შედეგად კი დასახული ამოცანა ვერ სრულდება, მოქმედება ფერხდება.

ყურადღების მოკრება არა თუ ხელს უწყობს, არამედ უშლის კიდევ ამოცანის გადაჭრას და იწვევს ახალ სომატურ-ვეგეტატიურ ნიშნებს, მაგალითად, თავის ტკივილს, თავბრუს, კანკალს, უძილობას, შფოთვის, ენაბორძიკს.

შიშის ნევროზის შემთხვევებში აღინიშნება აბსოლუტურად უმიზნო შიში. ავადმყოფთ უმიზნოდ ეშინიათ გულის შეჩერების, სიკვდილის, ხანძრის, სხვადასხვა სტიქიური უბედურების, მძიმე, მოუჩვენელი ინფექციით დაავადების და ა. შ.

შიშის ნევროზების დროს ნაჩვენებია ფსიქოთერაპიული, კერძოდ, პიპნოზური ჩარევა.

შიშის ნევროზი ვითარდება აგრეთვე ბავშვთა ასაკშიც— ე. წ. დამის შიში (წამოყვრება ღამით; საზარელი სიზმრები, სიბნელის შიში და სხვ.). ფსიქოტრავმული მომენტები ხელს უწყობს ბავშვში შიშის ნევროზის განვითარებას.

მოდრაობითი, ანუ მოტორული ნევროზების შემთხვევებში ვითარდება ექსტრაპირამიდული ავტომატური მოძრაობები. პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ ტიკი, ენაბორძიკი და ე. წ. პროფესიული კრუნჩხვები.

ტიკის შემთხვევაში აღინიშნება სხვადასხვა სახის და სირთულის პათოლოგიური ავტომატიზმი (ქუთუთოთა ხამხამი, შუბლის კუნთების მოძრაობა, მხრის მოძრაობა და სხვ.), რაც ხშირია ბავშვთა შორის, გრძელდება თვეობით, წლებით და ხელახლა მწვაავდება პიროვნებისათვის არასასურველ მომენტთა თანდართვისას.

ენაბორძიკი ხშირია ბავშვთა შორის (განსაკუთრებით სკოლამდელ ასაკში). ბავშვთა ლოგონევროზის კლინიკა და პათოგენეზი დაკავშირებულია პიროვნების ფიზიკურ ასთენიზაციასთან და ფსიქოტრავმულ მომენტებთან.

ლოგოპათოლოგია და ლოგონევროზები ამყამად ბავშვთა ფსიქონევროლოგიის ერთ-ერთი საინტერესო საკითხია. ფართოა თერაპიული ჩარევის შესაძლებლობებიც.

პროფესიული კრუნჩხვები თავისი პათოგენეზითა და სტრუქტურით მოგვაგონებს შიშის ნევროზს, მხოლოდ გარკვეულ პროფესიულ ჩვევათა მიმართ. ცნობილია ე. წ. „წერის კრუნჩხვები“, „მბეჭდავთა თითების კრუნჩხვები“, „მუსიკოსთა ნევროზები“ და სხვ. საინტერესოა, რომ პროფესიული ხასიათის ჩვევათა გარეშე მოძრაობის კოორდინაცია სრულიად შენარჩუნებული და სწორია. ზოგჯერ პროფესიული კრუნჩხვები იმდენად მტკიცე და უსიამოა, რომ ავადმყოფები იძულებული ხდებიან შეიცვალონ პროფესია.

ბიოლოგიური ნივთიერებისა და ანთროპოლოგიური მონაცემების ფუნქციური ანალიზი

ზოგადი შედეგები ფუნქციური ანალიზის შესახებ

ფუნქციური ანალიზი უნდა განვიხილოთ როგორც პირველი ანალიზის ვარიანტი.

ფუნქციური ანალიზი არ ნიშნავს ფსიქოზს, რადგანაც მის შემთხვევაში სულით ავადმყოფობის ნიშნები არ არის. ცხადია, ფსიქოპათია შეიძლება ჰქონდეს ფსიქოზური აშლილობა, მაგრამ ეს არ ნიშნავს ფსიქოპათიის ფსიქოზად გადაზრდას.

მეორე მხრივ, ფსიქოპათიური პიროვნება არ შეიძლება ჩავთვალოთ ჯანმრთელ ადამიანად, ვინაიდან მისი ფსიქიკური აპარატი დისკარმიონიულია უმთავრესად ემოციურ-აფექტური აქციენტუაციის ან ჰიპერტროფიის გამო. უკანასკნელი გარემოება იწვევს ფსიქოპათიას არაადეკვატურ და მოუწესრიგებელ რეაქციებს.

პიროვნების ქცევითა და მოქმედებითა ანომალია აქვეითებს ფსიქოპათიას შრომის უნარი ისე დაქვეითებულია, რომ ფსიქოპათები გარემოსთან წყვეტენ შრომით-სოციალურ კავშირს.

ამრიგად, ფსიქოპათია არ არის არც ნორმალური მდგომარეობა და არც ფსიქოზი.

საკმარისი არ არის, რომ ფსიქოპათიური პიროვნების თავისებურებაში ხელი შეუწყოს და გამოავლინოს ფსიქოზური სიმპტომატოლოგია. შესაძლოა ფსიქოპათია ქარაქტეროლოგიური მომენტები პათოპლასტიკურად აღიბეჭდოს სულით ავადმყოფობის კლინიკურ სურათში, მაგრამ ეს არ ნიშნავს ფსიქოპათიად გადაზრდას, შემდეგ კი ფსიქოზად ჩამოყალიბებას.

პიროვნების ფსიქოპათიური ნიშნები არცთუ იშვიათად აძლიერებს ეტიოლოგიური ფაქტორების ფონს, რომელიც იწვევს ფსიქოგენიზმსა და ნევროზებს.

ფსიქოპათიები არ უნდა ავუროთ არც ფსიქოგენიზმსა და არც ნევროზებში. ფსიქოპათია პიროვნების ანომალიური ვარიანტია, ფსიქოგენია და ნევროზი კი — საკმაოდ რთული, მოძრავი, ლაბილური ავადმყოფური მდგომარეობა.

აქვე ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფსიქოპათიის სიმტკიცე და უცვლელობა არ ნიშნავს აბსოლუტურ უმოძრაობას, იმას, რომ ფსიქოპათია ყოველგვარი პირობების გარეშეა. კლინიკური პრაქტიკა გვარწმუნებს სრულიად საწინააღმდეგოში. სოციალურ და ბიოლოგიურ ფაქტორთა ზეგავლენით პიროვნების ანომალიური ხაზები ცვალებადობს, შესაბამისად შერბილდება ან გამკაცრდება.

მარტო კონსტიტუციურად გაპირობებულ ბიოლოგიური მომენტები ვერ შექმნის ფსიქოპათიას, ამისათვის საჭიროა უარყოფითი სოციალური მიზეზები. სწორედ ამიტომ დაუშვებელი ბავშვთა ასაკში ფსიქოპათიური პიროვნების დიაგნოზის ადვილად დასმა. ჩვენ არ ვიცით, როგორი მიმართულებით განვითარდება ბავშვის პიროვნება, არ ვიცით, ეგზოგენური ფაქტორები მის ანომალურ ხაზებს შეარბილებს თუ განავითარებს.

ზემოაღნიშნული მიგვითითებს, რომ ფსიქოპათიები არც ისე ხშირია. დამათი ჩარჩოები გარკვეულად შემოფარგლულია.

ფსიქოპათიათა ჯგუფის განხილვისას შეეჩერდებით მხოლოდ კონსტიტუციური ნეიროდინამიკით განსაზღვრულ მდგომარეობაზე.

ფსიქოპათიებიდან უნდა გამოვრიცხოთ პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ ცვლილებათა ყველა ის შემთხვევა, რომლებიც დაკავშირებულია პროცესულ დაავადებასთან. უკანასკნელ შემთხვევებს განვიხილავთ როგორც ფსევდოფსიქოპათიებს; მაგალითისათვის გავიხსენოთ ეპიდემიური ენცეფალიტის შედეგად განვითარებული ქარაქტეროლოგიური თავისებურებანი.

ფსიქოპათიების კლინიკური ფორმები

ფსიქოპათიების კლასიფიკაცია, ანუ სისტემატიკა ძალიან ძნელია. დღემდე არ არსებობს ერთი, ყველასათვის მისაღები კრიტერიუმი, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი იქნებოდა ფსიქოპათიურ ფორმათა დაჯგუფება. ფსიქოპათიის პრობლემა საჭიროებს შემდგომ დამუშავება-დაზუსტებას და უეჭველად მოსალოდნელია დიდი ცვლილებები ფსიქიატრიის ამ მეტად საინტერესო განაკვეთის თეორიასა და პრაქტიკაში.

ჩვენს თანამემამულეებს სუხანოვს, განუშკინს, ოსიპოვსა და სხვებს ეკუთვნის კლასიკური გამოკვლევები ფსიქოპათიის კლინიკის შესახებ. განსაკუთრებული ღვაწლი მიუძღვის განუშკინს, რომელმაც შექმნა კლინიკურ ფორმათა არა მარტო კლასიკური პორტრეტები, არამედ წინ წასწია ფსიქოპათიების სისტემატიკის, სტატიკისა და დინამიკის პრობლემებიც.

კლინიკურ-ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებათა მიხედვით ყურადღებას იპყრობს ფსიქოპათიათა ქვემოთ ჩამოთვლილი ფორმები.

აგზნებადი, ანუ ჰიპერთიმიული ფსიქოპათია ხშირი ფორმაა; ამ დროს ავადმყოფებს აწეული აქვთ ბიოტონუსი და ძლიერ ადვილად ეწყებათ პათოლოგიური აფექტის მსგავსი აგზნებები, წო-

ნასწორობის პერიოდში კი ისინი საკმაოდ მოქმედნი, ენერგიულნი და თავაზიანნი არიან.

სრულიად საპირისპირო ჯგუფს ეკუთვნიან ე. წ. ინერტული (გულგრილი), ანუ ჰიპოთიმური ფსიქოპათიები.

ლაბილურ, ანუ ემოციურ სიმტკიცეს მოკლებულ ფსიქოპათებს ახასიათებთ გრძობათა ცვალებადობა, ზოგადი ფსიქიკურ-ფიზიკური სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება. ისინი ადვილად ექცევიან უარყოფითი ზეგავლენის ქვეშ და ასევე ადვილად ეჩვევიან ნარკოტიკულ ნივთიერებებს (ალკოჰოლს, კონიაკს და სხვ.).

მიტომანიას, ანუ ფსევდოლოგიას პათოლოგიური ცრუობა და ფანტაზიორობა ახასიათებს. ავადმყოფები სტოვებენ თათქოს-და განათლებული ადამიანების შთაბეჭდილებას, არსებითად კი მათი ცოდნა მოკლებულია სიღრმეს, მათი მეტყველებითი პროდუქციები, ქცევა თუ მოქმედება სავსეა უსაზღვრო ფანტაზიებით. ფანტაზიათა გაქანება იმდენად დიდია და ამავე დროს უმალესი კრიტიკული კორექცია იმდენად სუსტი, რომ ავადმყოფებს თვითონვე სჯერათ მათ მიერ შეთხზული ამბებისა. ყოველივე ამის გამო მათ არა აქვთ სისტემატური შრომის უნარიანობა.

ცალკე ფორმას ე. წ. უცნაური ფსიქოპათიები, რომელთა დროს პიროვნება მოკლებულია შინაგან მთლიანობასა და პარამონიულ სინთეზს.

მოჩხუბარი ფსიქოპათიები მთელ ენერგიას ანდომებენ ჩხუბს, დავას, თავის თავზე დიდი წარმოდგენა აქვთ, სულ მცირე უსამართლობა აღიზიანებთ, გამუდმებით ეძებენ „ქეშმარიტებას“ და ამის ნიადაგზე აქვთ პერმანენტული უსიამოვნებანი, განუწყვეტელი კონფლიქტები; ისინი თავიანთი დაუდგრომელი, მოუსვენარი ხასიათით სხვებსაც ტანჯავენ და თვითონაც იტანჯებიან.

ცალკე ფსიქოპათიური ფორმაა მიზიდულობათა გაუქუღმართების შემთხვევები. ავადმყოფები მთლიანად ემორჩილებიან იმპულსურად წარმოქმნილ დაუძლეველ პათოლოგიურ მიზიდულობებს. ამ შემთხვევაში გაუქუღმართების მრავალი სახე აღინიშნება.

დავასახელებთ მხოლოდ პირომანიას (ხანძრისადმი მიზიდულობა), კლექტომანიას (ქურდობისადმი მიზიდულობა, რომლის დროსაც ქურდობა არის მხოლოდ თვითმიზანი და სრულიად მოკლებულია ანგარებას), დრომანიას (ხეტიალისადმი მიზიდულობას) და სქესობრივი მიზიდულობის პათოლოგიას, პირველ რიგში ჰომოსექსუალიზმს. უკანასკნელის გარდა, ყველა სახის

ათლოგიური მიზიდულობა ასაკის მოწიფულობასთან ერთად მკრთალდება და პიროვნებისათვის კარგავს პირვანდელ მნიშვნელობას.

ფსიქოპათიის დინამიკა გაპირობებულია სოციალური წრით. ცხოვრებისა და შრომის ხელშემწყობი პირობები ამცირებს, ხოლო ფსიქოტრავმული მომენტები უფრო ამკვეთრებს პიროვნების ანომალიას.

განსაკუთრებით საყურადღებოა ფსიქასთენიური ფსიქოპათია, ანუ ფსიქასთენია. დამახასიათებელია, რომ ფსიქასთენიის დროს აღინიშნება ფსიქიკური ტონუსის დაქვეითება. ფსიქიკური აპარატი თავისი მოცულობით განუწყვეტილად გადაღლილია, მოდუნებული, ამის გამო ფსიქასთენიური პიროვნება ვერ ახერხებს გარემოს დროულ, სრულ აღქმას, მას დაკარგული აქვს „რეალობის ფუნქცია“ და ყველაფერი სქემისებურად ეჩვენება.

ფსიქიკური აპარატის ასთენიზაცია, ფსიქიკური დაჭიმვის შესუსტება და „რეალობის გრძნობის“ მკვეთრი დაქვეითება (ან დაკარგვა) პიროვნებას უვიტარებს ყოყმანს, დაურწმუნებლობას, გაუბედაობასა და გაურკვეველი შიშის მოლოდინს.

ფსიქასთენიკი ყოყმანობს და დაურწმუნებელია თავის აზრებში, გრძნობებსა და მოქმედებაში. იგი იძულებული ხდება ყოველ ფუნქციას გაუწიოს კონტროლი, ხელახლა გაიმეოროს, რომ განახლებით, განმეორებით და გადაჭარბებული კრიტიკით გამოასწოროს მდგომარეობა, ეს კი ხელს უწყობს აკვიატებულ, ანუ ნაძალადეკ მდგომარეობათა განვითარებას; მხედველობაში გვაქვს აკვიატებული აზრები, ანუ ავადმყოფური გრძნობა, აკვიატებული ასთენიური ემოციები, ანუ ფობიები (ზოგჯერ ფობოფობიები) და აკვიატებული მოქმედებანი ფსიქასთენიური რიტუალის სახით.

ფსიქასთენიას მუდმივად თან სდევს ყოყმანი, დაურწმუნებლობა, ეჭვი, შიში და იპოქონდრული შინაარსის სიტყვიერი პროლუქციები, შეგრძნებები და ჩივილები.

პერვერსიები. ამ დროს ვითარდება პიროვნების ინსტინქტთა და მიზიდულობათა, უმეტესად სექსუალური მიზიდულობათა, მკვეთრი გაუქუღმართება.

პერვერსიებიდან პირველ რიგში უნდა დავახასიათოთ ჰომოსექსუალიზმი, ე. ი. სექსუალური მიზიდულობა თავისსავე სქესისადმი. იშვიათად შესაძლოა აღინიშნებოდეს ე. წ. ბისექსუალიზმი, როდესაც სექსუალური მიზიდულობა გამოხატულია როგორც ჰომო- ისე ჰეტეროსექსუალური მიმართულებით.

მოკლედ შევეხებით სხვა სახის პერვერსიებსაც.

ონანიზმი, მასტურბაცია, ანუ ხელცთუნება ზოგჯერ იმდენადაა გამოხატული, რომ ნორმალური სექსუალური მიზიდულობა სრულიად ისპობა.

ნარციზმის შემთხვევაში აღინიშნება სექსუალური თვითშეკვარება, რომელიც განსხვავდება მასტურბაციისაგან.

პედოფილია ნიშნავს სექსუალურ მიზიდულობას ბავშვებისადმი, ხოლო სოლომია — ცხოველებისადმი.

სადიზმი ნიშნავს სექსუალური პარტნიორისათვის ტკივილის მიყენების მიზიდულობას, მაზოქიზმი კი, პირიქით, პარტნიორისაგან ტკივილის მიღების მიზიდულობას.

ექსპიზიციონიზმის შემთხვევებში აღინიშნება ლტოლვა სასქესო ორგანოების გაშიშვლებისადმი.

ფეტოზიზმი ნიშნავს სხვადასხვა საგნის (ზმირად თეთრეულს, ფეხსაცმლის და სხვ.) გამოყენებას მასტურბაციის მიზნით.

არის სექსუალური გაუყუღმართების შემთხვევები, როდესაც ვაჟები იცვამენ ქალურად, ქალები კი ვაჟურად.

ფსიქოპათიათა მიმდინარეობა, გაურნალობა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა

ეგზოგენური პირობები (როგორც სოციალური, ისე ბიოლოგიური) გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ფსიქოპათიების მიმდინარეობაზე. ხელშემწყობ, გამაუარესებელ მომენტებთან დაკავშირებით იცვლება ფსიქოპათიურ მდგომარეობათა ნეიროდინამიკური საფუძვლები და კლინიკური გამოხატულება.

ფსიქოპათიის პრობლემების დინამიკური თვალთახედვით განხილვისას განუშკინი ფსიქოპათიათა მიმდინარეობაში არჩევს სამ მდგომარეობას, რომელთა დროს კლინიკური სურათი უფრო უახლოვდება აშლილობას და გარემოსთან გაწყვეტილია სოციალური შრომითი კავშირები. იგი გამოყოფს ფაზურ მდგომარეობას (ე.წ. ფაზები და ეპიზოდები), პათოლოგიურ რეაქციებსა და პათოლოგიურ განვითარებას.

ფაზებისა და ეპიზოდების შემთხვევებში ფსიქიკური აპარატის დეკომპენსაცია გაძლიერებულია შინაგანი მომენტებით; მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ დეპრესიული ტალღის ხანმოკლე შეტევა.

პათოლოგიური რეაქცია თავისი სტრუქტურით მოგვაგონებს ფსიქოგენიებს, ხოლო კლინიკური სურათი შესაძლოა იყოს როგორც მწვავე, ისე გახანგრძლივებული.

პიროვნების პათოლოგიური განვითარების მაგალითად შეიძლება დავასახელოთ პარანოიალური გამწვავება.

სტატისტიკური თუ დინამიკური მდგომარეობის დიაგნოზის დად-

გენის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ როგორც კლინიკური სურათის სტრუქტურა, ისე ფიზიკური სიმპტომატოლოგია. ადვილი წარმოსადგენია, რომ ფიზიკური სიმპტომებით გართულებული კლინიკური სურათი მიგვითითებს უფრო პროგრადენტულ ფსიქოზზე, ვიდრე ფსიქოპათიურ მდგომარეობაზე.

ფსიქოპათიათა მკურნალობისათვის კი პირველ რიგში საჭიროა პირობების შექმნა სოციალურ-შრომითი კავშირის აღსადგენად.

პიროვნების რეაქციათა მოწესრიგება, საზოგადოებრივი ინტერესების გაღვივება, პასუხისმგებლობის გრძნობის გაძლიერება და პირადი დისციპლინა დადებითი პროგნოზის მთავარი მომენტია. საჭიროა ნარკოტიკულ ნივთიერებათა და მაგარი სასმელების სრული აკრძალვა, ამასთან ერთად, ფიზიო- და ჰიდროთერაპიის, აგრეთვე პიროვნების გამამაგრებელი და დამამშვიდებელი სამკურნალო საშუალებების გამოყენება.

ფსიქოთერაპიული ჩარევის შემთხვევებში ექიმმა მკურნალობის მეთოდის შერჩევას ინდივიდუალობის თვალსაზრისით უნდა მიუდგეს.

მედიკამენტური თერაპიის მნიშვნელობა იზრდება სხვადასხვა გამწვავების, მაგალითად, დისფორიების, ფსიქოგენური რეაქციების, დეკომპენსაციებისა და სხვ. დროს. ავზნებადობის, მოუსვენრობის, აფექტურობის შემთხვევებში ნაჩვენებია ამინაზინი, პროპაზინი, რეზერპინი, შეკავებითი სინდრომის შემთხვევაში: (ფსიქასთენია, ასთენია და ა. შ.) — ანდაქსინი. დისთიმებისა და ჰიპოთიმების დროს საჭიროა ანტიდეპრესანტების (ტოფრანილი, მელიპრამინი, ტრანსამინი მცირე დოზებით) გამოყენება მეპრამატთან ან რეზერპინთან ერთად. პარანოიალური ფსიქოპათიებისათვის ზედირებულოვანი აზრების განვითარების პერიოდში ნაჩვენებია ამინაზინი, რეზერპინი და მცირე დოზებით ტრიფტაზინი. ფსიქასთენიის დროს, გამწვავების პერიოდში, სასურველია ფსიქოთერაპია, საერთო დამამშვიდებელი და გამამაგრებელი თერაპია, ელენიუმი, სედუქსენი. შიშისა და სხვა აკვიატებათა შემთხვევაში ფსიქოთერაპიასთან ერთად საჭიროა ამინაზინის, რეზერპინის, ელენიუმის, სედუქსენის დანიშვნა.

გამწვავების პერიოდში ჩატარებული მკურნალობის შედეგების განმტკიცების მიზნით აუადმყოფს შეიძლება ხანგრძლივად დაუნოშნოთ იგივე ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალება მცირე დოზებით.

ფსიქოპათიებს დიდი სასამართლო ფსიქიატრიული მნიშვნელობა აქვს.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოპათია არ არის სულით ავადმყოფობა, ამიტომ ფსიქოპათები მთლიანად აგებენ პასუხს კანონის წინაშე, რაც გამომდინარეობს არა მარტო სოციალური თავდაცვის მიზნებიდან და საზოგადოებრივი ინტერესებიდან, არამედ თვით.

ფსიქოპათიურ პიროვნებათა ინტერესებიდანაც. კანონის წინაშე პასუხისმგებლობა ფსიქოპათს მოუწოდებს წესიერი მოქმედებისაკენ, ევითარებს მას დისციპლინას და უღვიძებს საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომის აუცილებლობის შეგნებას.

ფსიქოპათთა მოთავსება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში სასურველი არ არის, სულით ავადმყოფები მათზე ცუდად მოქმედებენ. გარდა ამისა, ფსიქოპათები ფსიქიატრიული სტაციონარისათვის მიუღებელი კონტინგენტია, რადგან ისინი ხშირად არღვევენ წესრიგს.

ფსიქოპათს შეიძლება მოუხსნან კანონის წინაშე პასუხისმგებლობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც დანაშაული ჩადენილია ნამდვილ ფსიქოზურ მდგომარეობაში. ამ დროს შეცდომის ასაცილებლად განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო.

შინაარსი

წინასიტყვაობა	2
ზოგადი ნაწილი	
თავი I. შესავალი	3
ფსიქიატრიის საგანი, შინაარსი და ამოცანები	3
ფსიქიატრიის კავშირი მედიცინის სხვადასხვა დარგთან	5
ცნობები ნორმის შესახებ და სულით ავადმყოფობის ცნება	7
თავი II. ფსიქიატრიის ისტორიის მოკლე მიმოხილვა	8
თავი III. ნეიროდინამიკური მიმართულება ფსიქიატრიაში	11
თავის ტვინი, როგორც ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიური სუბსტრატი	13
ცნობები დიდი ტვინის ქერქის მორფოლოგიის შესახებ	15
სინაფსარქიტექტონიკური მეთოდი	18
ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციათა ლოკალიზაციის ზოგიერთი საკითხი	20
სინაფსარქიტექტონიკისა და ნერვული უჯრედების ცვლილებათა აღდგენლობის გამოკვლევის კლინიკური მნიშვნელობა	22
ძილი	25
თავი IV. ფსიქიკურ დაავადებათა ეტიოლოგია	26
ეგზოგენური, ენდოგენური, ბიოლოგიური და სოციალური მიზეზები	26
შინაგან ორგანოთა დაავადება	50
ინდივიდუალურ-ფიზიოლოგიურ მდგომარეობათა მნიშვნელობა	53
თავი V. ნევროლოგიური და ზოგადი სომატური აშლილობანი ფსიქოზების დროს	54
ნევროლოგიური აშლილობანი	54
კანისა და მყესის რეფლექსები და მონათესავე ფენომენები	54
გუგა და მისი მოძრაობათა აშლილობა, ნისტაგმი	57
მგრძობელობის აშლა და ტიკილი	60
მორტარული აშლილობანი	61
მეტყველება, წერა	64
გრძნობათა ორგანოების აშლილობანი	67
ენცენტრიული ნერვული სისტემა	68
ძილის გაუქმდებლობა	70
ელექტროენცეფალოგრაფია ფსიქიატრიაში	71
სხეულის ტემპერატურა	72
სისხლის წნევის ვაზომორტორული აშლილობა და ფორმიან ელემენტთა შედგენილობა	73
ტროფიკული აშლილობანი	75

სეკრეტორულ ფუნქციათა აშლა	76
სხეულის წონა	78
ენდოკრინული სისტემა	79
ნიუთიერებათა ცელა	80
ცვლილებები შარდში	80
ცვლილებები შინაგან ორგანოებში	91
ზურგის ტვინის სითხე და მისი ცვლილებები	82
თ ა ვ ი VI. ფსიქოლოგიისა და პათოფსიქოლოგიის საკითხები	86
პერსონოლოგიის აქტუალური პრობლემები	86
პირიქული ფსიქოლოგია, როგორც ზოგადსაქცობრიო პრობლემა	94
პათოპერსონოლოგიის პრობლემები ევოლუციურ ასპექტში	98
პალეოფსიქოპათოლოგიის საკითხებისათვის	103
ფსიქიკურ ფუნქციათა პათოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები	106
ალქმის პათოლოგია	107
ავნოზიები	108
ფსიქოსენსორული აშლილობანი	109
ილუზიები და მათი სახეები	110
ჰალუცინაციები	111
მეხსიერება, მისი პათოლოგია, აშლათა კლინიკური სახეები და გამოკვლევის მეთოდები	115
ინტელექტის პათოლოგია: ათისება, მოფიქრება, მოსაზრება და კრიტიკა-აზროვნება, მათი კლინიკური მნიშვნელობა და გამოკვლევის მეთოდები	123
იდეათა ასოციაცია და ასოციაციური ექსპერიმენტი	128
ბოდიითი იდეები და მათი კლინიკა	134
ცნება და მისი სახეები	138
ემოციურ აშლილობათა კლინიკა	139
ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური აფექტი	142
ემოციური აშლილობანი	143
ნებითი ფუნქციები და მათი აშლილობანი	144
აქტიური და პასიური ყურადღება	148
მიზიდულობანი და მათი პათოლოგია	149
ცნობიერება, თვითცნობიერება, ცნობიერების პათოლოგია	150
თ ა ვ ი VII. ფსიქიკური ავადმყოფის ისტორია	155
ფიზიკური გამოკვლევა	157
ფსიქიკური გამოკვლევა	156
თ ა ვ ი VIII. ფსიქოზთა მიმდინარეობა, პროგნოზი და გამოსავალი	159
ფსიქოზის სტრუქტურა და ცნება სინდრომების შესახებ	163
თ ა ვ ი IX. ფსიქიატრიული მზრუნველობა და ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის ძირითადი საკითხები	164
ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა თავისებურებანი (შენობა, პერსონალი, რეჟიმი) და ორგანიზაციული ფსიქიატრიის ზოგიერთი საკითხი	164
ფსიქოპიგიენისა და ფსიქოპროფილაქტიკის ძირითადი საკითხები	168
სულით ავადმყოფთა და ფსიქოპათთა უფლებრივი მდგომარეობა, ფსიქიატრიული ექსპერტიზა და სიმულაცია-დისიმულაციის საკითხები	175
თ ა ვ ი X. პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები ფსიქოზების დროს	178
თ ა ვ ი XI. ფსიქოზთა მკურნალობის ზოგადი პრინციპები და სხვადასხვა თერაპიული მეთოდი	181

თ ა ვ ი XII. ფსიქიკურ აშლილობათა კლასიფიკაცია	189
თ ა ვ ი XIII. შიზოფრენია. ზოგადი შენიშვნები	193
ეტოლოგიის საკითხები	194
შიზოფრენიის კლინიკა	195
აზროვნების პათოლოგია (შიზოფრენიული ქეუასუსტობა)	196
ემოციური სფეროს პათოლოგია	199
ნებითი სფეროს პათოლოგია	200
ცნობიერების პათოლოგია	202
აღქმის პათოლოგია	203
ბოღვითი იდეები შიზოფრენიის დროს	206
შიზოფრენიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია	206
დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები	208
შიზოფრენიის პათოგენეზის ზოგიერთი საკითხი	213
შიზოფრენიის პათოლოგიური ანატომია	215
შიზოფრენიის ცალკეული კლინიკური ფორმა. ტიპური ფორმები	217
ატიპური ფორმები	220
პროგნოზი შიზოფრენიის დროს	222
შიზოფრენიის მკურნალობა და პროფილაქტიკა	223
შიზოფრენიის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა	228
შიზოფრენიის სანიმუშო შემთხვევათა მოკლე ისტორიები	229
ცნობები ე. წ. პარაფრენიის შესახებ	231
თ ა ვ ი XIV. ეპილეფსია და ეპილეფსიური ფსიქოზები	234
ეპილეფსიის ეტიოლოგია	235
პათოგენეზისა და პათოფიზიოლოგიის საკითხები	236
ეპილეფსიური გულყრის სიმპტომატოლოგია	238
მკირე გულყრის სიმპტომატოლოგია	241
ფსიქიკური ეპილეფსია, ანუ ფსიქიკური ეკვივალენტები	242
ეპილეფსიის კლინიკური სურათი	244
ეპილეფსიის ფიზიკური სიმპტომატოლოგია	246
პროგნოზი და გამოსავალი მდგომარეობა	247
ეპილეფსიის დიფერენციული დიაგნოზი	249
პიკნოლეფსია	256
ნარკოლეფსია	256
თ ა ვ ი XV. სისხლძარღვთა აშლილობანი. ზოგადი შენიშვნები თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის შესახებ	256
თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის სიმპტომატოლოგია და კლინიკური ფორმები	259
დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები	262
თავის ტვინის არტერიოსკლეროზის მკურნალობა	263
ჰიპერტონიული, ჰიპოტონიური და ეპოპათიური მდგომარეობანი	264
თ ა ვ ი XVI. უკუგანვითარების, ანუ პრესენილური და სენილური ფსიქოზები	256
პრესენილურ აშლილობათა კლინიკური ფორმები	270
პრესენილურ ფსიქოზთა მიმდინარეობა და დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები	274
პრესენილურ ფსიქოზთა პროფილაქტიკა და მკურნალობა	275
სენილური ქეუასუსტობა	276

სენილურ ფსიქოზთა დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები	276
სენილური ფსიქოზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა	281
მოხუცებულობითი ფსიქოზების ატიპური ფორმები	282
თ ა ვ ი XVII. მწვავე ინფექციური ბუნების ეგზოგენური ფსიქოზები	284
მწვავე ინფექციური ბუნების სანმპტომური ფსიქოზები. ინფექციური დელირიუმი	285
მწვავე აშლა, ამენცია, ანუ ამენციური სიმპტომოკომპლექსი	290
პოსტინფექციური ფსიქოზები და მწვავე ინფექციურ ფსიქოზთა ქრონიკული შედეგები	291
პოსტინფექციური ბუნების ცერებრასთენია, ანუ დისტომიური ასთენია	291
პოსტინფექციური ბუნების ამნეზიური, ანუ კორსაკოვის სიმპტომოკომპლექსი	293
თ ა ვ ი XVIII. ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები. ეპიდემიური ენცეფალიტი	294
ეპიდემიური ენცეფალიტის მწვავე სტადიის კლინიკა	297
ეპიდემიური ენცეფალიტის ქრონიკული სტადიის კლინიკა	298
თ ა ვ ი XIX. ფსიქიკური აშლილობანი ნევროლეუსის შედეგად. ზოგადი ცნობები	302
ლუესური ფსიქოზების პათომორფოლოგიის საკითხები	304
თავის ტვინის ლუესის ცალკეული კლინიკური ფორმა (ლუესური ფსიქოზები)	307
ლუესური ნევრასთენია	307
მენინგოენცეფალიტური ფსიქოზები	308
გუმებისა და ფსევდოპარალიზის კლინიკა	305
თავის ტვინის წვრილ სისხლძარღვთა ლუესური დაავადება	309
პალუცინატიურ-პარანოიდული ფორმა	310
თავის ტვინის ლუესის გულყრითი ფორმები და ტაბესური ფსიქოზები	310
თავის ტვინის ლუესი ბევშთა ასაკში	312
სიფილისურ ფსიქოზთა დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა	313
ტვინის ათაშანგის მკურნალობა	315
თ ა ვ ი XX. ქრონიკული ინფექციით გამოწვეული ფსიქოზები. პროგრესული პარალიზი, ზოგადი ცნობები	315
დაავადების ფიზიკური სიმპტომატოლოგია	317
პროგრესული პარალიზის პათოლოგიური ანატომია	319
პროგრესული პარალიზის კლინიკური ფსიქოპათოლოგია	320
პროგრესული პარალიზის მიმდინარეობა და კლინიკური ფორმები	322
დაავადების ატიპური ფორმები და ჭაბუკთა პროგრესული პარალიზი	324
დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები და პროგრესული პარალიზის სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა	325
პროგრესული პარალიზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა	327
თ ა ვ ი XXI. ქალას ტრავმების სიმპტომატოლოგია და მიმდინარეობა	329
კლინიკურ გამოვლენებათა ცალკეული ფორმა	332
დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხები და ტრავმულ დაავადებათა სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა	333
ქალას ტრავმულ დაზიანებათა მკურნალობა	335
თავის ტვინის მძიმე ენდოგენური დაავადებებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობა	336
თ ა ვ ი XXII. ეგზოგენური ინტოქსიკაციის ბუნების ფსიქოზები	338
ალკოპოლიზმის კლინიკა, მორფინიზმი და კოკაინიზმი. ზოგადი ცნობები	338

მწვავე დათრობა	340
პათოლოგიური დათრობის კლინიკა	342
ქრონიკული ალკოპოლიზმი	344
თეთრი ცხელება	347
მწვავე და ქრონიკული ალკოპოლური პალუცინოზი	350
კორსაკოვის. ფსიქოზი	351
ცნობები დიფსომანიისა და ალკოპოლური ეპილეფსიის შესახებ	354
ალკოპოლიზმის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის საკითხები	355
მორფინიზმი და კოკაინიზმი	356
თ ა ე ი XXIII. სომატოგენური ფსიქიკური აშლილობანი. ზოგადი შენიშვნები	366
ფსიქოზები შინაგან ორგანოთა დაავადების დროს	367
გულის დაავადებისა და ანოქსემიის მნიშვნელობა	367
ღვიძლის პათოლოგია	368
ენდოკრინოპათიები და გენერაციული ფსიქოზები	369
აკრომეგალია	369
ბაზედოვის დაავადება (ჰიპერთირეოზი)	370
მიქსედემა (ჰიპოთირეოზი) და კრეტინიზმი	372
თ ა ე ი XXIV. ფსიქიკურ განუვითარებლობათა, ანუ ოლიგოფრენიების კლინიკა	374
ოლიგოფრენიის ცნება და კლინიკური სურათი (იდიოტია, იმბეცილობა, დებილობა)	374
ტინის სიმბინჯით გამოწვეული ოლიგოფრენიული მდგომარეობები	376
ოლიგოფრენიის მკურნალობა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა	377
თ ა ე ი XXV. ფუნქციური ბუნების ფსიქიკური დაავადებანი	378
ზოგადი შენიშვნები მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის, ცირკულარული ფსიქოზის, ანუ ციკლოფრენიის შესახებ	378
მანიაკალური ფაზის კლინიკური სურათი	379
დეპრესიული ფაზის კლინიკური სურათი	380
მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი	381
თ ა ე ი XXVI. ფსიქოგენური ბუნების აშლილობანი	384
ზოგადი შენიშვნები ფსიქოგენური რეაქციების, ანუ რეაქტიული ფსიქოზების შესახებ	384
რეაქტიული დეპრესია	386
მწვავე რეაქცია ელდა-შეშინებაზე, ფსევდოდემენცია და ფსიქიკური პუერტილიზმი	387
პარანოიას კლინიკა	388
ისტერიის კლინიკა. ზოგადი შენიშვნები	390
ისტერიის კლინიკური სურათი	392
ისტერიის კლინიკური ფორმები და მიმდინარეობა	394
ძირითადი ცნობები. ფსიქოთერაპიული მეთოდების შესახებ	397
ცნობები ნევროზების. შესახებ	401
ნევროზების კლინიკური სახეები	403
ტიპოლოგიური ნეიროდინამიკით განსაზღვრული ფსიქიკური ანომალიები	406
ზოგადი შენიშვნები ფსიქოპათიების შესახებ	406
ფსიქოპათიების კლინიკური ფორმები	407
ფსიქოპათიათა მიმდინარეობა, მკურნალობა და სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა	410

617.9

616.89

ზ. 971

წარმოადგინა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის
ფსიქიატრიის კათედრამ
რეცენზენტები: მედიცინის მეცნიერებათა დამსახურებული მოღვაწე
პროფ. ე. გოგრონიძე
პროფ. ბ. ნაწიშვილი

რედაქტორი ვ. კობიაშვილი
მხატვრული რედაქტორი ს. ბოტკოველი
ტექნიკური რედაქტორი თ. შანჭგალაძე
კორექტორი მ. ჩაჩხიანი

ხელმოწერილია დასაბეჭდად 8/IX-71 წ. ქალაღდის ზომა 60X90¹/₁₆.
ნაბეჭდი თაბახი 26,25. სააღრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 25,28.
უე 00370. ტირაჟი 2.000. შეეკ. № 264.
ფახი 1 შან. 34 კაბ.

გამომცემლობა „განათლება“, თბიღისი, კაღოს ქ., 18.
Издательство «Ганათლება», Тბიღისი, უღ. Каღოს № 18.
1971

საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს ბეკღვითი სიტყვის სახელმწიფო
კომიტეტის მთავარბოღიგრაფმრეწვეღობის სტამბა № 1, თბიღისი,
ორჯონიკიღის ქ. № 50.-

Типоღრაфия № 1 Главполиграфпрома Госкомитета Совета
Министров Груз. ССР по печати, Тბიღისი, უღ. Орджоникиღдзе, № 50.