

ავლიპი ზურაბაშვილი

ქესრონორი და  
ქრისიუხი თსიქიაგის  
ქრომეები



გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“  
თბილისი — 1974

617.9+15  
616.89+151  
8.971

А. Д. Зурабашвили. Проблемы персонологии и клинической психиатрии. Издательство «Сабчота Сакартвело», Тбилиси, 1974.

Монография заслуженного деятеля, академика АМН СССР и АН ГССР А. Д. Зурабашвили посвящена актуальным проблемам теории и практики персонологии и клинической психиатрии. В монографии подчеркивается, что психоз является прежде всего патологией личности. В эволюционном аспекте рассматривается становление отдельных психодинамических регистров психического аппарата. Используются некоторые материалы из классиков отечественной и мировой литературы.

При изложении вопроса о взаимосвязи между структурой и функцией автор рассматривает психические проявления как специфический квалитет головного мозга человека.

Сугубо новы положения автора относительно антиномных, т. е. специфических человеческих реакций личности.

Структурно-функциональная восстанавливаемость нервной ткани увязывается с обратимостью клинической симптоматики.

Новое освещение получают вопросы шизофрении, а также ее терапии.

Самостоятельно излагаются вопросы психотерапии и новые данные о психореактологии.

Труд представляет непосредственный интерес для психиатров, патопсихологов, а также для представителей смежных дисциплин.

3 5312—097 320—74  
M601 (08)—74

© გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“, 1974.

## წინასიტყვაობა

ქართული სამედიცინო აზროვნების განვითარებასთან ერთად მრავლდება ბეჭდვითი პროდუქცია მშობლიურ ენაზე სამედიცინო თეორიისა და პრაქტიკის შესახებ.

ამჟამად ქართულ ენაზე მოიპოვება მრავალი ნაშრომი ცალკეული წერილებისა თუ მონოგრაფიების სახით.

გამრავლდა და დაეყვაცდა ქართული ფსიქიატრიული სკოლაც, რომლის წარმომადგენლებიც ნაყოფიერ მუშაობას ეწევიან კლინიკურ და თეორიულ ფსიქიატრიაში.

საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ წინამდებარე ნაშრომში მოტანილი მასალები ძირითადად განხილულია პერსონოლოგიურ კლინიკურ ასპექტში.

ნაჩვენებია, რომ ფსიქოფიზიკური პრობლემის სირთულე არ ხსნის ფსიქონერვულ დაავადებათა ნოზოლოგიის პრინციპებს. პირიქით, თანამედროვე ფსიქიატრიაში ეტიოპათოგენეზური თერაპია მოითხოვს ნოზოლოგიის განმტკიცებას.

შრომში ხაზგასმულია, რომ თანამედროვე ეტაპზე ავადმყოფთა დაწვრილებით შესწავლა უეჭველად მნიშვნელოვანი და აუცილებელია, მაგრამ აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქიკურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა პირველ რიგში მოითხოვს კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის დაზუსტებას. უკანასკნელი გზა არის ერთადერთი, რომლის საშუალებითაც ზუსტდება დიფერენციული დიაგნოსტიკის რთული საკითხები.

ამჟამად ფსიქიატრია იმდენად გამდიდრდა და იმდენად წინ წავიდა, რომ ჩვენს განკარგულებაშია მთელი რიგი ახალი საბჭურნალო მეთოდები, რომლებიც შეიძლება ფსიქიკურ დაავადებათა შემთხვევებში გამოვიყენოთ. მეცნიერება აღამიანის თავის ტვინის აგებულებისა და მუშაობის შესახებ დიდად განვითარდა და იმედს იძლევა, რომ სულ უფრო მეტად შეგვაიარაღებს ფსიქიკურ დაავადებათა წინააღმდეგ საბრძოლველად.

თავის ტვინის სტრუქტურა და ფსიქონევროლოგიის  
საკითხები

ზოგიერთი ცნობა ტვინის განვითარების შესახებ

ნერვული სისტემა როგორც ხერხემლიან, ისე უხერხემლო ცხოველების ფილოგენეზურ განვითარებაში, რთულ ცვლილებებს განიცდის.

უხერხემლო ცხოველების ნერვული სისტემის სტრუქტურული ცვლილება, პერიკის თანახმად, ხორციელდება სამი ძირითადი მიმართულებით: დიფუზური ნერვული სისტემის კონდენსაცია (ცენტრალიზაცია), ორმხრივი სიმეტრია და თავის ტვინის განვითარება (ცენალიზაცია).

ტვინის ღართი ფილოგენეზურად ნაწილდება სამ უბნად: პალეოკორტექსი, არქიკორტექსი და ნეოკორტექსი. საბოლოო ტვინის ეს უბნები წარმოადგენენ ქერქული არეების პირველსაწყისს და მათ დამოუკიდებელი ევოლუციის უნარი აქვთ.

ფილოგენეზური შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ქერქის შექმნას საფუძვლად უდევს შემდეგი მოვლენები: რუხი ნივთიერების მოცილება პერივენტრიკულური უჯრედების მასებიდან, უკანასკნელის განაწილება ჰემისფეროს\* კედლების ზედაპირზე და თანდათანობითი განვითარება სუბკორტიკალური თეთრი ნივთიერებისა (გამტარი სისტემა), რომელიც გამოიჩინა ქერქს, ქერქქვეშა წარმოქმნებისაგან.

ფილოგენეზური განვითარების დონეზე, მხოლოდ პერიფერიუ-

\* აუცილებელია გვახსოვდეს, პერიკის განმარტება, რომელიც ქერქს განიხილავს, როგორც რუხ ნივთიერებას მოთავსებულს ტვინის ჰემისფეროს კედლების ზედაპირის ზონებში.

ლი რუხი ნივთიერება, რომელიც გაღიზიანებას ღებულობს ერთ-ერთი ზონალური პერიფერიული შრიდან. ნევრობიოტაქსის შედეგად უჭრედი გადაინაცვლებს გაღიზიანებისკენ და ამრიგად დასაწყისში აღინიშნება გაფანტული შრე, შემდგომ კი ქერქი და ქერქქვეშა თეთრი ნივთიერება (კულენბეკი).

პერივენტრიკულური რუხი ნივთიერების ის ნაწილი, რომელიც ქერქს არ წარმოქმნის, რჩება ბაზალური მასის სახით და სტრიალური სისტემის (ზოლ-ზოლა სხეული) განვითარებისათვის ფუძეს წარმოადგენს.

ქერქული ზონების დიფერენციაციამდე, ფილოგენეზში ჩვენ გვაქვს, „პირველადი ველის“ (ქერქული პრიმორდიუმი) სტადია.

კულენბეკის თანახმად, პირველადი ქერქი (პრეკორტექსი) ანუ ქერქული პრიმორდიუმი შედგება სამი შრისაგან: პერიფერიული (ზონალური), გაფანტული და ძირითადი (ბაზალური) შრისგან.

ქერქი, როგორც „ზერელე რუხი სუბსტანცია,“ გვხვდება არა მარტო საბოლოო ტვინის დართში, არამედ მის ფუძეზეც, ამასთან დაკავშირებით ავტორები არჩევენ საბოლოო ტვინის პალიალურ და ბაზალურ ქერქს.

კულენბეკი პერივენტრიკულური რუხი ნივთიერების ცნებას უპირისპირებს ტვინის ქერქს, უსვამს რა ხაზს იმ გარემოებას, რომ ქერქი და პარაკუჭთანამდებარე ნივთიერება ტოპოგრაფიულად, დიამეტრალურად მოწინააღმდეგე არეს იკავებს (ზერელე და ცენტრალურ რუხ მასებს)\*. ქერქული დიფერენციაციის პარალელურად ქერქქვეშა თეთრი ნივთიერების განვითარება მიმდინარეობს. ამ მხრივ კაპერისის მონაცემები ქერქის მასისა და თეთრი ნივთიერების სიძლიერის ურთიერთობის შესახებ ყურადღებას იმსახურებს. ავტორი აღნიშნავს, რომ წვრილი ბუქემწოვარნი ხასიათდებიან ლიზენცეფალური (სადა) ტვინით, მაგრამ ამასთან ერთად, მათ აქვთ სქელი ქერქი და საკმაოდ სუსტად განვითარებული თეთრი ნივთიერება. მსხვილი

---

\* ასეთი საწინააღმდეგო დაყენება საკითხისა არ მიგვაჩნია სრულ წარმატებად, რადგან პარაკუჭთანა (პერივენტრიკულური) რუხი ნივთიერება არა მარტო გვერდით, არამედ მე-3 პარაკუჭში და აგრეთვე სილვიის წყალსადენშიცაა. უკანასკნელ ორ შემთხვევაში პერივენტრიკულური რუხი მასა ცნობილია პარაკუჭების ცენტრალური რუხი ნივთიერების სახელწოდებით და ქერქთან მას კავშირი არა აქვს.

ძუძუმწოვარნი კი პირიქით, ხასიათდებიან გირენცეფალური ტვინით, რომელთაც თხელი ქერქი და ძლიერ განვითარებული გამტარი გზის სისტემა აქვთ.

ვამჩნევთ, რომ ადამიანისა და გირენცეფალური ხერხემლიანების ქერქის არქიტექტონიკა პრინციპში ერთნაირია. ანატომიური გამარტივება იწყება მღრღნელებიდან ვირთხებით, ზღვის გოჭებით და ბაჭიებით. ეს უკან დახევა კიდევ უფრო მეტად შესამჩნევია ფრინველებზე და ქვეწარმავლებზე. დიდი ტვინის ქერქის ფილოგენეზური განვითარებისათვის დამახასიათებელია ორი თავისებურება: ჰემისფეროების ზედაპირის მკვეთრი გადიდება და ზრდის ჩამორჩენა სისქეში. ფაქტი ზედაპირის მკვეთრი გადიდებისა, სისქეში ზრდის მაგიერ, აიხსნება დიდი ტვინის ქერქის ლიმფური და ჰემოდინამიკური თავისებურებებით, სახელდობრ: ქერქის საჭიროების მიხედვით, ლიმფის და სისხლის ადვილადმოდენითა და უკუდენით, აღნიშნული მოდენა და უკუდენა ხორციელდება რბილი გარსის საშუალებით უფრო უცხეთ თხელი ქერქისათვის, ვიდრე სქელისათვის.

კაპერსით ხვეულების წარმოსაქმნელად სისხლძარღვთა და ლიმფურ სისტემას თანაბარი მნიშვნელობა აქვს. თანახმად ავტორისა, ხვეულები ტვინს იცავენ კვების მოშლისაგან, რადგან სხვა გზით ლიმფის უკუდენა სუბარაქნოიდულ სივრცეში პერიცელულარული ლიმფური სივრცეებიდან (რომლებიც შრეების სიღრმეში მდებარეობენ) გაძნელებული იქნებოდა. ნივთიერების ცვლის პროდუქტების დაგროვებით განგლიური უჯრედების კვება შეფერხდებოდა. ხვეულების არსებობა ცენტრში მდებარე განგლიურ უჯრედებს დაახლოებდა სუბარაქნოიდულ სივრცესთან.

გირიფიკაციას (ხვეულების შექმნის პროცესი) ხსნიან თავის ტვინის სისხლით მომარაგების პირობებით და სისხლძარღვების განლაგების თავისებურებებით, მაგრამ შემდგომში ცალმხრივობის, შეზღუდულობის და მოყვანილი ახსნის უკმარისობის გამო წინააღმდეგი გამოვიდა თვითონ კაპერსი.

კაპერსი ჯერ კიდევ XVII საუკუნეში კონგრესზე ლონდონში აყენებდა დებულებას იმის შესახებ, რომ არ შეიძლება მხოლოდ სისხლძარღვები იყოს მიზეზი გირიფიკაციის და დიდი ტვინის ჰემისფეროების ზედაპირის გადიდებისა. ავტორის აზრით, ცენტრალურ ტვინოვან მასაში არსებობს წარმოქმნები, რომლებიც თავიანთი ცენტრა-

ლური მდებარეობის გამო, არ არიან დაფარული გარსით, მაგრამ დაოვანი სტრუქტურა კი აქვთ (დაკბილული ბირთვი, ზედა და ქვედა ოლივები და სხვა წარმონაქმნები).

კაპერსი აყენებს დებულებას, რომ რამდენადაც უფრო თხელია ქერკი, მით უფრო მდიდარია იგი ხვეულებით, ე. ი. მით უფრო მეტია ქერქული ზედაპირი.

როგორც ნაჩვენები იყო, ქერქული ზედაპირის ზრდისა და გირიფიკაციის ასახსნელად არაა საკმარისი მხოლოდ სისხლმომარაგების ერთი ფაქტორი. კაპერსი აყენებს დინამიკურ ფუნქციურ კრიტერიუმს, რომლის მიხედვით გირიფიკაცია და მასთან ერთად ქერქული ზედაპირის ზრდა, გამოწვეულია შემავალი გალიზიანების გადიდებული ექსპოზიციის აუცილებლობით.

ტვინის ღართის შრეების წარმოშობის საკითხები შედარებით ანატომიაში იკავებს ერთ-ერთ ცენტრალურ ადგილს. როგორ მივდივართ ჩვენ პეტეროგენეზური ქერკიდან ჰომოგენეზურ, ექვსშრიან ქერქთან? ეს საკითხები ღიად რჩება და იგი შემდგომ გაშიფრვას მოითხოვს.

ავტორთა მოსაზრება დიდი ტვინის შრეების შესახებ ძლიერ განსხვავებულია, განსაკუთრებით დაბალ საფეხურზე მდგომ ძუძუმწოვართა მიმართ.

ბროდმანის, კაპერსის და მათთან ერთად როზეს, კულენბეის და სხვ. მიერ, კლასიკური დაკვირვებებით დადგენილია, რომ ყველა ძუძუმწოვართა ნეოკორტექსი ხასიათდება აღნაგობის საერთო ძირითადი ტიპით, სახელდობრ, ექვსშრიანი ქერქით.

როზემ, როგორც ბროდმანმა, მღრნელთა, მწერიჭამიათა და ხელფრთოსანთა წარმომადგენლობაში აღმოაჩინა ქერქის ექვსშრიანი სტრუქტურა. ამასთან ერთად ასეთი ტიპის ქერქს, სხვადასხვა ცხოველებში სხვადასხვა გავრცელება აქვს. ზოგიერთი ავტორების მიერ ამ ფაქტის არ მიღებას ან უარყოფას, როზე ხსნის იმით, რომ ისინი ისაზღვრებოდნენ მხოლოდ ერთეული დაკვირვებით და არ ჰქონდათ შედარებითი-ანატომიური დიდი მასალა.

კახალი წვრილ ძუძუმწოვრებში აღნიშნავს დიდ გამარტივებას (იოვლის 5-ს და ზოგჯერ 4 შრეს).

ჰელერი განხილულ საკითხებში, თავისებურ პოზიციას იჭერს. სამშრიანი ქერკი მას ტვინის ღართის აღნაგობის პირველსაწყისოვან

ტიპად მიაჩნია. ქერქის ასეთი ტიპი ავტორის მიერ აღმოჩენილია ჩანთოვან და ზოგჯერ ხელფრთოსნებზე.

როგორც ვხედავთ, ჰალერი უკვე გვიან გამოქვეყნებულ შრომებში ცდილობს გაამაგროს თავისი შეხედულება ემბრიოგენეზური დაკვირვებებით.

იქიდან გამომდინარე, რომ ემბრიონული ქერქი შედგება მატრიქსისგან, შუამდებარე და საფარი შრეებისაგან, ჰალერი სამშრიანობას თვლის აღნაგობის ძირითად ტიპად და ცდილობს აქედან (სამშრიანობიდან) ბროდმანის ექვსშრიან ქერქზე გადასვლას.

ასეთი შედარება. უეჭველად ყოველგვარ საფუძველს მოკლებულია: არასგზით არ შეიძლება ჰემიფეროს სამშრიანი კედელი დაპირისპირებული იყოს მომწიფებულ დიფერენცირებულ ექვსშრიან ქერქთან. მეორე მხრივ, ძალიან ძვირფასია ჰალერის მიდგომა, როდესაც იგი ქერქულ ზონას განიხილავს არა იზოლირებულად, არამედ პარკუჭის კედლის ყველა შრესთან და ამით ხაზს უსვამს ჰემისფეროს მთელი კედლის მნიშვნელობას.

ამასთან, ვიტყვით რამდენიმე სიტყვას შრეებში უჯრედების რიცხვის შესახებ. კაესის და სხვ. მონაცემების მიხედვით, ცხოველი ფილოგენეზურად რაც უფრო დაბლა დგას, მით უფრო ღარიბია ქერქი უჯრედოვანი ელემენტებით.

მაიერმა, რომელიც სარგებლობდა ძლიერ ნატიფი მიკრომეტრული მეთოდით, ვერ შეძლო რაიმე დამოკიდებულებებს დადგენა უჯრედების რიცხვსა და ტვინის ორგანიზაციის ხარისხს შორის. ავტორი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ქერქის სიმდიდრე უჯრედებით არ არის მისი ორგანიზაციის ხარისხის პირდაპირი მაჩვენებელი და არც შეიძლება გავოლდგეს კრიტერიუმად ცხოველების რიგის სისტემატიზაციისათვის ისე, როგორც იგი არ შეიძლება გამოდგეს ცხოველის ინტელექტუალური დონის საზომად.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, დიდი ტვინის ქერქი შედგება სამი უბნისგან, რომელნიც დგანან ფილოგენეზური განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე.

კულენბეკითა და როზეთი, ნეოპალეოარქიოკორტექსს ცალკეულად, მათთვის დამახასიათებელი ევოლუცია აქვს; ამასთან, ძუძუწოვრის ნეოკორტექსი ექვსშრიან სტრუქტურას ღებულობს. ყურადღებას იმსახურებს ის, რომ ნეოკორტექსი თავის ონტოგენეზურ გან-



ვითარებაში გაივლის ორშრიანი ამონის რქის გარდამავალ საფეხურს.

ფილოგენეზურ წყებაში ყნოსვის ქერქი დიდ ცვლილებას განიცდის: ზვიგენებში იგი იქერს ტვინის მთლიან ვენტრალურ ზედაპირს; რეპტილიებში კი, მხოლოდ ტვინის გარეთა არეშია, არქიკორტექსის ძლიერი განვითარების გამო, ძუძუმწოვრებში არქიკორტექსი, პირიქით წარმოდგენილია ძლიერ სუსტად.

ცხოველების არქიკორტექსი, ორუჯრედოვანი შრისაგან წარმოდგება: შინაგანმარცვლოვანი (დაკბილული ფირფიტა) და გარეგან პირამიდული (ამონის რქა).

დაკბილული ფირფიტის მარცვლებს არა აქვთ ღერძიკლინდრები და კაპერსით მხოლოდ რეცეპტორულ ფუნქციებს ასრულებენ; პირამიდული უჯრედები კი პირიქით, კორტიკოფუგალურ ბოქკოებს იძლევიან.

ყურადღებას იმსახურებს, ის რომ არქიკორტექსი ძუძუმწოვრებში (აღამიანის ჩათვლით) ძირითადად ერთნაირი აღნაგობისაა.

რეპტილიებიდან დაწყებული არქიკორტექსსა და პალეოკორტექსს შორის ჩნდება ნეოკორტექსი, რომელიც იკავებს ტვინოვანი ღართის გარეთა არეს.

ჰეტეროგენეზური ანუ ალოკორტიკალური ქერქი, რომელიც იძლევა გადახრას ექვსშრიანი სტრუქტურიდან, ბროდმანით ნაწილდება პრემიტიულ რუდიმენტულ და დაღარულ (ჰეტეროგენეზური, სტრიალური) ქერქად. ბროდმანი აღნიშნავს იმ ქერქულ შრეებს, რომლებიც დანარჩენი ქერქის საწინააღმდეგოდ არ ამჟღავნებს უჯრედოვან ფენებს ჰრც ონტოგენეზური განვითარების დროს და არც ფილოგენეზურ კბეზე. აქ საუბარია მხოლოდ განგლიური უჯრედების უწყსრიგოდ დაგროვებაზე. ალოკორტიკალურ ქერქს ეკუთვნის ყნოსვის ბოლქვის (ყნოსვის ბორცვის) წინა დაცხრილული ნივთიერებისა და ნუშისებურ ბირთვის რუხი მასები. კულენბეკი პრიმიტიულ ქერქს აკუთვნებს ყნოსვის ბორცვს და ნუშისებრი ბირთვის ქერქულ ნაწილს ე. ი. მთლიან ბაზალურ ქერქს.

როგორც იყო აღნიშნული, ბროდმანი ყველა ძუძუმწოვრის ნეოკორტექსისათვის მოგვაწოდებს საერთო გამოსავალს, აღნაგობის პირველსაწყის ტიპს ექვსშრიანობას. ამ დებულებასთან ერთად ავტორი ხაზს უსვამს, რომ შრეების რაოდენობის ცვლილება ყველა ცხოველში

წარმოებს თანახმად საერთო კანონზომიერებისა ე. ი. ადგილი აქვს ძირითადი ტექტონური შრეების შეერთებას ან გახლეჩას.

ბროდმანი არჩევს მუდმივ ანუ შეუცვლელ და არამუდმივ ანუ ვარიაბილურ შრეებს.

ყველაზე მეტ მუდმივ შრეებს წარმოადგენენ I-ლი და VI შრეები; ეს უკანასკნელები აღინიშნება ტვინის ყველა უბანში და ყველა ცხოველში.

ამ შრეებში სტრუქტურა გაცილებით უფრო ნაკლებ ვარიაციას განიცდის, ვიდრე დანარჩენ შრეებში. მოლეკულური ზონა (I-შრე) მხოლოდ სიფართის შემცირებისა და გადიდების ხაზით განიცდის ცვლილებას. უჯრედების რაოდენობა მცირეოდენ სხვაობას იძლევა, და თვითონ მარცვლებიც არ წარმოადგენს ზუსტ ნერვულ. განგლიურ ელემენტებს.

I-ლი შრის სისქე ცხოველებში უფრო მეტად განიცდის რხევადობას, ვიდრე აღამიანებში.

არამუდმივ ანუ ვარიაბილურ შრეებს წარმოადგენს II და VI-ზონები. შევჩერდებით აგრეთვე შედარებითი ანატომიური ხასიათის ზოგიერთ ციტოლოგიურ ზონაცემზე.

ვარბურგი ნახულობს, რომ ქერქის სიგანე ისე, როგორც უჯრედის სიდიდე მცირდება დაღმავალ ფილოგენეზურ კიბეზე.

ბროდმანი მხარს უჭერს საკითხის საწინააღმდეგო დაყენებას. ავტორის აზრით, არ არის ისეთი კანონზომიერება, რომელსაც შეეძლოს ქერქის სიგანესა და ფილოგენეზური კიბის საფეხურს შორის პარალელის დადგენა.

უჯრედების სიდიდის მიმართაც არ არის რაიმე ფილოგენეზური კანონზომიერება.

ძველი ავტორების შეხედულებანი იმის შესახებ, რომ არსებობს კავშირი პირამიდულ უჯრედებსა და სხეულის სიდიდეს შორის. ანდა უჯრედებს შორის, არ გამართლდა ახალი მონაცემებით.

არ არის აგრეთვე ერთი აზრი უჯრედების სიმდიდრისა და სიხშირის შესახებ, ნისლით ქერქი დაბალ საფეხურზე მდგომ ცხოველებში უფრო ხშირუჯრედოვანია, ვიდრე მაღალ საფეხურზე მდგომში. კაესი მხარს უჭერს საკითხის დიამეტრულად საწინააღმდეგო დაყენებას.

ტვინის ქერქის ღართი შეიძლება განაწილდეს ორ ძირითად ზო-

ნად: გარეგანი (I, II, III) და შინაგანი (IV, V, VI) შრე. რაც უფრო დაბალ საფეხურზე დგას ცხოველი, მით უფრო კარგად და ძლიერადაა განვითარებული შინაგანი ზონა (აღნიშნული ფაქტი უქვევლად არ არის ნოკლებული განსაზღვრულ ფუნქციურ მნიშვნელობას).

ეს ორი ზონა შეეფარდება იაკობის გარეგან და შინაგან ფუნდამენტალურ შრეებს.

აღსანიშნავია, რომ გარეგანი ფუნდამენტალური შრე ატარებს რეცეპტორულ (სენსორულ) ფუნქციებს, შინაგანი ფუნდამენტალური შრე კი მოტორულ (ეფექტორულ) ფუნქციებს (იაკობი, კაპერსი, ლანდაუ).\*

ძუძუმწოვართა ქერქი ხასიათდება არა მარტო გენეზური საერთო სტრუქტურული გეგმით, არამედ ღართის შემდგომი (უფრო მოგვიანებით) განვითარება წარმოიშვება აგრეთვე მთლიანი კანონზომიერებით ბროდმანის თანახმად.

ბროდმანის ეს კლასიკური დებულება, მოითხოვს დაუყოვნებლივ განმარტებას.

ინტერეს მოკლებული არ არის თუ აქვე აღვნიშნავთ, რომ ბროდმანის მოძღვრება ტექნიკურ ტიპზე ერთგვარად საწინააღმდეგოა ედინგერის, კაპერსის, კულენბეკისა და სხვების დაკვირვებებისა, ისევე როგორც ამერიკული ნევროლოგიური სკოლის მონაცემებისა.

კულენბეკი ამ წინააღმდეგობას ხსნის იმით, რომ ბროდმანი უმთავრესად დაინტერესებული იყო ადამიანის ტვინის სტრუქტურით, იმ დროს როდესაც დანარჩენი ავტორები დიდ ყურადღებას აქცევდნენ ფილოგენეზურ (შედარებით ანატომიას) მასალებს და ხერხემლიანების ყველქ კლასს იკვლევდნენ.

#### თავის ტვინი, როგორც ფუნქციონალური ანატომიური სუბსტრატი

თავის ტვინი და განსაკუთრებით დიდი ჰემისფეროების ქერქი წარმოადგენს ფსიქიკურ ფუნქციონალურ მატერიალურ საფუძველს — აზროვნება და ცნობიერება ადამიანის ტვინის პროდუქტია.

\* ამ მონაცემების საფუძველზე ხრისტიან იაკობი იძლევა ყველა ძუძუმწოვარისათვის დამახასიათებელ ბიოლოგიურ კანონს იაკობის კანონის თანახმად, არ არის მწინდა სენსორული ანუ წმინდა მოტორული ქერქი, პირიქით ქერქი ყველგან თავს ამჟღავნებს, როგორც სენსომოტორული აპარატი.

ფაქტობრივი მასალა ცენტრალური ნერვული სისტემის მორფოლოგიიდან, ემბრიოლოგიიდან, ფიზიოლოგიიდან და პათოლოგიური ანატომიიდან ნათლად ადასტურებს, რომ ცხოველთა უმაღლესი ნერვული მოქმედებანი და ადამიანთა ფსიქიკური ფუნქციები უშუალოდაა დაკავშირებული დიდი ჰემისფეროების მუშაობასთან.

განსაკუთრებით საყურადღებოა ცენტრალური ნერვული სისტემის შედარებითი ანატომიის მონაცემები, მაგალითად, თევზის დიდ ტვინში ჰემისფეროებზე მოდის სულ უმნიშვნელო ნაწილი პატარა ზონარის სახით, ხვლიკის და ბაჭიას ჰემისფეროები შედარებით უკეთაა გამოხატული. სამაგიეროდ, დიდი ჰემისფეროები და კერძოდ, ქერქი, განსაკუთრებით აქვს გამოხატული ადამიანს, სადაც მთავარი მასა მოდის ჰემისფეროებზე, ხოლო ტვინის დანარჩენ უბნებს უმნიშვნელო ნაწილი უკავია.

ადამიანის ჰემისფეროები ფარავს ნათხემს, უხვად არის დაღარული და ნაწილდება მრავალ ხვეულად. გარდა ამისა, ადამიანის ტვინისათვის სპეციფიკურია შუბლის და თხემის განსაკორებული განვითარება. დიდი ტვინის ჰემისფეროები აგებულია ისიმეტრიულად, მაგალითად, მარცხენა ჰემისფეროს, შუბლის წილში მოთავსებულია მეტყველების ფუნქციის მქონე ხვეულები (შუბლის ქვედა ხვეული).

ცენტრალური ნერვული სისტემის ემბრიონული განვითარების შესწავლა ნათლად გვიჩვენებს, თუ რა თანდათანობით რთულდება დიდი ჰემისფეროების ფორმა და მათი შინაგანი სტრუქტურა.

პათანატომიური მასალები ამტკიცებს, რომ ფსიქიკურ მოვლენათა ანატომიურ სუბსტრატს ქერქი შეადგენს. სხვადასხვა ორგანული ფსიქოზების დროს, როდესაც ნათლად არის გამოხატული პიროვნების დეგრადაცია და ინტელექტური გაღარიბება, დიდი ტვინის ქერქი მთელრიგ ანატომიურ ცვლილებებს განიცდის, მაგალითად, პროგრესული დაპბლა და მოხუცებულობითი ჰქუასუსტობა იძლევა ქერქის მოდებულ ატროფიას.

ექსპერიმენტული მასალა ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიიდან აგრეთვე ამტკიცებს, რომ ფსიქიკური პროცესები უშუალოდ დაკავშირებულია დიდი ტვინის ჰემისფეროებთან. ამ მხრივ ფრიად საინტერესოა კლასიკური ცდა, რომელიც გასულ საუკუნეებში ჩაატარა ფიზიოლოგმა გოლცმა. მან ძალს მოაცილა დიდი ტვინის ჰემისფეროები მთლიანად და რამდენიმე ხნის შემდეგ მოახდინა ასეთი

ცხოველის დემონსტრირება. აღმოჩნდა, რომ ჰემისფეროზოცილი ძალს სრულიად დაუკარგავს უმალლესი ნერვული მოქმედების უნარი.

როგორც ვხედავთ, ცერებრულ და ფსიქიკურ ფუნქციათა შორის არსებობს შინაგანი კავშირი, რომელიც ექვემდებარება განსაზღვრულ კანონზომიერებას.

საქირა ფსიქოპათოლოგიის და ტვინის პათოლოგიის საკითხების თანაბარი და ერთდროული შესწავლა. ასეთი შესწავლა საშუალებას მოგვცემს გავიგოთ ფსიქოზის რთული ბუნება.

ისმის საკითხი, ფსიქიკური პროცესები სუფთა ქერქული პროცესებია, თუ აქ მონაწილეობას იღებს ქერქვეშა კვანძებიც.

ქერქსა და ქერქვეშა კვანძებს შორის მჭიდრო ანატომიური და ფუნქციური კავშირი არსებობს. ქერქი კონტროლს და კორექციას უკეთებს ქვემდებარე უბანთა მოქმედებას; ქერქი შემაკავებლად მოქმედებს ქერქვეშა კვანძებზე. მეორე მხრივ, მიუხედავად იმისა, რომ ქვემდებარე ნაწილები სუფთა ნერვულ და ვეგეტატიურ ფუნქციებს ასრულებს, მათ აგრეთვე აქვთ თავიანთი წარმომადგენლობა ქერქში.

ცხოველის და კერძოდ, ადამიანის დიდი ტვინის ქერქს სამი ძირითადი ფუნქცია აქვს: უმალლესი ნერვული ანუ ფსიქიკური მოქმედება. ვიკარულ-ჩანაცვლებითი მოქმედება ანუ პლასტიკური ფუნქცია და უმალლესი ვეგეტატიური მოქმედება.

ფსიქიკური პროცესები წარმოადგენს სუფთა ქერქულ პროცესებს. ქერქის გარეშე შეუძლებელია მიმდინარეობდეს არა თუ რთული ფსიქიკური ფუნქცია, არამედ მარტივი პირობითი რეფლექსებიც კი, ქერქვეშა კვანძებს არ შეუძლია მოგვცეს პირობითი შეუღლებანი.

არაა სწორი, როდესაც ზოგიერთი ავტორი (კლაისტი) პიროვნების ლოკალიზაციას ახდენს ქერქვეშა კვანძებში, მხედველობის ბორცვში, მესამე პარაკუტის რუხ ნივთიერებაში.

პიროვნების ანატომიურ სუბსტრატს წარმოადგენს დიდი ჰემისფეროების ქერქი; უკანასკნელის მუშაობა დამოკიდებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა ნაწილების მოქმედებაზე და ორგანიზმის მუშაობაზე მთლიანად.

აღნიშნული იყო, რომ დიდი ჰემისფეროების სხვადასხვა უბანში ქერქს სულ სხვადასხვაგვარი ჰისტოლოგიური შენება აქვს.

პირველად ყოველი ჰემისფერო დანაწილებულ იქნა 11 დამოუკიდებელ უბნად, ანუ ველად, რომელთაც ახასიათებს გარკვეული ანატომიური აგებულება და ფიზიოლოგიური ფუნქცია.

ქერქის ჰისტოლოგია შემდეგ თანადათანობით მიდის წინ და მდიდრდება ახალი ფაქტობრივი მასალით. მოწოდებული იქნა სხვადასხვა მეთოდის, გაფართოვდა ტექნიკური შესაძლებლობანი.

ქერქის მიკროსკოპული სტრუქტურა შესაძლებელია შესწავლილ იქნას სხვადასხვა თვალთახედვით, მაგალითად: ნერვულ უჯრედთა დალაგების და დეტალური აგებულების მიხედვით (ციტოარქიტექტონიკული მეთოდი); ნერვულ ბოჭკოთა ნატიფი დალაგების მიხედვით (მიელოარქიტექტონიკული მეთოდი); განგლიური, ანუ ფუნქციურ უჯრედთა ზუსტი შინაგანი აღნაგობის მიხედვით (ფიბრილოარქიტექტონიკული მეთოდი); გლიურ უჯრედთა დალაგების მიხედვით (გლიურ-არქიტექტონიკული მეთოდი); წვრილ სისხლძარღვთა ნატიფი დალაგების მიხედვით ქერქში (მიკროანგიოარქიტექტონიკული მეთოდი).

აღნიშნულ მეთოდებს ჰემისფეროების შესწავლისას დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

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

უკანასკნელი დროის შრომების თანახმად, დიდი ტვინის ქერქი ექვსი დამოუკიდებელი შრისაგან შედგება (ბროდმანის, ფილიმონოვის და სხვ. დაკვირვებანი), ოსკარ ფოგტი ქერქის მეექვსე შრეს კიდევ ორ დამოუკიდებელ ზონად ანაწილებს და ექვსის ნაცვლად იძლევა შვიდ შრეს. უფრო მისაღებად უნდა ჩაითვალოს ექვსშრიანი ნაგებობა.

თანამედროვე ციტოარქიტექტონიკის, მიელოარქიტექტონიკის, ფიბრილოარქიტექტონიკის, გლიოარქიტექტონიკისა და მიკროანგიოარქიტექტონიკის მონაცემები მნიშვნელოვან საფუძველს წარმოადგენს თავის ტვინის ფუნქციურ გამოვლინებათა ანატომიური წინამძღვრების შესწავლის საქმეში.

მაგრამ ამავე დროს ქერქული აპარატის ურთულესი მოქმედების

შესწავლა საჭიროებს გამოკვლევებს არა მარტო აღნიშნული ცერე-  
ბროარქიტექტონიკული მიმართულებით, არამედ აუცილებელი ხდება  
გამოკვლევები ტვინის უნატიფესი აღნაგობის დადგენის მხრივაც.

ქერქული აპარატის გრანდიოზული მოზაიკურობა გაპირობებუ-  
ლია ქერქულ უჯრედთა სიმრავლით, მათი ზომისა და ნორმის ნაირსახე-  
ობით, განლაგების მრავალფეროვნებით.

თუმცა დიდ ჰემისფეროთა ქერქი შედგება უამრავი ცალკეული  
პუნქტისაგან, ფუნქციურად იგი წარმოდგენილია როგორც ერთიანი,  
ღინამიკური სისტემა.

როგორი უნდა იყოს ქერქული აპარატის სინთეზური, ანუ ინტე-  
გრაციული მოქმედების სტრუქტურული წინამძღვრები. ექვს გარეშეა,  
რომ აქ პირველ რიგში მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული უჯრედთა-  
შორისი (ნეირონთაშორისი) ურთულესი და უმდიდრესი კავშირები,  
რაც ჩვენი ცოდნის დღევანდელ ეტაპზე უკვე შეადგენს კვლევის სპე-  
ციალურ საგანს. მხედველობაში გვაქვს დიდი ჰემისფეროების ქერქის  
სინაფსოარქიტექტონიკა.

ამ ცერებროარქიტექტონიკულ მეთოდთა შორის, რომელიც იძლე-  
ვა ცხოველის და ადამიანის დიდი ტვინის ქერქის ნატიფი მორფოლო-  
გიის შესწავლის საშუალებას, ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უჭირავს  
სინაფსოარქიტექტონიკას. აღნიშნული მეთოდი გვარკვევს აქსოსომა-  
ტურ და აქსოდენდრიტულ საბოლოო წარმონაქმნთა შენების და ტოპო-  
გრაფიის თავისებურებებში, დენდრიტულ მორჩთა და ნეირონთაშორი-  
სი ნატიფი ბოჭკოების რთულ აღნაგობაში.

რამდენიმე შენიშვნა მოწოდებულ ტერმინოლოგიურ ცნებათა —  
„სინაფსოარქიტექტონიკა“ და „პათოსინაფსოარქიტექტონიკა“ — მარ-  
თებულობის შესახებ. აღნიშნული ცნებები განსაზღვრავს თავის ტვი-  
ნის ნატიფი მორფოლოგიის შესწავლის ძირითად ამოცანებს ნორმასა  
და პათოლოგიაში.

ისმის კითხვა, ხომ არ ეწინააღმდეგება „სინაფსოარქიტექტო-  
ნიკის“ ცნების აღიარება ნეირონულ თეორიას, რომლის პოზიციებზე  
დგას თანამედროვე ნეირომორფოლოგია, ნეიროფიზიოლოგია და  
ფსიქონევროლოგია ან უკიდურეს შემთხვევაში ცნება „სინაფსოარქი-  
ტექტონიკა“ ხომ არ შეიცავს გარკვეულ საშიშროებას ნეირონული  
თეორიისათვის. ამ კითხვაზე მხოლოდ უარყოფითად შეიძლება ვუპა-  
სუხოთ. რაიმე სხვაგვარი აზრი ამ მხრივ, ჩვენი შეხედულებით, კვალი-

ფიცირებული უნდა იქნეს, როგორც აღნიშნული ცნების არასწორი და უმართებულო გაგება.

სინაფსოარქიტექტონიკა წარმოადგენს არა დამოუკიდებელ მეცნიერულ საგანს, არამედ ცენტრალური ნერვული სისტემის და პირველ რიგში დიდი ჰემისფერობის ქერქული ნივთიერების კვლევითი ამოცანის გარკვეულ მიმართულებას სხვადასხვა უბანთა უნატიფეს სტრუქტურულ თავისებურებებში გასარკვევად.

ცნება სინაფსოარქიტექტონიკის შესახებ ისევ ეთანხმება ნეირონულ თეორიას, როგორც ცნებები თავის ტვინის ქერქის ციტოარქიტექტონიკისა და მიელოარქიტექტონიკის შესახებ. საკმარისია აღინიშნოს, რომ ციტოარქიტექტონიკის (ამ კლასიკურ ცერებროარქიტექტონიკულ მიმართულებას), რომელიც სრულიად არ ეწინააღმდეგება ნეირონულ თეორიას, კვლევის საგნად აქვს არა მთლიანი ნეირონის სისტემა, არამედ, მხოლოდ უჯრედოვანი წარმონაქმნები, მორჩების, გამტარი გზების და ნეირონთაშორისო საბოლოო წარმონაქმნების (სინაფსების) გარეშე.

სინაფსების შესწავლა, უწინარეს ყოვლისა, აშუქებს ნეირონთაშორისო კონტაქტების სტრუქტურულ თავისებურებებს. ამიტომ, ყოველი გამოკვლევა ამ მიმართულებით მხოლოდ განამტკიცებს ნეირონული თეორიის ობიექტურ, მეცნიერულ საფუძვლებს.

თავის ტვინის ქერქის ნატიფი მორფოლოგიის განმასხვავებელ თავისებურებას შეადგენს ნეირონთაშორისი კავშირების ურთულესი სტრუქტურა, რაც განისაზღვრება საბოლოო წარმონაქმნთა — სინაფსთა სიმრავლით, დენდრიტულ მორჩთა და ნატიფ ბოჭკოთა სიმდიდრით.

აღამიანის ცენტრალური ნერვული სისტემის ყოველი უბნის სინაფსური წარმონაქმნები უფრო წვრილია, ვიდრე ასეთივე წარმონაქმნები ცხოველებში და ფრინველებში; მაგრამ, ამავე დროს, პირველ შემთხვევაში ის უფრო მჭიდროდაა განლაგებული და მრავალრიცხოვანია.

ხაზვასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ციტოარქიტექტონიკული ველეების ცალკეულ უბანთა შესწავლამ გამოავლინა, როგორც არეალური, ისე ლამინალური სინაფსოარქიტექტონიკული თავისებურებებიც, ამავე დროს სინაფსოარქიტექტონიკული გზით დადგენილი შრიანობა ძირითადად ემთხვევა ციტოარქიტექტონიკული წესით მიღებულ მონაცემებს, აღნიშნულ მდგომარეობას დიდი თეორიული და პრაქტი-



კული მნიშვნელობა აქვს, რამდენადაც გამოკვლევები ამ მიმართულებით ავსებენ ერთიმეორეს და ამლიდრებენ ჩვენს წარმოდგენებს თავის ტვინის რუხი ნივთიერების ნატიფი სტრუქტურის შესახებ.

თავის ტვინის ქერქის, ქერქქვეშა უბნების და ზურგის ტვინის რუხი ნივთიერების სინაფსურ წარმონაქმნთა შესწავლისას ჩვენ ყურადღებას ვაქცევდით საბოლოო ფოლაქთა და პრესინაფსურ ბოქკოთა ტოპოგრაფიას. აღწერილია აღნიშნულ წარმონაქმნთა განლაგების თავისებურებანი უჯრედის სხეულზე-დენდრიტზე და ამ უკანასკნელთა ბიფურკაციებზე. მხედველობაში გვაქვს ჩვენ მიერ აღწერილი „სინაფსური ძნა“, საბოლოო წარმონაქმნთა „დენდრიტული ბუდე“ და სინაფსური კერები დენდრიტული ბიფურკაციების უბნებში.

ცხოველის და მით უმეტეს, ადამიანის ცენტრალური ნერვული სისტემა, პირველ ყოვლისა, დიდ ჰემისფეროთა ქერქი, განირჩევა პოლისინაფსური სტრუქტურით, ანუ უჯრედების, მორჩების და უჯრედთაშორისი სივრცის საბოლოო წარმონაქმნთა მრავალრიცხოვნობით.

პოლისინაფსური სტრუქტურის პრინციპი გულისხმობს ყოველი ცალკეული საბოლოო ფოლაქის კავშირს გარკვეულ ბოქკოსთან.

მამოძრავებელი ნეირონისა და მისი მორჩების ზედაპირი მოფენილია მრავალრიცხოვანი სინაფსებით, რომლებიც ლაგდება კერობრივად და ქმნის ტერმინალთა პოლისინაფსურ სისტემას. ხაზგასმითი უნდა აღინიშნოს, რომ ადამიანის თავის ტვინის შესწავლისას ჩვენ მიერ არ ყოფილა შენიშნული სინაფსური წარმონაქმნი, რომელიც იძლეოდეს კოლატერალს. აღნიშნული მდგომარეობა დიდი ჰემისფეროებისათვის ქმნის ურთულესი ასოციაციური კავშირების შესაძლებლობას.

საბოლოო წარმონაქმნები შენიშნულია არა მარტო უჯრედის სხეულზე და დენდრიტულ მორჩებზე, არამედ უჯრედთაშორის სივრცეში განლაგებული სინაფსური წარმონაქმნები არ შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც ე. წ. თავისუფლად მდებარე წარმონაქმნები. მათ დამოკიდებულება უნდა ჰქონდეთ ტვინოვანი ნივთიერების არა მარტო პარენქიმულ ელემენტებთან, არამედ სხვა სტრუქტურულ წარმონაქმნებთანაც. ამ მხრივ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბ. ა. დოლგო-საბუროვის მონაცემები. როგორც ცნობილია, ბ. ა. დოლგო-საბუროვმა სინაფსური წარმონაქმნები შენიშნა კაპილარებზეც და ამით შემოიტა-

ნა ახალი ცნება აქსოვანაზალური ანუ აქსოანგიალური კავშირების შესახებ.

მიღებულია, რომ ნერვული უჯრედი მოკლებულია რეგენერაციის უნარს, რადგან იგი პოსტემბრიონულად არ მრავლდება. მაგრამ, როგორც ჩანს, ეს დებულება არ არის აბსოლუტური და კატეგორიული. პათოლოგიური პროცესის დროს ავადმყოფურ გამოვლინებათა აღდგენას საფუძვლად უდევს არა მარტო კომპენსატორული მექანიზმების შესაძლებლობანი, არამედ თვით დაზიანებული მორფოლოგიური სუბსტრატის აღდგენადობა. ამავე დროს სინაფსოარქიტექტონიკა სწავლობს არა მარტო ქერქის და ქერქქვეშა წარმონაქმნების ნატიფ პათომორფოლოგიას ფსიქონერვულ დაავადებათა დროს, არამედ ხელს უწყობს პარენქიმულ ნერვულ წარმონაქმნთა სტრუქტურული აღდგენადობის ფართო ექსპერიმენტული შესწავლის საქმეს.

დიდ ჰემისფეროთა ქერქის სინაფსოარქიტექტონიკული გამოკვლევა, რომელიც აელენს ნადრევ, აღდგენად, სტრუქტურულ ძვრებს, უშუალო ინტერესს წარმოადგენს პათოფიზიოლოგიისა და კლინიკისათვის.

ტვინოვანი ნივთიერების დაზიანების ფუნქციური და მორფოლოგიური აღდგენადობის ერთიანობის პრობლემას შეუძლია თავისი შემდგომი გადაწყვეტა ჰპოვოს სინაფსოარქიტექტონიკული გამოკვლევების საფუძველზე. ჩვენ მიერ დადგენილია, რომ დიდი ტვინის ქერქის ყოველგვარი ორგანული დაზიანების დროს (ინტოქსიკაცია, ინფექცია, ტრავმა) თავდაპირველად დასაწყისში აღდგენადი ცვლილებები ვითარდება დენდრიტულ მორჩებში და მათზე მღებარე საბოლოო წარმონაქმნებში, ანუ აქაოდენდრიტული კავშირების სისტემაში. სწორედ ეს სისტემა, როგორც ტვინოვანი ნივთიერების უფრო ადვილად დასაზიანებელი უბანი, წარმოადგენს პორტიკალური ნეირონული სტრუქტურების განსაკუთრებით სახიფათო და ავადმყოფურად ლაბილურ პათოლინამიკურ ადგილს.

დაცვითი შეკავების ბიოდინამიკა, რომელიც ვითარდება ნერვული ქსოვილის აღდგენადი დაზიანებს ფონზე, ნათლად ამტკიცებს ი. პ. პავლოვის დებულებას ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური და ორგანული დაზიანების ერთიანობის შესახებ.

ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიური, კლინიკურ-მორფოლოგიური და კლინიკური გამოკვლევების საფუძველზე ჩვენ მიერ მოწოდებულ-

ლია დებულება ფუნქციურ (ანუ ფიზიოლოგიურ) და სტრუქტურულ (ანუ მორფოლოგიურ) აღდგენადობას შორის დინამიკური ერთიანობის არსებობის შესახებ.

როგორც ცნობილია, შეკავებას, ბიოლოგიის ამ ცენტრალურ პრობლემას, მიეძღვნა ნ. ვედენსკის კლასიკური გამოკვლევები. ი. პავლოვი, ნ. ვედენსკის გამოკვლევებს მეტად მაღალ შეფასებას აძლევდა. პავლოვი წერს, რომ ჩვენ მოგვიხდა დავრწმუნებულიყავით ჩვენი გამოჩენილი ფიზიოლოგის ნ. ვედენსკის ერთ-ერთი აღმოჩენის ღრძად მართებულობაში. ვედენსკიმ ძალიან ბევრი გააკეთა ნერვულ ფიზიოლოგიაში. მას ბელნიერება ხვდა ენახა აქ მნიშვნელოვანი ფაქტები, მაგრამ იგი რატომღაც არასაკმაოდ იყო შეფასებული საზღვარგარეთულ პრესაში. მას, სხვათა შორის, ეკუთვნის წიგნი „აგზნება, შეკავება და ნარკოზი“, რომელშიც მან დაადგინა ნერვული ბოჭკოს ცვლილებები ძლიერი გაღიზიანების მოკმედების შედეგად და ამავე დროს იგი განასხვავებს რამდენიმე ფაზას. აი, თურმე, ეს თავისებური ფაზები მთლიანად მეორედებიან ნერვულ უჯრედებზე, როდესაც თქვენ მეტად დაძაბვით ბრძოლას აგზნებითს და შეკავებითს პროცესებს შორის.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ბიოლოგიური ერთიანობა ორ პათოფიზიოლოგიურ პროცესს შორის, სახელობრ, დაკვირვების შეკავებასა და პარაბიოზს შორის, უპირველეს ყოვლისა წარმოდგენილია მათი აღდგენადობის შესაძლებლობით.

ნ. ვედენსკის მონაცემებით, თუ შხამი ან გამღიზიანებელი განაგრძობს თავის შენდგომ მოქმედებას, ნერვი საზუღამოდ დაკარგავს ფუნქციურ თვისებებს, ეს მდგომარეობა გადავა ნერვის სიკვდილში. ამ შემთხვევაში ფუნქციურ-დინამიკურად აღდგენადი პარაბიოზული პროცესი ხდება არააღდგენადი.

ნ. ვედენსკი ნერვული სისტემის მიკროსკოპული ანატომიის გამოკვლევებს განსაკუთრებით დიდ მნიშვნელობას აძლევდა.

50 წლის წინათ ნ. ვ. ვედენსკიმ ყურადღება მიაქცია იმ ტერმინალური ბოჭკოების სხვადასხვა მნიშვნელობას, რომლებიც ეხებიან დენდრიტებს, ან უშუალოდ უჯრედის სხეულს. ვედენსკის შეხედულებანი საბოლოო კავშირების შესახებ წარმოდგენს დიდ მეცნიერულ შორსმჭვრეტელობას. მან განსაზღვრა თანამედროვე შეხედულებანი აქსოსომატური და აქსოდენდრიტული სინაფსური კავშირების სტრუქტურულ-დინამიკური თავისებურებების შესახებ. ერთ-ერთ შრომაში იგი

ამბობს: როდესაც მე ვუყურებ პურკინიეს უჯრედებს ნათხემში, დიდ უჯრედებს მდიდარს დენდრიტებით, რომლებიც იძლევიან კარგად ფორმირებულ ნეირიტს (დერმ-ცილინდრულ მორჩს) და ამავე დროს, ესედავთ ყოველი ასეთი უჯრედის სხეულს, ჩადებულს სხვა ნერვულ უჯრედებისაგან მომავალი ნერვული ბოჭკოების მიერ შექმნილ კალათ-ში, უნებურად ვფიქრობთ — აი შესანიშნავი პირობები შემაკავებელი მოქმედების წარმონაქმნისათვის. ამ უკანასკნელ ბოჭკოებს, რომლებიც იშლებიან, როგორც ბადე და ქმნიან პერიცელულარულ კოლოფს პურკინიეს უჯრედებისათვის, შეეძლოთ წარმოექმნათ მის მასაში ერთ-გვაროვანი, გახანგრძლივებული, ურყევი ცვლილებების ის მდგომარეობა, რომელიც, ჩემი წარმოდგენით უნდა შეადგენდეს დაცვითი მოქმედების არსს.

მოყვანილი დებულება გამოთქმული იყო ნ. ე. ვედენსკის მიერ ნეოცე საუკუნის დასაწყისში ფსიქიატრიულ საზოგადოებაში იმ მიზნით, რათა ნერვული სისტემის მიკროსკოპული ანატომიის დარგში მომუშავე სპეციალისტების ყურადღება მიექცია საკითხის პათოფიზიოლოგიური მხარის შესწავლისათვის.

თეორიულად და პრაქტიკულად მეტად მნიშვნელოვანია ორგანული ბუნების მქონე ავადმყოფური პროცესის განსაზღვრული ეტაპი, როდესაც ჭერ კიდევ აღდგენადი პათომორფოლოგიური ძვრები შესაძლებელია გახდეს დაცვითი შეკავების სტრუქტურული საფუძველი, ამ მხრივ განსაკუთრებით საყურადღებოა შიზოფრენია.

საკუთარი ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიური და კლინიკურ-მორფოლოგიური გამოკვლევების თანახმად, აქსოდენდრიტული კავშირების სისტემა, ნეირონული სისტემის სხვა ელემენტებთან შედარებით, უფრო ადვილად ზიანდება. ამ თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანია ს. სუხანოვის კლასიკური გამოკვლევები დენდრიტული მორჩების პათოლოგიის შესახებ. სუხანოვის ზემოაღნიშნული გამოკვლევების თანახმად, დენდრიტების პათოლოგიური ცვლილებები იწყება უფრო გრძელი, ნაკლებად გამძლე მორჩებიდან და თანდათან ვრცელდება უჯრედის სხეულის მიმართულებით. სტრუქტურულ-დინამიკური აღდგენა კი, როგორც საკუთარი ექსპერიმენტული მასალა გვიჩვენებს, უნდა წარმოებდეს საწინააღმდეგო მიმართულებით.

ჩვენს განკარგულებაში არსებული ექსპერიმენტული მასალა ქერქის პარენქიმულ ელემენტთა აღდგენადი ცვლილებების დროს, უფ-

ლებას გვაძლევს გამოვეყოთ განგლიურ ელემენტთა ირიტაციული დაზიანების ორი ძირითადი საფეხუნი: ტვინოვანი ნივთიერების პარენქიმულ ელემენტთა დაზიანების პირველ აღდგენად საფეხურს ციტოარქიტექტონიკულად შეადგენს ნაწილობრივი ჰიპერსომატოქრომია. ამ საფეხურს შეეფარდება დენდრიტული მორჩების ჰიპერმპრევენაცია, არათანაბარი შეღებვა და კლაკნილობა; სინაფსურ წარმონაქმნთა არგენტოფილობა და ზომიერი გამსხვილება.

დაზიანების მეორე, უფრო მძიმე, არააღდგენად საფეხურს ციტოარქიტექტონიკულად შეადგენს: ჰიპერკარიოქრომია და სომატოქრომია, მორჩთა კლაკნილობა, ნეირონოფაგიური რეაქცია, უჯრედთა დაშლა. დენდრიტული მორჩების შიგნით ჩნდება სიცარიელენი— ე. წ. „ფანჯრები“. დაზიანების უფრო მძიმე შემთხვევებში დენდრიტული მორჩები განიცდის მსხვრევას და დაშლას. სინაფსურ წარმონაქმნთა მძიმე დაზიანების დროს შენიშნულია საბოლოო ფოლაქთა და პრესინაფსურ ბოქკოთა მკვეთრი გაუხეშება. ღრმა დაზიანების მდგომარეობაში მყოფი უჯრედის სხეული და მისი მორჩები კარგავს საბოლოო წარმონაქმნებს.

ამრიგად, საწყისი ირიტაცია შესაძლებელია ჩაითვალოს სრული სტრუქტურული აღდგენადობის სტადიად. ირიტაციული ცვლილებების მეორე სტადიაში კი სტრუქტურულ-დინამიკური აღდგენადობა განისაზღვრება პათოლოგიური პროცესის შემდგომი დინამიკის თავისებურებებით.

#### ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციონალური ლოკალიზაციის ზოგიერთი საკითხი

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციონალური ლოკალიზაციის საკითხი მეტად საინტერესოა როგორც თეორიულად, ისე კლინიკურად. ისმება საკითხი: შეიძლება თუ არა უმადლეს ნერვულ მოქმედებათა ანუ ფსიქიკურ ფუნქციონალური ლოკალიზაცია.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციონალური ლოკალიზაციის შესწავლა პირველად დაიწყო გალმა, რომელიც მუშაობდა მე-19 საუკუნის მიწურულში. იგი მიზნად ისახავდა ფსიქიკური ფუნქციები და ნიჭი დაეკავშირებინა ადამიანის ტვინის გარკვეულ ნაწილთან. მისი გაგებით, ესა თუ ის სახე თავის ტვინის გარკვეული ნაწილის ზრდის

შედგება; მხოლოდ ტვინის უბნების ასეთი განცალკევებული ზრდა თავის მხრივ, დაღს ასევე ქალას გარეგან მოყვანილობას.

შეიძლება საკითხი დაისვას შებრუნებითაც, მაგალითად, ქალას ფორმისა და მოყვანილობის შესწავლით შეიძლება წარმოდგენა ვიქონიოთ ადამიანის ნიჭზე და ხასიათზე. გალის მოძღვრება ცნობილია ფრენოლოგიის სახელწოდებით (მოძღვრება ქალაზე).

შაგრამ მისი თეორიული წარმოდგენები მეტად გულუბრყვილო და სქემატურია: იგი ადამიანის ფსიქიკურ პროცესებს უკავშირებს ნიჭის 27 სახეს, რომლებიც ლოკალიზებულია დიდი ტვინის სხვადასხვა ნაწილებში და შეიძლება მოთავსებულ იქნეს ქალას განსაზღვრულ ფართობზე.

გალის მოძღვრებამ მეცნიერებაში ფეხი ვერ მოიკიდა და მალე შეცვლილ იქნა ფლურანსის თეორიით, რომ ტვინის ქერქში არ არსებობს არავითარი ლოკალიზაცია და რომ ნევროფსიკიკური მოქმედებისათვის ტვინის ყოველ ნაწილს თანაბარი მნიშვნელობა აქვს.

ფლურანსის აზრით, ტვინის ყოველი ნაწილი ფუნქციურად თანაბარდირებულვანია, ხოლო თვით ქერქი ბრმა, ყრუ და უმტკივნეულო. ფაქტობრივი მასალის შემდგომი დაგროვება ხელახლა სვამს საკითხს ფსიქონერვულ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ.

1861 წელს ბროკამ აღმოაჩინა, რომ მეტყველების ცენტრი მოთავსებულია მარცხენა ჰემისფეროს შუბლის მესამე ხვეულში.

მეტყველების ცენტრის, ანუ ბროკას ცენტრის აღმოჩენამ დიდი როლი შეასრულა მეცნიერებაში; მან შეარყია ფლურანსის შეხედულებანი და ხელახლა დასვა საკითხი ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ.

მასალები ექსპერიმენტული ფიზიოლოგიიდან და ექსპერიმენტული პათოლოგიიდან მიუთითებს, რომ უნდა არსებობდეს გარკვეული მოტორული და სენსორული ცენტრები.

ფლურანსი სრულიად მივიწყებული იქნა და წამოიკრა ახალი თეორია ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ.

დღეს უკვე დამტკიცებულია, რომ დიდი ტვინის ცალკეული ნაწილები და ქერქის ცალკეული უბნები ფუნქციურად არ არიან თანაბარნი.

ყოველი ქერქული ველი, რომელიც ასრულებს გარკვეულ ფუნქციას იწოდება ცენტრად.

ლოკალიზაციის თვალსაზრისით ყველაზე მეტად საინტერესოა მოტორული, ანუ მამოძრავებელი და სენსორული, ანუ მგრძნობიარე ცენტრები, ვინაიდან აღნიშნული ცენტრები შედარებით ზუსტადაა შემოფარგლული, როგორც ანატომიურად, ისე ფუნქციურად. მოტორული ცენტრები მოთავსებულია წინა ცენტრალურ ხვეულში, შუბლის ხვეულთა უკანა ნაწილში და პარაცენტრალურ მიდამოში.

სენსორული ცენტრები მოთავსებულია უკანა ცენტრალურ ხვეულში და ნაწილობრივ თხემის მიდამოს წინა (ორალურ) უბნებში.

მამოძრავებელი ცენტრების აგზნება იწვევს მოძრაობებს. ხოლო მგრძნობიარე ცენტრების აგზნება იძლევა სხვადასხვა შეგრძნებებს (შესება, სმენა, ყნოსვა, მხედველობა და სხვ.).

მოტორულ და სენსორულ უბნებს უწოდებენ აგრეთვე პროექციულ ცენტრებს, ვინაიდან მათი საშუალებით ცენტრალური გაღიზიანება გადაეცემა, ანუ პროექციას ახდენს პერიფერიულ მამოძრავებელ აპარატზე და, პირიქით, ქერქულ ცენტრებში მიილტვის, ანუ მათზე პროექციას ახდენს პერიფერული მგრძნობიარე სისტემებიდან მომავალი იმპულსები.

როგორც ვიცით მამოძრავებელი იმპულსები გადაეცემა ცენტრიდან პერიფერიას გამტარი, ეფერენტული, ანუ ცენტროფუგალური გზების საშუალებით, რაც შეეხება მომტან ანუ ცენტროპეტალურ გზებს, ისინი ვადასციმენ პერიფერიიდან მომავალ ე.წ. მგრძნობიარე იმპულსებს.

მოტორულ და სენსორულ ცენტრებს უკავიათ დიდი ტვინის ქერქის შეღარებით მცირე ნაწილი, დაახლოებით ქერქის ერთი მესამედი.

ფლექსიების მოძღვრების თანახმად, დიდი ტვინის ქერქის დანარჩენ ორ მესამედში მოთავსებულია ცენტრები, რომლებიც ასრულებენ უფრო რთულ ნერვულ და ფსიქონერვულ ფუნქციებს. აღნიშნულ უბნებს ფლექსიგი უწოდებს ასოციაციურ ცენტრებს.

აქტორი არჩევს წინა, ანუ მედიალურ და უკანა, ანუ კაუდალურ ასოციაციურ ცენტრებს.

წინა ასოციაციურ ცენტრს უკავია შუბლის წილის ველები, შუა ცენტრს — კუნძულის მიდამო, ხოლო უკანა ცენტრს უკავია კეფის და საფეთქლის ველები და აგრეთვე თხემის წილი მთლიანად.

ასოციაციური ცენტრები არ შეიცავს პროექციულ ბოქკოებს, ისინი აჯამებენ სხვა ცენტრების მოქმედებას და, ამგვარად, თანახმად

ფლექსიგის მოძღვრებისა, ეს ცენტრები უმაღლეს ასოციაციურ მოქმედებას ასრულებენ, ე. ი. ფსიქიკურ ფუნქციათა ანატომიურ სუბსტრატს წარმოადგენენ.

ფლექსიგი სწავლობდა დიდი ტვინის ქერქის ემბრიონულ განვითარებას. მან აღმოაჩინა, რომ სხვადასხვა ველებში, ანუ ქერქულ უბნებში ნერვული ბოჭკოები სულ სხვადასხვა დროს განიცდის მიელინოზაციას; მაგალითად, პარაქეციული ცენტრების ბოჭკოები გაცილებით უფრო ადრე იმოსება რბილი, ანუ მიელინის გარსით, ვიდრე ასოციაციური უბნები. რბილი გარსის განვითარების თანმიმდევრობის უხედვით ფლექსიგი დიდი ტვინის ქერქს 36 დამოუკიდებელ არქიტექტონიკულ უბნად ყოფს და ამგვარად იძლევა დიდი ჰემისფეროების ველთა მიელოგენეზურ რუკას.

მიელოგენეზური მოძღვრების პირველ პერიოდში ფლექსიგი მხოლოდ პროექციულ და ასოციაციურ ცენტრებს არჩევდა. შემდეგ მან თავისი შეხედულებანი უფრო დააზუსტა და 36 ქერქული ველი სამ ძირითად უბნად დაანაწილა.

პირველი უბანი მიელინოზაციას განიცდის ნაყოფის დაბადების დღიდან; მეორე უბნის ბოჭკოები მიელინის გარსით იმოსება დაბადების შემდეგ პირველი თვის განმავლობაში; ხოლო მესამე უბანი მიელინოზაციას განიცდის მოგვიანებით, სახელდობრ, ნაყოფის დაბადებიდან ორი თვის შემდეგ.

ფლექსიგის გაგებით, პროექციული ცენტრები განსხვავდება ასოციაციური ცენტრებისაგან არა მარტო მომწიფების მხრივ, არამედ ანატომიურად.

მისი აზრით, პროექციული ცენტრები გამტარი გზების საშუალებით დაკავშირებულია ქერქქვეშა უბნებთან, ხოლო ასოციაციური ცენტრები მოკლებულია ასეთ გამტარ გზებს.

მიელოგენეზურმა მოძღვრებამ ისტორიულად დიდი როლი შეასრულა ტვინის კლინიკური მორფოლოგიის დამუშავებაში, მან განამტკიცა ფსიქიატრიის მატერიალისტური პოზიციები. შემდეგი ფაქტობრივი მასალა არ ადასტურებს ფლექსიგის მოწოდებულ სქემას სუფთა ასოციაციური და სუფთა პროექციული ცენტრების არსებობის შესახებ. ამ მხრივ მის მოძღვრებაში დიდი კორექტივი იქნა შეტანილი.

დიდი ტვინის ქერქის ბოჭკოთა დალაგების, ანუ მიელოარქიტექტონიკის შესწავლით ფოგტმა აღმოაჩინა, რომ მიელინოზაციის დროს,



ჩვეულებრივ, არ არის დაცული ზუსტი თანმიმდევრობა. გარდა ამისა, ფოტოა დაადასტურა, რომ ასოციაციური ცენტრებიდან ისევე ფართოდ იწყება გამტარი გზები, როგორც პროექციული უბნებიდან. ფოტის და ბროდმანის შრომებმა შესცავალა ფლექსიგის კლასიკური შეხედულებანი ქერქის მიელოგენეზური მომწიფების და მისი ცალკეულ ცენტრებად დაყოფის შესახებ.

ქერქის არქიტექტონიკული უბნების ჰისტოლოგიის და ფიზიოლოგიის შესწავლის შედეგად ფოტო იმ დასკვნამდე მიდის, რომ ქერქის გარკვეულ ველს ასახიათებს განსაზღვრული ფუნქცია. მას სრულიად დასაწვებად მიაჩნია ფუნქციათა არეალური (ე. ი. ველების მიხედვით) ლოკალიზაცია. გარდა არეალური ლოკალიზაციისა, არსებობს კიდევ ე. წ. ლამინალური ლოკალიზაცია, რაც გულისხმობს ქერქის ცალკე შრეებისათვის სრულიად განსაზღვრულ ფუნქციას.

მე-4 შრეს აქვს სენსორული ფუნქცია, ხოლო მე-5 და მე-6 შრეები მოტორულ შრეებს წარმოადგენენ.

უახლოესი დროის გამოკვლევებმა არ გაამართლა ძველი ავტორების წარმოდგენა სუფთა სენსორული და სუფთა მოტორული ქერქის არსებობის შესახებ.

შენიშნავთ დაკვირვებანი ადასტურებს, რომ დიდი ჰემისფეროების ქერქის ყოველი წერტილი წარმოადგენს სენსორულ-მოტორულ აპარატს.

ჰომოგენეზური, ანუ ექვსშრიანი ქერქი შეიძლება გავყოთ შრეების ორ — გარეთა და შიგნითა კომპლექსად. გარეთა კომპლექსში შედის 1, 2 და 3 შრე, ხოლო შიგნითა კომპლექსში — 4, 5, 6.

ახლანდელი წარმოდგენების თანახმად, შრეების შიგნითა ჯგუფი (კომპლექსი) ასრულებს სუფთა ნერვულ, სენსორულ-მოტორულ ფუნქციებს. რაც შეეხება გარეთა კომპლექსს, შეიძლება დავუშვათ, რომ სწორედ გარეგანი შრეები უნდა წარმოადგენდეს ძირითად ანატომიურ სუბსტრატის უმაღლესი ნერვული, ფსიქონერვული და სუფთა ფსიქიკური მოქმედებისას (ოსიპოვი, გილიაროვსკი, პინესი, ფოტო, ფილიმონოვი, ბლუმენაუ და სხვ.).

მთელი რიგი ფაქტები ადასტურებს, რომ გარეგანი შრეები უნდა ასრულებდეს მაღალ, ურთულეს და მეტად ნატიფ ფუნქციებს. ამ მხრივ აღსანიშნავია შემდეგი სამი გარემოება:

1. გარეგანი შრეები ემბრიონულ პერიოდში ვითარდება და დი-

ფერენციაციას განიცდის გაცილებით მოგვიანებით, ვიდრე შინაგანი შრეები.

2. შრეების შინაგანი კომპლექსი ანატომიურ მომწიფებას ასრულებს დაახლოებით 19-20 წლისათვის; გარეგანი შრეები კი — პირიქით, მათში ნერვული ბოჭკოების განვითარება იწყება მოგვიანებით და გაცილებით მეტხანს გრძელდება. მაგალითად, ზოგიერთი ბოჭკო სრულ განვითარებას აღწევს მხოლოდ 40-45 წლის ასაკისათვის (მოყვანილია გილიაროვსკით).

3. ორგანული ფსიქიზების დროს, როდესაც ფსიქიკური ფუნქციები განადგურებულია და ავადმყოფი იმყოფება ჰეპუსუსტობის მდგომარეობაში, ძირითად ცვლილებებს განიცდიან 1, 2 და 3 შრეები.

აღნიშნულ შრეებში ფსიქონერვული ფუნქციის მატარებელი ილემენტები, მაგალითად, განგლიური (პარენქიმული) უჯრედები და ნერვული ბოჭკოები ამ დროს ან სრულიად მოსპობილია, ან ღრმა პათოლოგიას განიცდის.

ფუნქციათა ლოკალიზაციის საკითხი, მით უმეტეს ფსიქონერვულ ფუნქციათა, ფრიად რთული და მძიმეა. აქ საჭიროა დიდი სიფრთხილე, ვინაიდან ადვილად შეიძლება შეცდომის დაშვება და არასწორი დასკვნების გამოტანა. საკითხი უფრო რთულდება იმით, რომ ლოკალიზაციის პრობლემის ირგვლივ არსებობს ერთმანეთის სრულიად საწინააღმდეგო ფაქტობრივი მასალა. საყურადღებოა, რომ ტვინის, კერძოდ, ქერქის, არქიტექტონიკის საკითხზე მომუშავე მეტად კომპეტენტური მორფოლოგები ნერვულ სისტემაში ფუნქციათა ლოკალიზაციის დაშვების მიმართ დიდ სიფრთხილეს იჩენენ: პირიქით, ზოგიერთნი, რომელთაც ამ დარგში არ უმუშავიათ, ხშირად იძლევიან გაბედულ დასკვნებს და ნაჩქარევ განზოგადებებს. უნდა გვახსოვდეს, რომ უმაღლესი ნერვული, ანუ ფსიქიკური მოქმედება ხორციელდება არქიტექტონიკული ველების (მთლიანად დიდ ჰემისფეროთა ქერქის) კომპლექსური მუშაობის შედეგად.

ცენტრალურ-ნერვულ სისტემას და პირველ რიგში ქერქს უაღრესად გამოხატული პლასტიკური თვისებები აქვს. ჰემისფეროების ველები მკვიდროდაა ფუნქციურად დაკავშირებული ერთმანეთთან. ამიტომ, ამა თუ იმ ველის გამოვარდნისას ადვილად ხდება მისი ფუნქციური ჩანაცვლება და სხვა უბნები თავიანთ თავზე ღებულობენ ვიკარულ, კომპენსატორულ მუშაობას.

ლოკალიზაციის საკითხი მეტად რთულდება აგრეთვე იმ მიზეზის გამო, რომ ავტორები ერთი და იმავე საზომით არ უდგებიან ლოკალიზაციის სხვადასხვა ცნებას.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ჩვენ ვუშვებთ ლოკალიზაციის სამ სახეს: მორფოლოგიურს (ანატომიურ-ჰისტოლოგიურს), ფიზიოლოგიურს (ფუნქციათა ლოკალიზაცია) და კლინიკურს (სიმპტომები და სიმპტომკომპლექსების, ანუ სინდრომების ლოკალიზაცია).

ფაქტები მორფოლოგიური ლოკალიზაციიდან უფრო სტატიკურია; პირიქით, ფიზიოლოგიური და კლინიკური ლოკალიზაციიდან — დინამიკური და პლასტიკური. ამ სამ შემთხვევაში სულ სხვადასხვაა კლენვის საგანი; ამიტომაც, რომ მიღებული ფაქტობრივი მასალა არა თუ არ ეთანხმება, არამედ ხშირად ეწინააღმდეგება კიდევ ერთმანეთს.

როგორც აღვნიშნეთ, შეუძლებელია ფსიქიკურ ფუნქციათა ლოკალიზაცია. აზროვნება, მსჯელობა, კრიტიკა, ნებითი რეაქციები, ცნობიერება და სხვა სუფთა ფსიქიკური ფუნქციები ხორციელდება არა მარტო ჰემისფეროების ქერქის, არამედ მთლიანი დიდი ტვინის მუშაობის შედეგად.

ერთი კი შეიძლება დავუშვათ, რომ უმაღლესი ფსიქონერვული და ფსიქიკური ფუნქციები განსაკუთრებით უნდა იყოს დაკავშირებული შუბლის თხემის წილთან.

შუბლის და თხემის ქვედა წილის ველები წარმოადგენს ფილონტოგენეზურად ყველაზე ახალ და აღამიანისათვის სპეციფიკურ უბნებს.

როგორც თვით ქერქი, ისე ქერქქვეშა კვანძები ისეთი სხვადასხვა ნაწილებისაგან შედგება, რომლებიც ფილონტოგენეზური განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე დგას.

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

პავლოვის გაგებით, აღამიანი აღჭურვილია სამგვარი აპარატით, რომელთა საშუალებითაც იგი იმყოფება განსაზღვრულ დამოკიდებულებაში გარემო წრესთან; ეგზოგენურ პირობებთან.

პირველ აპარატს ეკუთვნის უახლესი ქერქქვეშა უბნები, რომლებიც წარმოადგენს არაპირობითი რეფლექსების, ინსტინქტების, მიზიდულობების, აფექტების და ემოციების, მორფოლოგიურ საფუძველს. ეს აპარატი შეადგენს უმაღლესი ცენტრალური ნერვული სისტემის

პირველ სართულს და მისი საშუალებით ადამიანი ახდენს მხოლოდ ნაწილობრივ ორიენტაციას და ადაპტაციას.

მეორეა დიდი პემისფეროების ქერქი შუბლის წილის გამოკლებით. აქ წარმოიშვება პირობითი კავშირები, ასოციაციები, ზოქმედების ახალი პრინციპები, რომელნიც ქმნიან ე.წ. სასიგნალო სისტემას და აძლიერებენ ადამიანის ორიენტაციის და ადაპტაციის უნარს.

მესამე სისტემას შეადგენს შუბლის წილი.

პავლოვის თანახმად, შუბლის წილი სპეციფიკური სისტემაა ადამიანისათვის, რომელიც ქმნის ახალ სიგნალიზაციას მეტყველების საშუალებით. ამ მესამე სისტემის მეოხებით ადამიანი ახდენს სიგნალთა განზოგადობას, მათ ანალიზს, სინთეზს, უმაღლეს ორიენტაცია-ადაპტაციას.

სიგნალიზაციის მესამე სისტემა წარმოადგენს ყველაზე უასლოეს ფილონტოგენეზურ სისტემას, ამიტომ იგი მეტად მგრძნობიარე და მსხვრევალია.

პავლოვის გაგებით, ნორმალურ პირობებში ეს სამი სართული შეთანხმებულად მუშაობს და ქვედა სართულებს ხელმძღვანელობს (კონტროლს უკეთებს) ზედა სართულები.

აჯღმყოფურ მდგომარეობაში ზემოხსნებულ სამ სისტემას შორის კოორდინაცია დარღვეულია.

პავლოვი აღნიშნავს, რომ თუ ეს სამი სისტემა მუშაობს შეუთანხმებლად, ატაქსიურად, სუბორდინაციის გარეშე, მაშინ მივიღებთ ადამიანის პიროვნების გაორებას, „მეს“ გაორებას, ანუ ფსიქიკური სინთეზის დარღვევას.

მოვიყვანთ მოკლე ცნობებს ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ ზოგიერთ არქიტექტონიკულ ველში.

1, 2 და 3 ველში (უკანა ცენტრალურ ხვეულის მიდამო) მოთავსებულია ზოგადი მგრძნობელობის ცენტრები.

5 და 7 ველი (თხემის მიდამოს ზედა ნაწილი) წარმოადგენს იმავე მგრძნობელობის უბანს, მაგრამ აქ მოთავსებული ცენტრები უფრო მაღალი რიგისაა; ისინი პირველადი სენსორული იმპულსების ფსიქიკურ გადაამუშავებას ახდენენ.

ველი 17 (კეფის წილი) წარმოადგენს მხედველობის ცენტრს. ამ ცენტრის საშუალო გაღიზიანება იძლევა მხედველობის ელემენტარულ შეგრძნებებს (ე.წ. ფოტომები).

18 და 19 ველი (კეფის წილი) წარმოადგენს მხედველობის უმაღლეს ცენტრებს. მათი უშუალო გალიზიანება იძლევა მხედველობის რთულ სურათს.

კლინიკურად ფრიალ საინტერესოა, რომ მე-17 ველის დაზიანებისას ავადმყოფი ვერ ხედავს, მაგრამ მას შენარჩუნებული აქვს მხედველობითი წარმოდგენები; პირიქით მე-18 და მე-19 ველების დაზიანების დროს ავადმყოფი სავნებს ხედავს, მაგრამ არ ესმის მათი მნიშვნელობა.

22-ე ველში (საფეთქლის წილი) მოთავსებულია უმაღლესი რიგის სმენის ცენტრები.

ველები 40 და 37 (თხემის მიდამოს ქვედა წილი) ასრულებს უმაღლეს ფსიქონერვულ ფუნქციებს. აქ გადაჟმავდება ქერქის სხვა უბნებიდან და ქერქქვეშა კვანძებიდან მომავალი სენსორული იმპულსები, თხემის ქვედა წილის დაზიანებას მოსდევს რთული ნერვული და ფსიქონერვული აშლილობანი, მაგალითად: მეხსიერების დაკარგვა (ამნეზიები), დროში და სივრცეში ორიენტაციის მოშლა (ცნობიერების ფორმალური შეცვლა) და აგრეთვე საკუთარი „სხეულის სქემის“ აშლა (ავადმყოფის ფორმალური შეცვლა) და აგრეთვე საკუთარი „სხეულის სქემის“ აშლა (ავადმყოფი ვერ ერკვევა საკუთარი სხეულის ნაწილებში).

გარდა ამისა, 40, 39 და 37 ველების დაზიანება იძლევა რთულ ფსიქომოტორულ ფუნქციათა აშლას, მაგალითად, აპრაქსიას (კოორდინირებული, რთული მოძრაობებისა და მოქმედების შეუძლებლობა), აფაზიას (მეტყველების დაკარგვა), ალექსიას (წერის შეუძლებლობა), აგნოზიას (საგანთა უცნობლობა) და აკალკულიას (ავადმყოფს არ შეუძლია დათვლა).

ის, რაც დღემდეა ცნობილი, ადამიანის ტვინის ნერვულ და ფსიქონერვულ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ ძირითადად მოწოდებულია ნერვული და ფსიქიატრიული კლინიკის მიერ, რთაც საშუალება გვეძლევა სიმპტომები და სინდრომები შევუფარდოთ (დავეუკავშიროთ) ტვინის იმ ცვლილებებს, რომელთაც ვიღებთ მისი გაკვეთის (სექციის) დროს.

ქერქის სხვადასხვა წილის დაავადებას ახასიათებს საკმაოდ ზუსტი და ჩამოყალიბებული სიმპტომატოლოგია. ცნობილია, ნევროლოგიუ-

რა: სინდრომები, რომლებიც მიუთითებს შუბლის, კეფის, თხემის ან საფეთქლის წილის დაზიანებაზე (კროლი, გურევიჩი).

ფსიქიკური აშლილობანი, რომლებიც გვხვდება დიდი ჰემისფეროების ქერქის ამა თუ იმ წილის დაზიანების დროს, შედეგია ტვინის მთლიანი რეაქციისა და შეუძლებელია მათი უშუალოდ დაკავშირება ქერქის შემოფარგლულ მიდამოსთან.

მიუხედავად ამისა, ბოლო დროს იმდენი ფაქტობრივი მასალა დაგროვდა რომ ქერქის ამა თუ იმ წლისათვის დამახასიათებელი ნევროლოგიური სინდრომის პარალელურად შეიძლება ერთგვარი სიფრთხილით იქნეს დაშვებული ე.წ. ფსიქოპათოლოგიური სინდრომიც. ლიტერატურაში ცნობილია ტერმინები „შუბლის ფსიქიკა“, „თხემის ფსიქიკა“ და სხვა.

განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია საბჭოთა კავშირის ერთ-ერთი ცნობილი ნევროლოგის სეპის შეხედულებანი ფსიქონერვულ ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ.

ქერქული აპარატის ინტეგრაციულ მოქმედებას იგი საფუძვლად უდებს „ფუნქციური ცენტრის“ პრინციპს.

დიდი ჰემისფეროების ქერქში სეპი გამოჰყოფს შუბლისა და თხემის ფუნქციურ ცენტრებს. იმ დროს, როდესაც შუბლის ცენტრის ანატომიური განფენილობა განისაზღვრება მხოლოდ შუბლის წილის ველებით, თხემის ცენტრში, გარდა თვით თხემისა, შედის კეფის და საფეთქლის ველებიც.

შუბლის ფუნქციური ცენტრი აწარმოებს ფუნქციათა ანალიზს და მოვლენათა განზოგადებას, ხოლო თხემ-კეფა-საფეთქლის ფუნქციური ცენტრის დანიშნულებაა ყველა რეცეფციულ ფუნქციათა თავმოყრა და, ანგვარად, რეალური სამყაროს შემეცნება.

ზოგიერთი ავტორი მეტად შორს მიდის: მას შესაძლოდ მიაჩნია ფსიქოპათოლოგიური სურათის საშუალებით ქერქულ (ცერებრულ) დაავადებათა დიაგნოსტიკა („ფსიქოდიაგნოსტიკა“). უკანასკნელი დებულება მეტად სქემატური და მექანიკური და ამიტომ ფსიქოდიაგნოსტიკის პოზიციებზე დგომა საფრთხილია: მიუხედავად ამისა, აღნიშნული მიმართულებით კვლევა-ძიებას დიდი დადებითი მნიშვნელობა აქვს სამი მხრით.

1. გროვდება მეტად საინტერესო ფაქტობრივი მასალა, რომელიც ავითარებს ორგანულ ფსიქიატრიას.

2. ქერქის სხვადასხვა წილისათვის დამახასიათებელი ფსიქო-პათოლოგიური სინდრომები შეიძლება შევადაროთ სხვა ფსიქოზების კლინიკურ გამოხატულებას და ამგვარად დავსვათ საკითხი მათი ორგანული ბუნების შესახებ.

3. შიზოფრენიის დროს საკმაოდ ხშირად გვხვდება ფსიქოპათოლოგიური სურათი, რომელიც ძლიერ წააგავს შუბლის ან თხემის წილის დაზიანების დროს არსებულ ფსიქიკურ ცვლილებებს.

საქიროა გვახსოვდეს, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედება როგორც ნორმაში, ისე პათოლოგიაში, ორგანიზმის საერთო სომატურ მდგომარეობაზეა დამოკიდებული — სომა და ნერვული აპარატი ურთიერთშეგავლენას ახდენენ.

ამასთან, უნდა ვიცოდეთ, რომ ნერვული, ფსიქონერვული და სუფთა ფსიქიკური ფუნქციები ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედების უშუალო შედეგია.

ფსიქონერვული ფუნქციების შესწავლისას ჩვენ უნდა ვსარგებლობდეთ არა სომატოფსიქიზმის, არამედ ნევროფსიქიზმის, უკეთ რომ ვთქვათ, ცერებროფსიქიზმის პრინციპებით.

#### **ფსიქიკურ ფუნქციათა ცვლილებების შესახებ ბვინის ძარქის სხვადასხვა წილების დაზიანებისას და ძარქვეშა კვანძების მნიშვნელობა**

ს ა ფ ე თ ქ ლ ი ს წ ი ლ ი. მარცხენა ჰემისფეროს საფეთქლის წილის (ზედა ხვეული) დაზიანება იძლევა სენსორულ აფაზიას. ამ დროს შეიძლება იყოს აგრეთვე სენსორული ამუზია: ავადმყოფს არ შეუძლია მუსიკის გაგება, მას არ ესმის რიტმი და მელოდია.

აფაზიურ აშლილობათა გარდა, საფეთქლის წილი მეტად ღარიბია სხვა სიმპტომების მხრივ.

აღწერილია სხვადასხვა ხასიათის სმენითი ჰალუცინაციები: ავადმყოფები შესაძლებელია ჰალუცინაციურად აღიქვამდნენ უბრალო შეილს. გაურკვეველ ხმებს (აკოაზმები) ან მთლიან სიტყვებს და მელოდიებს. მუსიკალური ჰალუცინაციები უფრო ხშირია საფეთქლის წილის დაზიანების დროს მარჯვნივ (კროლი). ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები ერთგვარი სიზმრისებური მდგომარეობისა, როდესაც ავადმყოფები ვერ ერკვევიან გარემოში, საგნები მათთვის ერთი მხრივ

უცნობი და არარეალურია, მეორე მხრივ — თითქოს ნაცნობი და უკვე ნახული. ავადმყოფს არნახული საგნები მიაჩნია ნაცნობად ე. ი. მას აქვს მეხსიერების „ჰალუცინაცია“ (კროლი, ივანოვ-სმოლენსკი).

საფეთქლის წილის დაზიანებისას ხშირად აღინიშნება მეხსიერების ზოგადი შესუსტება, ავადმყოფებს არ შეუძლიათ წარსული ამბების მოგონება, აგრეთვე ძლიერ დაქვეითებული აქვთ მიმდინარე ფაქტების დამახსოვრების უნარი.

როგორც საფეთქლის სინდრომი, აღწერილია აგრეთვე მხედველობითი ჰალუცინაციები, იგი მკვეთრად განსხვავდება კეფის წილის დაზიანების დროს არსებული ჰალუცინაციებისაგან.

კეფის წილის დაზიანება იძლევა ცალკეულ ნაპერწკლისმაგვარ სინათლის შეგრძნებებს. საფეთქლის წილის დაზიანების დროს ავადმყოფი ხედავს უსაშინლეს და შემზარავ სურათს.

კეფის წილის დაზიანება, როგორც წესი, იძლევა მხედველობითს ჰალუცინაციებს: გარდა ამისა, ამ დროს ადგილი აქვს სხვადასხვა სახის ოპტიკურ აგნოზიებს (სულიერი სიბრძნე), როდესაც ავადმყოფი აღიქვამს შუქს, სინათლეს, შეიძლება ფერიც იცნოს, მაგრამ თვით საგანს ვერა; საგნის ფორმა და განსაკუთრებით კი დანიშნულება მისთვის გაურკვეველია.

თ ხ ე მ ი ს წ ი ლ ი. თხემის წილის დაზიანებისათვის დამახასიათებელია აპრაქსიული და აგნოსტიკური მოვლენები. ავადმყოფი ვერ ასრულებს კოორდინირებულ მოძრაობებს, იგი ვერ ერკვევა გარემო საგნებისა და საკუთარი სხეულის ნაწილებში.

თხემისქვედა წილი წარმოადგენს ფილოგენეზურად ყველაზე ახალს და, ამგვარად, ადამიანისათვის სპეციფიკურ მიდამოს, მისი დაზიანება ადამიანს აინვალიდებს და ძლიერ დაბლა სწევს მის გონებრივ დონეს.

თხემის მიდამოსათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია გერსტმანის თითის აგნოზია, ამნეზური აფაზია, აკალკულია და სხვადასხვა სახის აგრაფია.

თითის აგნოზია კლინიკურად ძლიერ ჰაინტერესოა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს მშვენივრად ესმის შეკითხვები და დამაკმაყოფილებლად ასრულებს ყველა დავალებას, გარდა ერთისა: მას არ შეუძლია თავისი თითების ჩვენება: ავადმყოფი თითს ვერ მოხრის, ვერ გაშლის და ვერ შეეხება. ავადმყოფი დაძაბულად უცქერის, მაგრამ შეცდომით



აჩვენებს, თითებს ვერ პოულობს. ავადმყოფს ხშირად თითების დასახელებაც არ შეუძლია.

შეტად საინტერესოა, რომ თითის აგნოზიის თითქმის ყველა შემთხვევაში ავადმყოფებს არ შეუძლიათ გაერკვნენ თავიანთ სხეულში ე. ი. მათ აქვთ საკუთარი სხეულის მიმართ ორიენტაციის აშლა, ანუ აუტოტოპაგნოზია (პიკის ფენომენი). უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფი ვერ გვიჩვენებს მარჯვენა ან მარცხენა მხარეს. მაგალითად, მარჯვენა ხელს, მარჯვენა ყურს ან მარცხენა თვალს, მარცხენა ხელს და სხვ.

თითის აგნოზიას და აუტოტოპაგნოზიას გერსტმანი აერთიანებს ერთ სინდრომად და განიხილავს, როგორც სხეულის სქემის აშლას.

შუბლის წილა. ძველი ავტორები შუბლის წილს განიხილავენ, როგორც „მუხჯ მიდამოს“, რომლის უშალოდ გაღიზიანება არ იძლევა რაიმე მოტორულ ან სენსორულ რეაქციებს. შუბლის წილი აღიარებული იყო „უმაღლესი ფსიქიკური ცენტრების“ ადგილად.

უკანასკნელი დროის ფაქტობრივმა მასალამ ძირეულად შესცვალა ძველი წარმოდგენები შუბლის წილის ფუნქციის შესახებ.

ხოროშკოს და სხვების შრომებმა ნათლად გვიჩვენეს, რომ შუბლის წილის ტრანეული დაზიანება იძლევა საკმაოდ მდიდარ სიმპტომატოლოგიას. შუბლის წილის დაზიანებას მოსდევს წონასწორობის აშლა, აპრაქსია, აბულია, აკინეზია, აქტიური ყურადღების შესუსტება და სხვა სიმპტომები.

შუბლის წილის სიმპტომებს გოლდშტეინი შემდეგ სამ ჯგუფად ანაწილებს: პირველ ჯგუფს ეკუთვნის კოორდინაციის აშლილობანი, მეორე ჯგუფს შეადგენს სხვადასხვა აპრაქსიული აშლილობანი, ხოლო მესამე ჯგუფს ეკუთვნის ფსიქიკური აშლილობანი, სახელდობრ, ყურადღების აშლა, აღქმის შეგვიანება, აპათია, ზერელე ქცევები, ავადმყოფური ხუმრობა და აგრეთვე ეიფორიული ან დეპრესიული გუნებგანწყობა.

ჩვენი წარმოდგენები ჰემისფეროთა ბირთვების, ანუ კვანძების სტრუქტურაზე იმდენად გამდიდრდა და დაზუსტდა, რომ დღეს თავისუფლად შეიძლება დაისვას საკითხი ქერქქვეშა რუხი მასების წარმონაქმნების შესახებ.

ქერქქვეშა კვანძებიდან ფსიქიატრიის კლინიკისათვის განსაკუთ-

რებული მნიშვნელობა აქვთ სტრიალურ და თალამურ სისტემებს. ეს სისტემები არ წარმოადგენს თანაბარი სტრუქტურის მქონე რუხ მასებს, ისინი დამოუკიდებელი არქიტექტონიკული ველების და ბირთვებისაგან შედგება.

საკმარისია გავიხსენოთ, რომ მხედველობის ბორცვები კლასიკური ანატომიის მიხედვით, ოთხი ბირთვისაგან შედგებოდა (წინა, გარეთა, შიგნითა და ქვედა): თანამედროვე არქიტექტონიკულ შრომებში მხედველობის ბორცვი 40 ბირთვისაგან შედგება.

სტრიალურ სისტემას უწოდებენ უახლოეს ქერქქვეშა კვანძებს (მონაკოვი). ემბრიოგენეზური განვითარების მხრივ აღნიშნული ბირთვები დიდი ტვინის ქერქის ძლიერ ახლო მონათესავე რუხ მასებს წარმოადგენს. ცნობილია, რომ სტრიალური სისტემა და ჰემისფეროების ქერქი ვითარდება ემბრიონულ უჯრედთა საერთო კომპლექსიდან.

დიდი ტვინის ქერქი და უახლოესი ქერქქვეშა კვანძები, ე. ი დიდი ჰემისფეროები შეადგენს მთლიან სისტემას.

დიდ ჰემისფეროებში შედის აგრეთვე ზღუდე — კლაუსტრუმ და ნუშისებრი ბირთვი.

ბროდმანი ზღუდეს განიხილავს როგორც ქერქის დერივატს, რომელიც განვითარების პროცესში სცილდება ქერქულ მასებს.

მაგრამ უახლოესი შრომები ადამიანის სტრიალური სისტემის ონტოგენეზის შესახებ ნათლად გვიჩვენებს, რომ არც ნუშისებრი ბირთვი და არც ზღუდე არ წარმოადგენს ქერქის დერივატს. ეს ორი უკანასკნელი წარმონაქმნი უახლოეს ქერქქვეშა კვანძებს ეკუთვნის.

სტრიალური სისტემა ფილოონტოგენეზურად შეიძლება დაყოფილი იქნეს უძველეს და უახლეს ნაწილებად. ნეოსტრიატუმს შეადგენს ნ. კაუდატუს პუტამენი; ხოლო პალეოსტრიატუმს ეკუთვნის გლობუს პალიდუს.

სტრიალური და თალამური სისტემები მეტად საპასუხისმგებლო როლს ასრულებს უმაღლეს მოტორულ და სენსორულ ფუნქციებში.

მხედველობითი ბორცვები, ანუ გარდამავალი ტვინი მეტად რთული სტრუქტურის მქონეა და მრავალ ბირთვს შეიცავს. მხედველობითი ბორცვის სისტემა შედგება: თვით მხედველობითი ბორცვისა, ლაგამის ბირთვისა და დამუხლული სხეულებისაგან.

მხედველობითი ბორცვი თავის მხრივ აგრეთვე სხვადასხვა ფილოგენეზურ საფეხურზე მდგომი ორი ნაწილისაგან შედგება, სახელობრ, ვენტრალური და მედიოდორზალური ნაწილებისაგან.

ჰიპოთალამური არე შეიცავს უმაღლესი რიგის ვეგეტატიურ ცენტრებს. რაც შეეხება თვით მხედველობის ბორცვს, იგი წარმოადგენს უმაღლეს ქერქქვეშა სენსორულ ცენტრებს.

დიდი ტვინის ქერქის შემდგომ ყველაზე რთულ ნერვულ ფუნქციებს სტრიალური და თალამური სისტემები ასრულებს.

როგორც შემოთ იყო აღნიშნული, ქერქქვეშა კვანძებს მეტად რთული აგებულება აქვს და შედგება დამოუკიდებელი არქიტექტონიკული უბნებისაგან, რომლებიც გარკვეულ მუშაობას აწარმოებს.

სტრიალური სისტემა თავისი მუშაობით ძირითადად მოძრაობათა სარეგულაციო საკოორდინაციო ცენტრს წარმოადგენს.

ფრონტალური (ზევიდან ქვემოთ) მიმართულებით სტრიალურ სისტემას კლასიკი ოთხ ნაწილად ჰყოფს: პირველ ნაწილში (დორზალური, ყველაზე ზემოთა წილი) წარმოდგენილია თავი და სახე, მეორე ნაწილში — ზემო კიდურები, მესამე ნაწილში — სხეული, ხოლო მეოთხე ნაწილში (ვენტრალური ქვემო წილი) წარმოდგენილია ქვემო კიდურები.

თავდაცვითი და სახვითი (გამომეტყველებითი) მოძრაობის კოორდინაცია (მიმიკა, პანტომიმიკა, სხეულსახვა) მოქცეულია სტრიოპალიდარულ სისტემაში.

პალეოსტრიატუმი წარმოადგენს დაბალი პრიმიტიული ავტომატიზმების ცენტრს; რაც შეეხება ნეოსტრიატუმს, იგი ასრულებს მაღალი რიგის ავტომატურ მოქმედებებს და ამავე დროს რეგულაციას და კონტროლს უწევს პალეოსტრიატუმს.

უახლესი გამოკვლევების თანახმად, პუტამენი უნდა ასრულებდეს სტატიკურ, ხოლო კაუდატუსი — კინეტიკურ ფუნქციებს.

როგორც აღვნიშნეთ, მხედველობითი ბორცვი წარმოადგენს ძირითად ქერქქვეშა სენსორულ კვანძს, სადაც იკრიბება ზურგის ტვინიდან, მოგრძო ტვინიდან, ხიდიდან და ნათხემიდან მომავალი მგრძობიარე იმპულსები. გარდა ამისა, თალამური სისტემა უშუალო ზეგავლენას ახდენს ექსტრაპირამიდულ მამოძრავებელ მექანიზმებზე.

ბოლო დროს მხედველობის ბორცვებს აწერენ აგრეთვე ფსიქი-

კურ ფუნქციებს, სახელდობრ გრძნობითს, ემოციურს და აფექტურ რეაქციებს.

ქერქვეშა კვანძებში შეიძლება მხოლოდ დაბალი გრძნობითი ფუნქციების დაშვება (მიზიდულებანი), რაც შეეხება რთულ ემოციურ რეაქციებს, ისინი წარმოადგენენ სუფთა ფსიქიკურ პროცესებს და უშუალოდ დაკავშირებული არიან დიდი ტვინის ქერქის საერთომუშაობასთან.

## თ ა ვ ი მ ე ო რ ა

### აღდგენადროვის პრობლემა

ნარკულ უჯრედთა აღდგენადროვა და ფუნქციურ-დინამიკური საკითხები  
ფსიქიატრიაში

პროტოპლაზმურ მორჩთა და ნეირონთაშუა კავშირების ქსელის თანესებულებათა შესწავლა ნორმისა და პათოლოგიის დროს იმ მკვლევარის ძირითადი ამოცანაა, რომელიც ტვინოვანი ნივთიერების ნატიფ მორფოლოგიას სწავლობს. ასეთი შესწავლა ავლენს ახალ შესაძლებლობებს ნერვული ქსოვილის პარენქიმულ წარმონაქმნთა შენებისა და ფუნქციის ექსპერიმენტულ გამოკვლევაში.

სინაფსურ წარმონაქმნთა აგებულებისა და ფუნქციის თავისებურებათა დრმა შესწავლა კლინიკურ მასალაზე ამდიდრებს ჩვენს წარმოდგენას ცენტრალური ნერვული სისტემის პათომორფოლოგიის შესახებ.

ჩვენ ხაზს ვუსვამთ იმ ფაქტს, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის ნატიფი მორფოლოგიის სწავლების შემქმნელად გვევლინება ს. კორსაკოვის უახლოესი თანაშემწე, თეორიული და კლინიკური ფსიქიატრიის გამოჩენილი წარმომადგენელი, ნევროლოგი ს. სუხანოვი.

სუხანოვის ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიურმა, ექსპერიმენტულ-ფიზიოლოგიურმა და კლინიკურ-პისტოლოგიურმა შრომებმა, რომლებიც გასული საუკუნის დამლევეს გამოქვეყნდა, შესძლო არა მარტო ახალი შემოქმედებითი ნაკადის შეტანა მაშინდელ მეცნიერებაში, არამედ თავიანთი მნიშვნელობა და აქტუალობა მათ არც დღეს დაუკარგავთ.

სუსხანოვმა პირველმა განოთქვა შესხედულება შიზოფრენიის ორგანული წარმოშობის შესახებ. მან პირველმა მიუთითა თავის ტვინის

ნატიფი ჰისტოლოგიური გამოკვლევების აუცილებლობაზე ფსიქიკურ აშლილობათათვის დამახასიათებელი პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებების შესამჩნევად.

სუხანოვმა მიზნად დაისახა გამოერკვია როგორ რეაგირებენ ტვინის ნერვული უჯრედები თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის ტლანქი ცვლილებების დროს, რომელსაც გამოიწვევდა სისხლის ნაკადის შემცირება (ტვინოვანი ნივთიერების იშემიის მდგომარეობა). ამის გამო-სარკვევად სუხანოვი ცდებს ზღვის გოჭებზე და ბაჭიებზე ატარებდა.

ექსპერიმენტების საფუძველზე მან დაასკვნა, რომ ბაჭიის ტვინის ქერქის უჯრედები უფრო გამძლეა, ვიდრე ზღვის გოჭის ნერვული უჯრედები. ამავე დროს დენდრიტული მორჩების მონილომორფულა ცვლილება, უპირველეს ყოვლისა, ვრცელდება ტვინის ქერქის ზედაპირული შრის ტერმინალურ დენდრიტებზე; პირამიდულ უჯრედთა გვერდითი და ძირითადი დენდრიტების ცვლილებები კი უფრო გვიან ხდება.

სუხანოვი ადგენს პროტოპლაზმური მორჩების დაზიანების სამ ხარისხს: პირველი ხარისხის დროს დენდრიტთა კონტურები ხდება მკვეთრად უსწორმასწორო, ამასთან პროტოპლაზმური მორჩები ალაგ-ალაგ შებერილია; მეორე ხარისხის დროს წარმოიქმნება თითისტარის მსგავსი შემსხვილებანი, მესამე ხარისხის დროს კი ადგილი აქვს მკვეთრად გამოხატულ ბურთისმაგვარ შებერილობას.

პროტოპლაზმურ მორჩთა ვარიკოზული ცვლილებების სხვადასხვა ხარისხები დადასტურდა აგრეთვე ზღვის გოჭთა ტვინის ქერქის მიკროსკოპული გამოკვლევით, რომელიც დარიშხანის მწვავე და ქვემწვავე ინტოქსიკაციის შედეგად იყო გამოწვეული.

ძაღვებში ფარისებრი ჭირკვლის ამოკვეთის შედეგად გამოწვეულ იქნა კვების საერთო მოშლა, რომელიც გავლენას ახდენდა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ეს გავლენა იმაში გამოიხატებოდა, რომ გამოიწვიეს თავის ტვინის ქერქის ნერვულ უჯრედთა პროტოპლაზმური მდგომარეობა.

ამგვარად, სუხანოვი პროტოპლაზმურ მორჩთა მონილომორფულ ცვლილებათა პათოგენეზისათვის გადამწყვეტ მნიშვნელობას ტვინოვანა ქსოვილის კვების საერთო მოშლილობას ანუ ჰემოდინამიკურ ფაქტორს ანიჭებდა. ამას გარდა, იგი ხაზს უსვამდა იმ გარემოებას, რომ

ვარიკოზული მდგომარეობა შესაძლებელია აღდგენადი იყოსო, ჯერ კიდევ 1899 წელს სუხანოვი წერდა: „პროტოპლაზმურ მორჩთა ვარიკოზული მდგომარეობა, თავისთავად არავითარ შემთხვევაში არ მიუთითებს მთელი ნეირონის დაღუპვაზე“ და შემდეგ: „მორჩთა ვარიკოზული მდგომარეობა, ვფიქრობთ, ხელშემწყობი პირობების ზეგავლენით ჩქარა უნდა გამოსწორდეს“.

გამოირკვა, რომ ვარიკოზული მდგომარეობის მნიშვნელოვანდ გავრცელების დროსაც კი ნერვული უჯრედი ღერძცილინდრული წანაზარდის მიმართ ინახავს ტროფიკულ ფუნქციას, რომლის დეგენერაცია, ჩვეულებრივ, მაშინ ხდება, როდესაც დენდრიტზე არსებული შებერილობა და შემსხვილება უჯრედის სხეულზე გადადის (სუხანოვი).

პროტოპლაზმურ მორჩთა ვარიკოზული ბურთისმაგვარი ცვლილებების დროს გარკვეულ პათოლოგიურ ცვლილებებს განიცდიან გვერდითი დანამატები. ისინი არასწორად განლაგდებიან, არასწორი კუთხის ქვეშ. პროტოპლაზმურ მორჩთა მიმართ; შემდეგ პათოლოგიური პროცესის გაღრმავებასთან ერთად დენდრიტები ხორკლებით ღარიბდებიან თითისტარისმაგვარ შემსხვილებებზე და შებერილობებზე, არაიშვიათად შეიძლება დავინახოთ გვერდითი დანამატები; მორჩთა ბურთისმაგვარი ცვლილებების დროს კი ისინი არ გვხვდებიან.

ე. წ. მონილომორფული ატროფიის შემთხვევაში ხორკლები შესაძლებელია შენახული იყოს შემსხვილებებსა და შებერილობებს შორის.

უნდა გვახსოვდეს. რომ დენდრიტთა პათოლოგიური ცვლილებები იწყება განსაკუთრებით გრძელი მორჩებიდან, რის შემდეგაც თანდათან ვრცელდება უჯრედის სხეულის მიმართულებით (უჯრედმსწრაფი მიმართულება — სუხანოვის გამოთქმით).

უამრავ ექსპერიმენტთა საფუძველზე სუხანოვმა ჯერ კიდევ 1899 წ. დაადგინა. რომ ტვინის ქერქის ნერვული უჯრედები სხვადასხვა პათოლოგიურ პირობებზე თვისობრივად ერთგვაროვან დენდრიტთა მონილომორფული მდგომარეობით პასუხობს.

თვილდნენ, რომ ნერვული უჯრედი რეგენარაციის უნარს მოკლებული იყო. ეს აზრი იქიდან გამომდინარეობდა, რომ უჯრედები არ მრავლდებოდნენ, მაგრამ როგორც ჩანს, ეს აზრი არ უნდა ყოფილიყო აბსოლუტური. ნერვული უჯრედი არ მრავლდება, რადგან ნერვული

ქსოვილის მხრივ რეგენერაციული მოვლენები ძალიან შეზღუდულია. მაგრამ გამრავლება მაინც ხდება (სნესარევი).

ამჟამად დადგენილად ითვლება, რომ პათოლოგიურ პროცესთა დროს ფუნქციის აღდგენა ხანდახან ხდება არა მხოლოდ ფიზიოლოგიური კომპენსაციის გზით, არამედ აგრეთვე თვით შეცვლილი მორფოლოგიური სუბსტრატის აღდგენის გზითაც.

სხვადასხვა ცხოველი ნერვული სისტემისათვის მანვე ფაქტორებზე სხვადასხვანაირად რეაგირებს (ნერვული სისტემის რეაქტიულობა).

უჯრედის დაღუპვის ხანგრძლივი და რთული პროცესის მიმდინარეობისას, ჩვენ ზოგადბიოლოგიური თვალთახედვით გვიანტერესება უჯრედთა აღდგენადი და არააღდგენადი დაზიანებანი.

არაიშვიათად, შეცვლილი უჯრედის ნორმალური მდგომარეობისაკენ დასაბრუნებლად საკმარისია გამომწვევი მიზეზის მოცილება, მაგრამ ხანდახან საჭირო ხდება ეაწარმოთ უჯრედზე დამატებითი ზემოქმედებანი.

ტვინოვანი ნივთიერების ექსპერიმენტული დაზიანების თუ კლინიკური შესწავლის დროს ინტერესმოკლებული არ არის ო. ლეპეშის-სკაიას დებულება იმის შესახებ, რომ უჯრედი არ წარმოადგენს უკანასკნელ მორფოლოგიურ ელემენტს. გასაგებია, რომ მითითებული მდგომარეობა სადისკუსიოა და შემდგომ ფაქტობრივ დამტკიცებას მოითხოვს.

შეიძლება თუ არა მორფოლოგიური (პინტალოგიური) მეთოდით შევისწავლოთ ნერვული სისტემის უჯრედის აღდგენადი დაზიანება? ამ კითხვაზე პასუხის გაცემამდე უნდა გადაწყდეს პატარა საკითხი. ეს საკითხი ეხება უჯრედის ადრეულ ანდა მწვავე ცვლილებათა დიაგნოსტიკის საზღვრების დადგენას.

ცენტრალური ნერვული სისტემის პარენქიმულ წარმონაქმნთა ადრეული ცვლილებების დიაგნოსტიკა დიდ სიმწელებთანაა დაკავშირებული. აქ, ისე როგორც არსად, მორფოლოგები განიცდიან მყარი კრიტერიუმის უქონლობას, რაც საშუალებას აძლევდა მათ განესაზღვრათ დაწყებული პათოლოგიური პროცესი. ჭერჭერობით დაწყებული ნეკროზის ადრეულ ცვლილებათა დიაგნოსტიკა უჯრედის შემადგენელ ნაწილთა და საღებავების ურთიერთდამოკიდებულებაზეა დაფუძნებული.



ამიტომ დიაგნოსტიკის ეს მეთოდი არაიმეორათად შეცდომების წყაროდ გადაიქცევა ხოლმე.

ცხოველთა ნერვული ქსოვილის საკონსტროლო და ექსპერიმენტულ გამოკვლევათა შედეგების ანალიზისა და დანუშაფების დროს საერთო წესების დაცვა განგლიურ უჭრედთა ცვლილებების აღრეული ინტე-ტა დიაგნოსტიკის აუცილებელი პირობაა, რომელიც ხდება მხოლოდ უჭრედთა ნაწილების შედებვისადმი დამოკიდებულების საფუძ-ველზე.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ამჟამად ტვინის მორფოლოგიის შეს-წავლა ძირითადად ციტოარქიტექტონიკულ მეთოდს ემყარება. ამას გარდა ამ საქმისათვის ჭერჭერობით მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მიე-ლო და ფიბრილოარქიტექტონიკულ მეთოდებს.

შევერცხლის მეთოდის უარყოფითი მხარეები და ნორმის კრიტი-რიუმის დადგენის სიძნელე ართულებს იმპრეგნაციული მეთოდის ფართოდ გამოყენებას ტვინის პათოლოგიის შესწავლისათვის.

1935 წ. ჩვენ მიერ შენიშნული იყო, რომ ჰიპერკარიოჭრომია ნე-ვულ უჭრედთა დაწყებითი ან მწვავე დარღვევათა დასაწყისის აღ-რეული დიაგნოსტიკური ნიშნები უნდა იყოს.

შეღებვის ხასიათი ანუ ნერვულ ელემენტთა ტინქტორული თვი-სებები ბირთვისა და პროტოპლაზმას შორის მდებარე უჭრედსა და მის ირგვლივ არსებულ გარემოს (ანუ დანარჩენ ქსოვილთა) შორის ნივ-თიერებათა ცვლის დარღვევაზეა დამოკიდებული. ცნობილია, აგრეთვე, რომ ნერვულ წარმონაქმნთა შეღებვის უნარი იცვლება დაზიანებათა ქრონიკული ფორმების დროს (ვიშნევსკი, ლავრენტიევი).

ბირთვთა ცვლილება, რომელსაც თან სდევს ნეკრობიოზული პრო-ცესები, ძირითადად, ორ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს: დაშლა (კარიო-რექსისი) და გახსნა (კარიოლიზისი).

ნერვული ელემენტების დაზიანებათა „მწვავედ“ და „ქრონიკუ-ლად“ დაყოფა პირობითად უნდა ჩაითვალოს, იმიტომ, რომ განგლიურ უჭრედთა ქრონიკულ დაზიანებად ცნობილი ფორმები (შეკმუხვნა, გა-ხსნა, შეღებება) მწვავე მდგომარეობის დროსაც გვხვდება ანდა, პირი-ქით, ქრონიკული დაზიანებისას არაიმეორათად უჭრედთა მწვავე ცვლი-ლებანიც გვხვდება. ეს გარემოება ყოველთვის მხედველობაში უნდა გვექონდეს. როდესაც ამ ტერმინებს ვსაუბრობთ, იმიტომ, რომ ისინი ყვე-

ლაზე უფრო ნაკლებად მიუთითებენ დაავადების ხანგრძლივობაზე, რადგანაც პირველ რიგში ის ცნებები ნერვულ წარმონაქმნთა დაზიანების ხარისხზე. დეგენერაციის სიმძიმეზე ანუ ტვინოვანი ნივთიერების პარენქიმულ წარმონაქმნთა პათოლოგიური ცვლილებების აღდგენადობაზე მიუთითებენ.

ცენტრალური ნერვული სისტემის უჯრედთა ადრეული დაზიანების დროს შედეგების მიმართ მომატებულ უნარს ამჟღავნებენ არა მარტო ბირთვები (ჰიპერკარიოქრომია), არამედ ნერვული მორჩებიც. ეს უკანასკნელნი უფრო ინტენსიურად იღებებიან, ვიდრე ნორმალურა მდგომარეობის დროს, ე. ი. დაზიანებული ნეირონის ზოგიერთი უბნები იძენენ მეთილენის ლილით შეღებვის მეტ უნარს (ვიშნევსკი და ლავრენტიევი).

დადგენილია, რომ პათოლოგიაზე არაიშვიათად მიუთითებენ ბიჯკოთა ფორმის ცვლილებები და პირველ რიგში მათი ვარიკოზული გამსხვილებანი. ვიშნევსკი და ლავრენტიევი ამგვარ ცვლილებებს უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებენ: „მთელი რიგი პათოლოგიური მდგომარეობის დროს ადგილი აქვს ნერვულ ბოჭკოთა ვარიკოზულ მდგომარეობას, რომელიც ნერვული ბოჭკოს დაზიანების განსაკუთრებით ადრეულ ნიშანს წარმოადგენს“.

ნერვულ მორჩთა პათოლოგიის საკითხში კლასიკური გამოკვლევანი ეკუთვნის სუხანოვის.

ჯერ კიდევ 1899 წელს მან დაადგინა, რომ მოზრდილ ხერხეშილას ცხოველთა ტვინის ქერქის პროტოპლაზმური მორჩების ვარიკოზული მდგომარეობა უნდა განვიხილოთ როგორც ნერვულ უჯრედთა თავისებური დისტროფია. სუხანოვის აზრით, დენდრიტთა ვარიკოზულ ანუ მონილომორფულ მდგომარეობას შესაძლებელია ემბრიონის ტვინის ქერქშიც შევხვდეთ, მაგრამ ეს მდგომარეობა განსხვავდება მოზრდილ ცხოველთა ტვინის ქერქის დენდრიტთა პათოლოგიური ვარიკოზული მდგომარეობისაგან.

სუხანოვი მიუთითებს, რომ ვარიკოზული მდგომარეობა, ვარიკოზული ატროფია, კრიალოსნისმაგვარი მდგომარეობა, მონილომორფული მდგომარეობა ანუ მონილომორფული ატროფია მით მკვეთრია, რაც უფრო მკვეთრად არის გამოხატული თვით პათოლოგიური პროცესი, რაც უფრო ღრმად და დარღვეული ტვინოვანი ნივთიერების კვება,

ვარიკოზულ მდგომარეობას, როგორც ირკვევა, თავისი განვითარების დინამიკა აქვს: თავდაპირველად პროტოპლაზმურ მორჩთა კონტურების მხოლოდ დეფორმაცია ხდება, შემდეგ მასზე წარმოიქმნება თითისტარისმაგვარი შემსხვილებანი, რომელნიც შემდეგში ბუთისმაგვარ შებერილობად გადაიქცევა.

სინაფტების პათოლოგიის შესახებ არსებული ლიტერატურის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ნერვული სისტემის პარენქიმული უჯრედების ცვლილებათა აღდგენადობის ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიური გამოკვლევა მკიდრად არის დაკავშირებული ადრეულ დიაგნოსტიკასთან და ცენტრალური ნერვული სისტემის უჯრედოვან წარმონაქმნთა დაზიანების ხასიათის განსაზღვრასთან.

უჯრედთა აღდგენადი პათოლოგიური ცვლილებების შესწავლა იძლევა საშუალებას გადაწყდეს ბიოლოგიის ერთ-ერთი რთული პრობლემა, სახელდობრ, უჯრედების მასტიმულირებელი გაღიზიანების ანუ აგზნების განსაზღვრა. ასეთი შესწავლა ხელს უწყობს პროტოპლაზმის ნატიფი დაზიანების გამოძევენებას.

დოზის გაძლიერების დროს გამღიზიანებლებს შეუძლია ცოცხალი ობიექტის უჯრედში გამოიწვიოს ისეთი მოვლენები, რომელიც გაივლის რა ნორმალური ფიზიოლოგიური რეაქციის სტადიას, ლეზიონის პათოლოგიური ძვრების ხასიათს.

უჯრედის პროტოპლაზმის დაზიანება შეიძლება გამოვიწვიოთ სხვადასხვა მიზეზით; მაგალითად, ინფექცია, ტრავმა, ინტოქსიკაცია, გათბობა, გაცივება, ელექტროდენი, ულტრაბგერა, რადიუმის სხივები, ულტრაიისფერი სხივები და სხვ. ყველა ეს მიზეზი იწვევს ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლას, რომელიც აისახება პროტოპლაზმის ნივთიერებათა ცვლის ბიოქიმიურ პროცესში.

უნდა აღინიშნოს, რომ სხვადასხვა გამღიზიანებელს შეუძლია გამოიწვიოს უჯრედთა ერთტიპიური დაზიანება.

სმიტენის ექსპერიმენტებში (ლავრენტიევის ლაბორატორიიდან) ნერვული უჯრედები ორ სხვადასხვა აგენტზე (მექანიკური ტრავმა და გაღიზიანება ელექტროდენით) ამკლავებენ ერთტიპიურ ავადმყოფურ რეაქციას. ორივე ფაქტორის ზემოქმედებით მივიღეთ ერთი და იგივე დაზიანება. სახელდობრ, ნერვულ უჯრედთა ქელატინიზაცია, თანმხლები სწრაფი დალექვა მათი შეღებვით (სმიტენი).

სუტულოვის გამოკვლევების საფუძველზე ნეიროპლაზმის თვისებაა უპასუხოს უცხო კოლოიდზე გრანულების წარმოქმნით.

თავისი გამოკვლევების საფუძველზე ნასონოვი მიდის იმ დასკვნაზე, რომ აღდგენადი მდგომარეობების დროს უკრედის ფუნქციური აღდგენა წარმოებს პროტოპლაზმური (ე. ი. მორფოლოგიური) ნივთიერების აღდგენის პარალელურად.

ნერველი ქსოვილის სტრუქტურული ცვლილებები, რომლებიც გვხვდება დისტროფიის პირველ ფაზაში, როდესაც პროცესი არსებითად აღდგენადია, შეიძლება ჯერ კიდევ არ ატარებდნენ დეგენარაციულ ნეკროზულ ხასიათს. მსგავსი პათოლოგიური ძვრების აღსანიშნავად ე. კუბრიანოვი იყენებს ტერმინებს: „ლაბილობა“ (ადვილი ცვალებადობის თვალსაზრისით) და „პლასტიკურობა“ (მხედველობაში შემცლებლობითი ცვალებადობა).

ნ. კოლსოვისა და გ. რაიტის ექსპერიმენტების მიზანია ნერველ ელემენტებში დისტროფიული ცვლილებების სხვადასხვა სტადიის აღდგენადობის შესწავლა. ავტორების მიერ დადგენილია, რომ მანკველაოვანი დამლის შორისწასული სტადიაც შეიძლება სრული უიმედობის მიჰყვებელი არ იყოს და თანდათანობით გაიაროს. უფრო იოლ სტადიებში სტრუქტურული ცვლილებები შედარებით სწრაფად იხსნებიან, დისტრუქციული პროცესი ქრება და ნერველი ელემენტები ლებულობენ იგველ ნორმალურ სახეს.

ლ. სმირნოვის, ფ. ივანოვისა და ე. პლეჩკოვას მასალები გვიჩვენებს, რომ ნეიროფიბრილებისა და სინაფსური აპარატის შესამჩნევ ცვლილებებს შეიძლება აღდგენადი ხასიათი ჰქონდეს. ლ. სმირნოვიან თანახმად არგილოფილური კომპონენტი, რომელიც გეჟოვნის ნეირონის ყველაზე ლაბილურ შემადგენელ ნაწილს, არაიშვიათად განიცდის აღდგენად ცვლილებებს.

ა. შაბადაშის თანახმად, ჰიპერგლიკემიის დროს, სინაფსები დაუყოვნებლივ იძლევიან რეაქციას ნახშირწყლოვანი ცვლის ძვრებზე, კერძოდ, „ტერმინალური“ წარმონაქმნები განიცდიან აღდგენად ჰიპერტროფიას და ბლოკირებას. როგორც ავტორი აღნიშნავს, „კოკრების“ გაფუებისა და ექლატინიზაციის ფენომენი წინ უსწრებს სხეულში განვლიური უკრედის მსგავს კოლოიდურ-ფიზიოლოგიური პროცესების განვითარებას.

სმიტენი ჩერდება სტრუქტურულ ცვლილებათა ცალკეულ ჯგუფებზე. მისი აზრით I ჯგუფი მოიცავს ნერვულ უჯრედთა „ეულატინიზირებული“ პროტოპლაზმის სრულ აღდგენად მდგომარეობებს, II ჯგუფს ეკუთვნის მდგომარეობა არასრული აღდგენადობით, რაც გამოხატულია საღებავის სუსტ დალექვაში, III ჯგუფი შეიცავს უკანასკნელ, არააღდგენად სტადიას (უჯრედი კარგავს შეღებვის თვისებას).

დაზიანების ყველა აღნიშნული სტადია გაპირობებულია ნეიროპლაზმის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების ცვლილებებით.

სმიტენი, თავისი გამოკვლევების შედეგად იმ დასკვნამდე მიდის, რომ ცოცხალი ნერვული უჯრედების პროტოპლაზმა წარმოადგენს თხიერ ზოლს, რომელსაც აქვს უნარი დამაზიანებელ ფაქტორთა ზეგავლენით სწრაფად გადავიდეს მაღალი წებოვნების გელის მდგომარეობაში.

ნასონოვის დაკვირვებების თანახმად, უჯრედების დაზიანებისას პროტოპლაზმის კოლოიდური ნაწილაკები ქმნიან უფრო მსხვილ კომპლექტებს. დისპერსიულობის აღნიშნულ დაქვეითებას ახლავს დეჰიდრატაცია, ე. ი. ნაწილაკთა მიერ წყლის ნაკლები შეთვისება.

ამჟამად დამტკიცებულია ურთიერთკავშირი პროტოპლაზმის შთანთქმელ თვისებასა და ნერვულ უჯრედთა ცვლილებების სიღრმეს შორის, მაგალითად, რომანოვმა, რომელიც სწავლობდა ტრავმული შოკის დროს უჯრედების დაზიანების სხვადასხვა სტადიას, დაადგინა, რომ შოკის ნაადრევ სტადიაში, ნერვულ უჯრედებში ადგილი აქვს მარცვლოვანობის წარმოშობის გაძლიერებას; უფრო მოგვიანებით სტადიის შოკურ მდგომარეობაში მორფოლოგიურად ხასიათდებიან ნეიროპლაზმის დიფუზური შეღებვით. ამავე დროს შეღებვას იწყებს ბირთვიც.

რომანოვის გამოკვლევებით ნერვულ უჯრედთა ფიზიოლოგიური მდგომარეობა შოკის პერიოდში ხასიათდება აწეული აგზნებადობით. ხოლო შოკის ღრმა მოგვიანებულ ფაზაში უჯრედები იმყოფებიან ორგანული დაზიანების სხვადასხვა სტადიაში.

რომანოვი მიდის დასკვნამდე, რომ საღებავის შთანთქმა დამოკიდებულია უჯრედის დაზიანების ხარისხზე: ძლიერ დაზიანებული ცოცხალი ქსოვილები საღებავს უფრო მეტად ითვისებენ. დაზიანების უკუგანვითარების დროს ადგილი აქვს თანდათანობით გადასვლას შეღებვის მარცვლოვანი ტიპიდან დიფუზურში: გაძლიერებული მარცვ-

ლოვანობის წარმოშობა შემდეგ იცვლება დიფუზური შეღებვით ჯერ პროტოპლაზმის და შემდეგ ბირთვისაც. ამასთან ერთად უჯრედის შეღებვა აღდგენადი ხასიათისაა: მავნე, მოქმედი გამლიზიანებლის მოხსნასთან ერთად უჯრედი იძენს მარცვლოვანობის წარმოშობის თვისებას (სმიტენი).

მარცვლოვანობის წარმოშობის უნარი წარმოადგენს უჯრედის ფართოდ გავრცელებულ ფუნქციას, რომელსაც აქვს დიდი ბიოლოგიური მნიშვნელობა. როგორც ჩანს, უჯრედის ნორმალურ ცხოველმყოფელობაში მარცვლოვანობის წარმოშობის ფენომენი ხელს უწყობს ისეთ ნივთიერებათა მოქმედების უვნებელყოფას, რომელთა დიფუზური გავრცელება შეიძლება აღმოჩენილიყო ტოქსიკური (ფელდმანი).

პათოლოგიურ პირობებში უჯრედების შეღებვის აწეული უნარი (თვისება) დასტურდება აგრეთვე იმპრეგნაციის (შევერცხლით) მეთოდით, რომლის დროსაც ნერვული უჯრედები და მათი მორჩები, როგორც ამას კოლოსოვი აღნიშნავს, ამჟღავნებენ არგენტოფილობას.

ექსპერიმენტულ პირობებში სხვადასხვა ინტენსივობისა და ხანგრძლივობის გალიზიანებით უჯრედში შეიძლება იყოს გამოწვეული რიგი სხვადასხვა ხარისხის აღდგენადი მოვლენები, უნდა გვახსოვდეს, რომ პერიცელულარულ წარმონაქმნთა ცვლილებები წინ უსწრებს ნეირონის სხეულში პათოლოგიურ პროცესებს (შაბადაში).

გ. გორიუნს (ლაბორატორიიდან, რომელსაც ხელმძღვანელობს კ. ლავროვი) მოჰყავს ზურგის ტვინის ქსოვილის მორფოლოგიური (სტრუქტურული) აღდგენადობის მონაცემები ექსპერიმენტული შეშუპებისა და ტრავმული დაზიანების დროს. ბირთვების ჰიპერქრომატიზმს და ნეიროფიბრილური აპარატის ცვლილებებს, რომელიც წარმოადგენს შეშუპებისა და ტრავმის დროს ადრეულ ცვლილებებს, ავტორი განიხილავს როგორც აღდგენადს; სინაფსური დაბოლოების მარცვლოვან დაშლას ის თვლის არააღდგენად პროცესად, ხოლო სინაფსების გადიდება ვერცხლით, მკვეთრად შეღებვა და ფორმის შეცვლა, შეიძლება იყოს აღდგენადი.

ბ. ნანეიშვილი თავისი მასალის საფუძველზე, რომელიც ეხება იშემიისა და ელექტროკრუნჩხვების დროს ქერქული ნივთიერების პარენქიმულ წარმონაქმნთა აღდგენადი ცვლილებების შესწავლას, გამოჰყოფს განგლიურ წარმონაქმნთა ირიტაციული დაზიანების ორ

საფეხურს. ტვინის ნივთიერების პარენქიმული ელემენტების დაზიანების პირველ, აღდგენად საფეხურს ციტოარქიტექტონიკულად წარმოადგენს მორჩების ნაწილობრივი ჰიპერსომატოქრომიისა და გალიზინების ფენომენი. სინაფსოარქიტექტონიკურად ამ საფეხურს შეეფარდება დენდრიტული მორჩების ჰიპერიმპრეგნაცია, არათანაბარი შეღებვა, დაკლაკნილობა, სინაფსურ წარმონაქმნთა არგენტოფილობა და ზომიერი გადიდება.

დაზიანების მეორე, უფრო მძიმე, შეიძლება არააღდგენად, ეტაპს ციქოარქიტექტონიკულად წარმოადგენს: ჰიპერკარიო და სომატოქრომია, მორჩების კლაკნილობა, ნეირონოფაგიური რეაქცია, უჯრედების დაშლა. ასეთ შემთხვევებში სინაფსოარქიტექტონიკურად ადგილი აქვს დენდრიტული მორჩების ვარიკოზულ ან კრიალოსნისებურ მდგომარეობას, ნეიროფობრილთა შეწყობებს, რის შედეგადაც დენდრიტულ მორჩში ვითარდება სიცარიელე, ე. წ. „ფანჯრები“. დაზიანების უფრო მძიმე შემთხვევებში დენდრიტული მორჩები იმსხვრევიან და იშლეებიან. სინაფსურ წარმონაქმნთა დაზიანების მძიმე შემთხვევებში, ადგილი აქვს ტერმინალური ფოლაქებისა და პრესინაფსური ბოჭკოების მკვეთრ გატლანქებას. უჯრედთა სხეულები და მათი მორჩები მძიმე პათოლოგიურ ძვრებთან დაკავშირებით, კარგავენ ტერმინალურ წარმონაქმნებს.

ამგვარად, დასაწყისი ირიტაცია შეიძლება ჩაითვალოს სრულ სტრუქტურულ აღდგენადობის სტადიად; ირიტაციულ ცვლილებათა I<sup>1</sup> სტადიაში, სტრუქტურულ-დინამიკური აღდგენადობა განისაზღვრება პათოლოგიური პროცესის შემდგომი დინამიკის თავისებურებით.

ძალის თავის ტვინის ნატიფ სტრუქტურულ ცვლილებათა ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიური გამოკვლევანი აღდგენადობის შესახებ ჩატარებული აქვთ ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტის თანამშრომლებს — ბაროკამერაში ჟანგბადით შიმშილობის პირობებში და — ექსპერიმენტულ ალკოჰოლურ მოწამვლასთან დაკავშირებით.

სინაფსოლოგიის განვითარება, სინაფსების მორფოლოგიისა და ფიზიოლოგიის შესახებ ჩვენი ცოდნის გამდიდრება, იძლევა აღდგენად ცვლილებათა შესწავლის ახალ შესაძლებლობებს. სინაფსების შესწავლის უფრო ნატიფი და მგრძობიარე მეთოდები საშუალებას მოგვცემს შევისწავლოთ აგრეთვე აღდგენად დაზიანებათა პათოლოგია და პათოფიზიოლოგია.

ტვინის ნივთიერების ნატიფი, აღდგენადი სტრუქტურული ძვრების პრობლემის დასამუშავებლად განსაკუთრებით პერსპექტიულია ჰისტოქიმიისა და ფიზიკა-ქიმიის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება. ამასთან დაკავშირებით საჭიროა შეეჩერდეთ ნერვული ქსოვილის ცალკეული მონაცემის, კერძოდ, სინაფსურ წარმონაქმნთა ჰისტოქიმიასზე ნორმასა და პათოლოგიაში. მხედველობაში ვღებულობთ რა ნერვული სისტემის ფუნქციონირებაში გლიოგენის როლს, ჩვენ ძირითადად ვსარგებლობთ ა. შაბადაშის გამოკვლევებით, რომელსაც ამ მიმართულებით მდიდარი მასალა და დიდი გამოცდილება აქვს.

ლ. სმირნოვის მიხედვით, როგორც არ უნდა იყოს გლიოგენის დაგროვების მექანიზმები ქერქული აპარატის ელემენტებში, ის მაინც ადასტურებს ტვინის ქსოვილში ენერგეტიკული პროცესების გაუჯღმართებას ან შესუსტებას.

როგორც ა. შაბადაში აღნიშნავს, ნახშირწყლოვანი ცვლის თვისობრივად სხვადასხვა ბიოქიმიური პროცესების, ზონების მიკროტოპოგრაფიული გამიჯვნა ანუ გლიოგენის უჯრედთაშორის განაწილება არ შეიძლება განსაზღვრულ იქნეს ქიმიურ-ანალიზური მეთოდებით. აქ აუცილებელია ჰისტოლოგიური გამოკვლევანი.

ა. შაბადაში აღნიშნავს, რომ გლიოგენის მიკროტოპოგრაფია წარმოდგენას იძლევა ნეირონის შემადგენელი ელემენტების ქიმიურ ბუნებაზე. საეჭვო არ არის, რომ ნეირონების სხვადასხვა კატეგორია არაერთნაირად (სხვადასხვაგვარად) მონაწილეობს ნივთიერებათა ცვლაში და განსხვავდება სხვადასხვა რეაქტიულობით.

გლიოგენის არჩევით დაგროვებას ადგილი აქვს სინაფსურ აპარატში, ამასთან, პოლისახარიდები მოიპოვებიან არა მარტო საბოლოო წარმონაქმნებში, არამედ დენდრიტულ რეცეფციულ ფირფიტებშიც. ნორმალური სინაფსის სხვადასხვა ტოპიურ გაფორმებაში ხასიათდება მაღალი მგრძნობელობით იმ გლუკოზისადმი, რომელიც მის გარშემოა. ანავე დროს იგი იჩენს ნერვულ უჯრედთან შედარებით უფრო აწეულ არჩევით უნარს გლიოგენის სინთეზისადმი.

ავტორის ჰისტოქიმიური დაკვირვებანი აშუქებენ სინაფსების რეაქციათა ეტაპურობას და თანმიმდევრობას, რომელიც წინ უძღვან ციტოპლაზმის ბიოქიმიურ ძვრებს.

სინაფსურ აპარატში გლიოგენის რაოდენობრივი სიჭარბე, უჯრედ-



ში, მის დაბალ დონესთან შედარებით, ტერმინალური ფოლაქების გაფუჭება და ქელატინიზაცია წინ უსწრებს უჯრედის განგლიურ სხეულში მსგავს კოლოიდურ ფიზიოლოგიურ პროცესთა განვითარებას.

ავტორის მიერ ჰისტოქიმიური მეთოდის საშუალებით დადგენილი მოტორული ფოლაქის შეანის სიმპლასტის სტრუქტურაში აქტიურ ნეკროტიკებათა მაღალი კონცენტრაცია მიუთითებს ენზიმურ პროცესში მის მნიშვნელოვან როლზე.

აღნიშნავთ რა ჰისტოქიმიური მუშაობის პერსპექტიულობას და მნიშვნელობას, საჭიროდ მიგვაჩნია ხაზი გაესვას იმ გარემოებას, რომ ჰისტოქიმიაც ვერ წყვეტს ნატიფი მორფოლოგიის წინაშე წაყენებულ პრობლემას, განსაკუთრებით სინაფსოარქიტექტონიკული ძიების მიმართულებით, ისევე როგორც ნატიფი სინაფსოარქიტექტონიკული კვლევა არ გამოირიცხავს ციტოარქიტექტონიკაში მორფოლოგიური კვლევის მნიშვნელობას.

ი. პავლოვის მოძღვრება თავის ტვინის ქერქის დაცვითი შეკავების შესახებ მკიდროდ არის დაკავშირებული ნერვულ წარმონაქმნთა მოქმედების ფუნქციური აღდგენადობის პრობლემასთან იმდენად, რამდენადაც უჯრედების „დაცვითი“ მდგომარეობა გარდაამავალია, ნერვული უჯრედები უნდა გამოვიდნენ ავადმყოფური მდგომარეობიდან ან განიცადონ დეგენერაცია.

ი. პავლოვმა განსაკუთრებული ყურადღება მიაქცია ამ მნიშვნელოვან პრობლემას. მის მიერ მოცემულია არსებითი მითითებანი, რომელიც მიღებული უნდა იყოს მხედველობაში და გამოყენებული ნეოვული ქსოვილის უჯრედთა ცვლილებების სტრუქტურულ-ფიზიოლოგიური აღდგენადობის შესწავლის დროს.

ცოცხალი ნეკროტიკების აღდგენადობის საკითხი ღებულობს ზოგადბიოლოგიური პრობლემის ხასიათს, განსაკუთრებით იმ შრომების შემდეგ, რომლის თანახმად განვითარების უჯრედოვან სტადიას წინ უძღვის ცოცხალი ცილისა და პროტოპლაზმის განვითარების სტადია. უჯრედის ბირთვი აღმოცენდება ცოცხალი ნეკროტიკების ფილოგენეზის მოგვიანებულ სტადიაზე.

ნერვულ უჯრედთა დაავადების (დაზიანების) დროს ნორმის მდგომარეობიდან სრულ ნეკროზში გადასვლა ხასიათდება ნეკრობიოზულ მდგომარეობათა ცალკეული ფაზებით, თითოეული მათგან-

ნა კი მოკლებული არ არის დინამიკურ შესაძლებლობებს აღდგენისადმი.

ი. პავლოვის მოძღვრების საფუძველზე ჩვენ მიერ განხილული პრობლემა დებულობს ახალ თეორიულ და პრაქტიკულ გაშუქებას.

აღიარებულია, რომ ი. პავლოვის მოძღვრება დაცვით შეკავებაზე წარმოადგენს ფსიქოზების პათოგენეზის შესწავლის საფუძველს.

ი. პავლოვის აღნიშნული მოძღვრება მჭიდროდ არის დაკავშირებული ნ. ვედენსკის მოძღვრებასთან პარაბიოზის შესახებ. ამ ორი გამოჩენილი ფიზიოლოგის მსგავსი თეორიული თვალსაზრისის საფუძველზე ჩვენ ვაყენებთ დებულებას, რომ დაცვითი შეკავების სტრუქტურულ საფუძველს უნდა წარმოადგენდეს დიდ ჰემისფეროთა ქერქის უნატიფესი აღდგენადი პათომორფოლოგიური ცვლილებები.

გავიხსენოთ, რომ ი. პავლოვი ჯერ კიდევ 1908 წ. ვედენსკის მიერ პარაბიოზად წოდებულ მოვლენას თვლიდა „ნერვული მოქმედების მნიშვნელოვანი პროცესის — შეკავების“ საფუძველად.

დაცვითი შეკავებისა და აღდგენადობის სტრუქტურულ-ფიზიოლოგიური მოვლენები წარმოადგენს ორ განუწყვეტელ, უფრო სწორად რომ ვთქვათ, ურთიერთისაგან განუყოფელ დინამიკურ პროცესს. სანამ არსებობს შეკავება, მანამ პათოლოგიურ პროცესს აქვს უნარი უკუგანვითარებისა, ე. ი. დაუბრუნდეს ნორმალურ მდგომარეობას. ი. პავლოვი წერს: „არსებობს საფუძველი ვიფიქროთ, რომ სანამ მოქმედებს შეკავებითი პროცესი, მანამ ქერქული უჯრედი არ არის ღრმად დაზიანებული; მისთვის შესაძლებელია დაბრუნება სრულ ნორმამდე, მას შეუძლია თავი დააღწიოს ძლიერ განლევას, მისი პათოლოგიური პროცესი ჯერ კიდევ აღდგენადია“, და შემდეგ: „აგზნებისა და შეკავების მოვლენებს ჩვენ ვთვლით სხვადასხვა ფაზად დიდი ჰემისფეროზების ქერქის უჯრედების მოქმედებაში, ეს უჯრედები ხასიათდებიან უმაღლესი ხარისხის რეაქტიულობით და, მაშასადამე, რღვევით. აღნიშნული სწრაფი ფუნქციური რღვევა წარმოადგენს ძირითად ბიძგს უჯრედში განსაკუთრებული პროცესის შეკავების, ეკონომიური პროცესის აღმოსაცენებლად, რომელიც არა მარტო ზღუდავს შემდგომ ფუნქციურ რღვევას, არამედ ხელს უწყობს დახარჯული გამღიზიანებელი ნივთიერების აღდგენას“. სწორედ შეკავების საშუალებით მყარდება წონასწორობა ორგანიზმის ნაწილებში, „წო-

ნასწორობა სამარაგო ნივთიერების დაშლისა ორგანოების მუშაობის დროს და მათი აღდგენისა ორგანოების დასვენების დროს“.

ი. პავლოვი თავის ტვინის დაავადებათა შესწავლის დროს დიდ ყურადღებას აქცევს უჩრედთა ქრონიკულ, არააღდგენად განლევას, რომელსაც მოსდევს შრომის უნარის ფუნქციური ზღვარის ნელი, თანდათანობითი დაქვეითება და მყარი, ხანგრძლივი ზეზღურბლოვანი შეკავების მოვლენების განვითარება.

ცნობილია, რომ ი. პავლოვმა ფსიქონევროლოგიურ კლინიკაში პირველად მიუთითა დაცივითი შეკავების არსებობაზე შიზოფრენიის დროს, განსაკუთრებით მისი კატატონიური ფორმის დროს.

1932 წ. შიზოფრენიის შემთხვევის ჰისტოლოგიური შესწავლის საფუძველზე ჩვენ მიერ წამოყენებული იყო დებულება ფსიქოზების დაწყებითი ფორმების აღდგენადობის შესახებ. ჩვენ აღვნიშნავდით, რომ კატატონიური სტუპორის დასაწყის სტადიებში, როდესაც განსაკუთრებით მკაფიოდაა გამოხატული დაცივითი შეკავება, სტრუქტურულ-დინამიკური პროცესები აღდგენად ხასიათს ატარებენ.\*

არსებული ლიტერატურის მონაცემების ანალიზისა და საკუთარ ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიურ და კლინიკურ-მორფოლოგიურ დაკვირვებათა საფუძველზე მივდივართ იმ დასკვნამდე, რომ ტვინის ქსოვილის აღდგენადი პარანეკროზი წარმოადგენს დიდ ჰემისფეროთა ქერქში განვითარებულ დაცივითი შეკავების ფენომენის მორფოლოგიურ წინამძღვარს. ამასთან, ცალკეულ შეხედულებათა საწინააღმდეგოდ დაცივითი შეკავების სტრუქტურული საფუძველი არ უნდა ვეძიოთ უჩრედთა სპეციფიკურ ცვლილებაში (ჰიპერქრომატოზი, ტიგროიდის დაგროვება და ა. შ.) არ შეიძლება შეკავების მორფოლოგიური ტესტი უჩრედთა ძვრების რომელიმე გარკვეულ ფორმას წარმოადგენდეს.

უფრო სწორი იქნებოდა დაცივითი შეკავება ორგანული ბუნების

---

\*) ეს შემთხვევა ექსპ. მედ. საკ. ინსტიტუტის ფსიქიატრიის კლინიკიდანაა და ეკუთვნის 1932 წ. კლინიკური მასალა და ვრცელი ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის პრეპარატების დემონსტრაციით წარედგინა პირადად აკად. პავლოვს, ბალინსკის სახ. საავადმყოფოში, ქ. ლენინგრადში.

ფსიქონერვულ დაავადებათა დროს დაგვეკავშირებინა დენდრიტული მორჩებისა და ტერმინალური ფოლაქების ნაადრევ, აღდგენად ცვლილებებთან, რომლებიც წარმოადგენენ ადვილადმსხვრევად პარენქიმულ წარმონაქმნებს.

ნეიროპისტოლოგია და მასთან ერთად პათონეიროპისტოლოგია გამოეყვნენ მედიცინას, როგორც დამოუკიდებელი დისციპლინები.

ისტორიულად ეს მოხდა იმის გამო, რომ საკითხები, რომლებსაც შეისწავლიან აღნიშნული დისციპლინები, უშუალოდ იყო დაკავშირებული კლინიკურ ნევროლოგიასთან და ფსიქიატრიასთან.

კლინიციისათვის ტვინის დაავადებათა პათოგენეზის გაგებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ნერვული სისტემის სტრუქტურასა და ფუნქციის გაცნობას. ნერვული სისტემის მდგომარეობის ლაბორატორიული გამოკვლევა დაავადების კლინიკურ შესწავლასთან ერთად წარმოადგენს სწორ მეთოდს.

ფიზიოლოგიასა და კლინიკას შორის მჭიდრო კავშირია. ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტი და კლინიკური კაზუსტიკა ამდიდრებს და ამტკიცებს ერთმანეთს.

უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიციისტების, ნევროპათოლოგებისა და ფსიქიატრების მიერ ბევრი რამ არის გაკეთებული დაავადებათა კლინიკური გამოვლინებების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური საფუძვლების შესწავლაში, ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია საბჭოთა მეცნიერები — ბეხტერევი, დარკმევიჩი და სხვ.

ფსიქონევროლოგიის თეორიისა და პრაქტიკისათვის დღემდე გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ფუნქციურ და ორგანულ აშლილობათა პათოგენეზის შესწავლას.

ცალკეულ ბიოლოგიურ დისციპლინათა განვითარებასთან ერთად ზუსტდება მათი საზღვრები და ისახება ახალი შესაძლებლობანი ფუნქციურ აშლათა დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის.

ფუნქციურისა და ორგანულის პრობლემა, ე. ი. აღდგენად და არააღდგენად აშლათა პრობლემა სრულიად ახალ ახსნას პოულობს უმაღლესი ნერვული მოქმედებისა და ტვინის ნივთიერების ნატიფი პათომორფოლოგიის კანონების საფუძველზე.

1934 წ. კლინიკის ერთ-ერთ სხდომაზე ი. პავლოვი აღნიშნავდა: ჩემი აზრით, არ არსებობს მკვეთრი საზღვარი ფუნქციურსა და ორგანულს შორის, ვფიქრობ, რომ ფუნქციურ დაავადებათა ხშირ შემთხვევაში თანამედროვე ჰისტოლოგიური მეთოდებით ჩვენ ვერ ვამყვანებთ უჯრედის ქეშმარიტ ცვლილებებს. გარდა ამისა, აღდგენადი დაავადება ავადმყოფური მიზეზების ხანგრძლივი ზემოქმედებისას შეიძლება გადაიქცეს არააღდგენადად. მაშასადამე, დასაშვებია, რომ ფუნქციური დაავადება ხანგრძლივი მიმდინარეობისას გადავიდეს ორგანულში, ე. ი. დაავადებული პუნქტის უჯრედის შენებაში იწყება აშკარა მუდმივი ცვლილება.

მიუთითებდა რა ჰისტოლოგიური მეთოდების ტექნიკის შეზღუდულობაზე, ი. პავლოვი ხაზს უსვამდა უჯრედის ცვლილებების გამოსაძეღვენებლად უფრო ნატიფი მორფოლოგიური გამოკვლევების მნიშვნელობას. ნორმასა და პათოლოგიაში უჯრედთა მორფოლოგიის შესწავლის შესახებ არსებული ლიტერატურა ასახავს დიდ მიღწევებს ჰისტოლოგიურ ტექნიკაში, განსაკუთრებით სინაფსოარქიტექტონიკაში და ჰისტოქიმიაში. არსებობს არასწორი შეხედულება იმის შესახებ, რომ ნერვული სისტემის ყველა აღდგენადი დაზიანება წარმოადგენს წმინდა ფუნქციურს. ექსპერიმენტულმა პათოფიზიოლოგიამ არაერთხელ დაამტკიცა, რომ არ არსებობს ნერვული სისტემის ფუნქციური აშლილობანი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცვლილებების გარეშე; ფუნქციის მოშლა ყოველთვის დაკავშირებულია სტრუქტურული საფუძვლის გარკვეულ ცვლილებასთან.

ამავე დროს ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანება ყოველთვის არ არის არააღდგენადი. მაგალითად, უჯრედის დაზიანების აღდგენა უთუოდ ორგანული მოვლენაა, როცა ქსოვილოვან სისტემაში ოდნავ შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს მაინც აქვს ადგილი.

ცნობილია, რომ ფუნქციურ დაავადებათა დროს უმაღლესი ნერვული მოქმედების აშლამ შეიძლება უკუგანვითარება განიცადოს. ამავე დროს გამოუსწორებელი ან არააღდგენადი ცვლილებანი შეიძლება გახდეს მიზეზი უმაღლესი ნერვული მოქმედების ძირითადი პროცესების აშლისა.

მკურნალობის აქტიური ბიოლოგიური მეთოდების გამოყენება საშუალებას იძლევა აღდგენადი ფსიქოზების კლინიკური სიმპტომატოლოგიის პათოფიზიოლოგიისა და პათოგენეზის საფუძვლების შესასწავლად.

თავის ქალას დახურული ტრავმის პათოლოგიურ-ანატომიურა შესწავლა ადასტურებს ტვინის ქსოვილის უჯრედების აღდგენადობის, უმაღლესი ნერვული მოქმედების ნორმალიზაციის შესაძლებლობას. რითაც გაპირობებულია ტრავმულ ფსიქონერვულ აშლათა კლინიკური გამოვლინების ხასიათი და ხარისხი. ხანგრძლივი, განმეორებითა შეშუპებები წარმოადგენენ არააღდგენად ცვლილებათა მიზეზს.

აღდგენადი შეიძლება იყოს აგრეთვე ჰაეროვანი ტალღის ზემოქმედებით გამოწვეული დაზიანებანიც.

ჩვენი დაკვირვებების თანახმად (ექსპერიმენტები წარმოებდა მტრედებზე, კატებზე და ძაღლებზე) ცენტრ. ნერვ. სისტემაში ჰაეროვანი ტალღით გამოწვეული მწვავე ცვლილებები ატარებენ განგლიოზური წარმონაქმნების ადრეული დეგენერაციული დაზიანების ხასიათს; ისინი მოკლებული არიან ანთებით-ინფილტაციულ რეაქციას და ამის გამო შეიძლება მიეკუთვნონ ტვინის ნივთიერების პირველად ტრავმულ დაზიანებას. არაიშვიათად აღნიშნულ ცვლილებებს აქვს აღდგენადი აშლის ხასიათი.

ტრავმით, ინფექციით და ინტოქსიკაციით გამოწვეული ცერებრული ასთენია ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თვალსაზრისით აღდგენადია. ცერებრული ასთენიის დროს მესხიერების, აზროვნებისა და შრომის უნარის მოშლა არამყარია და დამოკიდებულია არა ნერვული ქსოვილის უჯრედთა არააღდგენად ცვლილებებზე, არამედ მათა ფუნქციური განლევადობის მომატებაზე.

შინაგან ორგანოთა პათოლოგიასთან დაკავშირებულ ფსიქოზებს შეიძლება ჰქონდეს არაკეთილთვისებიანი გამოსავალი, რადგან შინაგანი ორგანოს დაზიანებას შეიძლება მოჰყვეს ცვლილებანი ნერვულ სისტემის სათანადო უბანში. ჯერ ფუნქციური და აღდგენადი, ხოლო შემდეგ დესტრუქციული და მყარი. ასევე ვითარდება მწვავე სისხლძარღვოვანი ფსიქოზები, რომლებიც ძირითადად წარმოადგენენ ფუნქ-

ციურ ნეიროდინამიკულ დაავადებებს, განვითარებულს ტვინის ქსოვილის ფუნქციის მოშლასთან დაკავშირებით. ექვევარეშეა, რომ ტვინის ქსოვილის ფუნქციური მოშლა შეიძლება თანდათანობით, მთლიანად ან ნაწილობრივ არააღდგენადი გახდეს.

### აღდგენადობის კლინიკური მნიშვნელობა

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

ტვინის ცალკეულ უბნებსა და ტვინის ნივთიერების ცალკეულ უჯრედებს შორის დინამიკური კავშირის ანატომიურ საფუძველს წარმოადგენს სინაფსური წარმონაქმნი.

ექსპერიმენტული და კლინიკური დაკვირვებანი გვარწმუნებენ, რომ ტვინის ნივთიერების ნერვული უჯრედები (პირველ რიგში საბოლოო წარმონაქმნი და ნეიროფიბრილი) აღჭურვილი არიან აღდგენადობის თვისებით ანუ პათოლოგიური მდგომარეობიდან გადადიან ნორმალურში.

განგლიური უჯრედები წარმოადგენენ საკმაოდ მყარ და ამტან სისტემას.

ვიკარულ-კომპენსაციური მოქმედების და შესაძლებელი აღდგენადობის თვისებების წყალობით, ორი სხვადასხვა გზით ხორციელდება ცენტრალური ნერვული სისტემის ერთიანი მუშაობის საჭირო წინამძღვრები.

ნეიროპისტოლოგიის წინაშე იხსნება ახალი დიდი შესაძლებლობა სტრუქტურისა და ფუნქციის ერთმანეთთან დაკავშირებისა. ამათან განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს ი. პავლოვის შემდეგ განოთქმა: ყოველი ახლად აღმოჩენილი კონსტრუქცია, ადრე თუ გვიან მონახავს თავის დინამიკურ მნიშვნელობას. ამიტომ ამჟამად და შემდეგაც, ქერქული მასის პისტოლოგიურ შესწავლასთან, მის გაღრმავებასთან ერთად უნდა ხდებოდეს ზუსტი ფიზიოლოგიური გამოკვლევა დიდი ჰემისფეროების და მისი უახლოესი უბნების მოქმედებისა, რომ თანდათანობით დავუკავშიროთ ისინი ერთიმეორეს — კონსტრუქცია — ფუნქციას.

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

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

ამ დიდ თემაში სწავლება ნეირონთაშორის კავშირებზე ანუ სინაფსურ წარმონაქმნებზე წარმოადგენს ტვინის ნატიფი მორფოლოგიის ერთ-ერთ ძირითად ნაწილს.

ა. ივანოვ-სმოლენსკი მიუთითებს, რომ „პავლოვმა საძირკველი ჩაუყარა ახალ მეცნიერებას, რომლის საფუძველს წარმოადგენს ნერვული პროცესების დინამიკის მიყენება ტვინის კონსტრუქციასთან, სხვანაირად რომ ვთქვათ, პავლოვის მიზანი იყო ტვინის ქსოვილის მორფოლოგიურ ქარგაზე აეგო ნეიროდინამიკური გამოსახულება“.

ი. პავლოვმა ფსიქონევროლოგებსა და ნეიროჰისტოლოგებზე ბევრად ადრე გაითვალისწინა დღესდღეობით დადგენილი მონაცემები ნერვული ქსოვილის პარენქიმული წარმონაქმნების ნატიფი, პათოლოგიური ძვრების აღდგენადობის შესახებ. ამის დამადასტურებელია პავლოვის მოძღვრება დაცვითი შეკავების სტრუქტურაზე.

ი. პავლოვის მოწაფეები და მისი მიმდევრები შემოქმედებითაღ ავითარებენ ამ დიდებულ იდეებს. მაგალითად, ე. ასრატიანი სწავლობს ნერვული მოქმედების დარღვევისა და აღდგენადობის საერთო ხასიათს.

ასრატიანის თეორიული მოსაზრებანი ეთანხმება მიღებულ შეხედულებას, რომ დაცვითი შეკავების სტრუქტურულ საფუძველს წარმოადგენს ნერვული ქსოვილის აღდგენადი ცვლილებები.

ასრატიანი მიუთითებს, რომ ი. პავლოვისა და მისი მოწაფეების მდიდარი და სხვადასხვა სახის ექსპერიმენტული მონაცემების თანახმად. „დაცვითი შეკავება დიდი ჰემისფეროების ქერქში ვითარდება ტვინის ორგანული დაზიანების შემდეგაც“. მას მიაჩნია, რომ ცენტრალურა შოკის საფუძველს, რომელიც გამოწვეულია დიდი ტვინის ქერქზე ორ-



განული პათოგენური მოქმედებით, წარმოადგენს ტვინის ქერქის დაც-  
ვითი შეკავება.

ი. პავლოვმა დაადასტურა, რომ ერთ-ერთი მთავარი თავისებურება  
ტვინის ქერქის პათოლოგიური გამოვლინებისა ტვინის ნატიფი და კო-  
ორდინირებული მოქმედების დარღვევაა, რომელიც შეიძლება გაპირო-  
ბებული იყოს როგორც ფუნქციური, ისე ტვინის ნივთიერების ტლანქ-  
ორგანული დაზიანებით. გასაგებია, რომ დიდი ტვინის ქერქის მოქმე-  
დების კოორდინაციის ნატიფი აღდგენადი დაზიანება შეიძლება არსე-  
ბობდეს მხოლოდ ნერვული ქსოვილის პარენქიმული წარმონაქმნების  
პათომორფოლოგიური აღდგენადი ცვლილებების დროს.

ი. პავლოვმა დაამტკიცა, რომ ფუნქციური და ორგანული დაზიანე-  
ბა განხილული უნდა იქნეს როგორც დინამიკური პროცესი, ვინაიდან  
არსებობს ურთიერთგადასვლის მდგომარეობანი.

განიხილავს რა ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლესი და  
უდაბლესი ნაწილების პათოლოგიური მოქმედების საერთო ხასიათს.  
ასრატინანი აღნიშნავს, რომ ფუნქციის გამოვარდნის ან დარღვევის აღდ-  
გენის დაწყებით ფაზაში შეიძლება ზოგიერთი პროცესის აგზნების ეკზა-  
ლტაცია. აღნიშნული მხედველობაში მიღებული უნდა იქნეს აგზნების  
პროცესების სტრუქტურული ანალიზის დროს.

ჩვენი ექსპერიმენტული გამოკვლევების დროს, რომელიც მიეძღვნა  
ტვინის ნივთიერების შემუშავებას, შევქელით აღმოგვეჩინა ნატიფი პა-  
თოლოგიური ცვლილებები აქსოდენდრიტულ კავშირებში, რომელიც  
შეიძლება შეფასდეს, როგორც ეკზალტირებული აგზნების სტრუქტუ-  
რული წინამძღვრები.

საკიროა აღნიშნოს, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის (პირ-  
ველ რიგში, ქერქული აპარატის) ექსპერიმენტული შემუშავების ნატიფ  
პათომორფოლოგიური ძვრების გამოკვლევას თეორიული და პრაქტი-  
კული მნიშვნელობა აქვს. ამით ჯერ ერთი, ზუსტდება საკითხი სინაფსუ-  
რი წარმონაქმნების და დენდრიტული მორჩების ნატიფი პათოლოგიისა;  
მეორე, ისწავლება ნეირონულ თეორიასთან დაკავშირებული საერთო  
ბიოლოგიური საკითხი (საბოლოო ფოლაქების ექსპერიმენტული გათიშ-  
ვის შესაძლებლობა); მესამე, გროვდება ელექტრული აქტივობის  
სტრუქტურული საფუძვლის ახალი მონაცემები და, მეოთხე, ექსპერი-  
მენტული მონაცემები უნდა გამოვიყენოთ კლინიკური ფსიქიატრიის  
ცალკეული თეორიული საკითხების გასაშუქებლად.

დასმული საკითხებიდან განსაკუთრებით ყურადსაღებია ტვინის ნივთიერების უჩრდეთა ელემენტების შეშუპების ის სახე, რომელიც დაკავშირებული არ არის ჰემოდინამიკის მოშლასთან ანუ ის სახე, რომელიც სისხლძარღვთა ფაქტორებით არ არის გაპირობებული.

მაშინ, როდესაც კლინიკურ შემთხვევებში ყველაზე უფრო ხშირად ჩვენ ვხვდებით ტვინის საერთო შეშუპებას, ექსპერიმენტის პირობებში შეიძლება მივიღოთ ადგილობრივი შეშუპება მეზობელი ნერვული ქსოვილის უბნას შეცვლით.

ექსპერიმენტი ტარდება კატებზე. შუშის ჯოხის მოძრაობით ჩვენ ვიწვევით ტვინის ნახევარსფეროს ნივთიერებაში (ორალურ უბანში) ადგილობრივი მკვეთრი გამოსახულების ორგანულ შეშუპებას, რომელიც კარგად ჩანს მაკროსკოპულად (ტვინის პულსაციის არარსებობა ან მკვეთრი შესუსტება, ტვინის ნივთიერების მკვეთრი ამობერვა და ქერქის ზედა სისხლძარღვთა დაძაბულობა).

შეშუპების უბანში, ქერქში პირველადი ელექტრული აქტივობა აი მცირდება; პოტენციალების ამპლიტუდა არ ვარდება და ნელი რყევადობის ფონზე განუწყვეტელი რიტმით ვლინდება ჩქარი ტალღები, რომელიც წამში 350-ს აღწევდა. ამრიგად, დასაწყისში ადგილი ჰქონდა ტვინის ნივთიერების ძლიერ გაღიზიანებას. აღნიშნული გაღიზიანების სტრუქტურული საფუძვლების შესწავლის მიზნით ვახდენდით ნერვული ქსოვილის ნატიფ პისტოლოგიურ შესწავლას. აღმოჩენილ იქნა, რომ დენდრიტული მორჩები წარმოადგენენ განსაკუთრებით ადვილად დასაზიანებელ წარმონაქმნს ყველა მავნე მოქმედების შემთხვევაში (იშემია, ტრავმა და სხვ.), მაგრამ მოცემულ შემთხვევაში ისინი არა თუ არ ქრებოდნენ, არამედ უფრო ჭარბად იღებებოდნენ. დენდრიტული მორჩების აღნიშნული მდგომარეობა უნდა განვიხილოთ როგორც ყველაზე უახლოესი საფეხური (წინა სტადია) კრიალოსნისმაგვარი გადაგვარებისა, რომელსაც შეიძლება მოჰყვეს დაშლა და სრული განადგურება.

ექსპერიმენტული შეშუპებისას შეიძლება ვნახოთ ცალკეული საფეხურები სინაფსური წარმონაქმნების აღდგენითი ცვლილებებისა. ამ დროს არგენტოფილობა და მორჩების გატლანქება (მორჩების გაღიზიანება, კვერთხისმაგვარი წარმონაქმნის გაჩენა) ნერვული ქსოვილის აღდგენადი დაზიანების უპირველეს საწყისს წარმოადგენს, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ელექტრული პოტენციალების დროებით გაძლიერებას.

ექსპერიმენტული შეშუპების დროს ჩვენ მიერ შემჩნეული იყო როგორც აქსოდენდრიტული, ისე განსაკუთრებით უჯრედოვანი სინაფსების გათიშვა.

რამდენადაც დაცვითი შეკავება წარმოადგენს უნივერსალურ მოვლენას, რომელიც ცენტრ. ნერვ. სისტემის ყველა წარმონაქმნის დამახასიათებელია, ამდენად თავის ტვინის ყველა უბანში შეიძლება შეგვხვდეს უუუგანვითარების უნარის მქონე პათომორფოლოგიური ცვლილებანი.

ურთიერთკავშირი და ერთმანეთში გადასვლა აღდგენადი და არა-აღდგენადი მდგომარეობისა, არ შეიძლება შევისწავლოთ ნერვული სისტემის ნატიფი მორფოლოგიის მიღწევათა გამოყენების გარეშე.

სინაფსოლოგიას გარკვეული ადგილი უჭირავს ელექტროენცეფალოგრაფიის თეორიასა და პრაქტიკაში.

არ არის გამორიცხული, რომ ზოგჯერ სინაფსის გათიშვის ფენომენი აღდგენადი დაზიანების ხასიათისა იყოს.

სინაფსების გათიშვის ფენომენი ჩვენ მიერ მიღებული იყო ფიზიოლოგიური ხსნარის დიდი ზეწოლით კატის ზურგის ტვინის რუხ ნივთიერებაზე.

შეიძლება დავუშვათ, რომ მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობისას ხელსაყრელი პირობების განვითარების დახშობით ქერქის ფუნქცია და ნერვული იმპულსების ბლოკირება შეიძლება სინაფსური წარმონაქმნების აღდგენადი პათომორფოლოგიური ცვლილებებით ან თვით სინაფსების მექანიკური გათიშვით აიხსნას (წარმავალი პერიცელულარული შეშუპება).

საკირთა აღინიშნოს, რომ გამოკვლევანი ნერვული წარმონაქმნების აღდგენადობის შესახებ, უნდა გამოვიყენოთ არა მარტო მწვავე, არამედ ქრონიკული შიზოფრენიის პათოგენეზის შესწავლისას.

არც ფიზიოლოგიური არც ფსიქოპათოლოგიური კვლევა ისე, როგორც აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობის შედეგები, არ მიუთითებენ იმაზე, რომ ე. წ. მოგვიანებული ფორმის შიზოფრენიის შემთხვევაში პათოლოგიური ცვლილებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არააღდგენად სტადიაშია.

ჩვენი საკვლევნი მასალები, რომლებიც ტვინის ქერქის პათომორფოლოგიურ ნატიფ ცვლილებებს ეხება, გვიჩვენებს, რომ შორსწასული

შიზოფრენიული პროცესის დროს ნერვული უჯრედის არააღდგენად ცვლილებებთან ერთად გვხვდება უფრო მწვავე ხასიათის დაზიანება (შესაძლებელია აღდგენადი).

ჩვენ დავადგინეთ, რომ შიზოფრენიის იმ შემთხვევაში, როცა უჯრედის წარმონაქმნის ზომა შედარებით შენახულია (უჯრედთა სხეული, ბირთვი ან ბირთვაკი), მკვეთრად გვხვდება დენდრიტების პათოლოგია, პირველ რიგში, პირამიდების სამწვერვალო დენდრიტებისა. დენდრიტები კლაკნილია, სუსტად იღებება, აღსანიშნავია აგრეთვე ნეირონოფაგია.

როგორც ჩანს, დენდრიტების გაქრობა და გახსნა ამ დაავადების დროს ხდება თანდათან ანუ ავადმყოფური პროცესი ვითარდება რეტროგრადულად, დენდრიტების ძირისაკენ (პროტოპლაზმური მორჩების დასაწყისი მიმართულებიდან).

პარენქიმული უჯრედის მორფოლოგიური ცვლილებების შემთხვევაში შეიძლება დავიჭიროთ პათოლოგიური პროცესის ზოგიერთი დინამიკურობა ან საფეხურები; დაწყებული მსუბუქი დეგენერაციული ცვლილებებიდან მკვეთრი სკლეროზის მოვლენებამდე და, ბოლოს, პარენქიმული ნივთიერების დაღუპვამდე.

პროტოპლაზმური მორჩების ვარიკოზობას ეწოდება ნაჭდევის ფენომენი. საჭიროა ყურადღება მიექცეს იმას, რომ უჯრედის სომის ირგვლივ ვიკერო წერტილოვან სინაფსურ წარმონაქმნებს.

შიზოფრენიით დაავადებულთა დიდი ჰემისფეროების ქერქში ჩვენ აღმოვაჩინეთ განგლუირი უჯრედები, რომელთა პერიცელულარული შეშუპების გამო მკვეთრად იყო გადაწეული ძლიერი არგენტოფილური, ტლანქად გამოვლინებული სინაფსური წარმონაქმნები.

განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს დენდრიტული პათომორფოლოგიური ცვლილებები, რომლებიც უჯრედის სომის შენარჩუნებისას შეიძლება აღდგენილი იყოს.

ნატიფი პათომორფოლოგიური ცვლილებებიდან, რომლებიც დინამიკურობას არ არიან მოკლებული, ცენტრალური ადგილი უკავია აქსონდენდრიტულ წარმონაქმნებს. ამ ფაქტს აქვს უდიდესი მნიშვნელობა. რადგან ჩატარებული ექსპერიმენტული კვლევის შედეგად ჩანს, რომ როგორც სინაფსები, ისე ნეიროფიბრილები აღჭურვილია ერთნაირი დაზიანების ზღურბლით (დაზიანება ან პათოლოგიური დაღლა).

უჯრედის სხეულის შენახვა და აქსოსომატური სინაფსური წარმო-

ნაქმნები შეიძლება აღმოვაჩინოთ არა მარტო შიზოფრენიული ტოქსიკოზის დროს, არამედ ცენტრ. ნერვ. სისტემის სხვადასხვა ტლანქი (ბრუტალური) ორგანული დაზიანებისას, როგორც, მაგალითად, ტვინის არტერიოსკლეროზისა და პროგრესული დამბლის შემთხვევაში.

პანერქიმული მორჩების მაგვარად, სინაფსური წარმონაქმნებიც ნერვული სისტემის შედარებით ადვილად დამაზიანებელ ნაწილს წარმოადგენენ. ნეირონთა შორის კონტაქტური კავშირების არსებობა ხელს უშლის დენდრიტების პათოლოგიური ცვლილებების უშუალო გადასვლას საბოლოო ფოლაქებზე და პირიქით.

ტლანქი ორგანული დაზიანების დროს (მძიმე არტერიოსკლეროზი, პროგრესული დამბლა და ა. შ.) დენდრიტული და სინაფსური წარმონაქმნები განირჩევიან პათოდინამიკის თავისებურებებით.

არაიშვიათად ვლინდება როგორც აქსოსომატური, ისე აქსოდენდრიტული სინაფსები პანერქიმული მორჩების მკვეთრი დაზიანების დროს (არგენტოფილობა -- ნეიროფიბრილების მოხაზულობის წაშლა).

სინაფსების დაზიანებისას ვამჩნევთ განსაკუთრებულ თანმიმდევრობას, სახელდობრ, აქსოდენდრიტული სინაფსური წარმონაქმნება უფრო ადვილად ზიანდებიან, ვიდრე აქსოსომატური.

აღნიშნული მოვლენა, ნეირონთაშორის კავშირების ევოლუციური თავისებურების მხრივ განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს.

ექსპერიმენტულ პირობებში ელექტროდენის მოქმედება ცხოველის თავის ტვინის დიდი ჰემისფეროების უჯრედზე იწვევს აღდგენად ცვლილებებს. დენის ძალის მომატებითა და დროის გახანგრძლივებით შეიძლება განვითარდეს გამოუსწორებელი, არააღდგენადი მდგომარეობა.

აღდგენადი ცვლილებებით არააღდგენად ცვლილებებში გადასვლა განსაკუთრებით უნდა გავითვალისწინოთ ძლიერ მოქმედი, ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის „ბიოლოგიური შენჯღრევის“ გამომწვევი მეთოდების ხმარებისას. განსაკუთრებით ფრთხილად უნდა ჩატარდეს შიზოფრენიის მკურნალობა ელექტროშოკით.

სინაფსოარქიტექტონიკის დამუშავება საშუალებას გვაძლევს ფსიქოზის შემთხვევაში შევისწავლოთ არა მარტო ქერქისა და ქერქქვეშა წარმონაქმნების ნატიფი პათომორფოლოგია, არამედ სხვადასხვა დაავადების დროს პარენქიმული ნერვული უჯრედების აღდგენადი ცვლილებების ექსპერიმენტული საკითხებიც.

საქირა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოზის განვითარების მიმართება ჩვენი ჩარევით ყოველთვის შეიძლება შეიცვალოს; დადებითი შედეგების ხარისხი დამოკიდებულია უპირველესად ტვინის ნივთიერების პარენქიმული ელემენტების ცვლილებების მორფოფუნქციურ აღდგენადობაზე.

ტვინის ნივთიერების დეგენერაციულ-დისტროფიულ ცვლილებებთან დაკავშირებით საერთო პათოლოგიურ და კლინიკურ-მორფოლოგიურ ინტერესს მოკლებული არ არის ჩვენი და ბ. ნანეიშვილის დაკვირვებები ამინაზინით მოწამვლის პათოარქიტექტონიკის შესახებ.

როგორც ცნობილია, „ზამთრის ძილის“ ანუ „ჰიბერნაციის“, ანუ „ჰიპოთერმიის“ პრინციპს ფართოდ იყენებენ სხვადასხვა დაავადების შემთხვევაში. ფსიქონევროლოგი მას პირველ რიგში შიზოფრენიის მკურნალობისათვის იყენებს.

ამინაზინის, როგორც ჰიპოთერმიული ნივთიერების, მოქმედების ადგილად თუმცა თავის ტვინის ქერქქვეშა სტრუქტურები ითვლება. მაგრამ კლინიკური და კლინიკურ-ექსპერიმენტული დაკვირვებებით ვრწმუნდებით, რომ მისი მოქმედებისას გამორიცხული არ არის ქერქული აპარატის ნეიროდინამიკური პროცესებისადმი დაინტერესება. ამ მხრივ ერთობ პერსპექტიულია ექსპერიმენტული კვლევა.

პათოარქიტექტონიკული კვლევისას ძირითადად ტვინის ნივთიერების არჩევითი დაზიანების შესასწავლად ჩვენ გამოვიყენეთ ტლანქი (ბრუტალური) მოწამვლა ამინაზინით. ამინაზინის 2,5 % ხსნარი (40 % გლუკოზის ხსნარით) შეგვყავდა ცხოველის ბარძაყის ვენაში ძალდიაკლოგრამ წონაზე 60 მილიგრამი სუფთა ამინაზინის რაოდენობით.

ექსპერიმენტული დაკვირვებით ვრწმუნდებით, რომ ამინაზინას ძლიერი დოზა ცენტრ. ნ. ს. იწვევს დეგენერაციულ-დისტროფიულ ცვლილებებს, რომლებსაც დიფუზური ხასიათი აქვს. მწვავე ირიტაცია აგრეთვე ვრცელდება ზურგის ტვინის პარენქიმულ წარმონაქმნებზე, რაც განსაკუთრებით ზუსტად ჩანს ნეირონთაშუა კავშირების სტრუქტურულ წარმონაქმნებში.

ამინაზინის ინტოქსიკაციის შედეგად ქერქის და ქერქქვეშა განვლიური უჯრედების ბირთვები განიცდიან გაჯირკვებას ჰიპერკარიოქრომიის ტენდენციით, ხოლო პროტოპლაზმური მორჩები გაღიზიანებულია (მოჩანს დიდ მანძილზე, მათი საზღვრები უსწორია, მოკლებულია ნეიროფობრილურ მოხაზულობას და ჰიპერემპრეგნირებულია). ნეიროფაგიური რეაქცია ყველგან ზომიერად ვლინდება.

აღნიშნული პათოძვრები მწვავე დეგენერაციული დაზიანების ხასიათს ატარებს და შეიძლება განვიხილოთ როგორც სტრუქტურულად აღდგენადი ცვლილებები.

იმ დროს, როცა მოგრძო და ზურგის ტვინის პარენქიმული წარმონაქმნები განიცდიან შედარებით ზომიერ ირიტაციას, ქერქისა და უახლოეს ქერქქვეშა (სტრიალური და თალამური სისტემა) უბნებში დეგენერაციული პროცესი უფრო მკვეთრად ვლინდება. განსაკუთრებით აღსანიშნავია მხედველობის ბორცვთა ბირთვში მძიმე დეგენერაციულ-დისტროფიული ცვლილებები.

ამინაზინით მოწამვლა, იწვევს რა ქერქსა და ქერქქვეშა უბნებში დეგენერაციულ ცვლილებებს, უპირველესად წარმოადგენს უახლოეს ქერქქვეშა უბნების ინტოქსიკაციას. ეს გარემოება წარმოადგენს კლინიკურ გამოვლინებათა მორფოფიზიოლოგიურ წინამძღვარს ამინაზინით ინტოქსიკაციის დროს.

#### ჰერპული აპარატის რეპარირება

შიზოფრენიული ტოქსიკოზი არ დაიყვანება ქსოვილებში ერთ რომელიმე ნივთიერების გამარტივებულ სქემაზე.

მას თან ახლავს ზოგადი ცვლის მოშლა, რის ერთ-ერთი მაჩვენებელია ავადმყოფის სისხლში ამონიაკის მომატება.

ვ. ა. პროტოპოპოვი სრულიად სამართლიანად მიუთითებს, რომ შიზოფრენიის რაციონალური თერაპია მიმართული უნდა იყოს ტოქსიკური პროდუქტების გამოძევებისაკენ, უანგვითი პროცესების სტიმულაციისაკენ, გამოყენებული ორგანოებისა და სისტემების სტიმულაციისაკენ, ასევე, მარეგულირებელი ნერვული მექანიზმების აქტივაციისაკენ.

აუცილებელი არაა ხელთ გვექონდეს სპეციფიკური სამკურნალო საშუალებანი. შიზოფრენიის შემთხვევაში თერაპიული ეფექტი შესაძლოა მიღწეულ იქნეს და კიდევ მიიღწევა სხვადასხვა არასპეციფიკურ, ინტენსიური ზემოქმედებით.

ცნობილია, რომ თანამედროვე ეტაპზე ძილით მკურნალობა, ინსულინთერაპია და კრუნჩხვითი თერაპია ეს ის სამი ძირითადი საშუალებაა, რომელსაც მიმართავენ კლინიკისტი-ფსიქიატრები შიზოფრენიის მკურნალობის დროს.

აღნიშნულ აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდთა გამოყენებისას კვლევა მემარტული უნდა იყოს როგორც კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ, ისე ბიოლოგიურ თავისებურებათა შესწავლისაკენ.

შიზოფრენიული ბუნების ტოქსიკური ენცეფალოპათიის დროს გვხვდება სხვადასხვა სახის პათოლოგიური სურათები დაწყებული ფუნქციურა ხასიათის ძვრებიდან ტვინის ღრმა ორგანულ ცვლილებამდე. ეს უკანასკნელი განსაზღვრავს თერაპიის ეფექტურობას ცალკეულ ინდივიდურ შემთხვევაში. ამიტომ შიზოფრენიის თერაპიის პრობლემა მჭიდრო კავშირშია ნერვული ქსოვილის დაზიანების აღდგენადობის ზოგადბიოლოგიურ საკითხებთან. ი. პ. პავლოვი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევდა უჩრედთა ქრონიკულ არააღდგენად გამოფიტვას, რაც უჩრედის ფუნქციური მოქმედების ზღვარის დაქვეითებას და შესაბამისად, მდგრად ხანგრძლივი ზეზღვრული შეკავების განვითარებას იწვევს.

საჭიროა მტკიცედ გვახსოვდეს, რომ დაცვითი შეკავება ინდივიდუალისათვის წარმოადგენს რთულ სამკურნალო პროცესს — დაცვით რეაქციას, რომელიც როგორც ქერქ-ქერქქვეშა აპარატის მთლიანი რეაქცია, შეკავებისა და აგზნების ინდუქციური დამოკიდებულების შედეგია; სახელდობრ: ქერქული კერების შეკავება დადებით ინდუქციურად მოქმედებს არა მარტო ქერქულ ვეგეტატიურ პუნქტებზე, არამედ უმაღლეს ქერქქვეშა ვეგეტატიურ ცენტრებზეც.

ზოგიერთი ნეიროფიზიოლოგი და კლინიციისტი არასწორად თვლის, თითქოს სამკურნალო თვისებებს ატარებს არა მხოლოდ დაცვითი შეკავება, არამედ მასთან ერთად განვითარებული ვეგეტატიური ძვრები, ანუ ორგანიზმის დაცვით ფუნქციათა მობილიზაცია არ უნდა განვიხილოთ დაცვითი შეკავების ფენომენისაგან განცალკევებულად.

დაცვითი შეკავება, როგორც ევოლუციურად გამართლებული უპირობო რეფლექსი, უშუალოდ დაკავშირებულია ორგანიზმის ცხოველყოფილობის მარეგულირებელ მექანიზმებთან.

უმარტავესი რეფლექსის მსგავსად, როგორც ჩხვლეტა იწვევს ტკივილის გრძნობას და დაცვით რეაქციას, ქერქული დაცვითი შეკავებაც, რომელიც რაიმე მავნე აგენტის საპასუხოდ აღმოცენდება, ვეგეტატიური აპარატის მეშვეობით იწვევს ცვლის ყველა სახის გაძლიერებას. ეს თავისთავად განაპირობებს ასიმლაციის პროცესს, რაც ტოქსიკოზის საწინააღმდეგოდაა მიმართული.



დაავადებისა და გამოჯანსაღების მექანიზმების ანალიზის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ კლინიკისათვის უცნობია დაცვითი შეკავებრს ფენომენის ეტიოპათოგენეზური სპეციფიკურობა.

პიროვნების ფუნქციურ შესაძლებლობათა გამოვლინების კლინიკური შესაძლებლობა განისაზღვრება მხოლოდ ძირითად ნერვულ პროცესთა თავისებურების კომპლექსით, სახელდობრ: ძალის თავისებურებით, ინტენსიურობით, ძვრადობით, დინამიკური ლოკალიზაციით, ხანგრძლივობით, პერიოდულობით და ინდუქციური დამოკიდებულებით.

გასაგებია, რომ დაცვით შეკავებაზე რეაგირება დამოკიდებულია არა მხოლოდ გარეშე ფაქტორებზე, არამედ ადამიანის ინდივიდუალურ-ტიპიურ თავისებურებაზეც.

ტვინის ნივთიერების დამრღვევი ტოქსიკოზის დროს, დაცვითი მოსვენებისა და დაცვითი თვითმობილიზაციის პრინციპები, რომელიც ძილით თერაპიის ქვაკუთხედი, საკმარისი არ არის.

ორგანული დაზიანების ნიადაგზე აღმოცენებული დაცვითი შეკავება, თავის პათონეიროდინამიკური შინაარსით ყოველთვის არ წარმოადგენს გარდამავალ ფუნქციურ მდგომარეობას.

ზოგჯერ მისი შედეგები ძირფესვიანად განსხვავდება დაცვითი შეკავების შედეგებისაგან ფსიქოგენურ-ფუნქციური, რეაქტიული მდგომარეობის დროს. ბიოლოგიური საფუძვლების მიხედვით ჩვენ ვარჩევთ ორგანული და ფსიქოგენურ-ფუნქციური ბუნების დაცვით შეკავებას.

გასაგებია, რომ პირველ შემთხვევაში (შიზოფრენია, სხვა ორგანული დაავადებანი) ძილით თერაპიის შედეგები ბევრად შეზღუდულია, ვიდრე მეორე შემთხვევაში (ნევროზები, ფსიქონევროზები და რეაქტიული მდგომარეობანი).

ი. პავლოვი ორგანულ და ფუნქციურ დაავადებათა ერთიანობაზე ლაპარაკობდა მხოლოდ დინამიკურობის კლინიკურ გამოვლინებათა მსგავსების აზრით. იგი არ გულისხმობდა მათი ბიოლოგიური არსის და პროგნოზის ერთიანობას.

უშუალოდ გამომწვევ საშუალებათა ძიება არა მარტო ძნელია. არამედ ცალმხრივი, ვიწრო პრობლემატაა. შემდეგში კლინიკისტიები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ მხოლოდ ეტიოპათოგენეზური ბრძოლა არ შეიძლება გახდეს თერაპიული წარმატების მიზეზი.

დადგინდა არსებითი და მნიშვნელოვანი როლი ორგანიზმის ინდი-

ვიდური შეაძლებლობებისა მკურნალობის პროცესში. ეს პრინციპი პირველ რიგში, მისაღებია სწორედ ფსიქიატრიული კლინიკისათვის.

კლინიკურმა პრაქტიკამ გვიჩვენა, რომ ავადმყოფური საწყისის და მისი შედეგების გაუვნებლობა შესაძლოა ორგანიზმის რეაქტიული და დაცვითი ძალების გაძლიერებით.

საქიროდ ვთვლით აღნიშნოთ, რომ ორი მნიშვნელოვანი სამკურნალო პრინციპი, სახელდობრ აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდთა პრინციპი (ინსულინთერაპია, როგორც დეზინტოქსიკაციის და მობილიზაციის საშუალება) და დაზოგვითი თერაპიის პრინციპი არავითარ შემთხვევაში არ გამორიცხავს ერთმანეთს.

მიუხედავად განგლიოპლეგიურ საშუალებათა ფართო გამოყენებისა, დღემდე ფსიქიატრთა ყურადღების ცენტრში ინსულინთერაპია და კრუნჩხვითი თერაპია დგას.

კლინიკური პრაქტიკისათვის სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს სამკურნალო მეთოდთა კომბინაცია, როგორც თერაპიული სინერგიზმის დინამიკური პრინციპი. ამასთან, არა მხოლოდ ეფექტურობის მომატებას. არამედ უარყოფით მომენტთა შერბილებას ემსახურება სინთეზური ანუ კომბინირებული თერაპიის პრინციპი (ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკით). სადღეისოდ შიზოფრენიის მკურნალობის დროს წარმატებით იყენებენ მკურნალობის ბიოლოგიურ მეთოდთა მრავალნაირ კომბინაციას, რითაც მიიღწევა ახალი, ხელსაყრელი პირობები ორგანიზმის დაცვით-აღდგენადი ძალების გადაკეთება და სტიმულაცია.

ცნობილია, რომ თანამედროვე ქიმიის მიღწევების საფუძველზე ფსიქიატრია უზრუნველყოფილია ისეთი ნივთიერებებით, რომლებიც აძლიერებენ ცენტრალური ნერვული სისტემის განგლიურ წარმონაქმნებს. შექმნილია პერსპექტიული პირობები დაზოგვითი ანუ აღმდგენელი თერაპიის პრინციპთა განვითარებისათვის. ამ მხრივ ცენტრალური ადგილი სამამულო პრეპარატს, ამინაზინს ეკუთვნის.

ცნობილია დებულება, რომ აქტიური თერაპიის მეთოდები ამდიდრებს როგორც ფსიქიატრიულ პრაქტიკას, ისე თეორიას, მტკიცდება ნეიროპლეგიურ პრეპარატებზე.

ზოგიერთი დადებითი მომენტი უპირატესობას ანიჭებს ნეიროპლეგიურ ნივთიერებებს მკურნალობის სხვა აქტიურ მეთოდებთან შედარებით. მიუხედავად ამისა, მტკიცედ შეიძლება ითქვას, რომ ამინაზინი ვერ გააძეგებს ინსულინთერაპიას, რომელიც დღემდე ინარჩუნებს უფ-

ლებას ჩაითვალოს ერთად ერთ არსებით დეზინტოქსიკაციურ მეთოდად შიზოფრენიის მკურნალობის დროს.

მიუხედავად ამისა, ნეიროპლეგიურ ნივთიერებათა ფარმაკოდინამიკა ქმნის ახალ პერსპექტიულ მიმართულებას შიზოფრენიის თეორიასა და პრაქტიკაში.

განგლიოპლეგიური ნივთიერებებით მკურნალობის დროს საჭიროდ ვთვლით ყურადღება მივაქციოთ შემდეგ სამ მომენტს: ჯერ ერთი, „ნეიროპლეგიის“ ან „ნეიროლექსიის“ მდგომარეობა სრულიად საწინააღმდეგოა ინსულინური შოკის ან ღრმა ნარკოზული ძილისა; მეორეც, თერაპიული ეფექტი ამ ნივთიერებათა გამოყენებისას უფრო სწრაფად ვითარდება, ვინაიდან „აქ საქმე გვაქვს წმინდა ნევროგენულ, ქერქულ-ქერქქვეშა მექანიზმებთან და არა ღრმა ენდოკრინულ-ვეგეტატიუ ძვრებთან, მესამე, შიზოფრენიის შორსწასულ, ე. წ. „ფინალურ“ შემთხვევებში შესამჩნევ თერაპიულ ეფექტს სწორედ ნეიროპლეგიური ნივთიერებანი იძლევიან.

ერთმანეთს თუ შევადარებთ შიზოფრენიის სამკურნალოდ მოწოდებულ მეთოდებს, იმ დასკვნამდე მივალთ, რომ ყველა მათ საფუძველს ცერებრული მექანიზმი შეადგენს. სწორედ ამ პრინციპზეა აგებული შიზოფრენიის თერაპიაში ნევროგენული მიმართულება, რომელიც შექმნილია და წარმატებით ვითარდება მშობლიური მკვლევარების მიერ.

შიზოფრენიის სამკურნალოდ მოწოდებულ იმ მეთოდებიდან, რომლებმაც თეორიული გამართლება და პრაქტიკული გამოყენება მიიღეს, პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ინსულინთერაპია (როგორც ძირითადად დეზინტოქსიკაციური ზემოქმედება) და ამინაზინთერაპია (როგორც ძირითადად დაზოგვეითი საშუალება). როგორც ცნობილია, ეს ორი მეთოდი გამოიყენება ან ცალ-ცალკე ან თანმიმდევრობით. ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ მკურნალობის კომბინირებულ მეთოდს (ინსულინი და ამინაზინი), როგორც დეზინტოქსიკაციურ-დაზოგვეით ზემოქმედებას. შიზოფრენიის ასეთი კომბინირებული თერაპიის დროს ვარჩევთ სამ ეტაპს, სახელდობრ: საავადმყოფოსადმი მიჩვევისა და დამშვიდების ეტაპი, ძირითადი მკურნალობის ეტაპი და, ბოლოს, განმტკიცებითი მკურნალობის ეტაპი.

ინსულინთერაპიისა და ამინაზინთერაპიის მონაცემები ყურადღებას იპყრობს არა მარტო ზოგადსამედიცინო თეორიისა და პრაქტიკის

თვალსაზრისით, არამედ განსაზღვრული კლინიკურ-ბიოლოგიური ექსპერიმენტის თვალსაზრისითაც.

ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ჩვენ საშუალება გვაქვს ექსპერიმენტულად დავაკვირდეთ პიროვნების ინდივიდული რეაგირების უნარს ინსულინისა და ამინაზინის სხვადასხვა დოზებზე.

კლინიკური გამოცდილებებისა და თერაპიული პრაქტიკის საფუძველზე წამოყენებული იყო ახალი კლინიკურ-ბიოლოგიური ცნებები ინსულინრეზისტენტობისა და ინსულინლაბილობის, ისევე როგორც ამინაზინრეზისტენტობისა და ამინაზინლაბილობის შესახებ.

როგორც ცნობილია, ინსულინის მიმართ ლაბილობის ან რეზისტენტობის დასადგენად მნიშვნელობა აქვს ექსპერიმენტული ჰიპოგლიცემიური შოკის განვითარების სისწრაფეს.

რაც შეეხება პიროვნების რეაგირებას ნეიროლევსიის მიმართ, ლაბილურ შემთხვევებში ეფექტი უფრო სწრაფად და მკვეთრად ვითარდება მცირე დოზების ხმარების დროსაც; აქ ასევე სწრაფად ვლინდება ამინაზინის ტოქსიკური მოქმედება ამიოსტატიკური სიმპტომკომპლექსის სახით (ქუთუთოთა იშვიათი ხამხამი, შებოკილობა, ამიშია, ბრადიკინეზია და ბრადიფსიქია).

ამა თუ იმ პრეპარატის მიმართ რეაქტიულობის ახალი დებულებანი იგება ახალ ფაქტობრივ მასალაზე.

ჩვენ ვჩერდებით მხოლოდ ინსულინის მიმართ ორგანიზმის რეაქტიულობის ნეიროდინამიკური საფუძვლების გამოკვლევაზე. ამ მხრივ განსაკუთრებით საინტერესოდ მიგვაჩნია რ. მესხის გამოკვლევები, რომლებიც ამ უკანასკნელ წლებშია ჩატარებული მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტში. ავტორის თეორიული დებულებანი დამყარებულია როგორც საკუთარ მდიდარ ფაქტობრივ მონაცემებზე, ასევე სხვა ქალაქებიდან მიღებულ მასალაზე.

ერევნის ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს, ყირგიზეთის ფსიქიატრიული კლინიკის, ტაშყენტის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს, ს. კორსაკოვის სახ. მოსკოვის ფსიქიატრიული კლინიკის, არხანგელსკის ფსიქიატრიული კლინიკისა და უკრაინის ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს მონაცემების ანალიზის საფუძველზე რ. მესხი იმ დასკვნამდე მიდის, რომ ინსულინის მინიმალური და მაქსიმალური შოკური დოზები სხვადასხვა ფსიქიატრიულ სტაციონარში სხვადასხვაა. ამიტომ ინსუ-

ლინრეზისტენტობისა და ინსულინლაბილობის პრობლემა, როგორც თეორიული და კლინიკური პრობლემა, უნდა გადაიჭრას ერთ, განსაზღვრულ სტაციონარში. ავტორი ანალიზს უკეთებს 600 კლინიკურ შემთხვევას (თბილისის რესპუბლიკური ფსიქიატრიული საავადმყოფოს მასალა).

აღნიშნული მასალიდან ინსულინრეზისტენტული გამოდგა 30%, ხოლო ინსულინლაბილური — 18%.

თავის მხრივ ინსულინრეზისტენტული შემთხვევები იყოფა რეზისტენტულ ჯგუფად (62,4%-ში შოკი ვითარდებოდა 90—100 ერთეულზე), ძლიერ რეზისტენტულ ჯგუფად (31,2%-ში შოკი განვითარდა 100—150 ერთეულზე) და, ბოლოს, განსაკუთრებით რეზისტენტულ ჯგუფად (შოკური დოზა მერყეობდა 164—272 ერთეულებს შორის). ინსულინლაბილური შემთხვევები ასევე იყოფა ლაბილურ ჯგუფად (88,5%-ში შოკი ვითარდებოდა 40—26 ერთეულზე), ძლიერ ლაბილურ ჯგუფად (16,6%-ში შოკი ვითარდება 24—16 ერთეულზე). და განსაკუთრებით ლაბილურ ჯგუფად (4,9%-ში შოკი განვითარდა 16 ერთეულზე ქვევით).

რ. მესხი აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიული პროცესის კლინიკური დინამიკა დაავადების ხანგრძლივობასთან, მკურნალობის კურსის განმეორებასთან და დაავადების ფორმასთან დაკავშირებით, გავლენას ახდენს ინსულინის მიმართ ორგანიზმის რეაქტიულობასა ან მგრძობიარობაზე. რ. მესხის თანახმად, ერთ წლამდე არ არის მკვეთრი განსხვავება რეზისტენტობასა და ლაბილობას შორის პროცენტულ მაჩვენებლებში. ეს განსხვავება თავს იჩენს მხოლოდ დაავადების ერთ წელზე მეტი ხანგრძლივობის დროს. ორი წლის შემდეგ ინსულინრეზისტენტულ შემთხვევათა პროცენტი ათჯერ სკარბობს ინსულინლაბილურ შემთხვევებს. თუ ავიღებთ შიზოფრენიის კლინიკურ ფორმებს, აქ უფრო თვალსაჩინოა პროცენტული განსხვავება.

რ. მესხის მიხედვით პარანოიდული ფორმის დროს რეზისტენტობის პროცენტი თითქმის ორჯერ მეტია ლაბილურ შემთხვევათა პროცენტზე, კატატონიური ფორმის დროს რეზისტენტულ შემთხვევათა რიცხვი კვლავ იზრდება. როგორც ავტორი აღნიშნავს, კატატონიური ფორმით დაავადებულთა განსაკუთრებული რეაქტიულობა იმითაც მტკიცდება, რომ სწორედ ამ ფორმის ინსულინთერაპიის დროს ყველაზე ხშირად გვხვდება ეპილეფსიფორმული განმუხტვები.

ვ. პოპოვი, აგრეთვე მიუთითებს, რომ შიზოფრენიული პროცესის მიპდინარეობასთან დაკავშირებული ნერვული სისტემის დარღვევებს თან ახლავს ინსულინზე რეაქციის ცვლილებები.

დ. ურსოვამ დაადგინა, რომ მინიმალური შოკური დოზა იწოდება დაავადების პროგრესირებასთან ერთად.

ე. პოპოვის მიხედვით, 30 ავადმყოფზე, რომელთაც განმეორებით ჩაუტარდათ ინსულინთერაპიის კურსი, კომის გამომწვევი მინიმალური დოზა სათანადოდ უდრიდა პირველ შემოსვლაზე 84-ს, მეორეზე — 220, მესამეზე — 151, მეოთხეზე — 164 და მეხუთეზე — 220 ერთეულს. მსოფლიო ლიტერატურაში (ვ. მოროზოვის შიშობილით 1954) აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ინსულინის 20 ერთეულის შეყვანისას ერთ შემთხვევაში მიიღეს ლეტარული გამოსავალი, მაშინ, როცა მეორე შემთხვევაში 250 ერთეულის შეყვანის შემდეგ აღინიშნებოდა მხოლოდ უმნიშვნელო ძლიანობა.

რეაქტიულობის შესწავლის პრობლემაში წაქეზება მნიშვნელობა ენიჭება თვით ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებას. მაგრამ ძნელია ამ მომენტით არ ამოიწურება ამ მდგომარეობის არსი. აუცილებელია საკითხის მეორე მხარის მხედველობაში მიღება — სახელობრი, სამკურნალო ნივთიერების თავისებურების ქიმიკატივრების თეორიისა და პრაქტიკის განვითარებასთან ერთად ზუსტდება სამკურნალო ნივთიერებათა ფარმაკოდინამიკის საკითხები და ჩნდება ახალი, დამოუკიდებელი პრობლემა მცირე, საშუალო და დიდი დოზების შესახებ. ქვემოთ ჩვენ ვნახავთ, რომ ნეიროპლეგიური ნივთიერებანი, როგორც ასეთნი, მოქმედებენ მხოლოდ საშუალო და დიდ დოზებში, ხოლო მცირე დოზები იჩენენ ირიტაციულ (ე. ი. საწინააღმდეგო) თვისებებს. გასაგებია, ამით არ აიხსნება სამკურნალო ნივთიერების სპეციფიკურობის პრობლემა. პირიქით, ზუსტდება მისი ძირითადი და შესაძლებელი ფარმაკოდინამიკური დეტალები. აღნიშნული მთლიანად დასტურდება თანამედროვე ექსპერიმენტული ფარმაკოფიქიატრიით.

გავიხსენოთ ბარუკის ექსპერიმენტული დაკვირვებები, რომლის თანახმად, ცხოველში შხამის დიდი დოზის (ბულბოკ აპინინის) შეყვანისას კატატონიურ მდგომარეობას კი არ იწვევს არამედ ეპილეფსიურ განტვირთვებს. კრუნჩხვითი დოზის დაქვეითებისას ვითარდება ცნობიერების დაბინდვა.

ვიმეორებთ, ორგანიზმის რეაქტიულობაში ორი მომენტი უნდა

იყოს გათვალისწინებული, სახელდობრ, ორგანიზმის ინდივიდუური თავისებურებანი და გამოყენებული ნივთიერების ფარმაკოდინამიკურა თვისებები. მეორე კომპონენტი საბოლოოდ დინამიკურ ასახვას მაინც ინდივიდუუმის თავისებურებაში პოულობს. თუ ეს ასეა, მაშინ რეაქტიულობის პრობლემის შესწავლაში ყურადღების ცენტრში მაინც პიროვნება რჩება.

ორგანიზმის რეაქტიულობის პრობლემა საერთოდ, კერძოდ კი შიზოფრენიის დროს, დიდი ხანია მრავალრიცხოვანი კლინიკური და პათოფიზიოლოგიური კვლევის საგანია. ბუნებისმეტყველების თანამედროვე ეტაპზე ცნება რეაქტიულობის შესახებ ახალ განმარტებას ღებულობს ახალ მეთოდოლოგიურ შესაძლებლობათა ასპექტში. არ შეიძლება არ დავეთანხმოთ ო. ვ. კერბიკოვის შენიშვნას, რომ ჭერ კიდევ ახლახან გავრცელებული შეხედულება შიზოფრენიის დროს ორგანიზმის დაქვეითებული რეაქტიულობის შესახებ არ ასახავს ამ მოვლენის მთელ სირთულეს.

როგორც აქტიური ბიოლოგიური მკურნალობის მდიდარი გამოცდილება გვიჩვენებს, შიზოფრენიით დაავადებულთა რეაქტიულობა ჩვენ ძირითადად ორ მხრივ უნდა გვიანტერესებდეს: მხედველობაში გვაქვს ორგანიზმის ცვლით-ვეგეტატიური რეაქტიულობა და პიროვნების ქერქულ-ნეიროდინამიკული რეაქტიულობა.

ე. პოპოვი არჩევს ცვლით-ვეგეტატიურ რეაქციას ორ ტიპს, როგორც რეაგირების ორ ზოგადბიოლოგიურ ვარიანტს. ამასთან, მავნე გავლენებს შეუძლიათ გამოიწვიონ ორგანიზმის რეაქცია, რომელიც ან „აქტიური“ ან „პასიური“ კომპლექსის ხასიათს ატარებს.

არსებულ კლინიკურ-ექსპერიმენტულ დავიერებათა საფუძველზე ჩვენ შესაძლოდ მიგვაჩნია ჩამოვაყალიბოთ დებულება. რომ ქერქული აპარატის რეაქტიულობა და კლინიკური სინდრომოლოგიის სპეციფიკურობა არის არა მხოლოდ ახლო, არამედ ერთიანი კლინიკურ-ნეიროდინამიკური პრობლემა. ამ ორ ცნებას აერთიანებს ასპექტი, რომელიც ქერქული შეკავების ნეიროდინამიკურ პროცესს წარმოადგენს.

როგორც ა. სნეჟნევისკი აღნიშნავს, თავისი შინაარსობრივი ვამოვლინებით გაბრუნება, დელირიუმი, ამენცია, ცნობიერების დაბინდვა, კატატონია არის სპეციფიკური და უშუალოდ არ ასახავს ეტიოგენეზურ მიზეზს.

აღნიშნული კლინიკური გამოვლინებანი განისაზღვრებიან ქერქული აპარატის რეაქტიულობით, პირველ რიგში დაცვითი შეკავების თავისებურებით, მისი პლასტიკურობით, დაძაბვათა და დინამიკური ლოკალიზაციის დონით.

გასაგებია, რომ ქერქული დაცვითი შეკავების საფუძველს წარმოადგენს განსაზღვრული ბიოქომიური და ბიოფიზიკური საფუძვლები, მეორე მხრივ, იგი დადებითი ინდუქციის წესით იწვევს ქერქვეშა ვეგეტატიურ სისტემათა მობილიზაციას. აქ დაცვითი შეკავება ჩვენ ვკანტერესებს როგორც ნეიროდინამიკური პროცესი, რომელიც განსაზღვრავს ქერქულ რეაქტიულობას და რომელსაც თან არ ახლავს ორგანიზმის მკვეთრი ენერგეტიკული ძვრები.

ზემოაღნიშნულის საწინააღმდეგოდ, ცვლით-ვეგეტატიური რეაქტიულობა გულისხმობს ქერქვეშა მექანიზმების მკვეთრ მობილიზაციას, რის შედეგადაც ვითარდება ორგანიზმის შესამჩნევი პათობიოლოგიური პერტურბაციები და მისი შინაგანი გარემოს წონასწორობის დარღვევა. მოვლენათა ამ ჯგუფს უნდა მიეკუთვნოს ენდოკრინულ-ვეგეტატიური, ე. წ. სტრესოგენური რეაქტიულობა.

ადამიანის ქერქული აპარატის რეაქტიულობის კლინიკური ნიშანსა და ნეიროდინამიკური შინაარსის შესასწავლად განსაკუთრებით მოსახერხებელია შიზოფრენიის ინსულინრეზისტენტული და ინსულინლაბილური შემთხვევები. კლინიკური ექსპერიმენტის (ინსულინთერაპიის) ჩვეულებრივ შემთხვევებში თანმიმდევრობით შეიძლება დავაკვირდე ინსულინური შოკის მიმართ ინდივიდუუმის რეაქტიულობას ან მგრძობელობას. ამასთან, მასალის კლინიკური და ნეიროდინამიკური ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ამ რეაქტიულობის საფუძველს დაცვითი შეკავების თავისებურება წარმოადგენს, პირველ რიგში მისი პლასტიკურობა და დაძაბვის ძალა.

შიზოფრენიის ინსულინრეზისტენტულ და ინსულინლაბილურ შემთხვევათა ნეიროდინამიკური შესწავლის საფუძველზე (ასოციაციური ექსპერიმენტის რვა ვარიანტი, გალვანური რეფლექსი და ვეგეტატიური სინჯები) რ. მესხი იმ დასკვნამდე მიდის, რომ ქერქული დაცვითი შეკავება ინსულინრეზისტენტულ შემთხვევებში უფრო სუსტადაა გამოხატული, ვიდრე ლაბილურ შემთხვევებში.

ამ დებულების წამოყენებით ჩვენ სრულიად არ უარვყოფთ ქერქული შეკავების არსებობას ინსულინრეზისტენტულ შემთხვევებში; აქ



ლაპარაკია დაცვითი შეკავების დაძაბვის ძალის თავისებურებაზე; ისევე როგორც პლასტიკურობაზე: დაცვითი შეკავების ძალაზე მიუთითებს აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ ინსულინლაბილური შემთხვევების დროს უფრო ხშირია კარგი პროგნოზი.

ნეიროდინამიკურ გამოკვლევათა შედეგები სავსებით ემთხვევა რ. მესხის კლინიკურ მონაცემებს, ავტორის მიხედვით, ზემოთ იცო ადანიშნული, რომ შიზოფრენიის მარტივი და პარანოიდული ფორმები ყველაზე ხშირად იჩენს რეზისტენტობას, კატატონიური ფორმები კი უმეტესად ინსულინლაბილურია.

კლინიკურად საინტერესოა, აგრეთვე ავტორის შემდეგი დებულება: რამდენადაც თავიდანვე ინსულინრეზისტენტული შემთხვევები ხასიათდება ქერქული, დაცვითი შეკავების სისუსტით და პროგნოზულად ნაკლებად საიმედოა, ისინი უკვე ინიციალურ სტადიაში ატარებენ ტვინის ორგანული დაავადების ნიშნებს.

**ფსიქოლოგიის და ფსიქოპათოლოგიის პრობლემები**

**ფსიქიატრიისა და ფსიქოლოგიის ურთიერთკავშირი**

ორგანული ფსიქოზების ძირითადი ბუნება შეიძლება გაგებულ იქნეს მხოლოდ ბიოლოგიური მეთოდების საშუალებით. ამასთან ერთად, ფსიქოზების ორგანული ბუნების გამოკვლევა იძლევა მკურნალობის სწორ გზა-წესს. მაგალითისათვის შეიძლება დავასახელოთ პროგრესული დამბლა. ეს დაავადება მეტად მძიმეა, იწვევს ადამიანის განადგურებას. საბუნებისმეტყველო დისციპლინათა წინსვლამ შესაძლებლობა მოგვცა, სწორად გაგვეგო ამ დაავადების ბუნება.

პროგრესული დამბლის ეტიოლოგიის, პათოლოგიური ანატომიის, სეროლოგიის და ბიოქიმიის შესწავლა წარმოდგენს საეპოქო გამარჯვებას ჩვენს დროში. მაგრამ ბიოლოგიურ მეთოდს აქვს თავისი საზღვარი.

ორგანული ფსიქოზებიც კი ძლიერ მკრთალად და ერთფეროვნად იძლევა ფიზიკურ, ანუ სომატურ ნიშნებს. ფსიქოზის მთლიანი კლინიკური სურათი წარმოდგენილია არანორმული სულიერი პროცესებით, ამიტომ თვით ფსიქოზის კლინიკური სურათის გაგებაში ბიოლოგიური მეთოდი უძლურია.

ფსიქოზის კლინიკის შესასწავლად საჭიროა ყურადღება მივაქციოთ ავადმყოფის სულიერ განცდებს და გარეგან რეაქციებს. მაგალითისათვის მოვიყვანთ იმავე პროგრესულ დამბლას, სადაც მშვენიერად არის შესწავლილი ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელი ანატომიური პროცესი. ამ ანატომიური ცვლილებებით შეიძლება აიხსნას მხოლოდ პარალიზური ჭკუასუსტობა და ნევროლოგიური სიმპტომები; იგი ვერ ხსნის პროგრესული დამბლის მთლიან კლინიკურ გამოხატულებას.

ფსიქიატრი-კლინიციისტი ვალდებულია შეისწავლოს ავადმყოფ-ის სულიერი პროცესები, ამიტომ მას უხდება ექსკურსია ფსიქოლოგიაში; იგი ფართოდ სარგებლობს ფსიქოლოგიური ტერმინებით და ცნებებით. ფსიქიატრის კლინიკური მსჯელობა სცილდება ჩვეულებრივ სამედიცინო-ბიოლოგიურ ჩარჩოებს.

ფსიქიატრი ვალდებულია იცნობდეს ფსიქოლოგიის საფუძვლებს, იგი დაინტერესებული უნდა იყოს ფსიქოლოგიური მეცნიერების მარჯისცემით, მისი ძირითადი საკითხებით და წინსვლით.

მეცნიერული დისციპლინა, რომელიც სწავლობს სულით ავადმყოფთა ფსიქიკურ პროცესებს, ცნობილია პათოლოგიური ფსიქოლოგიის ანუ ფსიქოპათოლოგიის სახელწოდებით.

ავადმყოფის ფსიქოპათოლოგიური შესწავლით ვეცნობით ფსიქოზის კლინიკურ, ფენომენოლოგიურ მხარეს: შინაარსს, სტრუქტურას და დამახასიათებელ თვისებებს.

ფსიქოპათოლოგიურ მასალებს აქვს სხვა მნიშვნელობაც; ისინი აშუქებენ აგრეთვე ჩანამრთელ პირთა ფსიქიკური ცხოვრების (ფსაქოლოგიის) ზოგიერთ საკითხს.

ყველასათვის ცნობილია, რომ ავადმყოფურ მოვლენათა კანონზომიერებანი გამოყენებული უნდა იყოს ნორმული პროცესების შესწავლის დროს და პირიქით. ამ მხრივ მეტად დამახასიათებელია პავლოვის მეცნიერული მუშაობის სტილი.

პავლოვი დიდი ტვინის ქერქის ნორმული ფიზიოლოგიის შემქმნელია. ამასთან, იგი ძლიერ დაინტერესებული იყო დიდი ტვინის ფუნქციის პათოლოგიით. მან მიმართა, ანუ როგორც თვითონ აღნიშნავს, მოახდინა „ექსკურსია“ ნევროპათოლოგიის და ფსიქიატრიის კლინიკაში.

პავლოვის კლინიკური „ექსკურსიები“ აიხსნება მისი მეცნიერული მუშაობის სტილით და მეთოდით: ფიზიოლოგიურ მოვლენათა შესწავლისას პავლოვი ფართოდ იყენებს პათოლოგიურ მასალას.

პათოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ კანონზომიერებათა ურთიერთშედარება და დაპირისპირება გვაძლევს საშუალებას უფრო ღრმად გავერკვეთ მოვლენის შინაგან ბუნებაში.

ფსიქოლოგია იმდენად დაინტერესებულია პათოლოგიური მასალებით, რომ მან შექმნა კვლევის გარკვეული, დამოუკიდებელი გზა-წესი, ე. წ. ფსიქოპათოლოგიური მეთოდი.

დ. უზნაძე ზღვარს ავლებს ფსიქოპათოლოგიასა და პათოფსიქოლოგიას შორის.

მისი აზრით, ფსიქოპათოლოგიის საგანგებო საკვლევ საგანს შეადგენს „ფსიქიკური ცხოვრების არანორმული, ავადმყოფური ფორმები“; ხოლო პათოფსიქოლოგიის საკვლევ საგანს შეადგენს „ავადმყოფო-ანომალიურ მდგომარეობათა ფსიქოლოგიური ბუნება“.

ამგვარად, ფსიქოპათოლოგია უნდა სწავლობდეს ფსიქოზის მთლიან გამოხატულებას, მის კლინიკურ სურათს, ხოლო პათოფსიქოლოგია — ფსიქოლოგიურ კანონზომიერებას. ავადმყოფური სულიერი პროცესების, ფსიქიკური პროცესების შესწავლას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფუნქციური ფსიქოზების და აგრეთვე მოსაზღვრე მდგომარეობათა დროს. ფსიქოლოგიის დანიშნულებაა გაშალოს ავადმყოფური ფსიქიკური პროცესების შინაგანი ბუნება და მექანიზმები. ფსიქოლოგიური მეთოდი ფსიქიატრიაში წარმოადგენს კვლევის აქტიურ გზა-წესს; აქ ხდება ფსიქიკურ ფენომენტა კავშირების და ურთიერთ-დამოკიდებულების გამორკვევა.

ფსიქოლოგია დიდ სამსახურს უწევს ფსიქიატრიას, მაგრამ ეს გზა-წესი შეიცავს შეცდომათა დიდ საშიშროებას; სახელდობრ, დასკვნები, რომელსაც დებულობენ პათოფსიქოლოგიური მასალის საფუძველზე, ხშირად პირდაპირ გადააქვთ საღ სულიერ პროცესებზე. ავიწყდება, რომ შეუძლებელია ნორმულ და ავადმყოფურ რეაქციათა გაიგივება.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ხსენებული საშიშროება წარმოიშობა ფსიქოლოგიური მასალების დაგროვებით კი არა, არამედ იმ დასკვნებით, რომელიც ამ დროს გამოაქვს ზოგიერთ მკვლევარს.

ფსიქოზთა შესწავლა გულისხმობს ავადმყოფობის ფსიქოპათოლოგიური სურათის დეტალურად გაცნობას და გამოკვლევას. ფსიქიკურ დაავადებათა სიმპტომატოლოგია მეტად რთული და მრავალფეროვანია. ერთგვარადი (ორდინალური) გამოკვლევა ვერ ამოწურავს ავადმყოფის განცდებს, მის სურვილთა და ქცევათა მოტივებს. საჭიროა სისტემატური, მუდმივი და ხანგრძლივი დაკვირვება; საჭიროა ავადმყოფი პიროვნების შესწავლა დინამიკურ ასპექტში. დაკვირვება და აღწერა, ანუ კლინიკური ფენომენოლოგია წარმოადგენს მთავარ და ძირითად გზა-წესს ფსიქიატრის მუშაობაში. ფსიქიკური პროცესები არ არსებობს განცალკევებულად. ყოველი ფსიქიკური აქტი, პიროვნების მთლიანი რეაქციის შედეგია.

იმის ცდა, რომ ფსიქიკური მოქმედება დაყოფილ იქნეს ცალკეულ სფეროებად, მაგალითად, გონებრივ, ანუ ინტელექტურ სფეროდ, ემოციურ (სულიერი განცდები, გუნებაგანწყობა, თვითგარძნობა) და ნებით სფეროდ (სურვილები, ლტოლვა, მოქმედებანი და ქცევები). სრულიად სქემური, ხელოვნურია და არ შეიძლება ჩაითვალოს მართებულად. ფსიქიკური მოქმედების ცალკეულ სფეროებად დაყოფა განსაკუთრებულ სიძნელეს წარმოადგენს პათოლოგიურ მასალაზე. უკანასკნელ შემთხვევაში ზიანდება რამდენიმე სფერო ერთად და ამიტომ ზანდაზან სრულიად შეუძლებელია გამორკვევა, თუ რომელი სფერო უფროა დაზიანებული.

სწორი და მართებული იქნება სფეროების ნაცვლად დაკვირვების და კვლევის საგნად ავიღოთ სხვადასხვა ფსიქიკური პროცესი. რუმელიც უნდა შევისწავლოთ სხვა პროცესებთან ერთიანობაში და აღამიანის მთლიან პიროვნებასთან ერთად.

დამაკმაყოფილებლად არ შეიძლება ჩაითვალოს აგრეთვე ზოგიერთი ავტორის ცდა — ფსიქიკური მოქმედება წარმოგვიდგინოს რფელექსური, უფრო ზუსტად, ფსიქორეფლექსური რკალის სახით. ამასთან ერთად. ფსიქორეფლექსური რკალის ცალკე ნაწილებს უფარდებენ სხვადასხვა ფსიქიკურ ფუნქციებს.

ცენტროპეტალურ ნაწილს აკუთვნებენ ფსიქონერვულ მოქმედებას, რომელიც დაკავშირებულია რეცეპტორთა მუშაობასთან და აღმავალი აფერენტული გზებით მიიმართება ცენტრალურ სისტემაში; აქვე უნდა იყოს განხილული ტვინის ცენტრების მუშაობა, რომელიც აადენს გარეგან გაღიზიანებათა მიღებას და დიფერენციაციას.

ცენტროფუგალურ ნაწილს შეადგენს ეფექტორული, ანუ ნებითი ფუნქციები, ხოლო ფსიქორეფლექსური შრის ცენტრალურ, ანუ ინტერმედიალურ ნაწილს აკუთვნებენ ინტრაფსიქიკურ პროცესებს (გონება, აზროვნება, კრიტიკა, მსჯელობა).

თავისთავად ცხადია, რომ ფსიქიკური პროცესების დაყვანა რეფლექსამდე ყოვლად დაუშვებელი და მიუღებელია.

ფსიქორეფლექსური წრე წარმოადგენს მხოლოდ და მხოლოდ სქემას, რომელიც ამარტივებს სხვადასხვა ცალკეულ ფუნქციათა გაგებას და შეიძლება წამოყენებული იყოს მხოლოდ დიდაქტიკური (პედაგოგიური) მიზნით.

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

გამოჩენილი მეცნიერის დ. უზნაძის მიერ შექმნილმა განწყობის ფსიქოლოგიამ, როგორც პერსონოლოგიურმა მიმართულებამ, სათანადო აღიარება პოვა ჩვენში და უცხოეთშიც.

პერსონოლოგია განსაკუთრებით აქტუალური და საინტერესოა თანამედროვე ფსიქონევროლოგიისათვის. რით უნდა აიხსნას ეს გარემოება?

ბუნებისმეტყველების, უწინარეს ყოვლისა კი სინაფსოლოგიის ელექტრონული მიკროსკოპის (მოლეკულური ბიოლოგიის), ჰისტოქიმიის, ციტოლოგიის, სტერეონევროლოგიის, ბიოფიზიკის, ბიოქიმიის და კიბერნეტიკის მიღწევები საშუალებას იძლევიან სავსებით ახლებურად გავიგოთ თავის ტვინის ფუნქციისა და სტრუქტურის ნაირსახეობანი. ამ შემოქმედებითს კვლევაში წამყვანი ადგილი სამამულო მეცნიერებს ეკუთვნით, ი. პავლოვის კლასიკური მოძღვრება სტრუქტურის, დეტერმინიზმისა და დროებითი კავშირების შესახებ შემდგომი კვლევითი მუშაობის ერთადერთი სწორი გზაა.

ძირითადი დებულება, რომელიც განსაზღვრავს დღევანდელი ნევროლოგიის, პათონევროლოგიის, ფსიქოლოგიისა და პათოფსიქოლოგიის შინაარსს, ის არის, რომ ცხოველის, მით უმეტეს ადამიანის თავის ტვინი მთლიანი და ინტეგრალური აპარატია და მისი არსის მიგნება მთლიანობის ასპექტის გარეშე შეუძლებელია. აღნიშნული კანონზომიერება ადამიანის ფსიქიკურ აპარატზე ვრცელდება.

ევოლუციური ანალიზი ამტკიცებს, რომ ფიზიკურ და ბიოლოგიურ სამყაროში ყველაზე მთლიანი და ინტეგრალური გამოვლინება ადამიანის ფსიქიკური აპარატია. მთლიანობა ანუ დინამიკური ერთიანობა და ურთიერთდამოკიდებულება ფსიქიკის სპეციფიკური საფუძველია. ეს მთლიანობა ფსიქიკის ყოველ დონეზე მქლავნდება; განსაკუთრებული სიცხადით იგი პიროვნების რეგისტრზეა მოცემული. ასე-

თი მთლიანობა პიროვნების ჰარმონიულობის განმსაზღვრელია. მისი დრისოციაცია არღვევს და აინვალიდებს პიროვნებას. ამას თ. დოსტოვესკიც აღნიშნავდა.

პერსონოლოგია სათანადო სიმაღლეზე რომ იქნას აყვანილი, მხედველობაში უნდა მივიღოთ ისეთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორები, როგორცაა ევოლუციურ-დინამიკური ასპექტი ფსიქოლოგიაში და პათოფსიქოლოგიაში, მოძღვრება თავის ტვინის ინტეგრაციისა და ფსიქიკური აპარატის მთლიანობის შესახებ, ფსიქიკური რეაქციები და აბერაციები, მიკროსოციოლოგიური მომენტები და, ბოლოს, შეხედულებანი ფსიქიკის მასალის შესახებ (კერძოდ, თავისებური ანალოგიები კიბერნეტიკიდან: „მანქანური მეხსიერება“, მათემატიკური ლიხვისტიკა და სხვ.). პერსონოლოგიური ძიებანი გადაუდებელი ამოცანაა.

პერსონოლოგიური ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის ყოველი საკითხი ევოლუციურ ანალიზს საჭიროებს. უნდა გვახსოვდეს, რომ პიროვნული გამოვლინებანი, ადამიანის ფსიქიკური აპარატის როგორც ურთულესი და უმაღლესი ფუნქცია, თავის ტვინის მთლიან მოქმედებასთან არის დაკავშირებული. ამასთან, ევოლუციური სრულყოფადობის პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება თავის ტვინის ქერქს — სიგნალურ სისტემათა სუბსტრატს.

ყოველი სტრუქტურა გარკვეული ფუნქციის დინამიკური მატარებელია. სტრუქტურასა და ფუნქციას შორის დაუნაწევრებელი მთლიანობა არ არსებობს. ფილოგენეზური განვითარება ნერვულ უჭრედთა ფუნქციურ კონგლომერატების წარმოშობას განაპირობებს.

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

პიროვნული რეგისტრების კვლევის დროს განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ფსიქიკური აპარატის ემოციური სფეროს ევოლუცია. მისი შენება და ფსიქოლოგიური თავისებურებანი.

განვითარების თვალსაზრისით ტკივილი, შიში და დეპრესია უნდა განვიხილოთ როგორც ემოციურ გამოვლინებათა სხვადასხვა საფეხურები.

კრებელინი აღნიშნავს, რომ ადამიანის პიროვნების ისტორიულ-გვაროვნული ჩამოყალიბება ხდებოდა თანდათანობითი განვითარების გზით, ნატიფი, თითქმის შეუმჩნეველი წინსვლით, ამასთან, ადგილი ჰქონდა აგრეთვე მოძრაობას უკუმიმართულებით. განვითარების გზებზე აღმოცენდებოდა და ისევ იკარგებოდა.

პიროვნების დონეზე, რომელიც ევოლუციურად მოწოდებულია შეასრულოს ანალიზისა და სინთეზის უმაღლესი ფუნქციები, ფსიქიკის ცალკეული სფეროები თითქმის კარგავენ დამახასიათებელ თავისებურებას. ისინი მოქმედებენ შერწყმული ინტელექტუალურ-ემოციური აქტების სახით. ვ. ბეხტერევის თანახმად, შეცნობითი აქტები უმაღლესი დონის განცდებსაც წარმოადგენენ, რომლებიც პიროვნების მოქმედების სხვადასხვა სფეროს მოიცავენ. აქ საქმე გვაქვს ინტელექტუალურ გრძნობასთან, რომლის შესახებაც თავის დროზე წერდა ვუნდტი. აქვე აღვნიშნავთ, რომ ემოციური გრძნობის თავისებურებას ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო ვექტორის, ორი ანტინომიური მდგომარეობის არსებობა წარმოადგენს (სასიამოვნო — არასასიამოვნო, სიყვარული — სიძულვილი, მოსწონს — არ მოსწონს). ინტელექტუალური გრძნობისათვის კი დამახასიათებელია ერთვექტორული განცდა (დამშვიდება, ამაღლება, სიყვარულის მაღალი ემოციები). ჩვენი აზრით, ემოციური გრძნობა ორი ნაწილისაგან შედგება (სთენიური და ასთენიური), მაშინ როცა ინტელექტუალური გრძნობის საფუძველი მხოლოდ ერთია (სთენიური).

ბუნებისმეტყველების ევოლუციურ-დინამიკურ ასპექტს, პირველ რიგში მოძღვრებას ტვინის სტრუქტურული და ფუნქციური ჩამოყალიბების შესახებ, იმ დასკვნამდე მივყავართ, რომ ადამიანის ფსიქიკური აპარატის სპეციფიკას მისი პიროვნული თავისებებები შეადგენს. ამასთან დაკავშირებით ადამიანის ფსიქიკის შესახებ ლაკონურად შემდეგა შეიძლება შევნიშნოთ: ინტელექტუალური აპარატი ანალიზს აწარმოებს, შეიცნობს, ემოციური — გრძნობს და განიცდის, მოტორულ-მამოძრავებელი — ასრულებს, ცნობიერება თვითორიენტაციისა და გარემოში ორიენტაციის საშუალებას იძლევა, ხოლო პიროვნული აპარატი აწონდაწონის, მოვლენებს აფასებს, გარემოზე რეაგირებას ახდენს, მოქმედებს და ითვალისწინებს იმ გარემოებას, რომ ადამიანის სიცოცხლეში მამოძრავებელი მომენტებია არა შიში და სარგებლიანობა, არამედ მოვალეობა. ს. კორსაკოვი მიუთითებდა, რომ ადამიანზე უნდა ვიმსჯე-



ლოთ 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 შესასწავლად ცხოველებსა და ადამიანში — განსხვავება ზოოფსიქოლოგიასა და ანთროპოფსიქოლოგიას შორის, ცხოველის ქცევასა და ადამიანის პიროვნულ რეაქციებს შორის. აღნიშნული შემოქმედებითი ამოცანა მტკიცდება თანამედროვე საინჟინრო ტექნიკითა და ზუსტ მეცნიერებათა შეუღარებელი მიღწევებით. სწორედ კიბერნეტიკა, ელექტრონიკა გვასწავლის, რომ მანქანი პრინციპი შესაძლოა გადატანილ იქნას ადამიანისა და ცხოველის მხოლოდ ცოდნის სფეროში, ხოლო ელექტრონული ტვინი ვერასოდეს ვერ ნიაღწევეს პიროვნულ რეგისტრს, ვინაიდან ადამიანის ტვინის მოქმედება გაპირობებულია ბიოლოგიური სამყაროს ევოლუციის მთლიანი ისტორიით, ადამიანის სოციალურ-ბიოლოგიური ჩამოყალიბების ისტორიით.

აუ ცხოველის ქცევა აშენებულია ჰედონიზმის პრინციპზე (სიამოვნება) და შიშზე, ადამიანის პიროვნული მოქმედება აშენებულია მოვალეობის, სოციალური პეროიკის და შინაგანი სინდისის პრინციპებზე. აქედან ცხადია, რომ ცხოველი შეიძლება მიეჩვიოს შიშს მექანიკური ტრენირების გზით, ხოლო ადამიანი შიშსა და საფრთხეს დათრგუნავს, გმირობას ჩაიდენს და ხელმძღვანელობს მაღალი და კეთილშობილური გრძნობებით თავისი ხალხის მიმართ, შიში მორალურად აშიშვლება ფსიქიკასა და პიროვნება ნულამდე დაჰყავს.

ყოველ შეგნებულ პატრიოტს შეუძლია დაძლიოს და შეანელოს შიშის გრძნობა, რითაც აბსსნება მებრძოლის მამაცობა და სიმშვიდე.

შიში შეიძლება დაითრგუნოს მხოლოდ პიროვნული რეგისტრით, მოვალეობის გრძნობით. ასეთ ასპექტში პიროვნება განსაზღვრულად კორექციას უკეთებს და კონტროლს უწევს თავდაცვის ინსტინქტს.

პიროვნების სტრუქტურაში ცალკეული ფსიქიკური სფეროები გადაირთვება უფრო მაღალ სპეციფიკურ ადამიანურ ფუნქციებზე: ჩნდება წარმადგენა მორალსა და მოვალეობაზე, თავს იჩენს აბსტრაგირებისა და სემპარიტების ძიების ტენდენცია და ა. შ.

თ. დოსტოევსკის ფორმულა ადამიანის სიამაყისა და გრძნობის შესახებ. რომელიც მან თავის დროზე პუშკინის ზეიმზე წამოაყენა, სა-

თანადო გაშუქებას პოულობს 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 იგი.

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

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

ჩვენ ვერა და ვერ დავეთანხმებით ფრეიდს, თითქოს ადამიანმა განიცადა სამი ზოგადსაკაცობრიო ტრავმა და ამით მიღებული ჭრილობები არასოდეს არ შეხორცდება. (მხედველობაში გვაქვს ანთროპოცენტრიზმი იცვლება პელიოცენტრიზმით). ბიოლოგიური ჭრილობა (დარვიზინის 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. პელიოცენტრიზმისა და ფილოგენეზური ევოლუციის პრინციპების აღმოჩენა დამარცხება კი არა, ადამიანის შემოქმედებითი ნიჭის გამარჯვებაა.

ფრეიდი ვერ ამაღლდა პიროვნული ფსიქოლოგიის დონემდე. სიღრმიდან მომავალი მისი ფსიქოლოგია ემყარება სულიერ მიზიდულობებს, რომლებიც ძლიერ ახლოს არის შოპენჰაუერის არაცნობიერთან. იგი მიზიდულობათა ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის შემქმნელია (ვეგეტოსომატოფსიქიკა არა უმაღლეს ე. წ. თიმოფსიქიკისა). ყველაფერი შედგება სიამოვნებისა და ჰედონური მოთხოვნების პრინციპზე. ფრეიდის თანახმად, „მე“, „ეგო“ ანუ პიროვნება არა მხოლოდ ჯოხით შეიარაღებული „ცენზორი“. იგი მხედველობაში არ

იღებს იმას, რომ პიროვნების დონეზე შრომა და მოვალეობა განსაკუთრებით მაღალი მოთხოვნილებაა.

პიროვნების დონეზე დებარესიაც კი შესაძლოა მიმდინარეობდეს აქტიური შემოქმედებით, ადამიანს უჩნდება შრომის აქტიური მოთხოვნილება. ადამიანი მიისწრაფის სრულყოფისა და სულიერი სიწმინდისაკენ. სიზარმაცე და ჭოხი მხოლოდ ცხოველის აუცილებელი ატრიბუტია. არაცნობიერს ფრედის მიხედვით ჩვენ განვიხილავთ როგორც ლტოლვას, აყვანილს ფსიქიკურამდე.

პიროვნების ევოლუციური ჩამოყალიბების პროცესში ცნობიერა აქტიურ ზეგავლენას უნდა ახდენდეს არაცნობიერზე და არა პირიქით.

ყურადსაღებია რიბოს აზრი, რომლის თანახმად შეგნება თავიანთ ფესვებით ბიოლოგიურია, მაგრამ იგი ვითარდება როგორც სოციალური მოვლენა.

ანთროპოფსიქოლოგიაში ძირითადად წარმოდგენილია ადამიანის სპეციფიკური ფსიქიკური მოქმედების ორი ფორმა, კერძოდ ცნობიერება და პიროვნება. ევოლუციური თვალსაზრისით ცნობიერება ყველაზე ახლო არის პიროვნებასთან. მე ვეთანხმები იმ ფსიქოლოგთა აზრს, რომელთათვის ცნობიერება მხოლოდ ცოდნა კი არ არის, არამედ დამოკიდებულება, განსაზღვრული მიმართულება და ორიენტაცია უმაღლეს ადამიანურ დონეზე.

ქცევის მოტივებისა და სიტუაციის შეფასება და რეაქციები ფსიქიკის უმაღლეს რეგისტრებზე პიროვნების ამოცანაა და არა ცნობიერების.

ცნობიერება, როგორც ორიენტაციის ურთულესი პროცესი, გარესამყაროს შეცნობას მოითხოვს, ე. ი. მოითხოვს აქტიურ — ამორჩევით აღქმას (აპერცეფციას). ეს უკანასკნელი ხორციელდება ყურადღების საშუალებით, რომელიც წარმართავს ცნობიერების ველს. ს. კორსაკოვი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს ყურადღების აქტს, რომლის შემწეობითაც არაცნობიერის სფეროდან გამოიყოფა სათადარიგოდ შენახული ესა თუ ის წარმოდგენა. ადამიანის ფსიქიკა შეიძლება შევადაროთ აისბერგს, რომლის ჩაძირული ნაწილი არაცნობიერია, წყალზედა ნაწილი კი — ცნობიერი. ამასთან წყლის ზევით იმყოფება აისბერგის მხოლოდ ერთი მეხუთედი ან ერთი მეექვსედი ნაწილი. რა თქმა უნდა, მოყვანილი გულუბრყვილო მექანიკური სქემა ადამიანის ფსი-

ქიკისა არასრულყოფილია. რა ნაწილიც უნდა იყოს წყლის ზემოთ, იგი აქტიურად-მოქმედი და პასუხისმგებელია, თუ პიროვნება პათოლოგიურად ან სოციალურად არ არის დამახინჯებული.

პერსონალისტური მიდგომა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ასპექტში, რომელიც შემოქმედებითად აღეგებდა პ. განუშეინს. მხედველობაში მაქვს ადამიანის გონების შეცდომების და ცრუმორწმუნეობის საკითხები, ბრბოს ფსიქოლოგიისა და შემოქმედების საკითხები, აგრეთვე საზოგადოებრივი და სოციალური ფსიქიატრიის საკითხები. ამასთან პ. განუშეინის თეზისი ნორმალური და პათოლოგიური ფსიქოლოგიის სიმბიოზის მნიშვნელობისა და ევრისტულობის შესახებ სრულ გამართლებას პოულობს პიროვნების შესახებ მოძღვრების პოზიციებიდან.

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

სულიერი აშლილობის დროს იცვლება პიროვნების სოციალურ-შრომითი და ემოციურ-მორალური წარმოდგენები; ადამიანის სპეციფიკური თვისებები — შრომა, მოვალეობა და დაუცხრომელი მოთხოვნილება — ზიანდება. ადამიანის მორალურ გაბზარვასთან ერთად მხედველობიდან ქრება ის მომენტი, რომ სინდისი, როგორც სოციალურ-ფსიქოლოგიური კატეგორია, საწყისი და სიხარულია ადამიანის სიცოცხლისა, 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 აქ სრულიად გაუმართლებელია მორენოს\* თეზისი, რომ მეცნიერებასა და თეოლოგიას შორის წარსულში არსებული უფსკრული აღარ არსებობს და რჩება მხოლოდ „უცოდინარ“ მეცნიერთათვის.

მისწრაფება, სურვილი პიროვნების დონეზე მკიდრო კავშირშია

---

\* მშობლიურ ლიტერატურაში არის ამომწურავი კრიტიკა მორენოს მოძღვრების (სოციომეტრიის ფსიქოდრამისა და მცირე ჯგუფების) შესახებ.

მაკრო-და მიკროსოციალურ ფაქტორებთან და ვერ განისაზღვრება ჯრეიდის პანსექსუალიზმით, ადღერის მბრძანებლობის სურვილით, იუნგის პრიმიტიული არაცნობიერით და ადოლფ მაიერის ვიწრო ადაპტაციური ინტეგრაციით.

ინტერპერსონალური ანუ პიროვნებათა შორის დამოკიდებულებების შესწავლისას ამოსავალ წერტილად უნდა მივიღოთ აზრი, რომ ფსიქიკური აპარატი რეაგირებას ახდენს სხვადასხვა მიკრო-და მაკროსოციალურ ფაქტორებზე.

მაკრო- და მიკროსოციალურ ფაქტორებთან დაკავშირებულ ფსიქოგენიის ანალიზისას ჩვენ კონსტრუქციულ-პოზიტიურად მიგვაჩინა შევჩერდეთ მიკროსოციალური წრის მნიშვნელობაზე (ე. წ. მკორე სოციალური ჯგუფები). ირკვევა, რომ მიკროსოციალური ფსიქოტრავმული ფაქტორები (ოჯახი, მშობლები, ახლობლები, მეზობლები, სამსახური და ა. შ.) ადამიანისათვის ზოგჯერ ძლიერ მნიშვნელოვანა და არსებითია, იწვევენ მთელი პიროვნების, მისი ფსიქოლოგიური წყობისა და სასიცოცხლო (ფილოსოფიური) კრედოს გაზარვას.

ადამიანში პიროვნების უმაღლესი რეგისტრების დონეზე ორიენტაცია გამოვლანდება როგორც უმაღლესი სოციალურად გაპირობებული ფუნქცია და ეს ორიენტაცია განაპირობებს პიროვნების რეაგირების უნარს, ისევე როგორც გარე სამყაროში და თვით თავის თავში მოცემულ ფაქტორთა პიროვნული შეფასება.

ამ მხრივ ადამიანის ორიენტაცია წარმოდგენილია მიკრო-და მაკროსოციალური ორიენტაციის ასპექტში.

მიკროსოციალური ორიენტაცია გულისხმობს ორიენტაციას ოჯახში, სამსახურში, აზხანაგებში, ახლობლებსა და მეზობლებს შორის.

მაკროსოციალური ორიენტაცია უფრო მაღალი სახის ორიენტაციაა (საზოგადოებრივი ორიენტაცია — ამ მხრივ განწყობა და მიმართება და ა. შ.).

პიროვნების ორიენტაციას, როგორც უმაღლეს სოციალურ ფსიქოლოგიურ ადაპტაციას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის შემოქმედებაში. აქ ორიენტაცია შეიძლება დაკავშირებული იყოს პიროვნების უმაღლეს კეთილშობილურ მისწრაფებებთან (პატრიოტიზმი, გოვალეობა, საზოგადოებრივი ინტერესი, შრომითი ინტერესი, და ა. შ.). მკორე მხრივ ორიენტაცია შეიძლება მიმართული იყოს ადამიანის დაბალი მისწრაფებისაკენ (ეგოიზმი, სიცრუე).

ვ. შტერნის პერსონალისტიკაში მცირე ყურადღება აქვს დათმობილი გარემო წრის ფაქტორებს და ცალმხრივად აღინიშნება თვითმოქმედი მიზნობრივი გონიერი ერთიანობის მნიშვნელობა.

მიუხედავად ამისა, თვით ვ. შტერნისთვისაც პიროვნება ანუ „პერსონა“ განისაზღვრება მისი შემოქმედებით.

ცნობიერების და პიროვნების ცნებები ფსიქოლინამიკურად ერთმანეთს კი არ გამოირიცხავენ, არამედ ერთმანეთს განსაზღვრავენ.

ცნობიერების პათოლოგიის საწყის სტადიებზე იქმნება პიროვნება პიროვნებას პათოლოგიური გარდაქმნისათვის. მეორე მხრივ პირველადი ბზარი პიროვნებაში გარეშე წრეში ორიენტაციის და სუბიექტური განცდების კრიტიკის უნარს უსპობს ავადმყოფს.

თანამედროვე ნევროლოგიას იმ მტკიცე დასკვნამდე მივყავართ, რომ არც ერთი ორგანო არ არის აღჭურვილი ისეთი მდიდარი კომპენსაციური შესაძლებლობებით, როგორც თავის ტვინი — ქერქულ-ქერქქეწა წარმონაქმნები (ვიკარული ფუნქციისა და რევერზიბილობის წყალობით). მაგრამ ფსიქიკური კომპენსაცია მკვდრდება არა მარტო ცალკეულ ფუნქციათა აღდგენის ფორმით (კომპენსაციის მარტივი და უშუალო სახე). არამედ როგორც ფსიქოლოგიურად რთული გადართვები: პიროვნული კომპენსაციის არაპირდაპირი სახე. უკანასკნელ შემთხვევაში კომპენსაცია წარმოდგენილია როგორც ერთდროული გამოქვადვება ორი საწინააღმდეგო, ანტინომიური მდგომარეობისა.

გარეგნულად ანტინომია და ამბივალენტობა მსგავსია, მაგრამ ისინი აგებულია სხვადასხვა ფსიქოლინამიკურ მექანიზმებზე. ამბივალენტური პროდუქციების საფუძველს საინფორმაციო არხების ატაქსიური დამახინჯება შეადგენს.

ანტინომიების დროს პიროვნება გახლეჩილი არ არის და საწინააღმდეგო გამოვლინება განისაზღვრება კომპლექსური, ემოციურ-ინტელექტუალური აქტების დაძაბვით.

შორეული. მხოლოდ გარეგნულად მსგავსი პროტოტიპები ანტინომიებისა გვხვდება ნორმალურ ფსიქიკურ ცხოვრებაში: ყოველი გადაწყვეტილება შედიგია გულმოდგინე, მრავალმხრივი. ზოგჯერ საწინააღმდეგო (ანტინომიური) მომენტების ანალიზისა.

ფსიქოზის დროს, რომელიც პიროვნების დაავადებაა, ადგილი აქვს არა მარტო დეფექტს, დაქვეითებას, განუხრუქებას, არამედ აქტიურ, თუმცა პათოლოგიურ გადართვას, განვითარებას, რეაგირებას;

სწორედ ეს გარემოება ქმნის ადამიანში ფუნქციურად ახალს. გამოჩენილა მწერლის ვ. გარშინის მიხედვით ბოდვებში მყოფი ავადმყოფიც კი აღამიანია. მოკლებული არ არის უმადლეს, კეთილშობილურ ემიციებს და შეუძლია შეეწიროს თავის წმიდა მიზანს.

რუსთაველი, როგორც გენიალური შემოქმედი — ფსიქოლოგი, ენება ყველაზე რთულ და არსებით სოციალურ-ფსიქოლოგიურ პრობლემებს. იგი თითქოს გეოლოგიური წერაქვით გადაგვიშლის და აღმოგვიჩენს სულ სხვადასხვაგვარ სულიერ გამოვლინებათა გენეზისს, ჩამოყალიბების, ონტოლოგიური ბუნებისა და საზოგადოებრივი ღირებულების საკითხებს.

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

ადამიანის პიროვნების ძირითადი თვისებებია ცნებები მოვალეობის, მორალისა და შრომის შესახებ. თანახმად რუსთაველისა, ადამიანი ვალდებულია სათუთად და წმიდად ატარებდეს ამ სპეციფიკურად ადამიანურ თავისებურებებს, დამატებულად ემსახურებოდეს მათ და ყოველფლიურად ხელმძღვანელობდეს თავის მოღვაწეობაში.

არის რა პიროვნული სიყვარულის აპოლოგეტი, რუსთაველი ავითარებს თეზისს, რომ სიყვარული მოვალეობისა და მორალის წყაროც არის და შედეგიც. უფრო მეტიც, პრაქტიკაში სიყვარულს, როგორც ადამიანის მორალის უმადლეს გამოვლინებას, აქვს თავისი ასახვა: ერთსა და იმავე დროს სიყვარულით იწყება ადამიანის ყოველგვარი საქმიანობა, და მითვე მთავრდება. აღნიშნულ ფსიქოლოგიურ დეტალს მეტად ღიად მნიშვნელობა აქვს ადამიანის საზოგადოებრივ-შრომით მოღვაწეობაში. სავსებით მართებულია, ყოველ შრომით რეაქციას თან უნდა ახლდეს გატაცება და სიყვარული: შრომის შედეგები ადამიანს ანიჭებს თავისი საქმით კმაყოფილებისა და სიყვარულის გრძნობას.

იკვევია, რომ სიყვარული არის დასაწყისი და დასასრული ამადლებული და კეთილი გამოვლინებებისა, რომლებიც შესაძლებელია გამოვლინდეს ადამიანში. თანახმად რუსთაველისა, პიროვნება მ.წოდებული და ვალდებულია ხელმძღვანელობდეს ცნებებით მოვალეობისა და მორალის (სიყვარულის) შესახებ და მუდამ იყოს აქტიურ შრომითს საქმიანობაში.

შრომითი მოღვაწეობაა ის ბრძენი, რომელშიც ჩაისახება, კი-

თარღება, გამოიწროება და სრულყოფილი ხდება ადამიანის პიროვნება.

შრომა ადამიანისათვის არა მარტო მოვალეობა და მოთხოვნისებაა; იგი როგორც მისი სპეციფიკური თავისებურება, წარმოდგენს მისთვის სიხარულს და მშვენიერებას, რომელიც განსაზღვრავს ადამიანის სიცოცხლის აზრს, დანიშნულებასა და შინაარსს.

თავს ნებას მიეცემ გავაკეთო რამდენიმე ზოგადი ხასიათის შენიშვნა.

შრომა არა მარტო დასაწყისია ადამიანის სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობისა, არამედ წყაროა მატერიალური კეთილდღეობისა.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ტალანტის მქონე ადამიანი ბევრს და დაძაბულად მუშაობს თავის თავზე.

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

ნიჭიერების ცნება არაფრით არ ეგუება წარმოდგენას სიზარმაცეზე. ნიჭით აღსავსე არ შეიძლება ზარმაცი იყოს. თავის მხრივ შრომით შემოქმედებითი გატაცება უმჯობესად გარკვეული ტალანტის არსებობა ნიშნავს.

შემოქმედი პიროვნებისათვის ძირითადი ამოცანაა მიზნის ღირსეულად მიღწევა.

რუსთაველი ავითარებს აბსოლუტური სიკეთის იდეას და მის გამარჯვებას ბოროტებაზე. ავტორი პიროვნების წინაშე სვამს ამოცანას — ირწმუნოს უსაზღვრო სიკეთე და იხელმძღვანელოს ამ იდეით.

მტკიცედ უნდა გვახსოვდეს, რომ არავითარი ემოცია, თუნდ სიკეთის რწმენაც, არ შეიძლება მოქმედი პრინციპი გახდეს. თუ არ განმტკიცდება პიროვნების წარმოდგენებით მოვალეობასა და მორალზე.

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

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

განუშეორებელი მხატვრული ხერხით და ამავე დროს განსაკუთრებული დამაჯერებლობით რუსთაველი გვიჩვენებს, რომ შრომის მოვალეობის, მორალისა და დიდსულოვნების ცნება ადამიანის ყველაზე



დამახასიათებელი (სპეციფიკურად დამახასიათებელი) თავისებურებაა.

ამით რუსთაველის გენიის მიერ ჯერ კიდევ XII საუკუნეში მთელი სიღრმით დასმულია პიროვნების პრობლემა.

ნაჩვენებია პიროვნული სრულყოფისადმი მისწრაფების სიღიაღვე: პოემაში ფართოდაა მოყვანილი პიროვნული აბერაციები.

პიროვნების პრობლემა მუდმივი და უკვდავია, როგორც ფსიქიკური აპარატის არსისა (მისი ბუნების, შინაარსის კანონზომიერებას მექანიზმების) და მისი ონტოგენეზურად უმაღლესი ფსიქოდინამიკური დონის საკაცობრიო ფსიქოლოგიური პრობლემა.

უფრო მეტიც, პიროვნება წარმოადგენს აგრეთვე მარადიულ ზოგადსაკაცობრიო სოციალურ-ფსიქოლოგიურ პრობლემას იმდენად, რამდენადაც ისმება ადამიანის ადგილის, მნიშვნელობისა და ღანიშნულების საკითხები.

აღნიშნული პრობლემები და მათთან დაკავშირებული საკითხები ცოცხალ მეცნიერულ და პრაქტიკულ ინტერესს წარმოადგენს ჩვენს დროში, როდესაც მაკრო-მიკროსოციოლოგიური საკითხების ფსიქოლოგიური ასპექტი იზიდავს მკვლევართა ფართო წრის აქტიურ შემოქმედებით ყურადღებას.

პერსონოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დადგენილად ითვლება, რომ პიროვნების სპეციფიკური თავისებურებანი — შრომა, მოვალეობა და მორალი — არ წარმოადგენს ერთიმეორისაგან გათიშულ ცნებას. პირიქით, მოქმედ პიროვნებაში მითითებული სამი კატეგორია ურთიერთდაკავშირებულ ჰარმონიაში მქადავდება, ერთიმეორეს განაპირობებს.

ადამიანში შრომისადმი მოთხოვნილება ქმნის სოციალურ-ფსიქოლოგიურ მიმართულებას. რის საფუძველზეც გამომუშავდება ადამიანის მორალური კრედო.

თავის მხრივ, მორალური განწყობა, როგორც მძლავრი ფსიქოდინამოგენეზი, ალაფრთოვანებს და დაღებიტად განწყობს პიროვნებას შრომისათვის.

შრომა და მორალი მოუწოდებს ადამიანს თავის გადაწყვეტილებაში, მსჯელობაში. შეფასებაში, მოქმედებასა და ქცევაში იხელმძღვანელოს მსოფლიო მოვალეობის გრძნობით.

ამგვარად, პიროვნულ დონეზე შრომის, მოვალეობისა და მორალის

ლის კატეგორიები წარმოდგენილია ერთიანი სპეციფიკური ადამიან-  
მეჭრ-ფსიქოლოგიური სისტემის სახით.

იქმნება ფონი სიყვარულისა და სიქველის გრძნობის განვითარებ-  
სათვის. როდესაც ადამიანი თავის წმიდა მოვალეობად თვის იზრუ-  
ნოს სხვაზე და ყოველთვის მზად იყოს დაეხმაროს მას.

მუშაობა. ნაკარნახევი მხოლოდ ინსტიტუტური მოთხოვნილებე-  
ბით. ემსახურება ვიწრო პრინციპს ინდივიდუუმის ან ინდივიდუუმე-  
ბის თვითდაცვისათვის და თვითშენახვისათვის.

შრომას პიროვნულ დონეზე, რომელიც წარმოადგენს ადამიანის  
უმადლეს სოციალურ-ფსიქოლოგიურ გამოვლინებას, აქვს ფართო და  
შორეული დანიშნულება და არ ისაზღვრება თავდაცვის ინსტინ-  
ქტით.

პირიქით, ადამიანის შრომითი მოღვაწეობა, ფიზიკური იქნება ის  
თუ ინტელექტუალური, ანიჭებს მას უდიდეს კმაყოფილებას საზოგა-  
დოებრივი მოვალეობის შესრულებაში.

შრომითი პროდუქტია ემსახურება არა მარტო ინდივიდუუმის, არა-  
მედ მთელი საზოგადოების ფიზიკური და სულიერ-მორალური კეთილ-  
დღეობის საქმეს. ამასთან, შრომის ნაყოფი, როგორც სულიერი და  
მატერიალური სიმდიდრე, დიდხანს რჩება.

გენიის პროდუქტია კი, როგორც ადამიანური აზრის გიგანტური  
აღმაფრენა. მარადიულია.

მინდა აღვნიშნო კიდევ ერთი ფსიქოლოგიური დეტალი: შრომის,  
მოვალეობისა და მორალის ადამიანი აღსავსეა კეთილშობილებისა და  
წიღსულოვნების გრძნობებით: იცის თავისი ადგილი და დანიშნულე-  
ბა. რატომისტურად ბედნიერია თავისი ცხოვრებით და თავის სოცია-  
ლურ შრომით მოღვაწეობაში პოულობს კმაყოფილებას, ბედნიერე-  
ბას, აგრეთვე მომავლის რწმენას. შემოქმედებითი შრომა და მოვალე-  
ობის გრძნობა შეადგენს იმ სუბიექტურ-ფსიქოლოგიურ პირობებს.  
რომლებიც შეიძლება ადამიანმა გამოიყენოს თავისი სულიერი ცხოვ-  
რების იდეალისა და მიზნის შექმნისათვის, და არა მარტო ფიზიკური  
არსებობისათვის.

არის სულ საწინააღმდეგო ფსიქოლოგიური სიტუაცია, როდესაც  
ადამიანი უსაქმურობის, სიზარმაცისა და სიცრუის გავლენაში ექცევა.  
ანგარი პიროვნება მოვალეა ისწრაფოდეს შრომისადმი, რომელიც  
წარმოადგენს სიბილწის. სიმდაბლისა და ადამიანის ყოველი მანკიე-

რეზონს ერთადერთ მძლავრად მოქმედ სამკურნალო საშუალებას. შრომა და მოვალეობა ქმნის ნამდვილ ადამიანს.

შაოთა რუსთაველის გენიამ რვა საუკუნის წინათ შექმნა ქარვა, რომელშიც ჩააქსოვა ადამიანთა შესანიშნავი სახეები, მოვალეობისა და მორალის გრძნობებით. ამით მან არა მარტო დაადასტურა, რომ მოვალეობა და მორალი რჩება მუდმივ ცხოველ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ თავისებურებებად: რუსთაველი იძლევა მოქმედ გეგმას, რისთვისაც უნდა ისწრაფოდეს ადამიანი და რაშიაე მდგომარეობს ადამიანის სრულყოფის საზოგადოებრივ-ფსიქოლოგიური შინაარსი.

ჭუმბურიძის, კაცთმოყვარეობის, არა მარტო ცალკე ადამიანთა არამედ სხვადასხვა ხალხთა და მათ წარმომადგენელთა შორის ძმობისა და მეგობრობის იდეა, განვითარებული ე. წ. აღმოსავლეთის რენესანსის განთიადზე, ცხადია, მოითხოვდა შესაფერ ფსიქოლოგიურ და სოციალურ-ფსიქოლოგიურ დასაბუთებას.

როგორც ცნობილია, იდეები თავიანთ პრაქტიკულ განხორციელებას პოულობენ რეალურ და კონკრეტულ მაგალითებზე.

რუსთაველის პოემა აღვსილია მუდმივი შემოქმედებითი ინტერესებით პერსონოლოგიისათვისაც.

### რუსთაველის შემოქმედება და ათონაპროლოგიის პრობლემა

ეგზისტენციური ფილოსოფიის შემქმნელი მარტინ ჰაიდეგერი ანტიკურ მითოლოგიას მიმართავს და აღნიშნავს, რომ „განგებამ“ იუპიტერს „სული“ დაუსაკუთრა, მიწას — სხეული, ადამიანს კი „დამაშვრალსა“ და „მარტოდმყოფს“, მხოლოდ „ზრუნვა“ არგუნა თავისი საკუთარი „მე“-ს შენარჩუნებისათვის. ზრუნვაში ხედავს იგი ადამიანის არსებობის ძირითად მიზანსა და არსს. განდევნილობისა და უკიდურესი ინდივიდუალიზმის გამოძახებულ ამ შეხედულებას, ცხადია, ვერ დავეთანხმებით.

ადამიანის შინაგანი სინდისის ხმა მოვალეობაა. რაც შეეხება ზრუნვას. აღნიშნული უნდა იყოს, რომ აქ მთავარია მისი ისეთი მიმართულება, როგორც არის ეგზოცენტრული და ენდოცენტრული ვექტორები. მათ შორის კი ეგზოცენტრული ვექტორია უმნიშვნელოვანესი, რომლის ნიადაგზე მოვალეობის ცნება იქმნება. მოვალეობა ადამიანის, საზოგადოებისა და სამშობლოს წინაშე ისეთი

მორალური კატეგორიაა, რომელიც ადამადლებს პიროვნებას, პიროვნებას, რომელიც საერთოდ ჰუმანურობისათვისაა მოწოდებული, ზნეობრივ განცებლობას მოკლებული ადამიანი საზოგადოების სოციალურ ცნობილი მწერალი ვ. გარშინი აღნიშნავდა, რომ სწორედ ასეთი ადამიანია დაუნდობელი, გააყვებული და ირგვლივ მყოფთათვის საშიში.

პიროვნების ყოველი მოქმედება მაღალი საზოგადოებრივი წესებით უნდა განისაზღვროს. იგი უნდა ემსახურებოდეს სიყვარულის, მეგობრობის, ძმობისა და პატრიოტიზმის შთანთქმებელ იდეებს. შოთა რუსთაველის ენიალური პოემა „ვეფხისტყაოსანი“ ამის უძვირფასესი მაგალითია. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ თანამედროვე ციოთარებაში განსაკუთრებული ყურადღება ენიჭება სწავლებას პიროვნების შესახებ. მეცნიერების დღევანდელი დონე სრულიად ახალ შემოქმედებით ღონისძიებებს სახავს პიროვნების შესწავლისათვის. ამ მხრივ ნორმალური და პათოლოგიური ფსიქოლოგიის მასალების გამოყენებას გარკვეული ღირებულება აქვს.

უდავოა, რომ ნეირომორფოლოგიისა და ნეიროფიზიოლოგიის თვალსაზრისით მიღწევები ამდირებს ჩვენს ცოდნას ფსიქიკურ ფუნქციათა ნეიროფიზიოლოგიური საფუძვლების შესახებ. ი. პავლოვის იდეებია იყო და ჩნება აღნიშნული კვლევის უძირითადეს წინამძღვრად.

მხედველობაში ვიღებთ რა თანამედროვე მოძღვრებას თავის ტვინის სტრუქტურისა და ფუნქციის შესახებ. უნდა გვახსოვდეს, რომ სულერი (ფსიქიკური) პროცესები ადამიანის ტვინის კვალიტეტია. მისი თვისებრივი ფუნქციაა და არა ფიზიკური ენერჯია. ამიტომ პარალელურად ფსიქოლოგიის შეხედულება ტელეპათიის (აზრის გადაცემის) შესახებ მეცნიერულად გაუმართლებელია.

ამ უკანასკნელ დროს, ფსიქოპათოლოგიაში და ე. წ. ფიზიოლოგიურ ფსიქოლოგიაში შეიქმნა ახალი მიმართულება სემიოლოგიის სახელწოდებით, რომლის მიზანია მათემატიკური მეთოდის გამოყენება ემოციების შესწავლის დროს. საჭიროდ ვთვლი აღნიშნო, რომ რაოდენობრივ ანალიზს შეიძლება დაეჭვებინდებაროს მხოლოდ ვეგეტატიური ცვლითი პროცესები, რომლებსაც თანსდევს სთენიური ან ასთენიური განცდები. მაგრამ ემოციათა ფსიქოლოგიური შინაარსის განხილვაზე მოაღნიშნული მეთოდით სრულიად წარმოუდგენელია. აბსოლუტურად უშედეგოა ფიქრი იმის შესახებ, რომ კიმოგრაფიული ჩანაწერებით

თითქოს შეიძლება აისახოს ადამიანის სულიერი სამყაროს ონტოლოგიური მხარე, ადამიანის ფსიქიკა, მისი პიროვნული თავისებურება გაცილებით უფრო რთული მოვლენაა და მას ვერ წარმოვიდგენთ როგორც ელემენტარულ და მექანიკურ მოძრაობას.

ცნობილია, რომ ფსიქოლოგიასა და ფსიქოპათოლოგიას შორის გარკვეული სიმბიოზი არსებობს. აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ პიროვნების თავისებურებათა შესწავლისათვის განსაკუთრებით საინტერესო და მიზანშეწონილია მივმართოთ იმ ფსიქოლოგიურ მასალას, რომელსაც მხატვრული ლიტერატურა გვაწვდის. ასეთი ფსიქოლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური ექსპურსი სასარგებლოა არა მარტო ფსიქოპათოლოგიური პრობლემებისათვის, არამედ ლიტერატურულ გმირთა ფსიქოლოგიური ანალიზისათვისაც. მაგრამ დავძენთ, რომ აღნიშნულ ცდას მეტად ნატიფი მიდგომა ესაჭიროება და გარკვეული სიფრთხილის დაცვაც არის საჭირო. ზემოხსენებულ შემთხვევათა დროს უნდა ვერიდოთ გულუბრყვილო პარალელებს ნორმალურ და პათოლოგიურ პიროვნებათა მოქმედებასა და ფსიქოლოგიურ განცდათა შორის. ისიც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ლიტერატურულ სახეთა შექმნისათვის ფსიქონევროლოგიური მასალის გამოყენება სავსებით როდია გამართლებული და პირიქით, ფსიქიკური პათოლოგიის თუნდაც მდიდარი და ხორცშესხმული აღწერილობა კლინიკური ფსიქიატრიისათვის ნაკლებად გამოსადეგია. ამაზე მიუთითებდა ჯერ კიდევ ა. ჩეხოვი. მსგავსი შეხედულებისა იყო თ. დოსტოევსკი, რომელიც შენიშნავდა, რომ იგი შორსა დგას ფსიქოპათოლოგიისაგან, ხოლო მის ლიტერატურულ შემოქმედებას საერთო არა აქვს ფსიქიატრიასთან. ასეთივე სიფრთხილით უდგებოდა მხატვრულ სახეთა ფსიქოპათოლოგიური ანალიზის საჭიროებას ცნობილი კლინიცისტი კრაფტ-ებინგი. ერთი სიტყვით, მთავარი ანოცანა ის არის, რომ ლიტერატურულ ნაწარმოებში გამოვლინდეს როგორც მხატვრული, ისე ზოგადფსიქოლოგიური კანონზომიერებანი.

გვინდა რა პერსონალისტური ფსიქოლოგიის თვალსაზრისით შევხებით ზოგიერთ პრობლემებს, რომლებიც დასმულია შოთა რუსთაველის უკვდავ ქმნილება „ვეფხისტყაოსანში“, შევნიშნავთ, რომ კლასიკურ დებულებათა კონსტატაცია და მათ მიმართ ინტერესის გაღვივება მარტოოდენ მორალური ვალის მოხდა როდია წარსულის წინაშე. შემოქმედებითი აზრი არ ძველდება, არ ხავესდება და არ იყანგება, რადგან იგი ზოგადსაკაცობრიო მისწრაფებათა გამოხატულებაა. გენიოს-

თა უყვდავება იმაში მდგომარეობს, რომ მათი იდეები და ნამოღვაწარ ძალაში რჩება მომავალი თაობებისათვის.

რუსთაველი გვაოცებს არა მარტო შემოქმედებითი გენიით და აზრთა სიღრმით, არამედ თავისი ერუდიციითა და ცოდნის სიფართით. იგი ერთი უპირველესთაგანია თავისი რანგის პოეტთა და მოაზროვნეთა შორის. „ვეფხისტყაოსანი“ პოეზიის ეს უბრწყინვალესი შედევრი. ფილოსოფიური აფორიზმებისა და დიდმნიშვნელოვანი სენტენციების უმდიდრესი საგანძურია. საყურადღებოა, რომ მაღალ პიროვნულ განცდათა გადმოცემის დროსაც კი რუსთაველი არ ივიწყებს ადამიანის, როგორც კონკრეტული არსების, სხეულოვნებასა და სისხლსაცვობას. მხატვრულ ფორმებში გადმოცემულ და ლოგიკურად დასაბუთებულ ჰუმანიზმის ყოვლისშემძლე იდეებს რუსთაველი უკავშირებს ძლიერ და მორალურად კეთილშობილ პიროვნებათა მოქმედებას. მათ იდეალებს სიყვარულის, ვალდებულებისა და შრომის შესახებ.

პერსონოლოგიისათვის, ე. ი. პიროვნების ფსიქოლოგიურ თავისებურებათა მოძღვრებისათვის შოთა რუსთაველის ქმნილება მუდამეჭამა დაუღვეველი საგანძური იქნება.

რუსთაველი არა ცნობს მშრალ დიდაქტიკასა და ქედმაღლურ მენტორობას, რომელიც ასე დამახასიათებელი იყო სქოლასტიკური ფილოსოფიისათვის. თავის უაღრესად მახვილგონიერ და სიტყვაკაზმულ სენტენციებში იგი იძლევა ადამიანთა მოქმედების რეალურ პროგრამას.

„ვეფხისტყაოსანში“ ასახულია ქართველი ერის მრავალსაუკუნოვანი კულტურისა და ცივილიზაციის ტრადიციები, მისი სულიერი სიღრმე და ძალა, შემოქმედებითი ინინციტივა და სიბრძნისადმი სიყვარული, წარმატებათა და გამარჯვებათა ნეტარება.

შოთა რუსთაველი ერთი უპირველესთაგანია მათ შორის, ვინც ბიჭი მისცა დიდ კულტურულ მიმართულებას, ცნობილს „აღმოსაველეთის რენესანსის“ სახელწოდებით.

„ვეფხისტყაოსანის“ გმირები აღჭურვილნი არიან ზოგადსაკაცობრიო პიროვნულ ფსიქოლოგიური განცდებით. საინტერესოა, რომ რუსთაველის თანახმად, ისეთი პრობლემები, როგორც არის სულგრძელობა და სულმოკლეობა, კეთილშობილება და სულმდაბლობა, სიყვარულის გრძნობა და მოვალეობის შეგნება, ერთნაირად აქტუალურია როგორც მამაკაცის, ისე ქალის პიროვნებისათვის. რუსთაველის შეხე-

დულებანი მიჯნურის პიროვნებისა და მეგობრობის ცნების ფსიქოლოგიური შინაარსის შესახებ შემდგომ ინტენსიურ კვლევას მოითხოვს.

სევედა და სიხარული, კმუნვა და აღფრთოვანება, დარდი და დღესასწაული, სიბრძნით აღტაცება და შემწყწნარებლობა უმეტერებისადმი, სიმართლე და სიყალბე, სიყვარული და სიძულვილი, სულგრძელობა მშვიდობიანობის დროს და უღმობლობა ბრძოლაში, სანაქებო წარსულისათვის პატივისცემა და სიახლის პერსპექტიულობა. ძლიერება და სისუსტე, სილამაზე და უთვალადობა, სიმდიდრე და სიღარიბე, ანარქია და წესრიგი, სიზარმაცე და მუყაითობა და სხვა ანტინომიური ფსიქოლოგიური განცდები თავიანთ შესაფერის ასახვას პოულობენ „ვეფხისტყაოსანში“.

რუსთაველის გმირთა პორტრეტების კლასიკური ფსიქოლოგიური ანალიზი თავდაპირველად დიდმა ილიამ მოგვცა. ფსიქოლოგიურ თავისებურებათა მიხედვით ილია „ვეფხისტყაოსნის“ გმირებს ორ ჯგუფად ჰყოფდა. მისი აზრით, ერთში ჰარბობს ემოციურობა, მეორეში — ინტელექტი. ილიას ეს შეხედულება დიდი ყურადღების ღირსია, იგი პიროვნების რეაგირების ტიპს ეხება.

როგორც აღვნიშნეთ, წარმოდგენილ შრომაში შევეხებით რუსთაველის გმირთა პიროვნულ თავისებურებებს პერსონალისტური ფსიქოლოგიის თვალთახედვით.

პოემის ფსიქოლოგიური ანალიზის დროს მხედველობაში უნდა ვქონიოთ, რომ თანამედროვე პერსონოლოგია პიროვნულ გამოვლინებებს შეისწავლის ფსიქიკური აპარატის ევოლუციური სრულქმნადობის საფუძველზე და ამასთან, განსაკუთრებით უსვამს ხაზს ფსიქოლოგიურ-ანტინომიურ რეაქციათა ურთიერთდაკავშირების პრობლემებს.

როგორც წესი, სასიამოვნო ემოციებს არა აქვს ფსიქოტრავმის ხასიათი და დაკავშირებული არ არის ასთენიურ განცდებთან. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ჯანმრთელი ადამიანი სიხარულით ტერის.

ფსიქოლოგიურად „სიხარულის ცრემლები“ ვლინდება პიროვნული რეგისტრების დონეზე ფაქტებისა და მოვლენების ანტინომიური ანალიზის შედეგად. ასეთ შემთხვევაში სიხარულის ემოციები ერთგვარად ექიშება ერთდროულად აღმოცენებულ მომავალი კეთილდღეობის დაკარგვის შიშის გრძობებს.

რუსთაველის პოემაში ანტიინომიურ განცდებთან ერთად ასახულია ფსიქოლოგიურად რთული სიტუაციები. მაგალითად, ტარიელის ყოველი დაბრუნება გამოქვამულში იწვევს ასმათის დიდ სიხარულს, რომელიც არაფრით არ ჩამოუვარდება სიხარულს მოსიყვარულე დაძმის წესვედრისას. მაგრამ ასმათის სიხარული ყოველთვის გამწარებულია გაუზღვეველი მომავლით. რის გამო იგი ცხარე ცრემლით ტირის.

„ატირდა მალღად ცრემლითა, ზღვათაჲ შესართავითა“.

ცრემლები ყოველთვის არ არის სასოწარკვეთილების, უიმედობისა და უპერსპექტივობის მაჩვენებელი. ამ თვალსაზრისით პოემის გმირთა ტირილი სპეციალურ ფსიქოლოგიურ ანალიზს მოითხოვს. სავსებით ცხადია, რომ გარკვეულ პირობებში რაინდების თვალებზე მომდვარი ცრემლები არ გამოხატავს მათს დეპრესიულ მდგომარეობას, პირიქით, ამ დროს ისინი სასურველი მიზნის მისაღწევად სავსენი არიან ძალითა და მოქმედების სურვილით. ცრემლები ამხნეებს და ახალისებს რაინდებს და განაწყობს მათ საგმირო საქმეებისათვის.

პიროვნების დონეზე ცრემლები ახალ ფსიქოლოგიურ შინაარსს იძენს. იგი ზღბა ვაჟკაცობისა და რაინდული ძლიერების სიმბოლური ნიშანი. რუსთაველი ამგვარი მხატვრული ხერხით ცდილობს გამოხატოს რომანის გმირების შეუდრეკელი ძალა. ამით ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ცრემლი ვერ გატეხს რაინდის სულსა და მის ფსიქოლოგიურ მიმართებას, ცრემლი გმირის განცდების კოლოსალური დაძაბვის გამოხატულებაა, რის შემდეგ აღწევს იგი სულიერი და ფიზიკური ძალების უდიდეს მობილიზაციას შექმნილ სიტუაციაზე რეაგირებისათვის.

ადამიანის სულიერი სამყაროს დიდი მცოდნე, გენიალური ქართველი პოეტი ვაჟა-ფშაველა ამბობდა, არა არის რა იმაზე უფრო დიდებული სანახაობა, ვიდრე ცრემლები. იმ მამულიშვილების თვალებზე, რომლებიც გამსჭვალულნი არიან თავიანთი იდეალების განხორციელების რწმენით.

საქართველოში მინახავს მამაკაცი, რომელსაც აფექტის მდგომარეობაში, თავისი ღირსების სრული შეგნების მიუხედავად გულზე მუშტი დაურტყამს და თვალზე ცრემლი მოსდგომა.

ცრემლები და მკილის გულში ცემა ერთნაირად ასახავს რაინდთა სასოწარკვეთილებას და მწუხარების განცდებს, მაგრამ ავთანდილმა



ისიც კარგად იცის, რომ განსაცდელში ძალთა მოკრეფაა საჭირო და მართო ცრემლები არ შევლის:

„აწ ტირილი არას მარგებს, ცუდად ცრემლნი რასა მდინა!“

პიროვნული რეგისტრის დონეზე ცრემლებს აქვს სრულიად განსხვავებული ფსიქოლოგიური მნიშვნელობა. ემოციური რეაქციების მუდმივი თანამგზავრი, ცრემლები, საჭიროებს მრავალმხრივ ანალიზს და ინდივიდუალურ ფსიქოლოგიურ შეფასებას.

პოემაში ნათლადაა ნაჩვენები, რომ სიყვარულის ემოციას განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს სთენიურ და ასთენიურ განცდათა შორის.

ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის მონაცემების თანახმად, სთენიური ან ასთენიური ემოციების მქონე პიროვნება საჭიროებს ხალხთან ურთიერთობას, რაც განსაკუთრებით დადებითად მოქმედებს ასთენიურ განცდებზე. ურთიერთობის შედეგად დარდი და მწუხარება გარკვეულად ფერმკრთალდება, კარგავს დაძაბულობის ხარისხს.

რუსთაველის მიხედვით, სიყვარულის ემოცია საიდუმლოდ ინახება, ფრიად სუბიექტურია პიროვნებისათვის. უფრო მეტიც, იგი გამოირჩევა თავისი სინაზით, ვერ ითმენს უცხო ხელის მიკარებას, აღამიანი ცხოვრობს თავისი სიყვარულით, წმიდად ინახავს მას. პოემიდან ვრწმუნდებით, რომ სიყვარულის ემოცია მისი მატარებლისათვის წარმოადგენს ფსიქოლოგიურ სტიმულატორს.

ჩემ მიერ ხაზგასმული დებულება მთლიანად ემყარება სულიერ რეაქციათა ფსიქოლოგიურ დაკვირვებებს და ფენომოლოგიურ აღწერას, რომელიც მდიდრად არის წარმოდგენილი პოემაში. ამასთან აღნიშნული ფენომენოლოგიური მასალა გადმოცემულია ისეთი დამაჯერებლობით და მხატვრული სიცხადით, რომ თამამად შეიძლება მოთავსდეს ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიურ ძიებათა გვერდით.

მე ვჩერდები სიყვარულის ემოციის ფსიქოლოგიაზე იმიტომ, რომ შოთა რუსთაველის ფორმულა — სიყვარულის ემოცია ინახება საიდუმლოდ, გამართლებას პოულობს ფსიქოპათოლოგიის მიმართ თითქმის კანონის ძალით.

აღნიშნული თეზისი თავისუფლად შეიძლება გადავიტანოთ პათოლოგიურ სულიერ რეაქციათა სამყაროში. ჩემთვის, როგორც ფსიქოპათოლოგისათვის აღნიშნულ ფსიქოლოგიურ დეტალს არსებითი მნიშ-

ვნელობა აქვს რეაქტიული ბუნების სულიერ ტანჯვათა მიზეზისა და შინაარსის გახსნის საქმეში, როდესაც ფსიქოტრავმის სახით წამოწეულია სიყვარულის ემოცია.

ამგვარ ფსიქოლოგიურ მასალაზე ჩვენ ვხედავთ, რომ ავადმყოფები ვაუბრიან ფსიქოანალიზს, არ ხსნიან თავიანთი სიყვარულის სამყაროს, ხოლო ზოგჯერ კლინიკური გამოკვლევისას ხლართავენ გზებს, ცდილობენ აგვაცილონ მნიშვნელოვან და ძირითად მიზანს.

მე მგონია, რომ რუსთაველის სახელთან დაკავშირებული დებულება სიყვარულის ემოციის ფსიქოლოგიის შესახებ გამოყენებულ უნდა იქნას კლინიკურ შემთხვევათა შემდგომი შემოქმედებითი ანალიზისათვის როგორც ფენომენოლოგიურ, ისე ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიურ ძიებათა ასპექტში.

სიყვარულის ემოცია, რომელიც წარმოადგენს მიჯნურის ძირითად განცდას და პიროვნების ცენტრშია, გამოირჩევა ფსიქოლოგიური მექანიზმების დამახასიათებელი თავისებურებით. თანახმად რუსთაველისა, მიჯნური შეპყრობილია სიყვარულის ემოციის ცეცხლით, სასტიკად იტანჯება განცდებისაგან, მაგრამ ამავე დროს არ ძალუძს და არც სურს თავი დააღწიოს ამ განსაკუთრებულ სიტუაციას.

ახლად შექმნილი პიროვნული მოდუსი ადამიანს ისეთ მდგომარეობაში აყენებს, რომ მისი მოქმედება და ქცევა ირგვლივმყოფთათვის გაუგებარი და მიუღებელია, მაგრამ მიჯნურისათვის იხსნება შეგრძნებებითა და ემოციებით მდიდარი სიცოცხლის „მარადიული საწყარო“. აქ ყურადღებას იპყრობს აფექტური დაძაბულობის ხარისხი, რომელიც არსებითად განსხვავდება ავადმყოფური ფსიქიკური რეაქციებისაგან.

აქვე შევნიშნავ, რომ ჩვენს დროშიც წერენ გაუგებარი, უაზრო. ანუ „პათოლოგიური სიყვარულის“ შესახებ, მაგრამ სიყვარულის ემოციის რაოდენობრივი დაძაბულობა ჩვეულებრივად არ აღწევს ავადმყოფურ მდგომარეობას. ავადმყოფური მდგომარეობა ძირითადად დამოკიდებულია პიროვნულ პათოლოგიურ ძვრებზე და არა მხოლოდ ფსიქიკური რეაქციის რაოდენობრივ მხარეზე.

პოემიდან ჩანს, რომ „მიჯნურობა“ ადამიანს აამაღლებს და უმაღლეს ტენდენციებს უვითარებს. აღნიშნული თავისებურება, რაზედაც ამახვილებს რუსთაველი ყურადღებას, მნიშვნელოვანია თანამედროვე პერსონოლოგიის პოზიციებიდან. მე დარწმუნებული ვარ, რომ მიჯნუ-

რობა არის ერთ-ერთი გამოხატულება ე. წ. ინტელექტუალური გრძობისა. შეყვარებული ტარიელი ახალ პიროვნებად იქცევა, მაგრამ თვისებრივად არ იცვლება. ამასთან ახალი მიზანსწრაფვა არ ახდენს გავლენას მის ძირითად პიროვნულ ტენდენციებზე.

ფსიქოლოგიის ზოგადი და კერძო პრობლემების განხილვის დროს მე ხშირად ვუბრუნდები გონებისა და გრძობის ურთიერთდამოკიდებულების პრობლემას. გენიალური პოემა შეიცავს აურაცხელ მასალას, რომელიც მრავალმხრივ აშუქებს პრობლემას: „ინტელექტი და ემოციი“, „გონების ხმა“, „გულის ხმა“. აღნიშნული საკითხი შეადგენს ზოგადსაკაცობრიო მარადიული ძიების საგანს.

საგანგებოდ, უზომო სიღრმემდე, ფაქიზად და პრაქტიკული სიციხადით გაშუქებული ეს პრობლემა ნიადაგ მომაჯადოებელია, რადგანაც ეხება ბრძოლას ადამიანის გონებასა და ადამიანის ვნებას შორის. საბოლოოდ, აღნიშნული ბრძოლა შეადგენს იმ ფონს, რომელზედაც ვითარდება ფსიქიკური რეაქციები — ფსიქიკური აპარატის რეაგირების შინაარსი და მიმართება ნორმასა და პათოლოგიაში.

ადამიანის ონტოგენეზს, უფრო მეტიც, ადამიანის ქმნადობას, როგორც სოციალურ-ფსიქოლოგიურ კატეგორიებს იქითკენ მივყავართ, რომ ბრძოლა გონებასა და ვნებას შორის უნდა მიმდინარეობდეს პიროვნული რეგისტრების დონეზე. აღნიშნულ დონეზე ბრძოლა სპეციფიკურად დამახასიათებელი და ამიტომ აუცილებელია ადამიანისათვის.

პიროვნულ დონეზე ბრძოლის სიმძაფრე ნიველირდება, რბილდება, უფრო ნეტიც, ექვემდებარება ცენზურას, კრიტიკასა და კონტროლს; შეიძლება ითქვას: ადამიანში ითრგუნება ცხოველი, ხმას იმაღლებს მორალი, მოვალეობა და სინდისი. რკინის ლოგიკით და კონკრეტული ფაქტების ბრწყინვალე აღწერილობით რუსთაველის გენია ადასტურებს, რომ ემოციები და მიზიდულობანი კონტროლს ექვემდებარებიან და იხშობიან პიროვნების მაღალი რეგისტრებით.

როგორც ცნობილია, ემოციისა და ინტელექტის ცალკეული გამოვლინებანი იხსნებიან პიროვნული რეგისტრების დონეზე და გვევლინებიან ერთიანი პროცესის სახით, რომელიც ცნობილია ინტელექტუალური გრძობის სახელწოდებით. იქ ინტელექტუალური და ემოციური ერთმანეთს ერწყმის ფსიქოლოგიური ამაღამის სახით.

მიჯნურის ემოციური სტატუსი იმდენად გამსჭვალულია პიროვ-

ნულით, რომ ჩემი აზრით, შესაძლებელია მასზე, როგორც ინტელექტუალურ გრძნობაზე მსჯელობა. უკანასკნელისათვის დამახასიათებელია არა პედონიური პრინციპი გრძნობათა ორვექტორულობით (სასიამოვნო — უსიამოვნო), არამედ გრძნობათა ერთვექტორულობა; მხედველობაში მაქვს ამამაღლებელი, გამამხნევებელი, დამამშვიდებელი, აკრეთვე შემოქმედებითად ამაღლებული გრძნობები.

გენიალური მოაზროვნის შემოქმედებას ახასიათებს მარადიული ინტერესი მის მიერ წამოყენებული პრობლემისადმი.

მაგრამ არის მეორე, არანაკლებ მნიშვნელოვანი თავისებურებაც. მხედველობაში მაქვს გენიოსის შემოქმედებითი შინაგანჭკრეტა, როდესაც თავისი ღრის ცოდნის ყოველმხრივი აღქმით და საგანთა და მოვლენათა არსში შემოქმედებითი ინტუიციური ჩაწვდომით იგი აყენებს ისეთ საპრობლემო საკითხებს, რომლებიც დასაბამს აძლევს ძიების ახალ, მანამდე უცნობ უბნებს და რომლებიც კვლევით განხორციელებას პოულობს მრავალი წლის (ზოგჯერ საუკუნეთა) შემდეგ.

შოთა რუსთაველის გენია არა მარტო აყენებს და გარკვეულად წყვეტს მარად ცოცხალ პრობლემებს, არამედ სახავს ახალ საკვლევ პრობლემებსაც. ამ მხრივ უფლებას მივცემ ჩემს თავს შეეჩერდე ზოგიერთ საკითხზე, რომელთაც კავშირი აქვთ სამედიცინო ფსიქოლოგიასა და ფსიქოპათოლოგიასთან.

პოეტი ამით ხაზს უსვამს, რომ საჭიროა ექიმს მოუყვეთ ავადმყოფობის შესახებ, ანუ მართებული მკურნალობისათვის აუცილებელია თანამედროვე ენით რომ ვთქვათ, ზუსტი ანამნეზი. ამავე დროს საკითხის უფრო ღრმად განხილვისას ნათელი ხდება, რომ რუსთაველს მხედველობაში არა აქვს ჩვეულებრივი ანამნეზური ცნობები.

პოემის კონტექსტიდან ადვილად ვგებულობთ, რომ ავტორს მხედველობაში ჰქვს ფსიქოლოგიური (ფსიქიკური) და არა ფიზიკური გაჭირება. ამიტომ ექიმისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ავადმყოფის სუბიექტურ განცდათა ანალიზს, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ფსიქოლოგიურ ანალიზს.

მთელი თანამედროვე თეორიული და პრაქტიკული ფსიქოპათოლოგია დაფუძნებულია სულიერ აშლილობათა სუბიექტური და ობიექტური გამოვლინების ფსიქოლოგიურ ანალიზზე. როგორც ვხედავთ. ფსიქოლოგიური ანალიზის საწყისები ღრმა წარსულშია.

დაკვირვება და ანალიზი შეადგენს იმ მეთოდურ გზებს, რომლე-

ბითაც სარგებლობს სულის გენიალური მცოდნე ადამიანის სუბიექტური (ფსიქიკური) სამყაროს, შინაარსისა და კანონზომიერებათა არსში ჩაწვდომისათვის. პრობლემისადმი სწორი მიდგომა და ფსიქოლოგიის სფეროს ღრმა ცოდნა საშუალებას აძლევს რუსთაველს არ განაცალკეოს სულიერი და ფიზიკური (ფიზიოლოგიური) და დასვას ფსიქოფიზიკური კორელაციების, ურთიერთკავშირებისა და დინამიკური ურთიერთმოქმედების საპრობლემო მნიშვნელობის საკითხი.

მორალური ალტკინებისა და განდიდების ყოველ საფეხურს თავისი ფიზიოლოგიური წინამძღვრები აქვს. არც ერთ ადამიანს არ ძალუძს მოწყდეს „მიწიერ“ მოთხოვნილებებს.

პოემაში სათანადო ადგილი აქვს დათმობილი ადამიანის სომატიკას, ადამიანისა, რომელიც თანახმად რუსთაველისა ადამის, თავისი წინაპრის, შვილია და აღესილია ადამიანური მიზიდულობებით და კვების ინსტინქტით.

ფიზიკური თანდათან კნინდება; ფსიქიკური შესაძლებლობანი ქვნება უფრო მოგვიანებით და ადამიანი ჭერ კიდევ არ კარგავს მომავლისათვის პასუხისმგებლობის გრძნობას; ჩნდება ზრუნვა თავისი მუშაობის პერსპექტივაზე; ზრუნვა ოჯახისა და მისი წევრების მომავალზე და ა. შ.

ყოველივე აღნიშნული უეჭველად მნიშვნელოვანია თანამედროვე სამეცნიერო-კვლევითი უზნისათვის, რომელსაც პერონტოლოგია და პერიატრია ეწოდება და ეხება დღევანდელი დღის მაკრო-მიკროსოციოლოგიის ზოგად და კერძო საკითხებს.

პოემაში აღძრული საკითხი მოქნილი და მკვრივი სხეულის, ანუ მისი დინამიკურობისა და პლასტიკურობის შესახებ შეიცავს მოვლენის როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ მხარეს და ეხება ფსიქოფიზიკურ კორელაციათა საკითხს.

ჩვენს დროში წერენ ფსიქოლოგიური და მედიკამენტური ფსიქოთერაპიის შესახებ. მხედველობაშია ფსიქოთერაპიული ზემოქმედება როგორც სიტყვის, ისე სამკურნალო პრეპარატის საშუალებით. უფრო მეტიც, უკანასკნელი 10—15 წლის განმავლობაში შეიქმნა დამოუკიდებელი სამედიცინო-ბიოლოგიური უბანი, რომელსაც ფსიქოფარმაკოლოგია ეწოდება. იგი აწარმოებს თეორიულ და პრაქტიკულ ძიებას, რათა მოიძებნოს ისეთი სამკურნალო საშუალებანი, რომლებიც უშუალოდ იმოქმედებს ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციებზე. ამ მიმარ-

თულებით უკვე პრაქტიკულად არის განხორციელებული ფსიქოზების, ღროს დეპრესიულ მდგომარეობათა მკურნალობა სამკურნალო პრეპარატებით. ამ კვლევას უშუალო კავშირი აქვს ფსიქოფიზიკურ კორელაციათა პრობლემასთან.

ამრიგად, ფორმულა „სულის წამალი“ აღვსილია ღრმაზრიანი შინაარსით და, უეჭველად, წარმოდგენს იმის გენიალურ წინაგანჭვრეტას, რაზეც მუშაობს თანამედროვე კვლევითი აზრი.

გასაგებია, რუსთაველის ეპოქაში არ იყო და არც შეიძლება ყოფილიყო სათანადო სამედიცინო-ბიოლოგიური მონაცემები და ავტორს ძირითადად უხდებოდა ესარგებლა გულუბრყვილო წარმოდგენებით სხეულისა და სულის ურთიერთკავშირის შესახებ; მაგრამ ადამიანის ფსიქიკის ღრმა ცოდნა რუსთაველს გენიალური წინაგანჭვრეტის შესაძლებლობას აძლევს კულტურის სხვა დარგებშიც.

სპეციალურ შემოქმედებით ინტერესს წარმოდგენს რუსთაველის აზრები გულისა და სულიერ განცდათა ურთიერთკავშირის შესახებ. აღნიშნულ ასპექტს, როგორც ფსიქოფიზიკურ პრობლემას განსაკუთრებული შემოქმედებითი ანალიზი ესაჭიროება, ვინაიდან ქართულ მეტყველებაში სიტყვა „გული“ მრავალმნიშვნელოვანი სემანტიკის შემცველია.

უეჭველია, რომ ხალხური შეხედულებანი ამა, თუ იმ ორგანოს ნორმალური და პათოლოგიური მნიშვნელობის შესახებ დაფუძნებულია მრავალსაუკუნოვან დაკვირვებათა საღ გამოცდილებაზე და მნიშვნელოვანია სამედიცინო-ბიოლოგიური დარგის თანამედროვე მუშაებისათვისაც.

საჭიროდ მიგვაჩნია ფართო სამედიცინო საზოგადოებრიობას მოვაგონო ქართველი ხალხის ისტორიულად ჩამოყალიბებული შეხედულებანი ადამიანის ორგანიზმისათვის გულის როლისა და მნიშვნელობის შესახებ.

სისხლის მიმოქცევის ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიაში გულის მუშაობას ცენტრალური და წამყვანი ადგილი უჭირავს.

ცნება სიკვდილის შესახებ დაკავშირებულია გულის გაჩერებასთან, გულისცემის შეწყვეტასთან.

ქართველ ხალხს სავსებით განსაკუთრებული წარმოდგენა აქვს გულზე, რაც დასტურდება ქართული ენისათვის იმ გარემოებით. რომ

სიტყვა „გულს“ აქვს განსაკუთრებით მდიდარი სემანტიკური წარმონაქმნები.

სიტყვა „გულის“ მეშვეობით ქართული ენა გადმოსცემს სულ სხვადასხვაგვარ ფსიქოლოგიურ ფუნქციებს.

ეს მონაცემები შექმნილია თვით ხალხის მიერ. მოკლებული არ იქნება აქტუალურ ინტერესს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებაში ფსიქიკური ფაქტორების როლის დაზუსტება.

ფსიქოსომატურ ურთიერთდამოკიდებულებათა პრობლემაში ყურადღებას იპყრობს სიტყვა „გულიდან“ წარმოქმნილი სიტყვების, გამოთქმების, წარმოდგენების და ცნებების სემანტიკური ანალიზი.

ქართველი ფსიქოლოგის ა. ფრანგიშვილის მიხედვით სიტყვა „გული“ და მისი წარმონაქმნების მეშვეობით ქართული ენა გამოხატავს ცალკეულ ფუნქციებს და რთულ მოვლენებს, რომელთაც კავშირი აქვთ ემოციის, ყურადღებისა და ინტელექტის სფეროებთან.

საჭიროა ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ ჩვენ, რა თქმა უნდა, ფსიქოლოგიურ ტერმინებსა და ცნებებს არ ვუკავშირებთ გარკვეულ სოციალურ კატეგორიებს. ქართული ენის ლექსიკა განსაკუთრებით მდიდარია. ხშირად ვხვდებით სინონიმებს. საჭიროა მივუთითოთ ცალკეულ შემთხვევებზე, სადაც სინონიმურ განსაზღვრებს საფუძვლად უდევს სიტყვა „გული“. მაგალითად, „გულჩვილი“, („მოლიქენელი“), „გულმემატიკვარი“ (დ. ჩუბინაშვილით).

პოემაში წამოყენებულია დებულებანი, რომლებიც მიუთითებენ გარკვეულ კავშირზე გულსა და ასთენიურ (უსიამოვნო) ვანცდებს შორის: ლაპარაკია სულიერ ტკივილზე, გულის ბოღმაზე, გულის კრილობებზე. აქ გული და სულიერი წარმოდგენილია როგორც ერთი მთლიანი ფსიქოდინამიკური პროცესი. გასაგებია, რომ ასთენიური ემოცია წარმოადგენს წმინდა სულიერ პროცესს, რომლის დროს, გულის მნიშვნელობა ხაზგასმულია როგორც მეტად მგრძობიარე ორგანოსი, რომელიც იძლევა უსიამოვნო ფიზიკურ შეგრძნებებს.

ასთენიურ ვანცდათა სიღრმე ავტორის მიერ გადმოცემულია გულის შეგრძნების საშუალებით.

ბოღმის, მწუხარების და საერთოდ უბედურების ემოციური მდგომარეობის გადმოცემისათვის ფიზიკურ-ფიზიოლოგიური საშუალების გამოყენების ხერხი მეცნიერულად არის გამართლებული.

თანამედროვე ფსიქოპათოლოგიამ და ფსიქოლოგიამ კარგად იცის,

რომ დაბოლმიანებისა და მწუხარების დროს (იქნება იგი ფიზიოლოგიური თუ პათოლოგიური), როგორც წესი, ადგილი აქვს არასასიამოვნო შეგრძნებათა აქდერებას გულის მხრივ (სიმძიმე გულის არეში. „ლოდი გულზე“ და ა. შ.).

რუსთაველის ნითითებანი გულის შეგრძნებათა როლის შესახებ, როგორც დეპრესიის ფიზიკური კორელატისა, სრულ აღიარებას პოულობს თანამედროვე ფსიქოპათოლოგიაში.

უფრო მეტიც, დეპრესიისა და გულის მხრივ შეგრძნებათა ურთიერთკავშირების თვალთახედვით, ისახება შემდგომი მნიშვნელოვანი კვლევები ფსიქოპათოლოგიის დამოუკიდებელი შემოქმედებითი დარგის სახით, რომელსაც მე ვუწოდებ პალეოფსიქოპათოლოგიას.

თუ ფსიქიკური აპარატისათვის დამახასიათებელია მთლიან, ინტეგრაციული მოქმედება, რომელიც თანაბრად არის წარმოდგენილი მის ყოველ დინამიკურ საფეხურზე, ეს თავისებურება კიდევ უფრო სპეციფიკურია პიროვნულ რეგისტრებზე.

ფსიქიკის მთლიანობა აუცილებელი პირობაა უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციებისათვის.

ამ განსაკუთრებით ზუსტ და ლაკონიურ ფორმულაში პოულობს სათანადო ასახვას თანამედროვე წარმოდგენები პიროვნების ინტეგრაციული მოქმედების შესახებ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქოდინამიკური პროცესების ძვრადობით გაპირობებულია ფსიქიკური აპარატის სწრაფი ანალიზურ-სინთეზური მუშაობა.

ფსიქიკურ გამოვლინებათა მთლიანობა და ძვრადობა, რომელიც ასე დამახასიათებელია პიროვნულ დონეზე, ქმნის ფონს ანტინომიური ფსიქოლოგიური რეაქციებისათვის.

ფსიქოლოგიური ანტინომიების გენეზური ფესვები და დინამიკური მექანიზმები ძნელად ექვემდებარება ანალიზს (გაგების, შთაგონებისა და ახსნის ფსიქოლოგიის ჩვეულებრივ პოზიციებს).

აქ ჩვენ საქმე გვაქვს გადანაცვლებათა ურთულეს ფსიქოლოგიურ პროცესებთან, ძირითადი პიროვნული მრწამსის შენარჩუნებისათვის.

პოემაში წარმოდგენილია უმდიდრესი ფაქტობრივი მასალა, რომელსაც კავშირი აქვს ანტინომიათა ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან.

პარმონიული პიროვნება მოწოდებულია სათანადოდ აწონ-დაწონოს ფაქტები (ანალიზი-სინთეზი), გამოამყდავნოს საჭირო ორიენტა-



ცია ყველაზე რთულ გარემოცვაში და პირადი სუბიექტური სამყაროს განცდებში. ამიტომ ჰარმონიული ფსიქიკური აპარატის მქონე პიროვნება შაბლონურ ფსიქიკურ რეაქციებს არ ამჟღავნებს.

მუდმივი შეფასებისა და დაბაბული ორიენტაციის პირობებში ფსიქოლოგიური პროცესები ხშირად ეჯახება პიროვნების საწინააღმდეგო განცდებს (ტენდენციებს, სურვილებსა და მიზიდულობებს). ამით ადამიანის ფსიქიკურ აპარატში იქმნება კონფლიქტურ განცდათა გარკვეული კვანძი, რომელიც მოითხოვს ლოგიკურ გადაწყვეტას და ფსიქოდინამიკურ განმუხტვას. რაც უფრო რთულია სუბიექტური და ობიექტური სიტუაცია, მით უფრო მწვავედ, ღრმად და უფრო კონკრეტულად გამოიყურება ანტინომიური რეაქციები.

### **პარსონოლოგიური პრობლემები ნიკოლოზ ხარათაშვილის შემოქმედებაში**

ფსიქიკური აპარატის მთლიანი და ინტეგრირებული მუშაობა წარმოადგენს ჰარმონიული პიროვნების წანამძღვრებს. პიროვნება თავის ყოველდღიურ მოქმედებაში მოწოდებულია უსმინოს შინაგან სინდისის ხმას და უნაგაროდ ემსახუროს სიყვარულის, მეგობრობის, ძმობისა და პატრიოტიზმის მაღალ იდეებს.

პიროვნების ცალკეულ გამოვლინებათა შესწავლისათვის ნორმასა და პათოლოგიაში უქველად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, იმ ფსიქოლოგიურ მასალას, რომელსაც გვაწვდის მხატვრული ლიტერატურა. ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის ეს თავისებური ექსკურსი სასარგებლოა, როგორც გარკვეულ ფსიქოპათოლოგიურ პრობლემათა დაზუსტებისათვის, ასევე ლიტერატურულ გმირთა ფსიქოლოგიურ ანალიზისათვისაც.

ჩვენი ცოდნის თანამედროვე დონეზე განსაკუთრებით აუცილებელია შემოქმედებითი სიმბიოზი მეცნიერებასა და ხელოვნებას შორის, მხატვრული ფსიქოლოგიის მასალები (ლიტერატურის, მუსიკისა და ფერწერის) შეიძლება ფართოდ იქნეს გამოყენებული სხვადასხვა ფსიქოლოგიურ პრობლემათა მეცნიერული ანალიზისათვის. ზოგჯერ ისინი უფრო ღრმად, ფართოდ და მრავალფეროვნად გვიჩვენებენ ადამიანის სუბიექტური სამყაროს ურთულეს შინაარსს, მის უღრმეს ლაბირინთებს.

მხატვრული ფსიქოლოგიის კლასიკური და გენიალური წარმომადგენელია შოთა რუსთაველი, რომელიც თავის პოემა „ვეფხისტყაოსანში“ ეხება პიროვნების გამოვლინებათა რთულ მხარეებს.

უდავოა, რომ თავისი სიღრმითა და შინაარსის სირთულით ფსიქიკური სამყარო შეუდარებლად უფრო რთული პრობლემაა, ვიდრე ფიზიკური რეალობა. ამ მხრივ მხატვრული ფსიქოლოგიის მონაცემები უაღრესად ობიექტურ და ღრმა ანალიზს მოითხოვს. ყველასათვის უეჭველი დებულებაა, რომ მხატვრული შემოქმედება არის ირგვლივ არსებულის ასახვა, იმ სიტუაციის ჰერეტიკა, რომელშიც ავტორი იმყოფება. ეს ასახვა რთული და უშუალოა. დავსძენთ, რომ გენიოსთა შთაგონების მარადიულობა და ზოგადსაკაცობრიობა სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ მათთვის ცხოვრების პირობები წარმომადგენს მხოლოდ ქარგას, რომელზედაც იმყოფება არა მარტო პირადული (სასიამოვნო ან უსიამოვნო, ბედნიერება თუ უბედობა), არამედ მუდამ რაღაც ახალი და ცხოველმყოფელი საწყისი.

პერსონოლოგიური თვალსაზრისით სპეციალურ ყურადღებას იმსახურებს ნიკოლოზ ბარათაშვილისა და ვაჟა-ფშაველას მხატვრული შემოქმედება.

ილია ჭავჭავაძემ ნ. ბარათაშვილის შემოქმედების კლასიკური შეფასება მოგვცა: მან აღნიშნა, რომ ბარათაშვილის მწუხარება, გოდება და ვედრება ზოგადსაკაცობრიო ხასიათისაა. ბარათაშვილი თავის ფიქრთა პასუხს ეძებდა არა მარტო საკუთარ გულში, არამედ მთელი კაცობრიობის გულისთქმაში.

ქართული ეროვნული კულტურის დიდი მოამაგე ილია ჭავჭავაძე იძლევა შემდეგ ფორმულას ბარათაშვილის შესახებ: „მისნი გულისთქმანი, მისნი გრძობანი, მისნი ჭირნი და მწუხარებანი უფრო საყოველთაო, საკაცობრიო არიან, ვიდრე კერძონი, ვიდრე მის საკუთარ გულისანი, მისი კენესა კაცობრიობის კენესაა, მისი ჩივილი კაცობრიობის ჩივილია, მისი ვერ მიწვდენა სურვილისა კაცობრიობის უღონობაა“; და შემდეგ, მგოსანი თავისი ფიქრების პასუხს ეძებდაო „მარტო თავის გულში კი არა, მთელის კაცობრიობის გულში“ (ილია ჭავჭავაძე, თხზულებანი, ტომი III, გვ. 211).

ნიკოლოზ ბარათაშვილი ადამიანის სულიერ განცდათა უდიდეს მკვლევარს. მის მიერ დასმულ ზოგადსაკაცობრიო პრობლემებს უშუალო კავშირი აქვს პერსონოლოგიასთან.

თავის შემოქმედებაში პოეტი აღიარებს ადამიანის სულიერი სამყაროს უაღრეს სირთულეს. ამასთან მიუთითებს, რომ გარეგანი ასახვა ანუ მოვლენის ფენომენოლოგიური შესწავლა გარკვეულ წინააღმდეგობაშია მის შინაგან შინაარსთან. ამ დასკვნამდე მიღის პოეტი მკაცრი გონებრივი განსჯის შემდეგ. ბარათაშვილს მრავალგზის აღუნიშნავს, რომ ხშირად, ერთი შეხედვით მაღალ გრძობათა მიღმა უსულგულობა იფარება, ხოლო სულიერი სილამაზე ცნობიერების ფარდა ყოფილა.

პოეტის გულისთქმაში, ისე როგორც აღსარებაში, მოცემულია მორალურად დაბალი ადამიანის შეფასება. ამასთან, მისი დასკვნა მოკლებულია ყოველგვარ აფექტურ-ემოციურ შეფარდებას და წარმოადგენს ლოგიკურ დასაბუთებაზე დამყარებულ დებულებას.

ახალგაზრდა პოეტის სახით ჩვენ ვხედავთ ბრძენ ადამიანს, რომელმაც შეიცნო ამქვეყნიური ცხოვრება და ადამიანთა სულისკვეთება. ნ. ბარათაშვილი ადამიანთა ვნებების, მისწრაფებებისა და მათი სულიერი სამყაროს დიდი მცოდნეა. ამ მხრივ მის იდეებთან ძლიერ აბლო დგას შექსპირისა და დოსტოევსკის შემოქმედება.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ნ. ბარათაშვილის პირადი ავბედითობა წარმოადგენდა მისი ცხოვრების მხოლოდ პლასტიკურ და არაგენეზურ მხარეს. პირადი ცხოვრების წარუმატებლობამ მოახდინა მისი პოეტური შემართების მობილიზაცია, რითაც იგი უფრო ღრმად და ყოველმხრივ ჩასწვდა ადამიანთა ურთიერთობის სოციალურ და ფსიქოლოგიურ სიმრუდეს.

ნ. ბარათაშვილი ეხება ისეთ საკითხებს, რომელთაც უშუალო დამოკიდებულება აქვს ადამიანის არსებობისა და დანიშნულების პრობლემებთან, ნაღველი, სასოწარკვეთილება და იმედგაცრუება მის მიერ განხილულია მაღალ პიროვნულ დონეზე. აქ იგი გულისხმობს პატრიოტიზმს, მოქალაქეობრივ ვალდებულებას და თავის ერისადმი უანგარო თავდადებას.

ბარათაშვილის მიერ განვითარებულ ზოგად ფსიქოლოგიურ აზრს მხარს უჭერს თ. დოსტოევსკის გამოთქმები. დოსტოევსკის თანახმად, სატანაც კი, ეს ყველაზე უხამსი და მდებალი არსება შექმნილია ადამიანის დარად და მსგავსად. მაგრამ როდესაც არსება ჰკარგავს ადამიანურ, პიროვნულ სპეციფიკურ თვისებებს, ამოტივტივდება რაღაც მხეცურად. ზოოლოგიური. დოსტოევსკი წერს: მხეცი არასდროს არ შეიძლება იყოს ისეთი სასტიკი როგორც ადამიანი, ისეთი არტისტიული, ისე მხატ-

ვრულად სასტიკი. ვეფხვი მხოლოდ გლეჯს და მხოლოდ ეს შეუძლია. მას თავშიც არ მოუყვებოდა ადამიანები მიეჭედნა ყურებიო, რომ შესძლებოდა კიდევ ამის გაკეთება.

ბარათაშვილის შემოქმედებისათვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელია კაცთმოყვარეობის იდეა. მისი პოეზია წარმოადგენს ადამიანის სიყვარულისადმი და პატივისცემისადმი მოწოდებას.

ჩვერ კიდევ სტუდენტობის წლებში ილია ჭავჭავაძე ნიკოლოზ ბარათაშვილისადმი მიძღვნილ ლექსში ამბობს, ბარათაშვილის პოეზია არის „ზღვა გული სიყვარულის სხივის ქვეშ გაშლილი“.

პიროვნული ფსიქოლოგიის პოზიციიდან საყურადღებოა მარტობის ანუ „სულის ობლობის“ პრობლემა.

პიროვნება სოციალურ-ფსიქოლოგიური კატეგორიაა და ამიტომ არ შეუძლია დარჩეს საზოგადოების, კოლექტივის გარეშე. ამასთან, იგი გამუდმებით უნდა იყოს მოქმედებაში, მისთვის ღირსეულის ძებნაში.

პატივისცემის, სიყვარულისა და ურთიერთზრუნვის იდეები წარმოადგენს ღერძს ბარათაშვილის პერსონოლოგიურ ძიებაში. მაგრამ ამ მხრივ ყველაზე არსებითს და მთავარს წარმოადგენს ნდობის პრობლემა როგორც პოეტის შემოქმედების ფილოსოფიური და სოციალ-ფსიქოლოგიური კრედო.

როგორც ცნობილია, ნდობის საკითხი პირდაპირ და უშუალოდ დაკავშირებულია ადამიანის მორალური სისპეტაკის პრობლემასთან.

ბარათაშვილის თანახმად, როდესაც ადამიანს ეკარგება ნდობა საზოგადოებისადმი; ეშინია, კრთის, არ იცის ვის მიმართოს, ვის გაუზიაროს თავისი ფარული განცდები და იქმნება სიტუაცია შიშის, როდესაც, კითხვის ნიშნის ქვეშ აღმოჩნდება ადამიანის ფიზიკური და სულიერი არსებობა, მაშინ ისმება საკითხი რა გაკეთდეს და საით წავიდეს იგი? და თუ „არღარა აქვს მას ნდობა ამა სოფლის: ეშინიან, იკრძაღვის, არღა იცის, ვის აუწყოს დაფარული მან გრძნობა“. აქ ჩვენს წინ წამოიჭრება პიროვნების ზოგადსაკაცობრიო პრობლემა, რომელიც გულისხმობს ნდობას და გარკვეულ თავისუფლებას. შიშისა და უნდობლობის ვითარება ქმნის არსებობისათვის კატასტროფულ პირობებს, ამიტომ „სულით ობლობა“ არის განსაკუთრებული ვარაში ადამიანის არსებობისათვის.

პოეტი მოგვიწოდებს აქტიური ბრძოლისა და პიროვნულ სპეციფიკური თავისებურებების გმირული შენარჩუნებისაკენ.

ამგვარი კატასტროფული სიტუაციის დროს არსებობს სამი გამოსავალი: ან დარღვისაგან ფიზიკური სიკვდილი, ან ადამიანის მორალურ-ფსიქოლოგიური განადგურება, გაუხამსება, როდესაც ადამიანი ჭკპს „მწარე პურს“, ანდა მომავლისადმი მტკიცე რწმენით აღესილი აქტიური ბრძოლა.

უსიამოვნო, ასთენიური ემოციებით დატვირთული ინდივიდუუმები. თუ არ მიდის უიმედო სასოწარკვეთილებამდე და ღრმა პესიმიზმამდე, როდესაც ერთადერთ გამოსავალს სიკვდილი წარმოადგენს, მაშინ ასეთი სიმტკიცე მხოლოდ პიროვნულ დონეზე ხორციელდება.

პიროვნების დონე წარმოადგენს სწორედ იმ ბრძმედს, რომელშიც მაღალი და ბრძნული პოზიციებიდან შეიძლება გადაიხარშოს ყოველგვარი ცხოვრებისეული ნაღველი, რომელშიც შეიძლება დაიწვას უხანსობა, სიმდაბლე და ცხოვრებისეული ინსტინქტები.

აწმყოს სიმრუდისა და უსამართლობის ბარათაშვილისებური გაკიცხვა, აქტიური უარყოფა, რადიკალური შებრძოლება და ასეთი სამყაროდან განსვლა ახლისკენ, ახალი სამყაროს ძიება, ეს არ არის იმედგაცრუებული, სუსტი, მხდალი და მშიშარა ადამიანის განსვლა, არამედ დიდი გენოსის მიერ დასახულ სიძნელეთა გადალახვის აუცილებლობა, როდესაც მას ვერ აშინებს ვერანაირი მტერი, ვერ აშინებს უპატრონო ადამიანის სიკვდილი; მას არ აშინებს არც აზრი, რომ შეიძლება ვერ დაიმარხოს თავის მამულში, წინაპართა საფლავებს შორის, სატრფოს მწუხარე ცრემლის დაკარგვა და სხვ.

ბრძოლის დასახული გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს მოსალოდნელ სიძნელეებს, არის არა მარტო მაღალმორალური ხასიათის ემოციური განწყობა, არამედ ძლიერი პიროვნების გადაწყვეტილება გმირულად დასძლიოს ყოველგვარი სიძნელე და აიტანოს ყოველი ნაკლებობა, რათა განხორციელდეს ნდობის, სიმართლისა და თავისუფლების იდეები.

ხაზს ვუსვამთ, რომ ასეთი მიზანდასახული ბრძოლისა და გმირული თავგანწირვის გეგმა შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ პიროვნების დონეზე. პიროვნული სიყვარული ბარათაშვილის შემოქმედებაში შეფასებული უნდა იქნეს როგორც ინტელექტუალური გრძნობა. უკანასკნელი მოკლებულია სომატოგენსორულ შეგრძნებებს და წარმოადგენს თავისებურ შერწყმას (ამალგამას, ლიგირებას) გონებრივ მჭკრეტელობითი და ჰედონისტური აღქმისა. იქმნება პირობა საგნებისა და

მოვლენების ინტელექტუალურ-ემოციური შეფასებისა პიროვნების დონეზე. სიმბოლური შედარებისა და დაპირისპირების გზით ინდივიდუუმს აქვს შესაძლებლობა გარემოს უფრო მკვეთრი აღქმისა და ფართო ორიენტაციისა.

ნ. ბარათაშვილი მიმართავს ბუნებას, რათა გვაჩვენოს ადამიანების სამყაროსათვის ჩვეული სოციალურ-ფსიქოლოგიური სიმანხიჯე, რომელიც თავისი სიფაქიზითა და სისპეტაკით სინამდვილის სრულ წინააღმდეგობას წარმოადგენს. პოეტის დამოკიდებულება ბუნებასთან სიმბოლურია. სიმბოლური ენა მას საშუალებას აძლევს არა მარტო შეიგრძნოს, არამედ ჩასწვდეს, მოუსმინოს უსულო საგანთა საუბარსაც. ამ მხრივ პოეტის პიროვნულ სიმბოლიკას გარკვევით ესიტყვება ვაჟა-ფშაველას შემოქმედება. როგორც ცნობილია, ემოციურ-ინტელექტუალური ეფექტის გაძლიერებისათვის ვაჟა-ფშაველა იყენებს წყაროების, ქვების, ველების, ფოთლებისა და ფესვების ენას. ეგრეთწოდებული პანთეისტური ანალიზი წარმოადგენს მხოლოდ შემოქმედებით ხერხს და არავითარი კავშირი არა აქვს გარკვეულ ფილოსოფიურ მსოფლმხედველობასთან.

ბარათაშვილის თვალსაზრისით, ადამიანი მოვალეა აიტანოს ყოველგვარი შეზღუდვა და გასაჭირი ზოგადსაკაცობრიო ინტერესებისათვის, იცხოვროს ურთიერთნდობით, სიმართლითა და გულწრფელობით.

ბარათაშვილი თავის შემოქმედებაში მაღალი პერსონოლოგიური იდეების ზოგადსაკაცობრიო პრობლემების სიღრმის მიხედვით შეიძლება დავაყენოთ რუსთაველის, შექსპირის, გოეთეს და დოსტოევსკის გვერდით.

უცხადებს რა ბრძოლას სიყალბეს, სიცრუეს, უხამსობას, უნდობლობას და შიშის სიტუაციას, პოეტი სახავს ნამდვილი ადამიანური მოქმედების გამირულ გზას, ე. ი. სულიერი დასვენებისა და სიმშვიდის სიტუაციისაქენ მიმავალ გზას.

ბარათაშვილის პერსონოლოგიური იდეები ისტორიულად დაკავშირებულია რუსთაველის იდეებთან ადამიანის მნიშვნელობისა და დანიშნულების შესახებ.

ნიკოლოზ ბარათაშვილის შემოქმედებაში ჩვენ ვხედავთ დიადი წინაპრის ღირსეულ შემკვიდრეს.

ვაჟა-ფშაველას მხატვრულ ნაწარმოებებს განსაკუთრებით ღრმა-ზოგადფსიქოლოგიური, სოციალურ-ფსიქოლოგიური და ეთნოფსიქოლოგიური მნიშვნელობა აქვს.

ავტორის შემოქმედებით მიღწევებს ხელი შეუწყო არა მარტო მის მიერ მხატვრული ლიტერატურის, ფილოსოფიისა და ფსიქოლოგიის ამომწურავმა ცოდნამ, არამედ საკუთარი ხალხის საყოფაცხოვრებო წყობის ზნე-ჩვეულებების, მდიდარი კულტურის, წარსულისა და აწმყოს იშვიათმა წვდომამ, სამშობლოსადმი განუხსაზღვრელმა სიყვარულმა.

პოეტს შესანიშნავად ესმოდა და იგი გრძნობდა ადამიანის შინა სპეცაროს, მის მისწრაფებებსა და იდეებს.

ვაჟა-ფშაველა აღფრთოვანებით უმდეროდა კეთილშობილებას, სულგრძელობას და ადამიანისადმი სიყვარულს, მაგრამ სასტიკად გმობდა სიმდაბლესა და უხამსობას. საუკუნეებით ჩამოყალიბებული თემური წყობის, ფსიქოლოგიის გენიალური მკოდნე, იგი ხედავდა. რომ ცხოვრების დაუწერელი მორალური კანონი წარმოადგენს თემური წყობილების სულიერ და ფიზიკურ საფუძველს. ამავე დროს პოეტი სულგრძელობას და კაცთმოყვარეობას, როგორც პიროვნულ თავისებურებებს, თემური ფსიქოლოგიის მოთხოვნებზე მაღლა აყენებს.

პოეტი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ პერსპექტიული მომავლის საწინდარი უნდა იყოს მორალური სისპეტაკის იდეა და ამიტომ მიუღებელია ყოველგვარი რელიგიური ან ვიწრო ნაციონალურად შეზღუდული მოქმედებანი.

ვაჟა-ფშაველას შემოქმედება განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს პარსონოლოგიური თვალსაზრისით. როგორც ცნობილია, მხოლოდ პიროვნების დონეზეა შესაძლებელი განხორციელდეს იდეები სულგრძელობისა და კეთილშობილების, მომავლის რწმენა ოპტიმისტური დაყენება და გულისთქმა, ე. ი. გრძნობების კონტროლი. პოეტის მიმართვა გულისადმი წარმოადგენს პიროვნების მოწოდებას, რათა იგი იყოს მედგარი და გაუკეთოს მობილიზაცია თავის შესაძლებლობებს.

ვაჟა-ფშაველას შემოქმედებაში წარმოდგენილია სილამაზის ფსიქოლოგიის ნატიფი და ამავე დროს ღრმა განმარტება. ხაზგასმულია, რომ კეთილგანწყობილება პიროვნების ყველაზე დიდ სილამაზეს წარმოადგენს, ხოლო შური მახინჯთა ხვედრია.

პოეტი ადამიანს თითქოს აფრთხილებს: რომ სილამაზე ყოველთვის სძულთ გონჯებს, ხოლო სიკვდილი იმისათვის, რაც ადამიანს ყველაზე მეტად უყვარს და ეცოდება, იგივე სიცოცხლეა.

სპეციფიკურ პიროვნულ თვისებებთან პირდაპირი კავშირი აქვს ურთიერთზრუნვის, ურთიერთპატივისცემის პრინციპს და აგრეთვე ადამიანთა შორის გულითად და სულიერ დამოკიდებულებას.

არც ერთი წამოწყება, არც ერთი ინიციატივა, არც ერთი საქმე დედებიდან არ დასრულდება, თუ მათში ფსიქოლოგიურად არაა ჩაქსოვილი გული და სული. სინდისის ჩუმი და შინაგანი ხმა, როგორც სუბიექტური კონტროლი, უეჭველად განაპირობებს ადამიანის შრომის ხარისხს, ამ მხრივ პრინციპული მნიშვნელობა ენიჭება ვაჟა-ფშაველას დებულებას ადამიანის სულისა და გულის შესახებ. იგი გვაფრთხილებს, რომ ყველა კაცს არა აქვს სული და გული; თუმცა ყოველი ადამიანი სუნთქავს და დადის ორ ფეხზე... გვაფრთხილებს, რომ საჭიროა ბრძოლა უსულგულობასთან.

ეს სიტყვები განსაკუთრებით უნდა ახსოვდეთ ექიმებს, უპირველეს ყოვლისა ფსიქიატრებს.

ვაჟა-ფშაველას თანახმად, სულს ქანგი უნდა მოვაშოროთ და უნდა ვეცადოთ არ დაიფაროს იგი „კიდევ უფრო მეტი ქანგითა და ობით“. ადამიანი არ უნდა იყოს „უგულო“, „უსული“, „სქელკანიანი“, „კამეჩისებრი“.

პათოფსიქოლოგიაში ვხვდებით რთულ, დახლართულ და მრავალნაირ სულიერ პერეტრუბაციებს. განვითარების პროცესის ანალიზის დროს ე. ი. სხვადასხვაგვარი პათოფსიქოლოგიური გამოვლინების განვითარების ახსნისას საჭიროა გვახსოვდეს ვაჟა-ფშაველას აზრი, რომ ყოველ ვნებას, ყოველ გრძნობას აქვს თავისი ბუნება, თავისი შენება, დაბადების ქამი, ყრმობის, ჭაბუკობის, მოწიფულობის და სიკვდილის დრო და ყოველივე ეს ადამიანს უნდა ჰქონდეს მხედველობაში.

ვაჟა-ფშაველას შემოქმედებაში სოციოლოგიურ-ფსიქოლოგიური პრობლემები მჭიდროდ არის დაკავშირებული პერსონოლოგიურთან. პოეტი ჩერდება თემური ფსიქოლოგიისა და ინდივიდუალური ფსიქოლოგიის ურთიერთდაპირისპირებისა და შეჯახების პრობლემაზე.

პოემაში „სტუმარ-მასპინძელი“ და ასევე სხვა ნაწარმოებებშიც გატარებულია ძირითადი აზრი, რომ ადამიანი, რომელიც ხელმძღვანე-



ლობს მოვალეობისა და მორალის პიროვნული კატეგორიებით ისტორიულად დაკანონებულ თემურ ტრადიციებზე მალლა უნდა იდგეს და გამოიჩინოს სულგრძელობა.

ლიტერატურაში არსებობს აზრი, თითქოს არსებული სოციოლოგიური ამოცანის ასეთი გადაწყვეტა იყოს პოეტის ხარკი კერპთაყვანისმცემლობისადმი, უკეთ რომ ვთქვათ, ქრისტიანობის წინარე პერიოდის თემური ტრადიციებისადმი. ეს შეხედულება ჩვენ მცდარად მიგვაჩნია. გადაჭრით უნდა ითქვას, რომ პოეტის შემოქმედებაში არანაირად არ სჩანს უკანდახევის არავითარი კვალი, პირიქით, თემურფსიქოლოგიური ტრადიციების ფონზე წინ წამოწეულია პერსონოლოგიური ხასიათის პრობლემები.

ვაჟა-ფშაველა ავითარებს და აღრმავებს კლასიკურ თეზისს: ადამიანი ჭერ უნდა იყოს მოქალაქე და შემდეგ პოეტი.

ვაჟა-ფშაველას შემოქმედებაში მოცემულია მოვალეობის კატეგორიის, როგორც პიროვნული სპეციფიკის გენიალური ფსიქოლოგიური ანალიზი. ადამიანის ცხოვრებაში ძირითადია ხალხისა და თავის სამშობლოს სამსახური. პოეტი ხაზს უსვამს, რომ მოვალეობით გაპირობებული მოქმედება აწმყოთი არ შემოიფარგლება. იგი არ წყდება და სამარადისო გმირული ხასიათის მაგალითს ღებულობს.

შოთა რუსთაველის მსგავსად დიდი შემოქმედებითი ძალით ვაჟა-ფშაველა აშუქებს ძმადნაფიცობის პიროვნული ფსიქოლოგიის პრობლემებს, ქალისა და კაცის პიროვნული ფსიქოლოგიის პრობლემებს.

ვაჟა-ფშაველას შემოქმედებას არავითარი საერთო არა აქვს სიმბოლიზთან. პოეტი, თუმცა ხშირად მიმართავს უსულო სამყაროს „ნმებს“ ან ცხოველთა ენას, მაგრამ იგი შორსაა ფილოსოფიური პანთეიზმისაგან.

მისი გადახრები და ექსკურსები მხოლოდ მხატვრულ ხერხს წარმოადგენს საგნებისა და მოვლენების რეალური აღქმის გასაძლიერებლად. შედარებათა, დაპირისპირებათა და მოვლენათა იდენტიფიკაციის შემთხვევაში პოეტი ოსტატურად მიმართავს სიმბოლიკურ აღწერას და ასევე სიმბოლიკურად ასახავს ფსიქიკური აპარატის მრავალ გამოვლენებს.

უმანკო ბუნება თავისი უშუალობითა და უმწიკვლობით წარმოადგენს უცილობელ ლოგიკურ დოკუმენტს შესაძლო ფსიქოლოგიური პერტურბაციების ურთულესი მექანიზმებისათვის.

სწორედ ბუნების მაგალითებზე და ბუნების წიაღში პოეტი გვიჩვენებს თანაგრძნობისა და გაკიცხვის, სიყვარულისა და სიძულვილის, დიდსულოვნებისა და უსამართლობის, ღირსებისა და მანკიერების ზოგადფსიქოლოგიურ ბუნებას.

ამგვარად შემოქმედებითი გზით ავტორს საფუძველი ეძლევა დარწმუნებით წამოაყენოს ორი თეზისი: 1. უმაღლესი და კეთილშობილური გამოვლინებანი შეინიშნება ბუნებაშიც. ამიტომაც ადამიანი ვალდებულია არ ჩამორჩეს ბუნებას თავისი მორალური სიწმინდითა და სასარგებლო მოღვაწეობით. 2. ადამიანი ვალდებულია ახსოვდეს, რომ უმაღლესი და კეთილშობილური ქცევა წარმოადგენს მის აუცილებელ თანამგზავრს, ბუნებრივ კატეგორიებს. ვაჟა-ფშაველას შემოქმედებაში პიროვნული ფუნქციები პირველ რიგში ჰუმანიზმი, კაცთმოყვარეობა, სიბრალულისა და თანაგრძნობის ემოციები, ბრწყინვალედაა ნაჩვენები ცხოველების, ჩიტებისა და მცენარეების არსებობის და ასევე უსიცოცხლო სამყაროს მაგალითებზე.

ალეგორია ე. წ. „ზოოფსიქოლოგიზმისა“ და „პანთეიზმის“ მეშვეობით საშუალებას იძლევა უფრო ღრმად და სრულად გადმოგვეცხს სუბიექტური სამყაროს პროცესების აზრი და შინაარსი ადამიანის პიროვნების დონეზე.

მოლოდინის ემოციას განსაკუთრებული თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ფსიქოლოგიასა და პათოფსიქოლოგიაში. იგი ცნობილია როგორც შერეული აფექტი ე. ი. გრძნობა, რომელშიც ერთდროულადაა მოცემული სთენიური და ასთენიური ღერძი.

ამ მხრივ განსაკუთრებით საინტერესოა „მთანი მაღალნი“, რომელშიც პოეტი შემოქმედებითი ანალიზისათვის მიმართავს ფიზიკურ სამყაროს, ბუნებას. მგოსანი ალეგორიულად უშვებს „მაღალ მთებთან“ მოლოდინის, სიმბოლური გრძნობის შესაძლებლობას. ავტორი წერს: „სდგანან და ელიან“.

ვაჟა-ფშაველას შემოქმედებაში მოლოდინი მოცემულია, როგორც ინტელექტუალური გრძნობა, მოკლებული უსიამოვნო (ასთენიურ) ღერძს. ამასთან, იგი დაკავშირებულია მომავალთან, როგორც უკვდავი შემოქმედებითი სწრაფვა, რათა შეიცნო შეუსწავლელი, უხილავი.

თანახმად პოეტისა, ამ სწორედ წინსვლის პროცესში მდგომარეობს კაცობრიობის, ადამიანის ყოფიერების ქვემარტივი შემოქმედებითი დაუკმაყოფილებლობა, „მუდამ ქმედება და სწრაფვა ახლსაკენ

შეადგენს გენიალური ვაჟა-ფშაველას შემოქმედების ერთ-ერთ ძირითად თეზისს.

როგორც ვიცით, ფსიქიკური აპარატისათვის დამახასიათებელია მთლიანი ინტეგრალური მოქმედება. ერთნაირად გამოხატული ყველა მისი დინამიკურ დონეზე; ეს თვისება წარმოადგენს ყველაზე სპეციფიკურს პიროვნების რეგისტრებზე.

ფსიქიკური მთლიანობა აუცილებელი პირობაა უმაღლესი ფსიქიკური რეაქციებისათვის.

აღსანიშნავია, რომ ფსიქოდინამიკური პროცესების ძვრადობა უზრუნველყოფს ფსიქიკური აპარატის სინთეზური მუშაობის სისწრაფეს.

ფსიქიკურ გამოვლინებათა მთლიანობა და ძვრადობა, რომელიც ესოდენ ახასიათებს პიროვნების დონეს, ქმნის დინამიკურ ფონს ანტინომიური ფსიქოლოგიური რეაქციებისათვის.

გენეტიკური ფესვები და ფსიქოლოგიური ანტინომიის დინამიკური მექანიზმები ძნელად ექვემდებარება გაგების, შთაგონების და ახსნის ანალიზს ფსიქოლოგიის ჩვეულებრივი პოზიციებიდან.

აქ ჩვენ საქმე გვაქვს დროებითი გადართვის ფსიქოლოგიურ პროცესებთან, პიროვნების ძირითადი კრედოს შენარჩუნების მიზნით.

ჰარმონიული პიროვნება მოწოდებულია სათანადოდ ასწონოს ფაქტი და მოვლენა (ანალიზ-სინთეზი) და მოახდინოს საჭირო ორიენტაცია რთულ გარემო სიტუაციაში და ასევე სუბიექტურ განცდებში.

აქედან ცხადია, რომ ჰარმონიული ფსიქიკური აპარატის მქონე ადამიანი ავლენს არა შაბლონურ ფსიქიკურ რეაქციებს.

მუდმივ აწონ-დაწონასთან და დაძაბულ ორიენტაციასთან დაკავშირებით ფსიქოლოგიური პროცესები ხშირად ეჯახება პიროვნების საწინააღმდეგო განწყობილებას, ტენდენციებს, სურვილებსა და სწრაფვას. ამით ადამიანის ფსიქიკურ აპარატში იქმნება კონფლიქტური განცდების გარკვეული კვანძი, რომელიც ითხოვს ლოგიკურ გადაწყვეტას და ფსიქოდინამიკურ განტვირთვას. რაც უფრო რთულია სუბიექტური ან ობიექტური სიტუაცია, მით მევეთრად ღრმად და უფრო კონფლიქტურადაა წარმოდგენილი ანტინომიური რეაქციები.

უნდა აღინიშნოს, რომ ანტინომიური რეაქციები ინტელექტუალურ გრძნობაზე შენდება. ამ გრძნობით უნდა იყოს გამთბარი, აგრეთვე სუბიექტური განწყობის გარეშე მდგარი ობიექტური კრიტიკა, რო-

დესაც შესაძლოა გულწრფელი სიძულვილისა და პატივისცემის ერთდროული გამოვლინება.

ანტინომიურ, ფსიქოლოგიურ რეაქციათა კრილში განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ვაჟა-ფშაველას პოემა: „აღუდა ქეთელაური“. ამ ნაწარმოებში აღწერილია ორი გმირის ხევსურ აღუდას დეკისტ მუცალის შეტაკების განსაკუთრებული განცდებით აღვსილი სცენა. აქ წარმოდგენილია ღრმა ტრაგიზმი, როცა ისმება საკითხი: სიკვდილი ან სიცოცხლე, მესამე გზა არ არსებობს.

გმირული შერკინება მთავრდება ხევსურის სრული გამარჯვებით. მაგრამ ვაჟას თქმით ადგილი აქვს „სასწაულს“:

„აღუდას თოფი არ უნდა, ატირდა როგორც ქალიო...“

მარჯვენას არ სჭრის მუცალსა, იტყოდა: „ცოდვა არიო“.

ხევსურის არაჩვეულებრივი, პირველი შეხედვით, ასე ვთქვათ, უცნაური და გაუმართლებელი საქციელი ღრმა ფსიქოლოგიურ ანალიზს მოითხოვს.

რაში მდგომარეობს ის სასწაული, რომელსაც ადგილი ჰქონდა მუცალის სიკვდილის შემდეგ? სიძულვილი იცვლება აღტაცებით, სურვილი შეურაცხყოფისა — დატირების ძმური გრძნობით, სიბრაზე — გულწრფელი გულკეთილობით, ზიზღი — სიყვარულით, გაკიცხვა — პატივისცემით, შურისძიება — კეთილშობილური პატივით, განურჩევლობა — თვითგანწირვამდე მისული ზრუნვით, გრძნობა მტრისადმი — ძმური სიყვარულის გრძნობით, ბოროტება — სიკეთით.

აღნიშნული ღრმა ანტინომიური ხასიათის ფსიქოლოგიური რეაქცია, რომელსაც აღუდა ავლენს სწრაფი გადანაცვლების სახით, ხანგრძლივი ფიქრისა და ფსიქოლოგიური „ცოხნის“ გარეშეა.

ღირსეული მეტოქის გმირული წინააღმდეგობა აღუდაზე ახდემის იქეთ ღრმა შთაბეჭდილებას, რომ იგი უძველეს ადათთა წინააღმდეგ იჩენს იშვიათ დიდსულოვნებას და მტრის გულწრფელი მეგობარი და პატივისმცემელი ხდება.

უფრო მეტიც, აღუდა არ უშინდება თემიდან გაძევების შესაძლებლობას და იღებს მტკიცე გადაწყვეტილებას შესწიროს მსხვერპლი ყოფილ მტერს მოუნათლავ მუცალს.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ აღნიშნული ანტინომიური გადართვები შესაძლოა განხორციელდეს მხოლოდ მაღალ პიროვნულ დონეზე.

პიროვნულ დონეზე შესაძლოა მიმდინარეობდეს უაღრესად რთუ-

ლი და მოულოდნელი გადანაცვლებანი. ხსენებული თვალსაზრისით ვაჟას შემოქმედებითი მასალა ფასდაუდებელია პერსონოლოგიური ფსიქოლოგიის საკვანძო პრობლემებისათვის.

პოემა „სტუმარ-მასპინძელი“ პიროვნულ ანტინომიურ მოქმედებათა ბრწყინვალე მაგალითია.

საყოველთაოდ ცნობილია პოემის „გველის მჭამელი“ ღრმა ფილოსოფიური და ფსიქოლოგიური მნიშვნელობა. მასში დასმულია აგრეთვე ანტინომიის მნიშვნელოვანი პრობლემები. ამ ასპექტში ყურადღებას იპყრობს ბავშვებისადმი პიროვნული დამოკიდებულების პრობლემა. პოემის გმირი მინდია ერთი მხრივ ბავშვებისათვის მშობელთა თავგანწირვას ქადაგებს, მეორე მხრივ, მომხრეა მათ მიმართ მკაცრი და მომთხოვნი დამოკიდებულებისა. მისი აზრით ბავშვები უნდა იყვნენ ქმედითი და ნებისყოფის მქონენი შრომაში.

როგორც ვხედავთ, ვაჟა-ფშაველა არის პერსონოლოგიური, ქმედითი ფსიქოლოგიის ბრწყინვალე წარმომადგენელი ქართულ ლიტერატურაში. მსგავსად გოეთესი, ვაჟა-ფშაველა აღნიშნავს, რომ ცნებები ქეშმარიტი ადამიანური სიბრძნისა და ადამიანის ქმედითი ცხოვრების შესახებ პიროვნული ფსიქოლოგიის ასპექტში ერთი და იგივეა; ქმედება არის სიბრძნე, სიბრძნე კი ქმედება. ასეთი გაგებით ტენდენცია მუდმივი, აქტიური შემოქმედებითი წვისადმი წარმოადგენს დადებით კომპლექსურ განცდას, ე. ი. ინტელექტუალურ გრძნობას ვუნდტის და განუშკინის მიხედვით.

დასახული მიზნების განხორციელებისადმი სწრაფვას გოეთე განიხილავს როგორც ზოგადსაკაცობრიო სულიერ თვისებას, უწოდებს რა მას ენერგიულ სწრაფვას. ეს თვისება სხვადასხვაგვარად არის წარმოდგენილი სხვადასხვა პიროვნებაში. პიროვნების თავისებურების და გარემო სიტუაციის მიხედვით ენერგიული მისწრაფება ზოგჯერ დაეშვება აპათიამდე, ზოგ შემთხვევაში კი პირველივე მარცხს შეუძლია ადამიანი მიიყვანოს თვითმკვლელობამდე.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ გოეთეს პრინციპი ენერგიული სწრაფვის შესახებ და ვაჟა-ფშაველას პრინციპი მომავლისადმი ქმედითი სწრაფვის შესახებ წარმოადგენს ზუსტ პროტოტიპს თანამედროვე ცნებისა პიროვნების ფსიქო-ენერგეტიკული პოტენციალის შესახებ და უშუალო კავშირი აქვს პერსონოლოგიის პრობლემასთან ნორმასა და პათოლოგიაში.

პათონეიროლოგიის საკითხები ფსიქიატრიაში

მიხეილ ასათიანის ცნება ფსიქოფიზიოლოგიური  
პლასტიკურობის შესახებ

ნევროზების ფსიქოლოგია საერთოდ წარმოადგენს ადამიანის გულის ფსიქოლოგიას, ნევროზების მკოდნე — ადამიანის საუკეთესო მკოდნეაო, — ამბობს კრეჩმერი.

ავტორის ასეთი განმარტება არ შეიძლება ჩაითვალოს გადაჭარბებულად. საკმარისია გავიხსენოთ თუნდაც ჟანეს და ბლეილერის შრომები, რომ დავრწმუნდეთ, თუ რა დიდი განძი შეიტანა ფსიქოპათოლოგიაში ისტერიის ფსიქიკური დინამიკის დამუშავებაში.

პრობლემის სირთულის გამო არ შევუდგებით ისტერიის ეტიოლოგიის და კლინიკის აღწერას, მხოლოდ მოკლედ გავიხსენებთ კრეჩმერის შეხედულებას ისტერიაზე და მას დავეუპირისპირებთ მიხეილ ასათიანის მიერ მოწოდებულ ცნებას ფსიქიკურ-ფიზიოლოგიური პლასტიკურობის შესახებ.

XIX საუკუნის დასასრულს და XX საუკუნის დასაწყისში იწყება ისტერიის თანამედროვე მოძღვრების სათავე. უკვე ამ ხნიდან ისტერიამ დაკარგა ჩამოყალიბებული ავადმყოფობის სახე და მას რეაქციად თვლიან. ჰოპკესა და ჰაუპის განმარტებით, ისტერია წარმოადგენს არანორმალურ რეაქციას ცხოვრების მოთხოვნილებაზე. კრეჩმერი ისტერიის თანამედროვე განმარტებისათვის ასეთ ფორმულას იძლევა: ისტერიულს უმეტესად ვუწოდებთ რეაქციათა ისეთ ფსიქოგენურ ფორმებს, რომლის დროსაც წარმოდგენები და მათთან შეკავშირებული მოძრაობითი გამოხატულებანი სარგებლობენ ინსტინქტური რეფლექსური ანუ სხვა რაიმე ბიოლოგიურად შექმნილი მექანიზმებით.

მოყვანილ ფორმულაში მთავარი ყურადღება ექცევა ბიოლოგიური მექანიზმების ამოქმედებას, ფილოგენეზურად ძველი რეაქციების გამოვლიძებას. ფსიქონევროზული სიმპტომის ასეთი განმარტება პირველად ჟანემ მოგვცა. მისი აზრით, ნევროზების დროს მოსპობილია ფუნქციათა უძალესი დონე, ხოლო შენახულია უძველესი მოქმედებანი. იგი წერს, რომ ნევროზი ეს არის ორგანიზმის ფუნქციათა სხვადასხვაგვარი აშლილობა, რომელსაც ახასიათებს ფუნქციის განვითარების შეჩერება და არა დარღვევა.

თანამედროვე ასპექტში ისტერია წარმოადგენს რეაქციის ფსიქოგენურ ფორმას, განსაზღვრულ პასუხს ეგზოგენურ პირობებზე. ამ ძეტად რთულ საკითხს ჩვენ არ შევეხებით. დავიმოწმებთ მხოლოდ თვით კრეჩმერს, რომელიც მიუთითებს, რომ წმინდა კლინიკური თვალთახედვით ბევრი რამ შეიძლება ითქვას მოყვანილი ფორმულის საწინააღმდეგოდ.

როგორც ვთქვით, ჟანე, კრეპელინი, აგრეთვე ფრეიდი და სხვები ისტერიით ავადმყოფის მოქმედებაში უმთავრესად მოძიებულ ფილოგენეზურად ძველი ადამიანის რეაქციებს ხედავენ.

მეორე მხრივ, ჩამოყალიბდა მთელი მიმართულება, რომელიც ფსიქონევროზულ სიმპტომში ხედავს ერთგვარ ტენდენციას, ავადმყოფობის ძენას, მისურაფებას ავადმყოფობისადმი.

სძლავრ ფსიქოგენურ სომენტებზე, შიმზე, თავზარდაცემულობაზე ნევროპათს ენართება ემოციური შოკი, ამ შემთხვევაში ევოლუპათი იფახტება, იბნევა, კარგავს ფსიქიკურ წონასწორობას, ე. ი. შოკური ტალდა ახდენს ნევროპათის ფიზიოლოგიურ დეცერებრაციას. ბრატუნისა და აგრეთვე კრეჩმერის მტკიცებით, დროებითი, ანუ ფიზიოლოგიური დეცერებრაციის დროს ისპობა ქერქის შემაკავებელი, დამაპუნრუქებელი ზეგავლენა და პირველ ადგილზე გამოდის ფილოგენეზურად ძველი, არქაული მექანიზმები, რომელთაც ტენდენცია აქვთ რიტმული განმეორებისადმი.

რა ხდება ისტერიული რეაქციის დროს, რა ფილოგენეზური მექანიზმები მოქმედებს ან აქმთხვევაში? კრეჩმერის აზრით, აქ უმთავრესად წარმოდგენილია ბიოლოგიაში კარგად ცნობილი ორი უძველესი რეფლექსი — მოძრაობითი ქარიშხალი და ცრუ სიკვდილის რეფლექსი.

ეს ორი რეფლექსი ისტერიით ავადმყოფობის ყოფა-ქცევის დერ-

ძია. კრეჩმერის კონცეფციის ნათლად წარმოსადგენად მოვიყვანთ მი-  
სივე მაგალითებს.

ქალიშვილი წინააღმდეგია ქორწინებისა. არ მოსწონს საქმრო,  
ცდილობს თავიდან აიშოროს შექმნილი მდგომარეობა. ამ შემთხვევი-  
დან გამოსვლა შეიძლება ორი გზით: ერთი გზაა გეგმიანი შებრძოლე-  
ბა, მდგომარეობის კრიტიკული განსჯა-შეფასება, ხოლო მეორე გზაა  
თავზარდაცემულობის, სასოწარკვეთილების, ბავშვური ლოგიკის, ავალ-  
მყოფობაში განსვლია. მეორე გზით წასვლისას ქალიშვილს აღენიშნე-  
ბა კრუნჩხვითი გულყრები, მოუსვენრობს, მოძრაობს იმ დრომდე, ვი-  
ღრე არ განთავისუფლდება უსიამოვნო პიროვნებისაგან. ორივე გზა  
მიიღტვის ერთი მიზნისაკენ, ორივე რეაქციაში არის სათანადო მიზანი,  
დანიშნულება, მიზანკვეთება. მხოლოდ უნდა აღინიშნოს, რომ მეორე-  
გვარი პასუხი წარმოადგენს ფილოგენეზურად ძველ მექანიზმებს, ქერ-  
ქის გავლენის გარეშე მდგომ ატავისტურ მოქმედებებს, უკვე ავად-  
ყოფურ რეაქციებს.

კრეჩმერის აზრით, ისტერიის დროს, ჩვეულებრივ, საქმე გვაქვს  
„მოძრაობათა ქარიშხალთან“, რომელიც არაა მოკლებული ბიოლო-  
გიურ მიზანშეწონილობას.

„მოძრაობათა ქარიშხალი“ წარმოადგენს ერთგვარ ცდას და ცხო-  
ველთა საჰეფოსათვის ჩვეულებრივი და ცნობილი ბიოლოგიური მოვ-  
ლენაა. კრეჩმერის რწმუნებით, ისტერიული რეაქცია ისე ეფარდება  
ადამიანის ნორმალურ რეაქციებს, როგორც ინსტინქტი ინტელექტს.  
ინსტინქტს და ინტელექტს ერთი მიზანი აქვთ, ესაა ადამიანის გათავი-  
სუფლება უსიამოვნო მდგომარეობიდან, ხოლო ზოგჯერ ისტერიული  
მოქმედებანი უფრო ადვილად აღწევენ მიზანს, ვიდრე ინტელექტი.

კრეჩმერის შენიშვნით „მოძრაობათა ქარიშხალი“ არის არა  
ფილოგენეზის წმინდა გამოქვლავნება, ანუ ბრმა და ყრუდ გადაშლილი  
ინსტინქტური მოქმედებანი, არამედ ისტერიული რეაქცია წარმოად-  
გენს ინსტინქტური და აგრეთვე რაციონალური მოქმედებით დაფერა-  
ვებულ ამაღამას.

კრეჩმერის აზრით, ისტერიულ გულყრას შეიძლება საფუძვლად  
ქონდეს აგრეთვე მეორეგვარი ინსტინქტური მოქმედება, სახელდობრ  
ცრუ სიკვდილის რეფლექსი, რომელიც საკმაოდ ცნობილია ბიოლო-  
გიაში.

მძლავრ ემოციურ შოკზე ერთხელ ამოქმედებული არქაული, ინს-



ტინქტური მექანიზმები ფიზიოლოგიური დეცერებრაციის გამო იჩენენ გახვევრების, რიტმულ მიმდინარეობის თვისებას და ამგვარად უაღიბდება ფსიქონევროზული სიმპტომი ანუ ისტერიული გულყრა.

კრეჩმერის აზრით, აღნიშნული ორი რეფლექსი ვერ ამოსწურავს ისტერიულ მოვლენათა ყველა შემთხვევას, პირიქით, არის მრავალი ნდგომარეობა, რომელიც მოქცეულია ბიოლოგიური რადიკალის გარე-ე და მათ ვერავითარ შემთხვევაში ვერ დაუქვემდებარებთ ინსტინქტურ, ავტომატურად ამოქმედებულ რეფლექსებს და ვერ შეეკრებთ ფილოგენეზურ ფოკუსში. ესაა ისტერიულ მოვლენათა მესამე ჯგუფი, თავისი შინაარსით რთული და არაერთგვაროვანი თავისი ბუნებით. აქ მიტოვებულია უძველესი მზადყოფილი რადიკალები და წარმოდგენილა უკვე ხელოვნური მომენტები მარტივი აგრავაციებისა და სიმულაციების სახით. ეს ჯგუფი, კრეჩმერის რწმუნებით, ბიოლოგიურად ნაკლებ საინტერესოა, რადგან ამგვარი რეაქციის ტიპს ცხოველთა შორის ძალზე იშვიათად ვხვდებით, ხოლო დაბალ ცხოველთა შორის — თითქმის არასდროს. აქ ჩვენ გვაქვს ისტერიული გადაჯგუფებანი, შემთხვევათა გართულებანი, ავადყოფთა და დაზიანების შედეგების ფაქტაციები, ფსიქოზში განსვლის შემთხვევები და სხვ.

მაგრამ თუ სოვახდინეთ ამ რთული შემთხვევის ანალიზი, აქაც დაინახავთ ინსტინქტურ ტენდენციას, მიზანკვეთებას, რომელიც სარგებლობს აგრეთვე ბიოლოგიურად გამზადებული გზებით. ამგვარად, ინტერია წარმოადგენს განუფითარებელი, გულუბრყვილო სულიერი ცხოვრების რეაქციულ ფორმას. ყოველ ადამიანს აქვს მიდრეკილება ისტერიისადმი, ვინაიდან ყოველ ადამიანს აქვს ძველი, ინსტინქტური ფორმები, რომელიც ამა თუ იმ სიძლიერით დაფარულია კულტურის შედეგად შექმნილი ქარაქტეროლოგიური ფენებით. ინსტინქტური მოქმედება არ შეიძლება ყოველთვის ჩაითვალოს მიზანშეწონილად — იგი ზოგჯერ მცდარია, ამიტომ ისტერიული რეაქცია შეუძლებელია ყოველთვის გამართლებული იყოს მიზანკვეთების მხრივ.

ისტერიულ სიმპტომებში შეუძრილ მიზიდულობას ანუ სურვილს კრეჩმერი ისტერიულ ნებას უწოდებს, მიუხედავად იმისა, სურვილი რაციონალური იქნება, თუ ინსტინქტური.

ისტერიული ნება განსაზღვრულ შემთხვევაში ამყარებს შესატყვის მოძრაობრივ დაყენებას, რომელიც რამდენიმე ხნის შემდეგ თავისუფლდება ნების კონტროლისაგან, იღებს ავტომატურ ხასიათს,

შეორდება შესაფერის მდგომარეობაში და მხოლოდ მაშინ ბათილდება, როდესაც ნება ენერგიულად მოისურვებს მის მოსპობას.

კრეჩმერის კონცეფციას შეევეხეთ მოკლედ, და მხოლოდ იმ მასალებს, რომელთაც გარკვეული კლინიკური და ბიოლოგიური ინტერესი აქვს. ამის შემდგომ შეევეხებით მიხეილ ასათიანის კონცეფციას ისტერიის ფსიქოლოგიური მექანიზმებისა და ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობის შესახებ.

მ. ასათიანის თანახმად, ფსიქონევროლოგიური სიმპტომის ანუ ისტერიული გულყრის მთავარ ღერძს შეადგენს ფსიქიკური ტრავმის ფიქსაცია. თვით ფრეიდი ფიქსაციურ მომენტს უდიდეს როლს ანიჭებს და მას უცნობი წარმოშობის ფსიქოლოგიურ ფაქტორად თვლის. ფიქსაცია ყველაზე უფრო ადვილად ხდება ასთენიური აფექტების მოქმედებისას, როდესაც ფსიქოლოგიურად გვაქვს დაბნეულობის, გაკეების გრძობა, ე. ი. ის მდგომარეობა, რომელსაც უნაუფროდებდა დედაპატაციას, ფსიქოლოგიურ უკმარისობას, ხოლო ბრეიერი — „ჰიპნოიდურს“. რაც შეეხება გამკვრივებული ფსიქიკური ტრავმის ფიზიოლოგიურ მარეს, უნდა აღინიშნოს, რომ „ფიზიოლოგიურად თავის ტვინის ქერქში ჩვენ უნდა გვქონდეს განფენილი გენერალიზაცი-ქმნილი აგზნება, რომელიც რამდენიმე ხნის შემდეგ მკირდება, მაგრამ ტოვებს პირველადი აფექტის ინერციის აღდგენისადმი სპეციალურ წინაგანწყობას, რაჟაც თავის მხრივ, ისტერიულ გულყრათა განმეორებანი მოსდევს“ (მ. ასათიანი). პავლოვის დაკვირვებათა ანალოგიურად, რომ სუსტნერვებიან ძალებში თითქმის ერთხელობრივი შეუღლებით შეიძლება ხანგრძლივი და თითქმის განუუღლებელი პირობითი რეფლექსის გამომუშავება, ნევროზული კონსტიტუციის არსებობის დროს ადვილად ხდება პირველადი აფექტის ფიქსაციების და ინერვაციების შექმნა. საკმარისია ფსიქიკური ტრავმის, მძლავრი აფექტების ერთხელობრივი მოქმედება, რომ განვითარდეს მჭიდრო კავშირი ინდივიდუალურ და ძირითად გალიზიანებათა შორის და, ამგვარად, წარმოიშვას განუუღლებელი, ე. წ. პათოლოგიური რეფლექსი (ასათიანი). თუ ჩვენ შევძელით ინდივიდუალური და ძირითადი მოქმედების გამოძებნა, „მაშინ ძნელი არაა წარმოვიდგინოთ რეფლექსური რკალი“ და, ამგვარად მოვახდინოთ ისტერიული გულყრის ანუ ნევროზული სიმპტომის გაშიფრვა. აღნიშნული მიდგომით უკვე ადვილი წარმოსადგენია რატომ ვლეებულობთ

წვიმაზე ან მანქანის საყვირზე ისტერიული გულყრის განმეორებას. წვიმა, მანქანის საყვირი და სხვა ინდიფერენტული მომენტები სასიგნალო სიმპტომებია, რომელიც შეუღლებულია ძირითად გაღიზიანებასთან — ფსიქიკურ ტრავმასთან (მ. ასათიანი). ერთხელ წარმოშობილი პათოლოგიური რეფლექსის ხშირ განმეორებას მოსდევს მისი გამკვრივება, ვინაიდან ამ დროს იკვალება და მორფოლოგიურადაც ძლიერდება თვითმოქმედი გამტარი გზები. გამომუშავებული პათოლოგიური რეფლექსის ზემომოყვანილი მექანიზმები შეიძლება საფუძვლად დაედოს ჟანეს ე. წ. ფიქსაციურ უნარიანობას. მოყვანილი მექანიზმები სრულიად მარტივია, მოქცეულია მეცნიერულ ჩარჩოებში და აყალიბებს ფსიქონევროზული სიმპტომის გამკვრივებისა და განმეორების ფრიად რთულ და ბუნდოვან სურათს.

მიხეილ ასათიანი აფექტში არჩევს ორ მომენტს: წმინდა ფსიქოლოგიურს, ე. ი. განცდას, და ფიზიკურ ანუ ფიზიოლოგიურ რეაქციებს, ე. ი. იმ მომენტს, რომელსაც ფრეიდი შიშის ექვივალენტს უწოდებს. „ფიქსაციის მხრივ ეს ორი მომენტი არ არის თანაბარი“ (ასათიანი), რადგან თავის ტვინის ქერქში მკვრივდება არა წმინდა განცდა, ვთქვათ შიში, არამედ შიშის ფიზიკური მხარე, ვინაიდან უკანასკნელი ეუღლება სხვადასხვა ინდიფერენტულ მომენტს და ვითარდება განუუღლებელი პათოლოგიური რეფლექსი.

ჯანმრთელი ფსიქონერვული აპარატის მატარებელი ადამიანი, რომელიც მოკლებულია ყოველგვარ ფიქსაციებს, რაიმე შიშს საფრთხის დანახვაზე იგი სრულიად ინდიფერენტულ რეაქციას იძლევა. ცხენი კი, პირიქით, სრული რეაქციით პასუხობს შიშზე. ცხენი განსხვავებას ვერ გაატარებს საფრთხისა და შიშის ნამდვილ ობიექტს შორის, ხოლო ნევროზით ავადმყოფი ისეთ საპასუხო რეაქციას იძლევა, რომელიც განსხვავდება როგორც ჯანმრთელი ადამიანის, ისე ცხოველისა ქცევისაგან.

„ნევროზით ავადმყოფი კონტროლის მოხდენამდე ელვისებური სისწრაფით იძლევა პირველადი აფექტის ინერვაციას“ (ასათიანი), ე. ი. შიშის ობიექტის მხოლოდ სურათი იძლევა შიშის სრულ ფიზიკურ ექვივალენტს, ვინაიდან ამ შემთხვევაში ფიზიკური რეაქციები, როგორც ძირითადი მომენტი, შეუღლებულია შემთხვევით გაღიზიანებელთან — შიშის სურათთან. სუბიექტი ამას გრძნობს, უნდა თავისი თავი ალაგმოს, მაგრამ შიშს განიცდის ფსიქიკურ-ფიზიკური აპა-

რატი, ხოლო „პიროვნება ჯერ ობიექტურად, შემდეგ კი სუბიექტურად ჩათვლილია მძლავრად მიმდინარე იმ ნერვულ პროცესში, რომელიც იწვევს პირვანდელი აფექტის ყველა ფიზიოლოგიურ რეაქციას“ (მ. ასათიანი). ამგვარად, „წარმოდგენა ასოციაციური გზით ვერ იძლევა გულყრის განმეორებას, არამედ გულყრის გამოწვევა ხდება რეფლექსურად“ (ასათიანი). გარდა გარეგანი მომენტებისა, პირვანდელი აფექტის განმეორებას იძლევა აგრეთვე შინაგანი ფაქტორები — ემოციური, ინტელექტური და სენსიტიური მომენტები.

როგორც მოყვანილი ციტატებიდან ჩანს, პათოლოგიური რეფლექსი ანუ ფიქსაციური მექანიზმები უნდა ვალიაროთ ფობიების, აკვიატებული იდეების, ისტერიული გულყრისა და სხვა ნევროზული სიმპტომების საფუძვლად (ასათიანი). ნევროზით ავადმყოფს, განსაკუთრებული ფსიქიკური და ნერვული თვისებების მქონე ადამიანს, შეუძლია მხოლოდ წარმოდგენით ან მხოლოდ ემოციური ფაქტორის ანდა. შემთხვევითად შეუღლებული ინდიფერენტული აგენტების საშუალებით აღადგინოს პირვანდელი აფექტი მთელი თავისი სიცხველით, სიზუსტით და სისწორით. ასეთი თვისებანი, რომელთა ფონზეც ავტილად ვითარდება მრავალფეროვანი ფიქსაციები, წითელი ზოლივით აღინიშნება ნევროზით ავადმყოფის კონსტრუქციაში. აღნიშნულ მოვლენას მიხეილ ასათიანი ფსიქოფიზიოლოგიურ პლასტიკურობას უწოდებს.

რომ მართლაც ნევროზების დროს ფსიქონერვული აპარატი აღჭურვილია განსაკუთრებული თვისებით, ამაზე გაკვრით მიუთითებს თვით კრეჩმერი. იგი აღნიშნავს, რომ არიან ისტერიულები, რომლებიც ისე იმორჩილებენ თავიანთ რეფლექსურ აპარატს, როგორც ვირტუოზი როიალს.

მოვიყვანეთ რა მოკლედ აზრთა ორი წყება, რომელიც სხვადასხვა მხრივ ცდილობს გადაწყვიტოს ერთი და იგივე პრობლემა, შევეცდებით მათ ურთიერთდაპირისპირებას და შევეხებით საკითხს იმის შესახებ, თუ რას ენიჭება პირველხარისხოვანი როლი ფსიქონევროზული სიმპტომის ჩამოყალიბებისას.

ფსიქონევროზული სიმპტომი რომ ხშირად წარმოდგენს ფილოგენეზურად ძველი ფუნქციების გამოვლინებას, ამაზე არ შევჩერდებით.

კრეჩმერი შიშის ნევროზსა და ისტერიას შორის შემდეგ განსხვა-

ვებას ხედავს: „შიშის ნევროზი არის ავტომატური, ისეთი მწვავე რეაქცია, რომელიც ფიქსაციას განიცდის“. ამით საქმე არ მარტივდება. მორალურ-კლინიკური კრიტერიუმის უქუვდება და მის ნაცვლად საიდუმლოებით აღსაჯეს ტერმინის „მიზანკვეთების“ მოწოდება უფრო მეტად აღრმავებს ისედაც ბუნდოვან საკითხს.

ულტრაპიობულის წარმადგენელს შეეძლო, მაგალითად, ბრძოლის სცენების განმეორებისათვის საფუძვლად დაედო შემდეგი „მიზანკვეთება“: „მე მეზინია, ვერ ამიტანია ავადმყოფი, უვარგისი ვარ, გამათავისუფლეთ“. მაგრამ შეუძლებელია ამგვარ დაყენებაზე ლაპარაკი, ვინაიდან ავადმყოფი ფოტოგრაფიული სიზუსტით იმეორებს გადატანილ განცდებს, იგონებს ყოველ დეტალს, პანტომიმურად გადმოგვცემს ყოველ ფაქტს; ხოლო სომნამბულის ასეთი ქცევა უნდა ავხსნათ არა იმით, რომ მას აქვს მიზნობრივი დაყენება, არამედ იმ გარემოებით, რომ ავადმყოფის ფსიქონერვულ აპარატში მოხდა ბრძოლის სურათის აღბეჭდვა, ფიქსაცია. გამკვრივებული და ფიქსირებული სურათებია შემდეგში ავადმყოფის ფსიქონერვული აპარატის განსაკუთრებული თვისებების გამო გადმოიციემა სრული სხეულებრივობით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მიხეილ ასათიანი ფსიქიკური ტრავმის ფაქსირების და განმეორების საფუძვლად აღიარებს პათოლოგიურ პირობით რეფლექსს, რაც თავის მხრივ, ჭარბად გამოხატული ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობის შედეგია.

ფსიქონევროზული სიმპტომების ჩამოყალიბებისას პირველ ადგილზე უნდა იდგეს არა მიზნობრივი დაყენება, არამედ ფიქსაცია. ისტერიული გულყრის პროვოკაცია მანქანის საყვირის ხმით, წვიმით, მზის ჩასვლით, წითელი ფერით და მრავალი სხვა აგენტით, გვაიძულებს დავფიქრდეთ: რასთან გვაქვს საქმე, ფილოგენეზურ რიტმთან, თუ შეუღლებულ მოვლენებთან? ცხადია მეორესთან.

პათოლოგიური რეფლექსის მექანიზმი და სასიგნალო სიმპტომების ცნება სავსებით ამოსწურავს გულყრის განმეორების ბუნდოვანებას. ჟანე აგრეთვე აღნიშნავს, რომ სასიგნალო შეგრძნებებს გულყრის გამოწვევაში მნიშვნელოვანი საპროვოკაციო როლი შეუძლია შეასრულოს.

ქერქის კონტროლს მოკლებული, ასთენიურ აფექტში მყოფი გაფანტული და თავზარდაცემული ადამიანი გაღიზიანებაზე პასუხობს

გადაჭარბებულად და შემდგომაც ინარჩუნებს ასეთ გადაჭარბებულ რეაქციას.

განა შეიძლება ლაპარაკი მიზნობრიობაზე, ანუ ჰიპობულურ ჩარევაზე, როდესაც ახალგაზრდა ქალიშვილს დაჩემებული აქვს შეუჩერებელი ისტერიული სლოკინი (მონოსიმპტომური ისტერიის შემთხვევა). ამ შემთხვევაში არც სიმპტომის ჩამოყალიბების პირველ წუთებში, არც შემდგომ, ქალიშვილი არ ყოფილა დაინტერესებული აპყოლოდა ან გაეძლიერებინა სლოკინი. პირიქით, მასში გამეფებულია ყოფილი აფექტის პირვანდელი ინერვაცია. როგორც ვხედავთ, ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობის ცნება უფრო სხარტად გვიდგენს ისტერიული სულიერი დინამიკის ყოველ მომენტს. ხოლო ფსიქონევროზული სიმპტომის გამკვრივების საკითხში ფიქსაციურ მექანიზმებს ეკუთვნის გადამჭრელი როლი.

ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობა გულისხმობს ადამიანის ფსიქონერვული აპარატის განსაზღვრულ თვისებებს, შეიცავს როგორც ფსიქოლოგიურ, ისე ფიზიოლოგიურ ცნებას და პიროვნებისათვის არ წარმოადგენს რაიმე ხორცმეტს, გადაჭარბებულად ნორმალურ ან არანორმალურ დანართს. ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობა აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია ადამიანის ფსიქონერვული აპარატისა და მასზე დაფუძნებულია, ფიზიოლოგიური პირობითი რეფლექსების მაგვარად, ყოველდღიურ ჩვევათა გამომუშავება.

განსაკუთრებით გამოხატულ ფსიქოფიზიოლოგიურ პლასტიკურობას მოყვება გადაჭარბებული (ავადმყოფური) რეაქციები.

სინამდვილეში გადატანილი ყოველივე განცდა წარმოადგენს ინდივიდუუმის ისეთ განძეულს, რომელიც შეიძლება გამკრთალდეს, მაგრამ არასოდეს არ მოისპობა და ისევ გამოვლინდება შესაფერის პირობებში, ხოლო საკითხი თუ რამდენად პანტომიმური და ცხოველი იქნება ყოველი განცდის რეპროდუქცია, მჭიდროდაა დაკავშირებული ფსიქოფიზიოლოგიურ პლასტიკურობასთან.

ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობის ცნების მოცულობა ფრიად დიდია და მასში მოქცეულია როგორც ყოველდღიური ფიზიოლოგიური რეაქციები, ისე ისტერიული გულყრები და ხანგრძლივი ავადმყოფური ფიქსაციები.

გაკვრით აღვნიშნეთ, რომ მიხეილ ასათიანმა ფსიქოფიზიოლო-

გიური პლასტიკურობის ცნება თეორიულ საფუძვლად დაუდო თავის სამკურნალო გზა-წესს, ე. წ. განცდათა რეპროდუქციულ მეთოდს. აღნიშნული მეთოდის დედააზრი გულისხმობს განცდის ხელახლა გამოწვევას, რომლის დროსაც ფსიქოთერაპევტის აქტიური ჩარევით, ცნობიერების ველის გაფართოებით ხდება პათოლოგიური რეფლექსის დაშლა.

ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობის ცნების კრეჩმერის კონცეფციისადმი დაპირისპირებას (ე. ი. ფიქსაციური მექანიზმებით პიპობულის შეცვლას) არა მარტო წმინდა პათოფსიქოლოგიური ინტერესი აქვს, არამედ საკითხის ასეთი დაყენება ადვილად ხსნის აგრეთვე კლინიკურად რთულ ფაქტებს და გარკვეულ პრაქტიკულ შედეგებს იძლევა ავადმყოფური სიმპტომების როგორც მექანიზმების გაგების, ისე მისი მკურნალობის მხრივ.

ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომთა სართულიანობა ნერვული სისტემის ევოლუციური მორფოლოგია და ფიზიოლოგია, რომელიც ამდიდრებს ჩვენს წარმოდგენას ტვინის სტრუქტურისა და ფუნქციის შესახებ, თავისი მიღწევებით პირველ ყოვლისა უნდა უმადლოდეს საბჭოთა მეცნიერების გამოკვლევებს. ამ გარემოებით აიხსნება ის ფაქტი, რომ გამოკვლევის ევოლუციური მეთოდი ასე მძლავრად არსად არ შემოპირილა კლინიკაში, როგორც ჩვენთან — საბჭოთა კავშირში. უნდა აღვნიშნოთ განსვენებული პროფესორის ასტვაცატუროვის ნერვოლოგიური სკოლის შესახებ. ევოლუციური მეთოდი ფებს იდგამს ფსიქიატრიულ კლინიკაშიც, ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების ახსნა-განმარტების საკითხში.

ჯეკსონით, განვითარება — ევოლუცია, ისევე როგორც უკუგანვითარება — დისოლუცია, წარმოადგენს მეტად რთულ მოვლენას.

დაკვირვებები გვიჩვენებს, რომ დისოლუცია, ე. ი. ფსიქონერვული და ფსიქიკური ფუნქციების ავადმყოფური უკუგანვითარება მეტად რთული მექანიზმებით განისაზღვრება, მიუხედავად იმისა, რომ უპირველეს ყოვლისა ორგანული ფსიქოზების დროს ირდევდა პიროვნების ანალიზურ-სინთეზური ფუნქცია, ფსიქიკური აპარატის აქტიურ-შემოქმედებითი შესაძლებლობანი პიროვნების სრულ გამოფიტვამდე ანდა ფსიქიკური მოვლენების მოხსნამდე რჩება.

ევოლუციური ფსიქიატრია ხაზგასმით უნდა იყოს გამიჯნული

შედარებითი ფსიქიატრიისაგან. ევოლუციური ფსიქიატრია ავადმყოფურ მოვლენებს და მათ წინამძღვრებს განიხილავს პიროვნების თავისებურების კრილში, და, ამგვარად, იძლევა პიროვნებისათვის ენდოცენტრულ ანალიზს. შედარებითი ფსიქიატრია კი, პირიქით, შეისწავლის პიროვნებისათვის ეგზოცენტრულ საკითხებს (კლიმატი, პროფესია, სქესი, წლოვანება და სხვ.).

მიუხედავად დღეისათვის ჩვენი ცოდნის უკმარისობისა, მეტად გამამხნეველად მიგვაჩნია ევოლუციური ფსიქიატრიის პერსპექტივები დაავადებათა კლინიკური ფორმების ახსნის საკითხში.

კრებელინით, ადამიანის პიროვნების ისტორიულ-ტომობრივი ჩამოყალიბება მიმდინარეობდა თანდათანობითი განვითარებით, ურცხვი ნატიფი, ძნელად შესამჩნევი წინსვლით. ადგილი ჰქონდა უკან დახევასაც: ყალიბდებოდა თანამგზავრი მიმართულებანი და შემდეგ დავიწყებას ეძლეოდა.

ახლა რომ შევეცადოთ სულით ავადმყოფობათა გამოვლინებანი პიროვნების განვითარების ცალკეულ ეტაპებს დავუკავშიროთ, საამისოდ ჯერ კიდევ არა გვაქვს საკმარისი წინამძღვრები.

ევოლუციური მეთოდის გამოყენება ფსიქოპათოლოგიაში ემთხვევა ევოლუციური ფსიქოლოგიის საკითხებს, რომელიც ახალი და არასაკმარისად შესწავლილი სფეროა.

ჟანეთი, პიროვნება რთული ქმნილებაა, ის შენდება თანდათან, სადაც ერთი ეტაპი წარმოადგენს მეორის ზედნაშენს.

ფსიქიკური აპარატის განვითარება და დონე განაპირობებს ინდივიდუალის რეაქციებს და ქცევებს, პიროვნების თავისებურებას. ჟანე მოხერხებულად აღარებს ველურის, ბავშვისა და სულით ავადმყოფის პიროვნების თავისებურებას. ველურს სრულიად სხვა წარმოდგენა აქვს პიროვნებაზე, ვიდრე ჩვენ. ერთი არსით შეიძლება იყოს სახლში, მეორეთი კი — ნადირობაზე. ბავშვი 4 — 5 წლის ასაკამდე, როგორც წესი, ხმარობს მხოლოდ საკუთარ სახელებს და არ ხმარობს პირის ნაცვალსახელებს.

სულით ავადმყოფი ზოგჯერ კარგავს თავის პიროვნებას, ანდა განიცდის მის გაორებას. ჩვენ კლინიკაში შიზოფრენიით ავადმყოფი წარმოგვიდგენდა პიროვნების გაორების სინდრომს. იგი ლაპარაკობდა ორი „მე“-ს არსებობაზე, ძირითადისა და კიდევ სხვის — „ვეტოს“



სახელწოდებით. იგი საუბრობდა და ცხოველი კავშირი ჰქონდა მეორე პიროვნებასთან, რომელიც მასში იყო.

პრიმიტიული პიროვნების, ბავშვისა და სულით ავადმყოფის შედარება უსათუოდ საინტერესოა, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქიკური აპარატის ამ სამ კატეგორიათა შორის არ შეიძლება იყოს იგივეობა. ავადმყოფობა არ არის ნორმის მხოლოდ რიცხობრივი გაგრძელება, არამედ წარმოადგენს ხარისხობრივ თავისებურებას.

ადამიანის ფსიქიკური აპარატი ცოცხალ, აქტიურ-შემოქმედებით აპარატს წარმოადგენს, რომელიც არაიშვიათად იძლევა მხოლოდ პიროვნებისათვის შესამჩნევ და განცდილ „მოზღვაებასა“ და „უკუქცევას“, „აფეთქებასა“ და „ჩაქრობას“. ეს თავისებურება საფუძვლად უნდა ედოს სულით დაავადებულთა ფორმების სტრუქტურის და პათოგენეზის შესწავლას. უმაღლესი ფსიქონერვული პროცესების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ მათი ფილონტოგენეზური განვითარება მიმდინარეობს როგორც ცალკეული ფუნქციების დიფერენციაციისა და სპეციფიკის ხაზით, ისე კოორდინაციის ხაზითაც, ე. ი. ფსიქონერვული პროცესების ინტეგრაციით.

უმაღლეს ნერვულ მოქმედებათა ჩამოყალიბების გრძელი გზა მიმდინარეობს მუდამ უწყვეტი და თანმიმდევრული დიფერენციაციისა და ინტეგრაციის პროცესების ცვლით. მარტივიდან ვითარდება რთული, ამასთან, დიფერენციაციისა და ინტეგრაციის პრინციპები ფსიქონერვულ გამოვლინებათა უმაღლეს საფეხურზეც რჩება; მხედველობაში გვაქვს ფსიქიკური აპარატის ანალიზურ-სინთეზური ფუნქცია.

ევოლუციის პროცესში ახალი, უმაღლესი ფუნქციების წარმოქმნა და ჩამოყალიბება ნახტომისებურად ხდება.

არსებობს მარტივი და რთული ფუნქციები. დაბალ საფეხურზე მდგომი მექანიზმების ინტეგრაციის საშუალებით წარმოიშვება უმაღლესი. არსებობს ნერვულ და ფსიქონერვულ გამოვლინებათა გრადაცია ანუ იერარქია.

სწავლება იერარქიის შესახებ ეკუთვნის ჯეკსონს. მას შემოაქვს ცნებები ფუნქციების გამოვლინებათა სართულიანობის, ანუ დონეების შესახებ. უნდა გვახსოვდეს, რომ ნორმაში იერარქიის ფუნქცია დაკავშირებულია ინტეგრაციის მომენტთან, პათოლოგიაში კი დეზინტეგრაციის მომენტთან.

როგორც წესი, ფსიქონერვული პროცესების დეზინტეგრაცია

რთული პროცესებიდან ათავისუფლებს მის შემადგენელ კომპონენტებს. დეზინტეგრაცია იწვევს ფუნქციის გადაადგილებას უფრო დაბალ ეტაპზე, ანუ დაბალ დონეზე. ინტეგრაციის, დეზინტეგრაციისა და რეინტეგრაციის მოვლენები ყველაზე მეტ სირთულეს აღწევს ფსიქიკურ გამოვლინებათა სამყაროში და პირველ ყოვლისა ცნობიერებაში.

ჟანეს შემდეგნაირად აქვს წარმოდგენილი ფსიქონერვულ ფუნქციათა იერარქია: ყოველ მოქმედებას დასაწყისში ჰქონდა მოტორული ფორმა; შემდეგ ვერბალური, შემდგომ ინტელექტუალური და ბოლოს კი მოქმედებები თანდათანობითი გართულების შედეგად იდეზად გაზდიანება.

ჟანეს თანახმად, ევოლუციის ისტორიაში საკუთარი გადაწყვეტილების გათვითცნობიერება უფრო გვიან მოხდა, ვიდრე სხვისი გადაწყვეტილებებისადმი შეგუება. ავტორის პოზიციების თანახმად შეგვიძლია დავუშვათ, რომ თვითკრიტიკა უფრო გვიანი გამოვლინებაა, ვიდრე კრიტიკა; მხედველობაში გვაქვს კრიტიკის ფუნქციის ონტოგენეზური იერარქია.

საფეხურიანობასა და იერარქიას ჟანე ხედავს ინტელექტის გამოვლინებაშიც. გათვითცნობიერებას ის მიაწერს ელემენტარულ აქტებს. მსჯელობას — საშუალო აქტებს, პროგრესის იდეებს კი მიაკუთვნებს ფსიქიკურ მოვლენათა უმაღლეს ფუნქციას. გურვეიჩი: ფსიქიკურ გამოვლინებათა საფეხურიანობის ანუ იერარქიის პოზიციებზე დგას. იგი წერს: „შემეცნებას აქვს საფეხურები. ბავშვი შეიგრძნობს, მაგრამ ჯერ კიდევ ვერ აზროვნებს, ცხოველებში არის მხოლოდ უმარტივესი საფეხურები — მგრძნობელობა... ასოლოდ ასაკოვან სრულყოფილ ადამიანს აქვს შემეცნების საფეხურები — კონკრეტულიდან აბსტრაქტულ აზროვნებაზე“. გამომდინარეობს რაღონინის ფილოსოფიური შეხედულებიდან გნოსეოლოგიის შესახებ, გურვეიჩი მიუთითებს შემეცნების საფეხურიანობაზე: მგრძნობელობა — შეგრძნება, წარმოდგენა, აზროვნება, ცნობიერება.

ივანოვ-პმოლენსკით, პიროვნებაში შეიძლება მთლიანად განვასხვავოთ გარკვეული გენეზური საფეხურები, გარკვეული იერარქია, გარკვეული ფუნქციური ფენები.

სტრანსკი და ბლეილერი პიროვნების ერთიანობაში სედავენ თიმოფსიკისა და ნეოფსიკის მთლიანობას.

კლასიტი განასხვავებს არქაულ ანუ ვიწრო ფსიქიკას, „ვეგეტაციურ მეს“ — სომატოფსიქიკას და აფექტურ ფსიქიკას, ანუ თიმოფსიქიკას და ხასიათს, ანუ აუტოფსიქიკას; უკანასკნელს — აუტოფსიქიკას სხვა ავტორები აღნიშნავენ როგორც გონებით სფეროს ანუ სოპროფსიქიკას.

ამერიკელები, მაგალითად, უაიტი, ლაპარაკობს არქეობალეო და ნეოფსიქიკის შესახებ.

როგორც ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ლოკალიზაცია, შესაძლებლად მიგვაჩნია დავუშვათ ფსიქიკური ფუნქციების ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ურთიერთკავშირების, ურთიერთდაპყდებულების არსებობა.

თანაბდროვე წარმოდგენები ფსიქონერვული ფუნქციების დონეზე ანუ იერარქიაზე ძალაუნებურად ბადებს აზრს მორფოლოგიურ სართულიანობასთან მისი პარალელის დაშვების შესახებ. აქ საჭიროა გავისხენოთ გილიაროვსკის პოზიციები, რომელიც გვაფრთხილებს, რომ ფსიქოპათოლოგიაში ტერმინები „სიბრტყე“ და „დონე“ არ უნდა იქნეს გაგებული ვიწრო ლოკალიზაციურ-ანატომიური თვალსაზრისით.

ფსიქოპათოლოგიის პრაქტიკული მიზნებისათვის ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ადამიანის ფსიქიკური აპარატი წარმოვიდგინოთ სამი სართულის სახით: პირველი ანუ ქვედა სართული — სომატოფსიქიკა; მეორე ანუ შუა სართული — თიმოფსიქიკა და მესამე ანუ უმაღლესი სართული — სოპროფსიქიკა (გონების ფსიქიკა). გასაგებია, რომ აქ შეუძლებელია დაპირისპირება ანატომიურ სართულებთან, ე. ი. ნერქსა და ქერქქვეშა უბანზე.

ყველა სამი სართულის ფსიქიკურ გამოვლინებათა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური კორელატი უნდა ვეძებოთ ქერქულ აპარატში. ისევე როგორც ქერქულ დიენცეფალურ კომპლექსში მთლიანად. ცნობილია, რომ ნორმაში ფსიქონერვული და უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციების ლოკალიზაცია გაძნელებულია. ფსიქიკური ფუნქციების საფესურთანობა ანუ იერარქია უფრო ნათლად და მკვეთრადაა წარმოდგენილი ფსიქოპათოლოგიაში. მაგალითად, კორსაკოვის სინდრომის შემთხვევაში ქრება დროის უმაღლესი გნოსტიკური ფუნქციის

შეავისება და რჩება მხოლოდ დროის პრიმიტიული გაგება, პრიმიტიული გამოთვლა.

ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების განაწილება ფსიქიკური დონეების მიხედვით მართებულად და საინტერესოდ მიგვაჩნია. ვინაიდან ეს საშუალებას გვაძლევს ნათლად წარმოვიდგინოთ სულით აშლილობათა ფესვები.

ჩვენი მიზანია ზოგიერთი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი განვიხილოთ იერარქიული საფეხურიანობის კრილში; ამასთან, ყოველი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი არ გამოვა კლინიკურ-ნოზოლოგიური სისტემატიკის ჩარჩოებიდან. ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების ევოლუციური განხილვა მეტად სასარგებლოა დაავადებათა იმ ფორმების დროს, რომლებიც წარმოიშვება პიროვნების ბირთვის თავისებურებებიდან.

სართულიანობის თვალსაზრისით, პირველ ყოვლისა, შევეცდებით განვიხილოთ ისტერიის მოვლენები, რომლებიც წარმოადგენს წმინდა ფსიქოპათოლოგიურ ცნებას.

ისტერია წარმოადგენს რეაქციის სახეობას პიროვნებისათვის რთულ სიტუაციაზე, ის იყო და რჩება ფსიქონევროზულ და ფსიქოზურ მდგომარეობათა ჩარჩოებში.

ჩვენი აზრით, ისტერიისათვის დამახასიათებელია არა შექრა ფსიქოზში ანუ ავადმყოფობაში, არამედ განსვლა სინამდვილიდან.

ისტერიის ახსნა მიზანდასახულებისა და სარგებლიანობის თვალსაზრისით კრიტიკას ვერ უძლებს. არავითარი თელეოლოგიას და მორალისტკიას არ შეუძლია ახსნას შემთხვევა დედის ისტერიული რეაქციისა, როდესაც იგი გაუნძრევლად წევს და ამ დროს კი ბავშვი უკედება.

განსვლა სინამდვილიდან არის პიროვნების ასთენიური ანუ უკანდახვეითი რეაქციის მაჩვენებელი.

ისტერიულ განსვლას სინამდვილიდან მაშინაც აქვს ადგილი, როდესაც ფსიქოტრავმა პერიოდულად განიტვირთება გულყრებში ხანგრძლივი აგზნებით და კომპლექსური განცდებით. მაგრამ ისტერიას არ შეიძლება მივაკუთვნოთ უბრალო გულყრები, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ტრავმული განცდების რეპროდუქციას, მხედველობაში გვაქვს სამხედრო პერიოდის რეაქციული ფსიქოზის ზო-

გიერთი ფორმა. აპგვარი რეაქციული გულყრების განმეორების დროს ადგილი აქვს არა განსვლას სინამდვილიდან, ე. ი. ფსიქოტრავმულ სიტუაციის უარყოფას, არამედ პირიქით, მის განმეორებას, გამოცოცხლება-ფიქსაციას.

აღნიშნული გულყრების ფიზიოლოგიურ საფუძვლებს, პათო-ფსიქოლოგიურ მექანიზმებს, ისევე, როგორც მკურნალობის საკითხებს, წარმატებით შეისწავლიდა მ. ასათიანი.

„მოძრაობათა ქარიშხალისა“ და „ცრუ სიკვდილის“ რეფლექსები, ისე, როგორც მათი აბორტული მოვლენები, პიროვნების ინსტინქტურ მოქმედებათა კატეგორიას ეკუთვნის და ვითარდება ფსიქიკური აპარატის პირველ და მეორე სართულებზე. ცნობილია უფრო რთული შემთხვევებიც, როდესაც ისტერიის გამოვლინებები კლინიკურად ახლოსაა პარანოიასთან. უკანასკნელ ხანებში სულ უფრო მკვეთრად იმის საკითხი ისტერიის ფსიქოპათოლოგიური ფესვებისა და პარანოიას ურთიერთსიახლოვეზე. მოლოხოვს მოჰყავს ისტერიული პარანოიდის საინტერესო შემთხვევა.

ისტერიული მდგომარეობის ძირითად ნიშნად ითვლება განსვლა სინამდვილიდან, რომლის ნაცვლად ადგილი აქვს ფანტატიკურ კომპენსაციებს პათოლოგიური სურვილით. როდესაც პათოლოგიური სურვილების ბოღვითი მიმართების გამო უგულვებელყოფილია რეალური სინამდვილე, საქმე გვაქვს პარანოიალურ მდგომარეობასთან, რომელსაც ისეთივე სტრუქტურა აქვს, როგორც ისტერიას. ამ შემთხვევაში უნდა ვილაპარაკოთ ისტერიულ პარანოიაზე. ამით პარანოიის ნოზოლოგიის პრობლემა წყდება არა მარტო შერწყმით შიზოფრენიის ჯგუფში, ანდა ფსიქოპათიის პარანოიდული წრის ჯგუფში, არამედ ისტერიულ ფსიქოზებშიც. მაშინ, როდესაც პრიმიტიული ისტერიული რეაქციები მიეკუთვნება პირველი ორი სართულის გამოვლინებებს, ისტერიული პარანოია ვითარდება სოპროფსიქიკის მიდამოში, ე. ი. პიროვნების მესამე სართულის ზონაში.

ისტერიული სინდრომები განისაზღვრება არ მარტო სინამდვილიდან განსვლის მექანიზმებით, პრიმიტიული თავდაცვითი მექანიზმებით, პრიმიტიული თავდაცვითი მექანიზმების განთავისუფლებით, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, იერარქიით, ანუ ფსიქიკური აპარატის საარსებო სტრუქტურით.

ფსიქოპათოლოგიური სინდრომების თვალსაზრისით ყურადღე-

ბას იმსახურებს. ენდოგენურ-ვიტალური და ეგზოგენურ-რეაქციული დეპრესიის კლინიკა.

ენდოგენურ-ვიტალური დეპრესიის დროს ავადმყოფობა პათოგენურად ვითარდება თიმოფსიქიკის ზონაში, რის შემდეგ სოპროფსიქიკური მექანიზმების მეორადი ჩათრევით ვითარდება დეპრესიულ-პარანოიდული სინდრომები. პირიქით ხდება რეაქციული დეპრესიის დროს: გარემოს სენსიტიური აღქმა ქმნის ასტენიურ-დეპრესიულ ფონს და აყალიბებს პარანოიდულ-დეპრესიულ სინდრომს. თანვე შემაბუფებაში კლინიკური სურათის ჩამოყალიბება ხდება ვერტიკალური ღერძით: განსხვავებაა მხოლოდ ვექტორში, ანდა პათოლოგიური ვანგითარების ფუნქციის მიზართულებაში.

შესაძლებლად ფაფლით ფსიქოპათოლოგიაში ვილაპარაკოთ ეპიკრიტულ და პროტოპათიულ გამოვლინებათა შესახებ. ბოლოდროინდელი და ძალუცნააციებია დროს კრიტიკის მოსპობა. დარწმუნების დიფუზურობა და კატეგორიულობა ეკუთვნის პიროვნების პროტოპათიულ გამოვლინებებს და წარმოადგენს ფსიქიკური ფუნქციების იერარქიული დაქვეითების მაგალითს.

განოთქმული დებულებანი უსათუოდ სქემატურია და კრიტიკულ ხედვამას მოითხოვს. ფსიქიკური ფუნქციების იერარქიული დაპირისპირება ქმნის მრავალი შეცდომის შესაძლებლობას და ამიტომ ამ საკითხებში საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე: მეტისმეტ გატაცებას შეუძლია მიგვიყვანოს დაუსაბუთებელ და არამეცნიერულ დესკენამდე. არ შეიძლება დავეთანხმოთ შტრიხს: რომლის თანახმადაც, დემენცია თითქოს წარმოადგენს დაქვეითებას, ანუ დეგრადაციას ცხოველის ინტელექტის დონემდე, როგორც ზემოთ ითქვა, პიროვნება წარმოადგენს აქტიურ-შემოქმედ აპარატს და არავითარ დემენციას არ შეუძლია დაიყვანოს იგი ზოოლოგიური ინტელექტის დონემდე.

გადავდივართ ევოლუციური იერარქიის ძირითად (უმარტივეს) ცნებებზე. კლინიკურ ფსიქიატრიაში ცნებების ფენომენოლოგიას დიდი მნიშვნელობა აქვს სულით აშლილობათა როგორც შეძენილი, ისე თანდაყოლილი ფორმების დიაგნოსტიკაში.

კუთასუბტობის შესწავლის დროს, იქნება ეს „ფუნქციური“ დინამიკური ანუ „სალონური“ (ე. ი. „დემენცია მაღალ საფეხურზე“) ანდა სტრუქტურული (ე. ი. „დემენცია დემენციის გარეშე“), ყოველ

კონკრეტულ შემთხვევაში საჭიროა დაზუსტდეს ცნებითი წარმოდგენებისა და ცნებითი აზროვნების შესაძლებლობანი.

ცნების წარმოქმნა დაკავშირებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლეს ინტეგრალურ მოქმედებასთან, ფსიქიკური აპარატის აქტიურ შემოქმედებით მუშაობასთან.

ინდივიდუუმის მომწიფებასთან ერთად, თანდათან შენდება რა იერარქიულად ერთიმეორეზე, ვითარდება ხარისხობრივად და თვისობრივად ახალი ცნებები, რომელიც ამდიდრებს პიროვნებას. ცნება წარმოადგენს შექამებულ განზოგადებულ განსაზოგადოებელს. ე. ი. უფრო სწორად — სინანდილის ღრმა და ყოველმხრივ ანარეკლს. ისიბოვი ცნებას თელის საერთო წარმოდგენებად, რომლის დროსაც ასეთი ურთიერთობა რჩება, როგორც ეერძოსი საერთოს მიმართ.

ერთ-ერთ ნაშრომში („ღრმა ოლიგოფრენ ქორუის შესახებ“, ფსიქიატრიული ინსტიტუტის შრომები, ტომი 11), ჩვენ იმ დასკვნამდე მივღვით, რომ ცნების წარმოქმნაში წამყვანი როლი უკავია ასოციაციურ ფუნქციათა მოქმედებას. რამდენადაც უფრო მდიდრულად, მრავალმხრივად და დინამიკურადაა მოცემული წარმოდგენათა შეჯამებანი, დაპირისპირებანი და შეუღლება, იმდენად უფრო მეტია ცნების განზოგადების შესაძლებლობა.

ჩვენი აზრით, ღრმა ოლიგოფრენების გონებრივი აპარატის სპეციფიკურ დამახასიათებელ თავისებურებად უნდა ჩაითვალოს ასოციაციური პროცესების გაღარბება-გახევება.

გამოირკვა, რომ მექანიკური ცოდნის მარაგი არ შეიძლება ჩაითვალოს ოლიგოფრენების გონებრივი დაკნინების ხარისხის მაჩვენებლად. ოლიგოფრენების დაყოფა ცნებების სიმდიდრის მიხედვით კლასიფიკაციის ერთადერთ, საიმედო კრიტერიუმს წარმოადგენს.

ძირითადი ანუ უმარტივესი ცნებები სივრცეზე, დროზე და რიცხვზე წარმოადგენს ფსიქიკური შინაარსის იმ ფორმებს, რომლის გარეშეც საერთოდ შეუძლებელია ინტელექტუალური ზრდა, გონებრივი პროგრესი, ანდა სულიერი გამდიდრება.

აღნიშნულ ძირითად ცნებებს გააჩნია თავისი ევოლუციური სტრუქტურა — იერარქია, რომელიც შეადგენს ჩვენი შრომის კვლევის საგანს. მცირეწლოვან ბავშვს, ისევე როგორც პირველყოფილ ადამიანს, არ გააჩნია ცნებითი აზროვნება. მას არ გააჩნია აგრეთვე წარმოდგენა რიცხვებზე და თელას აწარმოებს რიცხობრივი აბსტრაქ-

ციის გარეშე. ლადიგინა-კოსტის თანახმად, შიმპანზე, რომელიც წარმოადგენს ყველაზე უფრო მაღალ საფეხურზე მდგომ ცხოველს ყველა ადამიანის შავგარ მიმუნთა შორის, დამხმარე ხერხების გამოყენებით. რომელიც აადვილებს რიცხობრივი მაჩვენებლის აღრიცხვას და შეთვისებას, დიდი შრომის შემდეგ მხოლოდ იმას ახერხებს. რომ ამოიჩიოს ნიმუში ერთი-ორი-სამი ერთეულის ფარგლებში.

ბრეგაძის ექსპერიმენტული მონაცემების თანახმად. ძალის რეაქციას რივით „ანგარიშზე“ საფუძვლად უდევს ავტომატიზებული ნერვული მოქმედება და არა ფსიქონერვული.

რიტმის მორიგეობა მნიშვნელოვანია არა მარტო მოვლენის რაოდენობრივი, რიცხობრივი მაჩვენებლების შეფასებისათვის. როგორც ჩანს, პროცესების რიტმულობას არსებითი მნიშვნელობა აქვს დროის შუალედების (დღე-ღამის ცვლა და სხვ.) შეფასებაში.

ჩვენ ვხედავთ, რომ რიტმის გრძნობა წარმოადგენს დროზე წარმოდგენის პროტოტიპს. დროის ელემენტარულ გრძნობას ანუ დროის „რეფლექსურ“ შეფასებას ერეწვალდი თვლის დროის პრიმიტიულ ჩამოთვლად, კლესტი კი მას ვეგეტატიურ აღმნიშვნელს უწოდებს. ერეწვალდის მიხედვით. დროის გამოთვლის ელემენტალურ ფუნქციაზე შენდება დროის გნოსტიკური აღქმა, როგორც ფილოგენეზურად უფრო მოგვიანებული წარმონაქმნი. ასეთ შემთხვევაში გვაქვს ქრონოლოგია, წყობილება, ლოკალიზაცია და პერსპექტივა დროში.

საინტერესოა ფუნქციური სიახლოვე არა მარტო რიტმულობის მივლენათა შორის, რომელიც საზღვრავს დროს ანდა რაოდენობას, არაქედ დროისა და სივრცის წარმოდგენათა შორისაც. დეზორიენტაცია დროში აუცილებლად იწვევს დეზორიენტაციას სივრცეში.

სივრცეს, დროს და რიცხვს აქვთ, თუმცა დაშორებული, გენეზური ფესვები და ფუნქციურად ერთმანეთზე მოქმედებენ. ეს სამი ცნება იერარქიულად არაერთგვაროვანია: სივრცე ფილოგენეზურად უფრო ნაადრევი ქმნილებაა, რომელსაც შემდგომი ევოლუციის პროცესში მოსდევს დრო და შემდეგ რიცხვი.

ღრმა ოლიგოფრენების შესწავლამ ცნების განვითარების პოზიციების კრილში გვიჩვენა, რომ ძირითადი ცნებების არარსებობა ყოველთვის არ მიღის ერთად, პარალელურად.

ჩვენს მასალაზე იყო შემთხვევა იდიოტ-მიკროცეფალიისა. რო-



მელსაც სივრცის მყარი წარმოდგენის დროს არავითარი წარმოდგენა არ გააჩნდა დროზე და რიცხვზე.

უმარტივეს ცნებებში კლინიკურად შეიძლება გამოვყოთ ევოლუციური ჩამოყალიბების ცალკეულ საფეხურები.

კლინიკური მონაცემების საფუძველზე განვიხილოთ წარმოდგენათა განვითარების საფეხურები სივრცეზე. დროზე და რიცხვზე.

### I. სივრცის ძირითადი ცნების ევოლუციური საფეხურები:

1. სივრცითი ცნება ერთვექტორული: „ გ რ ძ ე ლ ი — მ ო კ ლ ე “.
2. სივრცითი ცნება ორვექტორული: „ ვ ი წ რ ო — გ ა ნ ი ე რ ი “.
3. სივრცითი ცნება სამვექტორული: „ დ რ მ ა — ა რ ა ღ რ მ ა “. .

### II. დროის ძირითადი ცნების ევოლუციური საფეხურები:

1. ცნება „ დ ლ ე ზ ე და ღ ა მ ე ზ ე “. .
2. ცნება დროზე კონკრეტული ნაბულის ლოკალიზაციით: „ გ უ შ ი ნ — დ ლ ე ს “. .
3. ცნება დროზე დაყენებით მომავალზე. პერსპექტიულობაზე: „ ხ ვ ა ღ — ზ ე გ “. .

### III. რიცხვის ძირითადი ცნების ევოლუციური საფეხურები:

1. ცნება რიცხობრივ მაჩვენებლებზე „ რ ა ა რ ის მ ე ტ ი — რ ა ა რ ის ნ ა კ ლ ე ბ ი ? “. .
2. ცნება „ პ ი რ ვ ე ლ ი . მ ე ო რ ე “ და ა. შ.
3. საგანთა ჯგუფის რიცხობრივი განსაზღვრა.

ჩვენ მიერ წარმოდგენილი ძირითადი ცნებების საფეხურები წარმოადგენს მხოლოდ სამუშაო კლინიკურ სქემას და არ ამოწურავს ძირითადი ცნებების ჩამოყალიბების რთულ გზას.

ცნებას სივრცეზე მოყვება ცნება დროზე და რიცხვზე. მაკრანე ე ს

ინა არ მიწნავს, რომ უკანასკნელის ორი ცნება ვითარდება მხოლოდ ინის სემანტიკაში, როდესაც სთლიანად და საბოლოოდ გაფორმდება სივრცის ცნების ყველა საფეხური. ძირითადი ცნებების სხვადასხვა ფორმების შექმნის რთული პროცესები ერთდროულად მიმდინარეობს, ამიტომ სივრცის ცნების უკანასკნელი საფეხურების ჩათვლებამდე შესაძლებელია გამოუმუშავდეს ნაადრევი წარმოდგენები დროსა და სივრცეზე.

რამდენიმე სიტყვით ჰიპოქონდრიისა და სხეულის სქემის მოშლის შესახებ.

კონსტიტუციური ჰიპოქონდრიის შემთხვევების, ისევე, როგორც ჰიპოქონდრიული სინდრომების, ელექტროენცეფალოგრაფიული შედეგებით აღმოჩნდა ქერქული აპარატის ნორმალური ელექტრული აქტივობის ცვლილებები კეფის არეში. ამ მდგომარეობის საბაზი მოგვცა ჰიპოქონდრიული სინდრომის ფსიქოსენსორულ აშლილობათა დაპირისპირებამ; ორივე შემთხვევაში ადგილი აქვს სენესთეზიების და სინაქტური „შე“-ს ანუ მისი ნაწილების არასწორ შეგარძნებას. როგორია ურთიერთობა ამ ორ სინდრომს შორის? წარმოადგენს თუ არა ჰიპოქონდრია ფსიქოსენსორულ აშლილობათა მხოლოდ აბორტულ სინდრომს, თუ ორივე სინდრომი კლინიკურად ერთიანია, მაგრამ ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა სხვადასხვა იერარქიით? ეს საკითხები მოითხოვს გადაწყვეტას.

სელიცინის თეორიის ისტორია გვიჩვენებს, რომ, როგორც წესი, ავადმყოფურ მოვლენათა კანონზომიერების დადგენას წინ უძღვის რეენი ცოდნის გამდიდრება ნორმის სფეროში ამავე მოვლენების დროს. გასაგებია, რომ თუ ახალგაზრდა ევოლუციური ფსიქოლოგია, ევოლუციური ფსიქოპათოლოგია უფრო ახალგაზრდა იქნება.

ფსიქოპათოლოგიის სინაქტოლოგია ან მისი დაუმუშავებლობა არანაირად არ ამცირებს მის მიმართ მნიშვნელობას ან ინტერესს.

ევოლუციური ფსიქოპათოლოგია ამდიდრებს არა მარტო კლინიკურ ფსიქიატრიას, არამედ თვით ფსიქოლოგიასაც. ევოლუციური მეთოდი ფსიქოპათოლოგიაში გვისახავს ახალ საშუალებებს. სულთ აშლილობათა სტრუქტურისა და დიაგნოზის შესწავლაში (აქედან — პროგნოზი და მკურნალობა).

ევოლუციური მეთოდი ფსიქოპათოლოგიაში კიდევ უფრო ამგარებს მატერიალისტურ პოზიციებს კლინიკურ ფსიქიატრიაში.

ვუძღვის და კრებელის სუბიექტურ-ფსიქოლოგიურ პოზიციებს. აგრეთვე ფრეიდის, ბლეიერის, იუნგის, ადლერის, შტეკელის და შილდერის ფსიქონალიზურ და ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიურ დასკვნებს უნდა დაუპირისპირდეს ს. კორსაკოვის, ვ. ბებტერევის, მ. ასათიანის, ე. სერბსკის, პ. განუშეინის, ვ. ოსიპოვის, პროგრესული კლინიკური და კლინიკურ-ფსიქოლოგიური შეხედულებანი, რომლებიც მათ მიერ დინიკური ფაქტების საღი და უშუალო შესწავლის საფუძველზე გამოუშევებული. სანამულო ფსიქიატრია, რომელსაც მდიდარი რეალისტური კლინიკური მედიცინის ტრადიციები აქვს, სავსებით ინიარებს პავლოვის დებულებას, რომ ფსიქოლოგია კი არ უნდა ეხმარებოდეს ფიზიოლოგიას, არამედ, პირიქით, ცხოველებზე ამ ორგანოს ფიზიოლოგიური შესწავლა უნდა დაედოს საფუძველად ადამიანის სუბიექტური სანყარის ზუსტ მეცნიერულ ანალიზს.

ი. პ. პავლოვი გვასწავლის, რომ ყოველი ფსიქოლოგიური ან ფსიქოპათოლოგიური მოვლენა წარმოადგენს უმადლესი ნერვული მოქმედების გამოვლინებას ნორმასა და პათოლოგიაში. ამასთან, სასიგნალო სისტემათა ყველა დონის მიმართ ქმედითად რჩება იგივე სამი ძირითადი პრინციპი: დეტერმინიზმი, ანალიზი და სინთეზი. დინამიკური სტრუქტურულობა.

უტყველია, რომ კლინიკისათვის, კერძოდ, ფსიქიატრიის კლინიკისათვის. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პავლოვის მოძღვრებას ქერქულ ორ სასიგნალო სისტემათა შესახებ.

ა. ივანოვ-სმოლენსკის, თანახმად, არავითარი საფუძველი არ არსებობს უშუალო მოქმედებაში ვპოულობდეთ მხოლოდ ობიექტურს და სიტყვიერში — მხოლოდ სუბიექტურ გამოხატულებას.

სიტყვიერი გაღიზიანებანი უდიდეს შესაძლებლობას იძლევა პირობით-უპირობო და პირობით-პირობითი დროებითი კავშირების ან ასოციაციების შექმნისათვის, ამასთან თვისობრივი განსხვავებანი უნდა ვეძიოთ არა იმდენად პირობით კავშირისა და ასოციაციის ცნებათა შორის. რამდენადაც პირველი და მეორე სასიგნალო სისტემებია მოქმედებათა შორის, სადაც ისინი სავსებით ნათლად და დაპაჯერებლად გამოვლინდებიან“ (ა. ივანოვ-სმოლენსკი).

სანამულო ფიზიოლოგიის კორიფე ი. სეჩენოვი თავის დროზე

აღნიშნავდა, რომ სიტყვის საშუალებით წარმოებს სხვისი გამოცდილებათა პროდუქციების შეერთება სუბიექტურ მონაცემებთან. ამასთან, იგი გრძნობდა, რომ პროდუქციების სიტყვიერი გამოხატულება ერთი შეხედვით ნაკლებად მგრძნობიარე სიმბოლოს წარმოადგენს.

ადამიანის ონტოგენეზური განვითარების მანძილზე მისი ცოდნა და ცხოვრების გამოცდილებით გამდიდრებასთან ერთად შეგრძნებითი კონკრეტული საგნები აზროვნების ობიექტებად იქცევიან. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, სიტყვიერი სიგნალიზაციის გამომუშავების შედეგად იქმნება წინა პირობები აბსტრაქციისათვის და შესაძლებლობანი განყენებული აზროვნებისათვის.

საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ საგნიდან განყენება მისი სიტყვიერი გამოსახვის გზით არ ნიშნავს იმას, რომ „სიტყვა“ მხოლოდ ნიშანს ან იეროგლიფს წარმოადგენს მის მიერ გამოსახული საგნის ან მოქმედებისას, პირიქით, სეჩენოვისა და პავლოვის სკოლას, უპირველეს ყოვლისა, ა. ივანოვ-სმოლენსკის გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ სიტყვიერი სიგნალიზაცია ობიექტურ სინამდვილეს ასახავს.

თავის ტვინის ქერქის უშუალო და სიტყვიერი პროდუქციების სტრუქტურულ-დინამიკურ ურთიერთობათა ონტოგენეზური სრულყოფის შედეგად ადამიანს ჩამოუყალიბდება ორი სასიგნალო სისტემა: პირველი — ცხოველებთან საერთო და მეორე — ადამიანისათვის სპეციფიკური. ამასთან, მეორე სასიგნალო ქერქული სისტემა თითქოს პირველზეა აგებული, შემდგომ მასშია შეზრდილი და მასთან მჭიდროდ დაკავშირებული. ეს შედეგია ადამიანის სოციალური ცხოვრებისა, შედეგია მისი საზოგადოებრივ გარემოსთან მრავალი ათეული წლების ურთიერთობისა (ა. ივანოვ-სმოლენსკი).

ადამიანის თავის ტვინის დიდ ნახევარსფეროებს, როგორც ანალიზურ-სინთეზური მოქმედების მთლიან აპარატს, ხანგრძლივი ფილოგენეზური ისტორია აქვს დაწყებული ნერვული მოქმედების ყველაზე დაბალი საფეხურებიდან, უმაღლესი ნატიფი ანალიზის შესაძლებლობამდე. ეს გრძელი ფილოონტოგენეზური გზა თითქოს თავის ასახვას პოულობს პრულასაკოვანი ადამიანის ქერქულ-ქერქვეშა მოქმედებათა ცალკეული საფეხურების სახით; ამასთან, ქერქულ-ქერქვეშა „ნეიროდინამიკური სართულები“ მუდამ იმყოფება ურთიერთკავშირში და ინარჩუნებს იერარქიულ-ეტაპურ სუბორდი-

ნაციას. ჯერ კიდევ ი. სეჩენოვი ლაპარაკობდა პირველი ინსტანციის — სიტყვიერი „სიმბოლოების“ და მეორე საფეხურის „სიმბოლოების“ შესახებ. ცხადია, ორივე ნაჩვენები კატეგორია უნდა მიეკუთვნოს მეორე სასიგნალო სისტემის მოქმედებათა დონეს.

ა. ივანოვ-სმოლენსკის მითითება, რომ ფსიქიკური მოქმედება არ შეიძლება გაიგივებულ იქნეს მხოლოდ მეორე სასიგნალო სისტემასთან და რომ ფსიქიკური მოქმედება მოითხოვს ორივე სასიგნალო სისტემის განუყოფელ შესწავლას, სასიგნალო სისტემათა ცალკეულ დინამიკურ დონეთა, უპირველეს ყოვლისა კი მეორე სასიგნალო სისტემის თავისებურებათა გამოკვლევას, მოკლებული არაა თეორიულ და პრაქტიკულ ინტერესს ფსიქონევროლოგიური კლინიკისათვის. ფსიქოზების დროს ქერქის და ქერქქვეშა უბნების სხვადასხვა „ნეიროდინამიკური დონის“ თავისებურებათა შესწავლით შესაძლოა ჩაეწოდეთ კლინიკური სიმპტომების და სინდრომების პათოფიზიოლოგიურ არსს.

სიტყვიერი, ე. ი. მეორადი სიგნალიზაციის ევოლუციურად შესწავლის პრობლემებისადმი მიძღვნილია ა. ივანოვ-სმოლენსკის მეტად საინტერესო შრომები, რომლებიც გვიჩვენებენ, რომ ფუნქციურ-გენეტიკურ სტრუქტურულ სართულებრიობაში და მის შესაბამის ნეიროდინამიკურ იერარქიაში სქემატურადაა ასახული ადამიანის მთელი ფილოგენეზური გზა, მისი განვითარების მთელი ისტორია.

ნ. კრასნოგორსკი ბავშვების მეტყველების ონტოგენეზის გამოკვლევის საფუძველზე იმ დასკვნამდე მიდის, რომ მეტყველებით სისტემას აქვს უმაღლესი მაინტეგრირებელი თვისებები, ქმნის რა მეორე, მესამე და უფრო მაღალი რიგის სინთეზურ სიტყვიერ სიგნალებს, რომლებიც უფრო დაბლა მდგომ სიტყვიერ სიგნალთა ჯგუფებს აერთიანებს.

ქერქულ სასიგნალო სისტემათა ცალკეული დინამიკური საფუძვლები თავისებურად რეაგირებენ პათოლოგიის დროს; მაგალითად, ა. ივანოვ-სმოლენსკის მიხედვით, შიზოფრენიის შემთხვევებში დაცვითი შეკავება შეიძლება სხვადასხვაგვარად გავრცელდეს მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკურ სართულებზე ანუ იერარქიულ საფეხურებზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ მეორე სასიგნალო სისტემის უმაღლესი

დინამიკური სართულების შეკავება პიროვნების ონტოგენეზური გამოცდილების უფრო დაბალ საფეხურზე დაქვეითებას იწვევს.

პიროვნების აღნიშნული დაქვეითება წარმოდგენილი უნდა იქნეს არა როგორც უფრო მაღლა მდგომი დინამიკური სართულების მექანიკური მოწყვეტა. არამედ როგორც ურთიერთმოქმედი სისტემების სთლიანი დაქვეითება ხელშეორედ შექმნილ ინდუქციურ ურთიერთობათა გამო.

ისმება კითხვა: რა ადგილი ეკუთვნის სიტყვიერი რეაქციების ექსპერიმენტულ შესწავლას, ე. ი. ასოციაციურ ექსპერიმენტებს მეორე სასიგნალო სისტემის და მისი დინამიკური სართულების შესწავლის საქმეში პათოლოგიურ მასალაზე.

ვემყოფილდებით რა შემოაღნიშნული მითითებებით ადამიანის ფსიქიკურ მოქმედებაში სიტყვიერი სიგნალიზაციის როლის შესახებ, ხშირ უნდა გავსვას, რომ ა. ივანოვ-სმოლენსკის და მისი თანამშრომლების წვლში ასოციაციურმა ანუ სიტყვიერმა ექსპერიმენტებმა მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკურ თავისებურებათა კვლევის ერთ-ერთი ობიექტური მეთოდის მნიშვნელობა მიიღო, განსაკუთრებით ფსიქიატრიული კლინიკის მასალაზე. მტკიცედ უნდა გვახსოვდეს, რომ ღრობებში პირობითი კავშირები, როგორც ასოციაციის ფართო პავლოვიური გაგება, მოიცავს სიტყვათა შორის კავშირებსაც. ე. ი. სიტყვიერ ასოციაციებს.

უმაღლესი ნერვული მოქმედების შესახებ ი. პავლოვის მიძღვრების საუფველზე ჩატარებულ სიტყვიერ ანუ ასოციაციურ ექსპერიმენტს არაფერი აქვს საერთო ფსიქონალიტიკოსების სუბიექტურ-ფსიქოლოგიურ ვაგებასთან და სპეკულაციურ დასკვნებთან, ასოციაციური ექსპერიმენტი საშუალებას იძლევა ობიექტურად დავიჭიროთ ქერქული დინამიკის ის ცვლილებები, რომლებიც წარმოებს თავის ტვანის ქერქში სიტყვიერი გამოიზიანებლის დაცემის მომენტიდან ან მასში სპასუხო სიტყვიერი რეაქციის წარმოშობამდე.

როგორც ცნობილია, ასოციაციური ექსპერიმენტი იძლევა ნეიროდინამიკური სერების დანახათებას, უპირატესად მეორე სასიგნალო სისტემაში. ამიტომ ის აუცილებლად უნდა გამოვიყენოთ უმაღლესი ნერვული მოქმედების კვლევის სხვა მეთოდებთან, რომლებიც საშუალებას იძლევიან ქერქული სასიგნალო სისტემები შესწავლილი იქნეს ურთიერთქმედებაში.

სიტყვიერი ექსპერიმენტის მონაცემების ნეიროდინამიკური ანალიზის დროს ყურადღებას იპყრობს ფარული პერიოდის საიდიდე და საპასუხო სიტყვიერი რეაქციის თავისებურებანი. ეს ორი მაჩვენებელი ავლენს ფსიქოზებისა და ფსიქონევროზების დროს არსებულ დამახასიათებელ ცვლილებებს.

რაც შეეხება სიტყვიერ გამლიზიანებლებს, აქ ყურადღებას აქცევენ ე. წ. კონფლიქტურ (ე. ი. ავადმყოფისათვის რაიმე კონფლიქტურ-საყოფაცხოვრებო სიტუაციის ამსახველ და ძალზე აფექტურად შეფერადებულ) სიტყვა-გამლიზიანებლებს, ამ მხრივ საინტერესო დაკვირვებები მოპყავა ნ. გარცვტენის. რეაქტიული დეპრესიის დროს ავტორის მიერ აღნიშნულია ქერქული ნეიროდინამიკის ცვლილებები, რომელიც გამოვლინებულია ასოციაციური ექსპერიმენტის შედეგად „არსებული კონფლიქტური სიტუაციის მასიგნალიზებელი კონფლიქტურ-სიტყვიერი გამლიზიანებლების გამოყენებით“.

ჩვეულებრივ, სიტყვიერი გამლიზიანებლების ფორმულის შესადგენად, ასოციაციური, ანუ სიტყვიერი ექსპერიმენტის მიზნით, ძირითადად იღებენ არსებით სახელებს, უფრო ხშირად უსულო საგნების სახელწოდებებს. მასში განგებ ერთეუბა ავადმყოფისათვის საკონფლიქტო სიტყვები, რომელთა ფსიქოგენურ მატრავმირებელ შინაარსზე ლაპარაკობს ანამნეზისა და კლინიკური სიმპომატოლოგიის მონაცემები.

იმ მდგომარეობიდან გამომდინარე, რომ მეორე სასიგნალო სისტემა ამელაგნებს ყველაზე პრიმიტიულ და ყველაზე უმადლესი ფორმის რეაგირების საფეხურს და, ამრიგად, მეორე სასიგნალო სისტემის ონტოგენეზში შეიძლება გამოიყოს სიტყვიერი რეაქციის განვითარების ცალკეული ეტაპები, ჩვენ ექსპერიმენტისათვის ვარჩევდით სიტყვიერ გამლიზიანებებს არა მათი კონფლიქტურ-ეპოციური შინაარსის, არამედ სიმნელეთა ნიხედვით, რომელიც სიტყვიერი სიგნალიზაციის გენეტიკური საფეხურითაა გაპირბებული.

ამით სიტყვიერი ექსპერიმენტი ფართო გამოყენების შესაძლებლობას იღებს როგორც ფსიქოგენურ-რეაქტიული შემთხვევების (ფსიქონევროზები, რეაქტიული ნევროზები), აგრეთვე სხვა ბუნების გაშლილი ფსიქოზების და, უპირველეს ყოვლისა, შიზოფრენიის გამოკვლევებისათვის.

მეტყველებითი სიგნალიზაცია (როგორც სიტყვიერი, ასევე წე-

რილობით) გაივლის განსაზღვრული ონტოგენეზური ჩამოყალიბების (განვითარების) საფეხურებს. უფრო მარტივი სიტყვიერი სიგნალებიდან (საგნებისა და მოქმედებათა სახელწოდებანი) უფრო რთული, განყენებული წარმოდგენებისაკენ, რომლებიც იმავე საგნებისა და მოქმედებათა თვისობრივ ცნებითს მხარეს ასახავენ. ეჭვი არ არის. სხვადასხვა სიძნელის სიტყვიერი გამლიზიანებლები მეორე სასიგნალო სისტემის მხრივ სხვადასხვა დინამიკურ გამოძახილს პოვენს. სიტყვიერი ექსპერიმენტის დროს ჩვენ საქმე გვექნება ექსპერიმენტარების ყველაზე მსუბუქ ვარიანტთან, თუ გალიზიანებას უშუალოდ საგნებით გამოვიწვევთ და პასუხები სიტყვიერი იქნება. აქ მხედველობაშია მიღებული უშუალო გამლიზიანებელი — სიტყვიერი რეაქცია (უ-ს რეაგირების ტიპი), შემდეგი ვარიანტი იქნება სიტყვა ან წერილი. იგულისხმება სიტყვიერი გამლიზიანებელი — სიტყვიერი პასუხი (ა-ს რეაგირების ტიპი).

1. სიტყვიერი გამლიზიანებლები — არსებითი სახელები (საგნების სახელწოდებანი);

2. სიტყვიერი გამლიზიანებლები — ზმნები (მოქმედებათა სახელწოდებანი);

3. სიტყვიერი გამლიზიანებლები — ნაზმნარი არსებითი სახელები (განყენებული წარმოდგენები მოქმედებათა შესახებ);

4. სიტყვიერი გამლიზიანებლები — ზედსართავი სახელები (თვისობრივი ნიშნები).

შიზოფრენიის დროს მეტყველების აბნევასთან დაკავშირებული სიტყვიერი რეაქციების მონაცემების პირველი მნიშვნელოვანი და საყურადღებო გამოკვლევები ა. ივანოვ-სმოლენსკის ეკუთვნის. ასოციაციური ექსპერიმენტის შედეგების საფუძველზე მან ჯერ კიდევ 1934 წელს უმაღლესი ნერვული მოქმედების შესახებ, ი. პავლოვის მოძღვრების პოზიციებიდან მოგვცა შიზოფრენიის დროს არსებულ ისეთ რთულ კლინიკურ გამოვლინებათა პათოფიზიოლოგიური ანალიზი, როგორცაა ბოღვითი სინდრომი, შიზოფაზია და სტრუქტურული ქუუასუსტობა.

ა. ივანოვ-სმოლენსკის შრომაში აღწერილია შემთხვევა, როცა შიზოფრენიით დაავადებული ავადმყოფი ბრძანების კილოში მიცემულ ბრძანებაზე შესაბამისი რეაქციით პასუხობს, მაგრამ ამავე დროს არ ასრულებს წერილობით მიცემულ მითითებებს და სრულიად არ ასრუ-



ლებს დავალებას დაასახელოს ყვავილების სახელწოდებანი. ავტორი წერს: „როდესაც მას წინადადება ეძლევა შეასრულოს დაწერილი, წარბემს კმუხნის, კოპებს კრავს, გაძლიერებით ახამხამებს თვალებს; ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ მოხერხდა ყვავილების სახელწოდებების სწოიად დასახელება — პასუხები სრულიად არაადეკვატურია“.

მეორე სასიხნალო სისტემის ნეიროდინამიკულ თავისებურებათა და მისი დინამიკური საფეხურების შესაძლებლობათა გავების მიზნით ჩვენ შემოგვაქვს სიტყვიერი, ე. ი. ასოციაციური ექსპერიმენტის შემდეგი რვა ვარიანტი მზარდი სირთულის მიხედვით:

1. უშუალო გალიზიანება საგნებით — სიტყვიერი პასუხი (უ-ს რეაგირების ტიპი);

2. სიტყვიერი გალიზიანება (საგნების სახელწოდება, ე. ი. არსებითი სახელები) — სიტყვიერი პასუხი (ს-ს რეაგირების ტიპი).

3. სიტყვიერი გალიზიანება (მოქმედებათა სახელწოდება — ზმნევი) — სიტყვიერი პასუხი (ს-ს რეაგირების ტიპი);

4. სიტყვიერი გალიზიანება (ნაზმნარი არსებითი სახელები — სიტყვიერი პასუხი (ს-ს რეაგირების ტიპი);

5. სიტყვიერი გალიზიანება (თვისობრივი ნიშნები — ზედსართავი სახელები) სიტყვიერი პასუხი (ს-ს რეაგირების ტიპი);

6. სიტყვიერი გალიზიანება (საგანთა ან მოქმედებათა სახელწოდებანი) — წერილობითი პასუხი (ს-ს რეაგირების ტიპი);

7. წერილობითი გალიზიანება (საგანთა ან მოქმედებათა სახელწოდებანი) — სიტყვიერი პასუხი (წ-ს რეაგირების ტიპი);

8. წერილობითი გალიზიანება (საგანთა ან მოქმედებათა სახელწოდებანი) — წერილობითი პასუხი (წ-ს რეაგირების ტიპი).

თითოეული ამ ვარიანტის გამოყენების დროს წინასწარ შედგენილი ფორმულების მიხედვით აღებულია 2-დან 12-მდე გამლიზიანებელი. სადაც ექსპერიმენტატორის შეხედულებისამებრ, საპირობისდა მიხედვით, თითოეული გამლიზიანებელი შეიძლება შევცვალოთ. თუ ავადმყოფი ექვემდებარება ინსტრუქტაჟს და აღვილად ებმება ექსპერიმენტში, მაშინ ჩვენ პირველ სამ წერთს გამლიზიანებელს ვაძლევთ პასუხის პილების შემდეგ 30 წამის პაუზით, მეორე სამ გამლიზიანებელს — 180 წამის პაუზით, სამს კვლავ 30 წამის პაუზით, შემდეგს — 180 წამის პაუზით, და ასე რიგრიგობით. ცხადია, სხვადასხვაგვარი პაუზა ქერქული აპარატის დასვენების სხვადასხვა საშუალებას იძლევა.

აღნიშნული რვა ექსპერიმენტი ავადმყოფთან რამდენიმე დღის განმავლობაში გასაუბრების რიგის მიხედვით მოგვყავს. ინდივიდუალური შემთხვევის მიხედვით ხანდახან დღის განმავლობაში შეიძლება ორი-სამი ექსპერიმენტი იქნეს ჩატარებული. საჭიროა აღინიშნოს, რომ გამოსაკვლევ ავადმყოფებს ექსპერიმენტები ჩვეულებრივ არ ღლით. ავადმყოფები, რომლებიც მშვიდნი და გარემომცველ პერსონალთან კონტაქტურნი არიან, ექსპერიმენტში ადვილად ერთვებიან და ხალისით ასრულებენ ინსტრუქციულ დავალებებს.

ლიტერატურული და კლინიკურ-ექსპერიმენტული მასალები ავალსაჩინოდ მიუთითებენ ასოციაციური ანუ სიტყვიერი ექსპერიმენტის დიდ მნიშვნელობაზე მეტყველების აშლის პათონეიროდინამიკურ (პათფიზიოლოგიურ) კლინიკურ გამოვლინებათა როგორც შემეცნებით-აზროვნებითი პროცესების არსის შესწავლის საქმეში, ასევე ყოველგვარი ბუნების ფსიქოზების დროს.

ა. შ. ივანოვ-სმოლენსკის და მის თანამშრომელთა მიერ ამ მიმართულებით ჩატარებულ გამოკვლევებს დიდი მნიშვნელობა აქვს თანამედროვე კლინიკური ფსიქიატრიის თეორიისა და პრაქტიკისათვის.

ავტორი მოგვიწოდებდა სიტყვიერი რეაქცია ფუნქციურ-გენეტიკურ ასპექტში გაგვეხილა, ამიტომ სიტყვიერი გამოღიზიანებლების და სიტყვიერი პასუხების (სიტყვიერის და წერილობითის) გენეტიკური ანალიზი შეიძლება ფართოდ იყოს რეკომენდებული მეორე სასიგნალო სისტემის ცალკეულ დონეთა ან საფეხურთა ნეიროდინამიკური თავისებურებების შესწავლის მიზნით ნორმასა და პათოლოგიაში.

მეორე სასიგნალო სისტემის, როგორც სოციალური სიგნალიზაციის ინტოგენეზური განვითარების გრძელი გზა განისაზღვრება აუღუფრო და უფრო გართულებული ნეიროდინამიკური პროცესით, რომლებიც საგნობრივი წარმოდგენებიდან და კონკრეტული მოქმედებიდან ან ფუნქციურ წინა პირობებს ქმნიან განყენებისათვის (აბსტრაქციისათვის), ადამიანის პიროვნების ცნებითი გამდიდრებისათვის, და აგრეთვე მისი მეტყველებითი შესაძლებლობების გრამატიკული წესების მოთხოვნებისადმი დაქვემდებარებისათვის. გასაგებია, რომ იმის მიხედვით. თუ მეორე სასიგნალო სისტემის რა დინამიკურ და ფუნქციურ სიღრმეზე გავრცელდება უპირობო (დაცვითი) შეკავება. დამოკიდებული იქნება დაავადებული პიროვნების კლინიკის თავისებურებანი, ინტელექტურ და უმაღლეს შესაძლებლობათა თანდართ-

ვით სიტყვიერი ზემოქმედება, როგორც გამლიზიანებლის ძალა, გაპირობებულია თვით სიტყვის ასოციაციური კავშირებით. საპასუხო რეაქცია კი დამოკიდებულია იმაზე, თუ მეორე სასიგნალო სისტემის რომელ დონეს აქვს სიტყვიერ გამლიზიანებლებზე რეაგირების უნარი.

შეკავება რომ გადავლახოთ და მეტყველებითი არეების განსაზღვრულ საფეხურებს მივუახლოვდეთ, ზოგჯერ მხოლოდ ცალკეული სიტყვებით გალიზიანება საკმარისი არაა. ასეთ შემთხვევებში მიზნის მისაღწევად გამლიზიანებლების სახით მთელი წინადადებების გამოყენებაა საჭირო.

ესებოდა რა „სინთეზური ექსპერიმენტის“ შესაძლებლობებს და ამოცანებს, ი. ივანოვ-სმოლენსკი ჯერ კიდევ 1934 წელს წერდა, რომ თუ ცალკეული სიტყვა — გამლიზიანებელი, რომელსაც ჩვენ „ასოციაციურ ექსპერიმენტში“ ვიყენებთ აღნიშნული შეკავების გადასალახავად, რომლითაც ავადმყოფის მეტყველებითი არეა მოცული, არასაკმარისი აღმოჩნდება, მაშინ ჩვენი კიბხეები, რომლებიც მთელ წინადადებებს და ფრაზებს წარმოადგენს, რამდენადმე მაინც გადალახავენ ამ შეკავებას, თუ მთლიანად ვერ მოხსნიან მას.

ვეხებით რა სასიგნალო სისტემის ცალკეულ საფეხურს, სართულების ან ფუნქციურ მდგომარეობათა დონეებს, ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ არაფრით არ შეიძლება მათი ერთმანეთისაგან მოწყვეტით, განცალკევებით წარმოდგენა.

ი. პავლოვის და მისი მოწაფეების შრომებით დიდი ხანია დამტკიცებულია, რომ მთელი ქერქულ-ქერქვეშა დინამიკური სართულები და დონეები ერთიან ურთიერთკავშირში და სუბორდინაციაში იმყოფებიან. მათი დინამიკური ერთიანობა შეკავშირებულია და ფუნქციური სუბორდინაცია ადამიანის ინდივიდუუმის ფილოონტოგენეზური განვითარების რთული და გრძელი გზითაა გაპირობებული. პათოლოგიაშიც კი არ არის ცალკეული სასიგნალო სისტემებისა და მათი საფეხურების აბსოლუტურად იზოლირებული მოქმედებანი.

სიტყვიერი ექსპერიმენტის მონაცემები მნიშვნელოვანია აგრეთვე ე. წ. სტრუქტურული ჰქუასუსტობის ნეიროდინამიკური არსის და ფსიქოპათოლოგიური შინაარსის გასაგებად, რომელიც შიზოფრენიის კლინიკის არსებით სინდრომს წარმოადგენს.

სქოლასტიკური დებულებანი. რომელთაც სუბიექტური ფსიქოლოგიის წარმომადგენლები ავითარებენ შიზოფრენიის დროს ჰქუა-

სუსტობის ფორმალურად არარსებობისა (დემენცია უდემენციოდ) და ე. წ. სტრუქტურული ჰქუასუსტობის სემანტიკური ბუნების შესახებ, უადრესად უსუსური ხდება შიზოფრენიული ფსიქოზის კლინიკური სიმპტომოლოგიის პელოეური ნეიროდინამიკური ანალიზის შემდეგ. ირკვევა, რომ ავადმყოფის ცნებით-ლოგიკურ შესაძლებლობათა დაქვეითების დროს შესიერებისა და არსებული ცოდნის განსაზღვრული დონის შენახვა ნეიროდინამიკური დარღვევებით, კერძოდ, პიროვნების ონტოგენეზურად უფრო მოგვიანებული და საპასუხისმგებლო რეგისტრირების შეკავების პროცესით, პიროვნების ონტოგენეზური განვითარების უფრო დაბალ საფენურზე დინამიკური გადართვის პროცესით აიხსნება. ამით სტრუქტურული ჰქუასუსტობის კლინიკური გაგება, თავისუფლდება რა უეკველად მანკიერი, ვიწრო ფუნქციონალიზმის კლანჭებიდან, ობიექტურ, მეცნიერულ გაშუქებას პოულობს პიროვნების მთლიანობის დამრღვევ ნეიროდინამიკურ ძვრებში.

### ძილი და სიზმრისაზური ცნობიარება

ძილისა და სიზმრის პრობლემას ფსიქიატრიის კლინიკისათვის განსაკუთრებული თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი აქვს. ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიის უკანასკნელი დროის მიღწევებმა დააზუსტეს ძილის წარმოშობის და განვითარების მექანიზმები.

ფსიქიატრიის განკარგულებაში არსებობს უამრავი კლინიკური მასალა, როდესაც ავადმყოფი იმყოფება ერთგვარ ძილ-მღვიძარ, სიზმრისმაგვარ მდგომარეობაში. ეგრეთწოდებული ონეროიდული ცნობიერება თავისი ფსიქოლოგიური ბუნებით მოგვაგონებს სიზმარს, რის გამოც ავადმყოფი ინარჩუნებს დეტალურ მოგონებას გადატანილი ფსიქოზის შესახებ.

ძილ-მღვიძარ მდგომარეობას მოგვაგონებს აგრეთვე შიზოფრენიის დროს არსებული ეგრეთწოდებული ცნობიერების ჰიპოტონიური მდგომარეობა (გრულე, ბერცე). ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამჟამად ცნობიერების პათოლოგია წარმოადგენს ერთ-ერთ კარდინალურ, ძირითად პრობლემას ფსიქიატრიის კლინიკაში.

მთელი რიგი სიმპტომები, რომელიც წარსულში მიეწერებოდა გენსიერების აშლას, ჰქუასუსტობას, ყურადღების პათოლოგიას ან

ემოციურ სიჩლუნგეს, დღეს შეიძლება თავისუფლად ავხსნათ ცნობიერების გარკვეული პათოლოგიური მდგომარეობით.

როგორც ლიტერატურის წყაროებიდან (ზეიგარნიკი, ლევინი, გოლანტი და მენტეშაშვილი), ისე ჩვენი დაკვირვებიდან ირკვევა, რომ პროგრესული დამბლა დეფექტურ სტადიაში უფრო ნაკლებად ამჟღავნებს ინტელექტურ დაკნინებას, ვიდრე დაწყებითს — გაბრუების სტადიაში. თავისთავად ცხადია, რომ აღნიშნული მდგომარეობა უნდა მიეწეროს გაბრუების მომენტს პიროვნების დაძაბვის უნარის შესუსტებას. ცნობიერების ზერელე შეცვლა, გაბრუება, ცნობიერების ღრმა პირველადი აშლა (ამენცია), ონეროიდული და დელირიოზული ცნობიერება ხშირად გვხვდება სხვადასხვა ორგანული, ტრავმული, ინფექციური და ინტოქსიკაციური ფსიქოზების დროს.

შემთხვევითი არ არის, რომ შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი „სხეულის სქემის“ აშლის სიმპტომები ამჟამად უკვე განიხილება არა როგორც კერობრივი, ლოკალური ბუნების მქონე ფსიქონერვული ნიშანი, არამედ როგორც ცნობიერების გარკვეული მდგომარეობა.

ცნობიერების პირველადი აშლის ფსიქოპათოლოგიური მექანიზმების შესწავლისას, განსაკუთრებით ონეროიდული ცნობიერების შემთხვევაში დიდი დახმარება შეიძლება გაგვიწიოს სიზმრის ფსიქოლოგიის შესწავლამ.

უცნაური განცდები, წარმოდგენათა უცნაური შეკავშირებანი, შემთხვევითი ასოციაციები, კატათიმიური ლოგიკით გაპირობებულ დასკვნები, მოვლენათა კრიტიკულად განსჯის და შეფასების შეუძლებლობა, რომელსაც ადგილი აქვს სიზმრის დროს, გარეგნულად მოგვაგონებს ონეროიდულ ცნობიერებას. სიზმრის ფსიქოლოგიური მექანიზმების შესწავლას შეუძლია ნათელი მოკვინოს ონეროიდული მდგომარეობის კლინიკას.

როგორც ყოველთვის, აქაც უნდა გვახსოვდეს, რომ პათოლოგიურ და ნორმალურ კანონზომიერებათა შორის ერთიანობის აღმოჩენა ხელს უწყობს მოვლენათა არსის გამოცნობას. ამ მხრივ სრულიად საკმარისია მოვიგონოთ პოზიციები, რომლებზეც დგას პავლოვი.

როგორც ვიცით, პავლოვი ცენტრალური ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიის შესწავლის დროს ფართოდ იყენებს კანონებს პათოლოგიური ფიზიოლოგიიდან.

როგორია ფიზიოლოგიური საფუძვლები ნორმალური თუ პათო-

ლოგიური ძილისა. პავლოვის გაგებით ძილი ვითარდება ქერქის განფენილი შეკავების ნიადაგზე. მან პირობით რეფლექსებზე მუშაობის დროს აღმოაჩინა ისეთი მდგომარეობა, როდესაც შემდგომი რაიმე ინდიფერენტული გალიზიანების მოწოდება იძლეოდა ქერქის საერთო შეკავებას და ძილს.

სპერანსკის მოწაფემ გალკინმა მიიღო ექსპერიმენტული ძილი სრულიად სხვა ვხით, სახელდობრ ძირითადი რეცეპტორების (მხედველობის, ყნოსვის და სმენის) გამოთიშვით.

პავლოვი ძილის ანატომიურ სუბსტრატად თვლის დიდი ჰემისფეროების ქერქს (განფენილი ქერქული შეკავება), მაგრამ არსებობს მთელი რიგი ექსპერიმენტული და კლინიკური ფაქტები, რომლებიც მიუთითებს, რომ ძილის ანატომიურ სუბსტრატს უნდა შეადგენდეს აგრეთვე ქერქქვეშა უბნები. ჩვენ აქ მხედველობაში გვაქვს შვეიცარიელი ფიზიოლოგის ჰესის ექსპერიმენტები და აგრეთვე ცნობილ კლინიკოსთა ეკონომოს და კლაისტის კლინიკური დაკვირვებანი.

ფაქტები, რომლებსაც იძლევა ნევროპათოლოგიური კლინიკა, არ ეწინააღმდეგება პავლოვის თეორიას.

თვით საკითხის დასმა — ქერქი ან ქერქქვეშა უბნები — არაა სწორი. ამ შემთხვევაში საყურადღებოა ორბელის პოზიციები. ამ ავტორის თანახმად, ქერქული შეკავება შეიძლება მოეფინოს და გავრცელდეს არა მარტო დიდი ტვინის ჰემისფეროებზე მთლიანად, არამედ ქერქქვეშა კვანძებზეც.

ასეთი მიდგომით სრულიად ისპობა წინააღმდეგობა ორი სხვადასხვა შესედელებს (ქერქი თუ ქერქქვეშა უბნები) წარმომადგენელთა შორის.

ძილი წარმოადგენს მთელი ნერვული სისტემის ფუნქციას; აქ ჩართულია როგორც ცერებროსპინალური, ისე ვეგეტატიური ნერვული სისტემა (კროლი) და ამიტომ მიუღებელია ძილის გამომწვევი ლოკალური უბნის — ცენტრის დაშვება. ძილის დროს ქერქი არ განიცდის განფენილ შეკავებას მთელი თავისი მოცულობით: თუმცა ძალიან შეზღუდულად, მაგრამ იგი მაინც უეჭველად ინარჩუნებს უნარს მიიღოს გალიზიანებანი გარემოდან.

ი. ბერიტაშვილის მოსაზრებით, გარეგანი გალიზიანებანი უთუოდ დიდ მონაწილეობას უნდა ღებულობდეს ძილის დროს არსებული ფსიქონერვული პროცესების, ე. ი. სიზმრის დაწყება-გამოწვევაში,

მხოლოდ ძნელია აღნიშნულ გაღიზიანებათა დადასტურება, რადგან გაღიზიანება ძილის დროს განიცდება სუსტად და ამიტომ მეხსიერებაში ძლიერ მცირე კვალს ტოვებს.

ძილის ბუნების შესწავლაში განცალკევებული პოზიციები უკავიათ ფსიქოლოგებს. ძილის პრობლემა პირველ რიგში მათ მიაჩნიათ ფსიქოლოგიურ პრობლემად, რომელიც შეიძლება გადაწყვეტილი იქნეს მხოლოდ ფსიქოლოგიური ასპექტით. ძილის მხოლოდ ფსიქოლოგთა ძიების საგნად აღიარება არ შეიძლება იყოს გამართლებული, ასეთი მიდგომა ძილს სრულიად აცლის ფიზიოლოგიურ საფუძველს.

ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური არ წარმოადგენს იგივეს. მაგრამ მათ შორის აუცილებლად არსებობს ერთიანობა. ასეთ პოზიციებზე იდგა პავლოვიც, იგი თავის კვლევითს მუშაობაში ფსიქოლოგიას კი არ თიშავდა ფიზიოლოგიისაგან, არამედ მუდამ ცდილობდა ფსიქიკური მთლიანობისათვის გამოეძებნა ფიზიოლოგიური საფუძველები.

ფსიქოლოგიურ პრობლემას წარმოადგენს მხოლოდ ფსიქიკური მოვლენები, რომელსაც ადგილი აქვს ძილის დროს, ე. ი. სიზმარი. არ შეიძლება აგრეთვე მთლიანად დავეთანხმოთ ფსიქოლოგთა შეხედულებებს (ლეიბნიცი, ვუნდტი) თითქოს ძილი ყურადღების შესუსტების ან სრული აღკვეთის შედეგი იყოს. ეს თეორია მთლიანად ვერ ამოსწორავს ძილის მეტად რთულ პრობლემას შემდეგი ორი მოსაზრების გამო: ჯერ ერთი, თვითონ საკითხი ყურადღების დამოკიდებულების შესახებ ღია და სადავოა; მეორე, ცნობილია მთელი რიგი შემთხვევებისა, როცა ყურადღება კი არ განსაზღვრავს ცნობიერების მდგომარეობას. არამედ ცნობიერების თავისებურება უდევს საფუძველად ყურადღების თავისებურებას.

ცნობიერებისა და ყურადღების მხრივ ფრიად საინტერესოა ის ფსიქოპათოლოგიური მასალა, რომელსაც იძლევა ფსიქიატრიის კლინიკა.

შენიშნულია, რომ ფენომენოლოგიურად სრულიად განუთრჩეველი და აქტიურ-პასიურ ყურადღებას სრულიად მოკლებული შიზოფრენიით დაავადებული, აქტიურ ყურადღებაზე ექსპერიმენტული გამოკვლევის დროს ხშირად იჩენს განსაცვიფრებლად კარგ შედეგს. ჩვენი აზრით, აღნიშნული ფაქტი ახსნილი უნდა იყოს ავადმყოფთა ცნობიერების თავისებურებებით, მხედველობაში გვაქვს ჰიპოტონია.

ასეთ შემთხვევებში ექსპერიმენტულად მიღებული დადებითი

მაჩვენებლები მხოლოდ გარეგნულად მოგვაგონებს აქტიური ყურადღების გაძლიერებას. სინამდვილეში კი აქ საქმე გვაქვს პათოლოგიურ ნორჩილებასთან, რის გამოც ექსპერიმენტის დროს ავადმყოფი კატატონური დაძაბულობით აწარმოებს მექანიკურ მუშაობას.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ძილის დროს ქერქი იმყოფება განდგენილ შეკავების მდგომარეობაში, მაგრამ ეს შეკავება დიდი ჰემისფეროციტების ზედაპირზე არ არის მოდებული მთლიანად. მხედველობაში გვაჩვენებს პავლოვის ზეირ აღნიშნული ე.წ. საფეხავო პუნქტი (მაგალითად: ღრმა ძილში მყოფი მეწინსვლილე იღვიძებს საფეხავის ჩამოთავებისას; ღრმა ძილში მყოფი დაღლილი, მოქანცული მეძუძური დედა იღვიძებს თავისი ბავშვის მცირე მოძრაობაზე ან ტირილზე).

ძილის ფიზიოლოგიური ბუნება არ ჰგავს ეპილეფსიური გულყრის მდგომარეობას, როდესაც ქერქის ფუნქცია მთლიანად გამოვარდნილია. ძილის დროს არსებობს ფიზიოლოგიური პირობები ფსიქონერვული აქტების საწარმოებლად, მხოლოდ ეს უნარი დამოკიდებულია შეკავების სიღრმეზე და განდგენის სივრცეზე. ცენტრალური ნერვული სისტემის და კერძოდ ქერქის მუშაობა, ძილის დროს არ არის გამოარჩევნული, მაგრამ იგი მოქმედებს ძლიერ ღუნელ, ნაკლები დაძაბულობით.

როგორც ვხედავთ, ძილი არ არის სრული უგონობის, ანუ ცნობიერების სრული გამოვარდნის მდგომარეობა. ფსიქიკური აქტები, რომელსაც ადგილი აქვს ძილის დროს, აუცილებლად გაპირობებულია და განსაზღვრულია ფსიქიკური ტენზიის შესუსტებით, ცნობიერების თავისებურებით. ეს თავისებურება სიზმრისათვის სპეციფიკურია.

შოყვანალი მოსაზრებების გამო არაა სრულიად სწორი კლაგესის პონტიფები, თითქოს სიზმარში სრულიად მოსაზობილი იყო ტკივილის განცდის, ანუ ტკივილის წარმოდგენათა შესაძლებლობანი. ჩვენ ვიცით, რომ სიზმარში შეიძლება იყოს ასეთიური აფექტის განცდა და ამასთან დაკავშირებით შინა. ტირილი, ოხვრა, დაღლილობის, მოქანცულობის, ტკივილის შეგრძნება. გარდა ამისა, გადასინჯული უნდა იქნეს საკუთრივ დროისა და სივრცის წარმოდგენათა შესახებ სიზმრის დროს.

რომ სიზმარში ფსიქიკური აქტები მიმდინარეობს ცნობიერების კონტროლის ქვეშ და წარმოადგენს პიროვნების განუყრელ ნაწილს, ამასზე მიუთითებს აგრეთვე ცნობილი მწერალი გოეთე. იგი თავის ბიოგრაფიაში მოგვითხრობს ისეთი სიზმრების შესახებ, რომლებიც მისი



შემოქმედებითი მიუშაობის გავრცელებას წარმოადგენდა. აქ შეიძლება ლაპარაკი ე. წ. შემოქმედებითს „სიზმარზე“, მაგრამ სიტყვა სიზმარი აუცილებლად უნდა ეისმართ ბრჭყალებში, რადგან იგი ამ შემთხვევაში თავისი ბუნებით განსაკუთრებით რთულია, არსებითად წარმოადგენს სულ სხვა პრობლემას და ძლიერ ძნელია მისი გამოყენება ჩვეულებრივი სიზმრის ფსიქოლოგიის შესწავლის მიზნით. სიზმრის ფსიქოლოგიური ბუნების ანალიზის დროს ჩვენ გვინტერესებს ძირითადი მექანიზმების გაცემა.

ცხადია, რომ სიზმარი წარმოიშვება და შემდეგ თავისი შინაარსის მხრივ ვითარდება თანახმად კატათიმიური მექანიზმებისა, ე. ი. თანახმად აფექტური ტონით შეფერადებული წარმოდგენების ურთიერთ-ცვლისა. დ. უზნაძე წერს, რომ სიზმარი წარმოადგენს სუბიექტის აქტუალური განწყობის ნიადაგზე აღმოცენებული ფსიქიკის სპონტანური ამოქმედების პროდუქტს.

სიზმრის ფსიქოლოგიური მექანიზმების შესწავლისას შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვისი ნაწილობით ან თვით ავტორის მიერ ნახული მასალები. სიზმრის გამოკვლევის სხვა რაიმე ექსპერიმენტული გზა არ არსებობს. ექსპერიმენტული მასალა ჰიპნოზის დროს ან განცდათა რეპროდუქცია სომნამბულურად შევიწროებული ცნობიერების პირობებში (ისტერიული გულყრა) ძლიერ შორს დგას ჩვეულებრივი სიზმრიდან. აქ ლაპარაკი შეიძლება მხოლოდ რაიმე შორეულ ანალოგიაზე და შეფარებებზე.

არ შეეჩერდებით ფრეიდის მოძღვრებაზე სიზმრის ფსიქოლოგიის შესახებ. ფრეიდის მოძღვრება სიზმრის სექსუალური კომპლექსების საკითხებთან დაკავშირებით (მსგავსად მისი სხვა პანსექსუალისტური შეხედულებებისა), ცხადია, კრიტიკულ გაშიფვრას მოითხოვს.

რა გზით შეიძლება იყოს შესწავლილი მიღებული მასალა ობიექტურად თუ სუბიექტურად.

ფსიქიკური დაავადების შემსწავლელ გზა-წესთა შორის წამყვანი როლი ეკუთვნის ცენომენოლოგიურ მეთოდს. არც ერთი ფსიქიკის დიაგნოზი არ შეიძლება დაისვას კლინიკური ფენომენოლოგიის გარეშე.

კლინიკური ცენომენოლოგია პირველ რიგში გულისხმობს დაავადების ცენტროპათოლოგიური სურათის დაზუსტებას.

ფსიქიატრი კლინიცისტი ვალდებულია მიმართოს ექსპერიმენტულ

ფსიქოლოგიურ მეთოდს, მაგრამ ამ მეთოდის ჩარჩოებიც შეზღუდულა. ფსიქოლოგიური ექსპერიმენტის მონაცემებს აქვს მხოლოდ დამხმარე მნიშვნელობა შემთხვევის საბოლოო კლინიკურ შეფასებაში. ავადმყოფის მთლიანი დინამიკური შესწავლა, პათოლოგიური პიროვნების ქცევათა, მოქმედებათა, შინაგან განცდათა და გარეგან რეაქციათა შესწავლა — აირამ უნდა მიიპყროს კლინიციის მთავარი ყურადღება.

ფსიქიატრი კლინიციისტი არ უნდა იყოს ფოტოგრაფის როლში, საჭიროა სხვადასხვა ავადმყოფურ გამოვლინებათა არა მარტო მექანიკური აღბეჭდვა, არამედ მათი ახსნა, გაგება, შეგულისხმება.

როგორც ვხედავთ, ფსიქიატრი კლინიციისტი ვალდებულია თავის მუშაობაში გამოიყენოს ყველა მეთოდი, ყოველგვარი ექსპერიმენტული გზა-წესი, მაგრამ ფენომენოლოგიური მასალის დაგროვების და ანალიზის დროს იგი იძულებული ხდება პირველ რიგში მიმართოს ახსნის. გაგების და შეგულისხმების ფსიქოლოგიას. ფენომენოლოგიურად ზუსტად თანამსგავს სიმპტომს თუ სინდრომს ჩვენ ვხვდებით როგორც ტლანქ ორგანულ, ისე ფუნქციურ და სუფთა ფსიქოგენურ დაავადებათა შემთხვევებში. დიფერენციალურ დიაგნოზში აქ ჩვენ უაჯვეხმარება, მხოლოდ მდგომარეობის ახსნა, გაგება და შეგულისხმება. სხვა გზა არ არსებობს.

შეგულისხმებით ფსიქოლოგიაზე თავის მოღვაწეობის ბოლო წლებში მიუთითებდა კრეპელინი. ვსარგებლობთ შემთხვევით აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ არ მიგვაჩნია მართებულად (ყოველ შემთხვევაში ფსიქოპათოლოგიურ მასალაზე) იმ პოზიციებზე დგომა, როდესაც ახსნით. გაგებით და შეგულისხმებით ფსიქოლოგიას განიხილავენ, როგორც დამოუკიდებელ მეცნიერულ დარგს. არ არსებობს ფენომენოლოგიური, ფსიქოპათოლოგიური, ნევროლოგიური ან ანატომიური ფსიქიატრია; ფსიქიატრიაში არის მხოლოდ კვლევის სხვადასხვა მეთოდები.

ამევე უმართებულა მსჯელობა ახსნით, გაგებით ან შეგულისხმებით ფსიქოლოგიაზე. არსებობს ერთი მეცნიერული დარგი ფსიქოპათოლოგია, რომელიც ავადმყოფური პიროვნების შესწავლის დროს მიმართავს კვლევის სხვადასხვა გზა-წესებს (ახსნა, გაგება შეგულისხმება, ექსპერიმენტი).

მეორე საკითხია, თუ რამდენად მისაღებია თვით მეთოდი ფსიქოლოგიურ მოვლენათა ახსნისა, გაგებისა და შეგულისხმებისა, აღნიშნულ-

ლინეოლოგი გამართლებულია მეცნიერულად, თუ სავსეა სუბიექტური მტდარი დასკვნებით?

ჩვენი აზრით, მატერიალისტურ პოზიციებზე მდგომი ფსიქიატრი კლინიციისათვის ახსნითი, გაგებითი და შეგულისხმებითი ფსიქოლოგიური მეთოდები იხვევ სრულყოფილი და მისაღებია, როგორც საბუნებისმეტყველო სხვა კვლევითი გზა-წესები. თუ ჯეროვანი და თანაბარი ანკარიში გავუწიეთ როგორც ავადმყოფის მიერ გამოთქმულ პრობლემებს, ისე ჩვენ მიერ ობიექტური დაკვირვებით მიღებულ მასალებს, თუ არ დავკმაყოფილდებით ავადმყოფის ერთჯერადი გამოკვლევით. არამედ იგი დინამიკურად შევისწავლეთ ცხოვრების გასწვრივ, მაშინ სრულიად ადვილად შეიძლება თავი დავიზღვიოთ ყოველგვარი შეცდომისაგან, ასეთი მიდგომით ფორმალურად სუბიექტური გზა-წესი თავისი შინაარსით იღებს კვლევის ობიექტური მეთოდის ხასიათს. ასეთი მიდგომით ჩვენ სრულიად ვთავისუფლდებით წინარე დეტალებსაგან, რომლებიც მიუღებელი და უცნობია სამედიცინო აზროვნებისათვის.

პრინციპული ხასიათის მოკლე შენიშვნების შემდეგ გადავალთ სიზმრის ფსიქოლოგიის საკითხებზე. მოვიყვანო მხოლოდ ზოგიერთ ფაქტობრივ მასალას და ვეცდებით მათ ანალიზს შემოსხნებული ახსნითი და გაგებითი ფსიქოლოგიის თვალთახედვით. მოყვანილი სიზმრების შინაარსი მოთხრობლია სრულიად ნორმალური პირების მიერ, რომელთაც ჩვენ პირადად ვიცნობთ მთელი რიგი წლების განმავლობაში. სიზმრის გაგებას და ახსნას, მისი ფსიქოლოგიური მექანიზმების გამორკვევას წინ უძღოდა დეტალური საუბარი სიზმრისწინარე, შორეული და ახლო სიტუაციის გასაგებად. ამასთან, ვცდილობდით გავკვეთო პირბრუნების ძირითადი კომპლექსური წარმოდგენები, კატათიმიურად მნიშვნელოვანი ფაქტები, რომლებიც შეიძლებოდა დაგვეკავშირებინა სიზმრის შინაარსთან. წინასწარი განზრახვით, რათა უფრო ადვილად გავრკვეულიყავით ფსიქოლოგიურ მექანიზმებში, ჩვენ დავინტერესდით არა დიდი „შემოქმედებითი მოთხრობილებით“, არამედ მარტივი ფაბელის მქონე სიზმრებით. ჩვენ გვაქვს ჩაწერილი ერთი მეტად ნიჰიერი და უაღრესად განათლებული მწერლის სიზმრები. მიუხედავად მეტად ლამაზი, საინტერესო და მდიდარი შინაარსისა, ამ სიზმრების გამოყენება თავისი სირთულის გამო ჩვენი მიზნებისათვის სრულიად მიუღებელი გამოდგა, რადგან ანალოგიური შემთხვევები უფრო მოგვა-

განებს „ნემოქმედებითს“ პრაქტიკებს, ვიდრე სიზმრებს ჩვეულებრივი გაგებით.

საყვეაწო რამდენიმე სხვა შემთხვევა.

შემთხვევა პირველი. ნიჭიერი, გონებამახვილი და მდიდარი ფანტაზიას მქონე ექიმი სელავს შემდეგ სიზმარს: იგი ოჯახის წევრებით იმყოფება აფრიკის ერთ-ერთ ადგილას, სადაც წარმოებს საომარი ოპერაციები. მასლობლები და ოჯახის წევრები იმყოფებიან სსენებული ადგილის ორ პუნქტში. ღამეა. თვით იგი საღდაც მიემგზავრება, მაგრამ უცებ შემოესმება სამხედრო თვითმფრინავთა გუგუნი, რასაც მოჰყვება საჰაერო ბრძოლებიც. იგი შეშინებული, დაზაფრული და გაფანტულია; მიუხედავად ამისა, წონასწორობას არ ჰკარგავს და სწრაფად შექმართება იმ პუნქტისაკენ, სადაც იმყოფებიან მისი ბავშვები.

საყვანილი სიზმრის ფაბულა სრულიად გასაკვები და წარმოსადგენია. სწვადასხვა საინტერესო ამბებთან დაკავშირებით, რომელსაც ჩვენ ყოველდღიურად ვკითხულობთ გაზეთებში, შეიძლება ვნახოთ ასეთი შინაარსის სიზმარი. საყურადღებოდ მიგვაჩნია მხოლოდ ის მომენტი, რომ სიზმარში პიროვნება პირველ რიგში მიაშურებს დედ-მამას, ცოლს ან სხვა მასლობელს კი არა. არამედ მისწრაფვის იმ პუნქტისაკენ, სადაც იმყოფებიან მისი ბავშვები, ე. ი. პიროვნება იჩენს ისეთ რეაქციას, რასაც ჩაიღენდა (როგორც თვითონ ამბობს) ცხადში.

საყვანილი შემთხვევა გვიჩვენებს, რომ სიზმარში ცნობიერების მხრივ მოქმედებათა და ქცევათა შეფასების და კონტროლის უნარი თავისებურად კიდევ გრძელდება.

შემთხვევა მეორე. ერთ-ერთი მეცნიერი მუშაკი მოგვითხრობს რომ ბავშვობაში, დაახლოებით 8 — 9 წლის ასაკში იგი ხშირად ხედავდა ერთი და იმავე შინაარსის სიზმარს: იგი ზის საკიდ ნათურაში, რომელიც ჩამოკიდებულია დიდი ოთახის ჰერზე და ირხევა. სრულიად უკანაური და გაუგებარი შინაარსია, თვით ბავშვი გრძნობდა ამ შეუსაბამობას, რომ ყოვლად შეუძლებელი იყო ასეთ მცირე სივრცეში მოთავსება.

ვინ იცის რა ფანტასტიკურ აზნას მისცემდა მოყვანილ სიზმარს ფრეიდი ან მისი სკოლის წარმომადგენლები. ვინ იცის რა თვითნაფიური და პანსექსუალური განმარტებები მოჰყვებოდა ასეთი ღაბულის მქონე სიზმარს, — რომ ბავშვი იმეორებს ოიდიპოსის კომპლექსს, რომ იგი ქვეცნობიერად განიცდის ემბრიონული პერიოდის გამეორებას, რომ

ეს არის საშვილოსნოს წიაღში დაბრუნება და სექსუალური გრძნობების დაკმაყოფილება და ა. შ.

აღნიშნული სიზმრის უცნაურობა და შეუსაბამობა ჩვენ გვაქვს წარმოდგენილი ძლიერ მარტივად. ცნობილია, რომ ბავშვისათვის საქანელა და ქანაობა მშვენიერ ვართობას და თამაშს წარმოადგენს. ბავშვებისათვის ეს თავისებური სპორტია. ამიტომ ჩამოკიდებული ნათურა სიზმარში შეიძლება შეიცვალოს კატათიმიური წარმოდგენით: ნათურა — საქანელა, რასაც მოსდევს ქანაობის სურვილებიც; აქ შეუსაბამო და უცნაური არაფერია. მაგრამ სიზმრისებური ცნობიერება, რომელსაც ფიზიოლოგიურ საფუძველად აქვს შეკავებული, ჰიპოტონიური დაძაბულობის მქონე ქერქული აპარატი, ვერ უწევს კონტროლს ასოციაციათა თანმიმდევრობას და წარმოდგენა „ქანაობა“ უფლებდა წარმოდგენა „საქანელას“ კი არა. არამედ წარმოდგენას „ნათურას“ ან წარმოდგენას „ნათურას საქანელას“. მხოლოდ ასეთი ჰიპოტონიური კონტროლის ქვეშ მიმდინარე წარმოდგენებს მოსდევს სურათი: „ნათურაში მჭდარი ბავშვის ქანაობა“. ასეთი მიდგომით უცნაურობა და შეუსაბამობა სრულიად გასაგებია. ჰიპოტონიური ცნობიერება განაპირობებს კატათიმიურ ლოგიკურ დასკვნებს. როგორც პირველი, ისე მეორე შემთხვევა მიუთითებს, რომ სიზმრის დროს არსებული წარმოდგენები და სურათები შეიძლება კომპლექსურად შეფერადნენ, მაგრამ მათი არსებითი ფაბულა ყოველთვის აიღება თვით პიროვნების გამოცდილებიდან, ცოდნიდან, ემოციურად გამკვრივებული შთაბეჭდილებებიდან და სურვილებიდან.

შემთხვევა მესამე. სიზმარი ეკუთვნის ერთ-ერთ მეცნიერ გუშაკს. როგორც თვითონ მოგვითხრობს, იგი მოკლებულია ფანტაზიებს და საერთოდ ძლიერ იშვიათად ხედავს სიზმრებს. მეგობრების და ნათესავების მიმართ განსაკუთრებით თბილი გრძნობითაა გამსჭვალული. ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა როგორც სიზმრის დღეს, ისე წინა დღეებში ყოველმხრივ დამაკმაყოფილებელია.

სიზმრის შინაარსს მოკლედ გადმოგვცემს შემდგენაირად: „ვხედავ მოხუცს ჩემს ბიძას დედის მხრივ. იგი სიზმარში არასოდეს მინახავს. საერთოდ ეს ადამიანი არ მინახავს 30 წელია. მის შესახებ ზოგი რამ მესმის მხოლოდ ზაფხულობით სააგარაკოდ სოფელში ყოფნის დროს. სიზმარში ვხედავ, რომ იგი ჩამოვიდა თბილისის სადგურში, იქიდან მოვიდა ჩემთან. მისი ნახვა ძლიერ მესიამოვნა. იგი

ვიცანი მხოლოდ საუბრის შემდეგ. გარეგნულად ისე გამოიყურებოდა როგორც 30 წლის წინათ. შემდეგ მალე გამომემშვიდობა და წავიდა. სიზმარი ჩემთვის იყო სრულიად უცნაური, მოულოდნელი და გაუგებარი“. დასძენს იგი.

როგორია მექანიზმები ხსენებული მეტად უცნაური და მოულოდნელი შინაარსის მქონე სიზმრისა.

შესაძლოა შევჩერდეთ პოზიციებზე, რომ ადგილი აქვს აუხსნელი შემთხვევებით გამოწვეულ წარსულში გადატანილ შთაბეჭდილებათა კატათიმიურ განახლებას — აღდგენას. მაგრამ როგორც ირკვევა, ზემოაღნიშნული პიროვნებისადმი ავტორი არც ისე ემოციურად, კომპლექსურად არის განწყობილი. გარდა ამისა, აღწერილ ფაქტს ცხადში არასდროს ადგილი არ ჰქონია; მოხუცი თბილისში დისშვილთან არასდროს სტუმრად არ ყოფილა.

აუხსნელი შემთხვევითობა არაფერს არ განმარტავს, საჭიროა სხვა მექანიზმის გამოძებნა. უფრო სწორი იქნება დავუშვათ, რომ საერთოდ სიზმრების დროს, და კერძოდ ამ შემთხვევაში, წარმოდგენათა აბსოლუტური უმრავლესობა ადამიანს გამოღვიძებისას ვერ გაჰკავებს, ავიწყდება.

საჭიროა სიზმრის ფსიქოლოგიური მექანიზმები ვეძიოთ სიზმარში შენარჩუნებულ წარმოდგენათა გარეშე და სიზმრის ფაბულა შესწავლილი იქნეს უფრო ფართოდ. საჭიროა ის, რაც შეინარჩუნა სიზმრისებურმა ცნობიერებამ, შევეფარდოთ ნათელი ცნობიერების, მღვიძარე პიროვნების წარმოდგენებს, კომპლექსებს, განცდებს.

ამ შემთხვევის ანალიზი მიუთითებს, რომ სიზმარში ადგილი აქვს ცნებათა გახლეჩას, წარმოდგენათა უცნაურ შეკავშირებებს; ამასთან, ადგილი აქვს გახლეჩილი ცნების ხელახლად აღდგენას (რესტავრაციას), ადგილი აქვს კონტროლს — შეცდომათა შესწორებას, მაგრამ სიზმრისებურ ცნობიერებაში მყოფი პიროვნება კონტროლს და შეცდომათა გასწორებას ჭეროვნად ვერ ახდენს; აქ კონტროლი მიდის სუფთა ფორმალური გზით და გაპირობებულია კატათიმიური ლოგიკით.

შემთხვევა მეოთხე. მოგვყავს ცნობილი გრაფი ლევალეტის სიზმარი, რომელიც პირველად გამოქვეყნებული იყო 1905 წელს.

ისტორიული ხასიათის დეტალები ამ გრაფის შესახებ მოგვაწოდა მწერალმა და ისტორიკოსმა ევლალია რუდოლფის ასულმა უნგერმა.

თეთრი ტერორის დროს ნაპოლეონ პირველის მეგობარს და თანამშრომელს ლევალეტს მიესაჯა სიკვდილით დასჯა. ლევალეთი არ მოითხოვდა პატიებას, ცდილობდა მხოლოდ, რომ თავის მოკვეთა შეეცვალათ დახვრეტით. მისი თხოვნა არ იქნა შეწყნარებული და დაკმაყოფილებული. მომავალი საშინელების მოლოდინში ლევალეთი ცდილობდა შეგუებოდა მდგომარეობას და შეხვედროდა სასჯელს სტოიკური განუჩივლობით. ლევალეტმა გამოიმუშავა ემოციური წონასწორობა. მიუხედავად ამისა, მას მოსვენებას არ აძლევდა უსაშინელესი „კომმარული სიზმრები“.

მოვიყვანთ ერთ-ერთ ასეთ სიზმარს, რომელსაც ლევალეთი ხვდავლა ძლიერ ხშირად: ამ სიზმარმა წარუშლელი შთაბეჭდილება მოახდინა მის პიროვნებაზე. „ერთხელ გამომეღვიძა ციხის ზარის ხმაურზე, შუალამე იყო, გავიგე მორიგეებმა როგორ გააღეს რკინის ჭიშკარი და ისევ დამეძინა... სიზმარი ვნახე შემდეგი შინაარსის: ვიყავი სენორეს ქუჩაზე, ეტელის ქუჩის ახლო, იყო საშინელი სიბნელე. არც ერთი ცოცხალი სული არ ჩანდა... მალე მოისმა ყრუ და გაურკვეველი გუგუნნი... უცებ ქუჩაზე გამოჩნდა და ჩემსკენ გამოეშურა ცხენოსანთა რაზმი... მაგრამ, როგორც აღადიანებს, ისე ცხენებს ტყავი ჰქონდათ გაძრობილი. ცხენოსნებს ეკირათ ჩირაღდნები, რომლის სინათლემ აშუქებდა სახის დასისხლიანებულ კუნთებს, თვალები ჰქონდათ გაღმოვარდნილი; პირის ნაპრალი ყურებამდე, თავზე ეხურათ ხორცისაგან გაკეთებული ქუდეები... ცხენები მოათრევდნენ ტყავებს. ქუჩა მთლიანად გავსებული იყო სისხლით... პირმკრთალი დედაკაცები ჩნდებოდნენ. თავზე თმას იგლეჯდნენ და ისევ იმალებოდნენ. ისმოდა ოხვრა. მე ვიყავი მარტო ერთ ადგილზე გაქვავებული. გაქცევის ძალა არ მქონდა. ხუთი საათის განმავლობაში ვხედავდი ამ საშინელ ცხენოსან ჯარს, მხოლოდ შემდეგ ცხენოსანთ მოჰყვა საარტილერიო ჯარი, რომელიც დატვირთული იყო მთრთოლავი გვ-მებით. მახრჩობდა სისხლის სუნი...“

რკინის ჭიშკრის ხმაურზე უცებ გამოქვლივია... შევხედე საათს, ეს საშინელი ფანტასმაგორია გაგრძელდა 2—3 წუთი... ხსენებული დროის მონაკვეთი საკმარისი იყო მორიგეთა შესაცვლელად და ჭიშკრის კარის დასახურავად“.

ლევალეტის ზემოხსენებული სიზმრის კატათმიური შინაარსი,

ადვილო გასაგებია. ხაზი უნდა გაესვას უამრავ წარმოდგენათა სწრაფ ურთიერთცვლას.

განსაკუთრებით საინტერესოა ის მომენტი, რომ 5—6 საათის ამბავი განცდილია სულ მთავრად დროის 2—3 წუთის განმავლობაში. როგორ ხდება ეს. როგორ უნდა წარმოვიდგინოთ აუარებელ განცდათა გადაშლა და უამრავ ასოციაციათა ქარიშხლისებური ურთიერთცვლა. როგორ უნდა მოხდეს დროის ასეთი შემოკლება?

შეიძლება დავუშვათ, რომ ანალოგიურ შემთხვევებში წარსული შთაბეჭდილებანი და გადატანილი განცდები წარმოვიდგებოდნენ ფოტოგრაფიული სურათის სახით.

მართალია სიზმრის დროს ადგილი აქვს წარმოდგენათა შეჯგუფებებს და ემოციურ შეფერადებას, მაგრამ მინც ფოტოგრაფიული სურათი შედარებით ზუსტად და მართლაც „ფოტოგრაფიულად“ უნდა ასახავდეს წარსულს. მოყვანილი ფაბულა ძლიერ დაშორებულია წარსულში განცდილ რეალურ სინამდვილეს. ცხოველთა და ადამიანთა გატყავენა, ხორცის ქუდები, ტყავის თრევა. გვამებით დატვირთული არტილერია და სხვ. ლევალებს არასდროს არ უნახავს. ეს შინაარსი შედეგია წარმოდგენათა განვითარებისა, მათი უცნაური ურთიერთდაკავშირებისა სიზმრისებური ცნობიერების პირობებში, ამიტომ პოზიციები სიზმრის შინაარსის ფოტოგრაფიულობის შესახებ ძალიან მექანიკური და გულუბრყვილოა.

ლევალების სიზმარში ჩვენ ვხედავთ, სთენიური შინაარსის მეორე შინაგონებებს. ასთენიური ტონის წარმოდგენებს ეკუთვნის ტანჯვის უსაშინელესი შიში, ტყავის გაძრობა, მართოლავი გვამები, ხორცის ქუდები და სხვ. სთენიური, მანიაკალური მომენტის მაჩვენებელია ასოციაციათა სიმდიდრე, მათი სწრაფი ქარიშხლისებური ურთიერთცვლა. ასთენიური ტონის წარმოდგენათა მანიაკალური სისწრაფით და შინაარსის სიმდიდრით სგლა შეუძლებელია ახსნილი იქნეს მხოლოდ და მხოლოდ ემოციური ტონით. აფექტური, კატათიმიური წინაგანწყობით. როგორც ვიცით, ღრმა მელანქოლიური განცდები იძლევიან ასოციაციათა შეკავებას. ამ დროს წარმოდგენები აფექტურად გამკვირვებული და გაკლენთილია, მაგრამ მათი ურთიერთცვლა ძლიერ შეფერვებულია. ჩვენი აზრით, წარმოდგენათა და შთაბეჭდილებათა ასთენიური თუ სთენიური ჰიპერტროფია, რომელსაც ადგილი აქვს სიზმრის დროს, უნდა აიხსნებოდეს ცნობიერების მდგომარეობით.



ქერქული შეკავების ნიადაგზე წარმოშობილ ცნობიერებას მო-  
დუნებას, ფსიქიკურ ჰიპოტონიას მოსდევს კატათიმურ წარმოდგენათა  
მოქმენტიური აძვეება, სწრაფი გამოვლინება, ურთიერთცვლა და უც-  
ნაური 'შეკავშირებანი.

ასთეხიური ტონის მქონე წარმოდგენათა აჩქარება იმის მაჩვენე-  
ბელია, რომ ემოციურ ტონს აქვს მხოლოდ ბიძგის მიმცემი მნიშვნე-  
ლობა, რამ კატათიძია წარმოშობს, მაგრამ ცნობიერების კონტროლის  
შემცირება აღვირს ხსნის ყველაფერს და რაძდენიძე საათის აძბავი გა-  
ხიციდება სწრაფად სულ რაძდენიძე წუთში.

როგორც ვხედავთ, ფსიქოპათოლოგიაში ცენტრალური ადგილი  
უნდა დაეთმოს ცნობიერების პრობლემას, რადგან ცნობიერების  
სფერო განიცდის თავისებურ ძვრებს, როგორც ორგანული, ისე  
ფუნქციური და ფსიქოგენური ფსიქოზების დროს. სიზმრებისებური  
ცნობიერება, რომელსაც ფიზიოლოგიურ საფუძვლად უდევს ქერქუ-  
ლი აპარატის მოდებული შეკავება, განსაზღვრავს სიზმრის შინაარსს  
და მიმართებას. სიზმარში წაშოჭრილ კატათიმურ წარმოდგენათა  
ურთიერთდაკავშირება შეიძლება მოხდეს მხოლოდ ფორმალური  
ესგავსების თანახმად. ჰიპოტონიური კონტროლი და მასთან დაკავში-  
რებით კატათიმური ლოგიკა სიზმრის შინაარსს აძლევს უცნაურობის,  
მოულოდნელობის და შემთხვევითობის ხასიათს.

### ფსიქოპროფილაქტიკის საბითხები

ცნობილია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ჯეროვან  
ბიძალღზე დაყენებისათვის არსებობს ორი ძირითადი მიმართულება,  
ერთი ძხრით საჭიროა საძკურნალო მედიცინის ყოველმხრივი წიხსე-  
ლა და განვითარება; აქ მხედველობაში გვაქვს რაც 'შეიძლება ზუსტი  
დიავნოსტიკა და პროგნოზების დადგენა და ეფექტური, იმედის მოძ-  
ცეში მკურხალობის დანიშენა.

მეცნიერების თანამედროვე დონეზე განსაკუთრებით მნიშვნე-  
ლოვანია მეორე მიმართულება, ესე იგი წიხასწარი პროფილაქტიკური  
ხასიათის ღონისძიებათა ფართო გაშლა, რათა მოისპოს, შემცირდეს  
და შეიკვეცოს დაავადებათა განვითარებისათვის საჭირო ობიექტური  
და სუბიექტური პირობები.

წარმოდგენილი დებულება თანაბრად ეხება როგორც სომატურ, ასევე სულიერ, ანუ ფსიქიკურ ავადმყოფთა კონტინენტს.

პროფილაქტიკური მედიცინის, პირველ რიგში ფსიქიკური პროფილაქტიკის მიზანი და დანიშნულება განსაკუთრებულ ხასიათს იღებს ურბანიზმისა და მაღალი ტექნიკის პირობებში.

არსებობს თქმა თითქოს ურბანიზაცია, ე. ი. ქალაქური ცხოვრების სტილისა და სისტემის შექრა სოფლად და მასთან ერთად ტექნიკის ზღაპრული მიღწევები, არღვევს რა სოფლისათვის ჩვეულ, წყნარ, მშვიდ, მღორედ მიმავალ იდილიას და ხელს უწყობს რა ადამიანის ფსიქოფიზიკურ ძალთა გადაძაბვას, იწვევს მრავალ დაავადებათა განვითარებას და მოსახლეობის გადაგვარება-გადამენებას.

სრული გულწრფელობითა და სიმტკიცით აღვნიშნავთ, რომ ჩვენ ამ დებულებას სრულიად არ ვიზიარებთ. ტექნიკის შიში შეიძლება არსებობდეს უცხოეთში, მაგრამ ჩვენს პირობებში, სადაც ფსიქო და სომატოპროფილაქტიკურ მედიცინას ეთმობა ესოდენ დიდი ყურადღება. ურბანიზმისა და ტექნიკის მავნე გავლენანი მოსახლეობაზე აბსოლუტურად გამორიცხულია. ჩვენს პირობებში სოფლის დაახლოება ქალაქთან კი გულისხმობს არა მის განადგურებას, არამედ ყოველმარც კულტურულ-ეკონომიურ განდიდრებას, წინსვლასა და აყვავებას. მეორე მხრივ, აქტიური დასვენების პრინციპი, სპორტული ღონისძიებანი და ფართოდ გავრცელებული ტურისტული რეიდები წარმოადგენს იმ ძირითად ღონისძიებებს, რომელიც ამშვენებებს და ამშვენებს ჩვენი ქვეყნის ქალაქებს.

უახლეს ღრმა მეცნიერულ გამოკვლევათა შედეგად ვრწმუნდებით, რომ უსიამოვნო განცდებს (დარღს, ბოღმას, წუხილს, სინდისის ქეჩანას, სასოწარკვეთილებას, იმედგაცარულებას და ა. შ.) წამყვანი მიზეზობრივი მნიშვნელობა აქვს მთელ რიგ არა მარტო ფსიქიკურ, არამედ ე. წ. ფსიქოსომატურ ავადმყოფობათა დროს. ირკვევა, რომ ადამიანისათვის ფსიქიკური დარტყმა ანუ ემოციური შოკი ზოგჯერ უფრო მწარე და მძიმე ასატანია, ვიდრე ფსიქიკური ტრავმა. ამ მხრივ მეტად საინტერესო და ღრმა მეცნიერულ გამოკვლევებს აწარმოებს მიხეილ ასათიანის სახელობის სამეცნიერო-კვლევითი ფსიქიატრიის ინსტიტუტის კოლექტივი. ეს ინსტიტუტი ერთ-ერთი პირველთაგანი და უძველესი სამეცნიერო ხასიათის კვლევითი ინსტიტუტია, რომელიც ამჟამად აღკუთრებულია მდიდარი ლაბორატორიებით.

ფსიქოპროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გასატარებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის მიკრო-და მიკროსოციოლოგიური პირობების შესწავლას. ჩვენი დაკვირვების მიხედვით ირკვევა, რომ ადამიანისათვის უფრო მეტი ფსიქოტრავმული მნიშვნელობა აქვს მიკროსოციოლოგიური ხასიათის უსიამოვნებებს და კონფლიქტებს. პირველ რიგში მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ოჯახური, კომუნალური და საშსახურებრივი ფსიქოტრავმები. ეპიდემიოლოგიის ცნება დღემდე გულისხმობდა მხოლოდ ინფექციურ დაავადებათა შესწავლას. ამჟამად კლინიკური აზროვნების განვითარებასთან ერთად უკვე ჩამოყალიბდა არაინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის ცნება ახალი წინაარსით, დანიშნულებითა და მოწოდებით.

არაინფექციური ეპიდემიოლოგია გულისხმობს მიკროსოციოლოგიური პირობების ფართო ანალიზს თავისი მიზანდასახულობით. მას მჭიდრო კავშირი აქვს ფსიქოპროფილაქტიკის პრობლემებთან. ფსიქონერვულ დაავადებათა ეტიოლოგიაში დღეს განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიეწერება მექანიკურებს. აქ პირველ რიგში ყურადღება უნდა მიექცეს იმ გარემოებას, რომ ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდი მიმდინარეობს ნორმალურ პირობებში, ხოლო ორსულის, მელანგინის, მეტაქსურისა და საერთოდ დედის პროფილაქტიკა გულისხმობს არა მარტო ფიზიკური, არამედ ფსიქიკური პიგიენის ფართოდ დაცვას.

დედობა დაკავშირებულია მეტად რთულ მოვალეობასთან. დედა ვალდებულია აღზარდოს ფსიქოფიზიკურად ჯანმრთელი ბავშვი. ჩვენი გამოკვლევების თანახმად, მტკიცდება, რომ ბავშვის აღზრდაში, მისი სოციალური პროფილის ჩამოყალიბებაში წამყვანი როლი ეკუთვნის დედას. ცხადია, ბავშვის განვითარებაში მამის მორალური დაყენება, მისი სიყვარული და მზრუნველობა უეჭველად დიდმნიშვნელოვანი ფაქტია, მაგრამ დედის რძის ძალა, მისი ალერსი და მის საწოლთან ღამის ტეხვა ის ანდამატია, რომელიც ძერწავს მომავალი თაობის, ჩვენი მომავალი იმედის, მორალურად მტკიცე და მოვალეობის გრძნობით აღვსილი ადამიანის ნათელ სახეს. მინდა გავიხსენო დიდი ილიას ბრძნული დებულება, რომ სამშობლოს პატრიოტს უზრდის დედა. ამნაირად პროფილაქტიკის პირველი მოთხოვნებიცაა დედა იყოს ღირსეული და ზავშვს არ მოაკლოს თავისი თვალი, გული და გრძნობები. ასეთ ვითარებაში გაზრდილი ბავშვი უეჭველად იქნება

ფსიქოფიზიკურად ძლიერი, მას ექნება უეჭველად რიდი და ხათრი უფროსისა და ასცდება მრუდენ გზას.

სამწუხაროდ არის შემთხვევები ლოთობისა და სხვა მავნე ჩვევათა, როგორც მოზრდილთა, ისე ახალგაზრდათა შორის. ამავე დროს ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ისტორიულად საქართველოში, ამ ბაღ-ვენახთა დიდი ტრადიციების მიუხედავად, არასდროს არ ყოფილა ლოთობა.

მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტში წარმოებს მნიშვნელოვანი გამოკვლევები ალკოპოლიზმის შესახებ. ჩვენი შრომების თანახმად ირკვევა, რომ საქმე გვაქვს სამი გრადაციის მოვლენასთან. პირველი რიგი, ეს არის სტუმართმოყვარეობა, ლხინი და აქ ალკოპოლის ხმარება სრულიად ნორმალური — ბუნებრივი მოვლენაა და საჭიროა მისი გამტკიცება უფრო მაღალ დონეზე, რომ ლხინმა ღრეობის ხასიათი არ მიიღოს. კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ცნობილი მწერლის გორკის თქმით, ვინც იცის ლხინისა და ქეიფის აზრი და ვისაც აქვს ღვინის კულტურა (ცოდნა და გემო), იგი არასდროს ლოთი არ გახდება.

მეორე ჯგუფის პირებს ჩვენ ვუწოდებთ მსმელებს, რომელთაც დროზე უნდა შეიგნონ მაგარი სასმელების გადაჭარბებულად ხმარების მავნეობა, თორემ გადაინაცვლებენ ლოთთა ბანაკში. ხოლო მესამე ჯგუფი გულისხმობს ქრონიკულ ალკოპოლიზმს, ე. წ. გამოზარბოშების («похмельные») სინდრომით, რის წიადაგზედაც ვითარდება სხვადასხვა სახის ფსიქიკური დაავადებანი.

რა არის საჭირო, რომ ადამიანმა თავიდან აიცილოს ალკოპოლიზმი, თუ სხვა მანკიერი ჩვევები. მტკიცედ უნდა გვახსოვდეს, რომ აქ ყველაზე ქმედითი და უტყუარი თერაპიული საშუალება გახლავთ შრომა, გარჯა, ე. ი. ფიზიკური და ფსიქიკური შემოქმედებითი შრომის ოფლი.

ყველამ, მით უმეტეს ჩვენმა ახალგაზრდობამ, მტკიცედ უნდა იცოდეს, რომ შრომითი მოღვაწეობა ის ბრძმედეა, რომელშიც ჩაისახება, ვითარდება, გამოიწრთობა და სრულყოფილი ხდება ადამიანის პიროვნება, შრომა ადამიანისათვის არა მარტო მოვალეობა და მოთხოვნილებაა, იგი როგორც მისი სპეციფიკური თავისებურება წარმოადგენს მისთვის სიხარულს და მშვენებას, რომელიც განსაზღვრავს ადამიანის სიცოცხლის აზრს, დანიშნულებასა და შინაარსს.

შრომა არა მარტო საწყისია ადამიანის სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობისა, არამედ წყაროა მატერიალური კეთილდღეობისა. საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ტალანტის მქონე ადამიანი ბევრს და დაძაბულად მუშაობს თავის თავზე. თუ ე. წ. ნიჭიერი ადამიანი ზარმაცია, ის ორმაგად ღირსია საზოგადოებრივი გაკიცხვისა, ვინაიდან იგი მარხავს ბუნებრივ სიმდიდრეს, რის მორალური უფლებაც არა აქვს. ნიჭიერების ცნება არაფრით არ ეგუება წარმოდგენას სიზარმაცეზე. ნიჭით დაჯილდოებული ადამიანი არ შეიძლება ზარმაცი იყოს. თავის მხრივ შრომითი შემოქმედებითი გატაცება უეჭველად გარკვეული ტალანტის არსებითი ნიშანია.

პერსონოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დადგენილად ითვლება, რომ პიროვნების სპეციფიკური თავისებურებანი — შრომა, მოვალეობა და მორალი — არ წარმოადგენს ერთიმეორისაგან გათიშულ ცნებებს. პირიქით, მოქმედ პიროვნებაში მითითებული სამი კატეგორია ურთიერთდამოკიდებულ ჰარმონიაში მქლავნდება, ერთი მეორეს განაპირობებს.

ადამიანის შრომისადმი მოთხოვნილება ქმნის სოციალურ-ფსიქოლოგიურ მიმართულებას, რის საფუძველზე გამომუშავდება ადამიანის მორალური კრედო.

თავის მხრივ, მორალური განწყობა, როგორც მძლავრი ფსიქოდინამოგენეზი, ადაფრთოვანებს და დადებითად განაწყობს პიროვნებას შრომისათვის.

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 ფორმა სიყვარულისა და სიქველის განვითარებისათვის, როდესაც ადამიანი თავის წმინდა მოვალეობად თვლის იზრუნოს სხვაზე და ყოველთვის მზად არის დაეხმაროს მას.

მუშაობა, ნაკარნახევი მხოლოდ ინსტიტუტური მოთხოვნილებებით, ემსახურება ვიწრო პრინციპს ინდივიდუუმის ან ინდივიდუუმების თავდაცვისა და თვითშენახვისათვის.

შრომის პიროვნულ დონეზე. რაც წარმოადგენს ადამიანის უმაღ-

ლეს სოციალურ-ფსიქოლოგიურ გამოვლინებას, აქვს უფრო ფართო და შორეული დანიშნულება და არ ისახლება თავდაცვის ინსტიტუტით.

პირიქით, აღამიანის შრომითი მოღვაწეობა, ფიზიკური იქნება ის თუ ინტელექტური, ანიჭებს მას უდიდეს კმაყოფილებას საზოგადოებრივი მოვალეობის შესრულებაში.

შრომითი პროდუქცია ემსახურება არა მარტო ინდივიდუუმის, არამედ მთელი საზოგადოების ფიზიკური და სულიერ-მორალური კეთილდღეობის საქმეს, ამასთან, შრომის ნაყოფი, როგორც სულიერი და მატერიალური სიმდიდრე, დიდხანს რჩება.

ფსიქოპროფილაქტიკის პრობლემას ეკუთვნის იატროგენიის საკითხები. იატროგენია ეს არის ავადმყოფური მდგომარეობა, რომელიც ეითარდება მკურნალის უტაქტო მოქმედებისა და ლაპარაკის შედეგად. ლენინგრადში მუშაობისას, გვქონდა შემთხვევა, ექიმმა მოუფიქრებლად და ნაჩქარევად ავადმყოფს უთხრა, რომ მას აქვს ავთვისებიანი სიმსივნე, ე. ი. განწირულია. თავზარდაცემული ავადმყოფი ჩავარდა სასოწარკვეთილებაში და თავი ჩამოიხრჩო. გაკვეთამ დაადასტურა. რომ ავადმყოფს არავითარი ავთვისებიანი სიმსივნე არ ჰქონია. ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ავადმყოფისათვის მნიშვნელობა აქვს არა მარტო მისთვის ხმარებულ თერაპიულ მეთოდს და სამკურნალო ნივთიერებებს, არა მარტო მკურნალის კლინიკურ ინტუიციას და ტაქტიკას, არამედ პირველ რიგში ექიმის მორალურ სახეს, მისი სინდისის სიტაქიზეს.

## თ ა ვ ი მ ა ხ უ თ ა

### რეტიკულური ფორმაცია

(სტრუქტურა, ფუნქცია, კლინიკური მნიშვნელობა)

#### რეტიკულური ფორმაციის სტრუქტურა

რეტიკულური ფორმაციის ფუნქციის შესახებ ჩვენი ცოდნის გაღრმავებასთან ერთად ბადებრივი ნივთიერების შინაგანი ორგანიზაციისა და კავშირების პრობლემა უფრო არსებითი და მნიშვნელოვანი ხდება.

თავისა და ზურგის ტვინის რეტიკულური ფორმაციის კლასიკური მორფოლოგიური გამოკვლევა ვ. ბენტერევის ეკუთვნის, რომელსაც თავის უკვდავ მონოგრაფიაში მოჰყავს არა მარტო ახალი ფაქტები, არამედ იძლევა ზურგის ტვინის ზედა ნაწილის, მოგრძო ტვინის, ღეროს ოთხგორაკისა და შუამდებარე ტვინის რეტიკულური ფორმაციის სისტემატიკას.

ბადებრივ ანუ რეტიკულურ ფორმაციას, რომელიც ზურგის ტვინის ბადებრივი წანაზარდის მსგავსად თეთრი და რუხი ნივთიერების ნარევისაგან შედგება, მოგრძო ტვინისა და ვაროლის ხიდის ყველა დონეზე განივი კვეთის მნიშვნელოვანი ნაწილი უკავია.

უნდა აღინიშნოს, რომ უახლესი შეხედულებების თანახმად, რეტიკულური ფორმაცია ნეირონული კონტაქტების პრინციპითაა აგებული. ამასთან, რეტიკულოპეტალური ბოჭკოები უხვ სინაფსურ კავშირებს ამყარებს როგორც უჭრელის სხეულებთან, ისე დენდრიტებთან.

ჩვენს განკარგულებაში არსებული ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიური მასალა გვიჩვენებს, რომ შუამდებარე ტვინის რეტიკულურ ფორმაციაში მკაცრად დადგული სინაფსური კონტაქტების პრინციპი. ამასთან, ცალკეული რეტიკულური უბნები დაკავშირებულია როგორც ერთმანეთთან, ისევე მეზობელ დიენცეფალურ ბიზთებთან.

პარკუქების ცენტრალური რუხი ნივთიერება ტოპოგრაფიულად ძალზე ახლოა რეტიკულურ ფორმაციასთან ტვინის ღეროს მთელ სიგრძეზე.

საქირთა განსაკუთრებით აღინიშნოს, რომ რეტიკულური ფორმაცია არ წარმოადგენს ზუსტად განსაზღვრულ ანატომიურ ცნებას. თვით სახელწოდება „რეტიკულური ფორმაცია“ გულისხმობს ყველა სხვა რეტიკულური არეების დამახასიათებელ ტექტონიკას — ბადისებრ სტრუქტურას. თუმცა რეტიკულური ფორმაცია თავისი ლოკალიზაციით წარმოადგენს სრულიად სხვადასხვა ანატომიურ უბნებს, რომელნიც ვრცელდებიან თავის ტვინის სხვადასხვა საფეხურებზე ტვინის ღეროს გასწვრივ და იკავებენ დიენცეფალონის, მეზენცეფალონის, მენტენცეფალონის და მიელენცეფალონის არეებს. რეტიკულური ფორმაცია ჩამოღის უფრო ქვევით ზურგის ტვინში, მთლიანად მოიცავს მის ლატენტურ რქას და ეელატინურ სუბსტანციას.

ოლშვესკის თანახმად, რეტიკულური ფორმაციის ანატომიური შესწავლა უპირველეს ყოვლისა მოითხოვდა მის ციტოარქიტექტონიკურ განსაზღვრებას და დეტალურ დიფერენციაციას. ამ ავტორის მიხედვით, ციტოარქიტექტონიკა წარმოადგენს პირველ, დაწყებით ნაბიჯს, რომელსაც მოსდევს ბადისებრი წარმონაქმნების ბოქვოთა კავშირების შესწავლა. მოსკოვის ტვინის ინსტიტუტის თანამშრომლების მიერ ნაჩვენები იყო რომ რეტიკულური ფორმაციის ზრდა ჩამორჩება ქერქის ზრდას და ფილოგენეზში ტვინის ღეროს ყოველ ღონეზე ხდება მისი გადანაცვლება და მოცულობის შემცირება.

აღნიშნული მდგომარეობა მიუთითებს, რომ ტვინის მოქმედების ინტეგრაციულ პროცესებში რეტიკულურ ფორმაციას არ ენიჭება წამყვანი მნიშვნელობა.

რეტიკულური ფორმაცია თავისი ნატიფი სტრუქტურით აგებულია უფრო ერთგვარად და უბრალოდ, ვიდრე ტვინის ქერქი და მხედველობის ბორცვის სპეციფიკური ბირთვები. აღნიშნულმა კი მოგვცა შესაძლებლობა დაგვეზუსტებინა მხედველობის ბორცვის სპეციფიკური და არასპეციფიკური წარმონაქმნების ლოკალიზაცია და მათი დამოკიდებულება ქერქ-ქერქქვეშა კავშირების სისტემასთან.

ს. ნარიკაშვილი იმ დასკვნამდე მიდის, რომ არასპეციფიკური თალამური აფერენტები, რომლებიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ სპეციფიკური სისტემის აქტივობაზე, სპეციფიკური აფერენტები-



საგან განსხვავებით, ბოლოვდებიან ნეირონის სხვა ნაწილებზე ან ქერქის სხვა ნეირონებზე, როგორც ჩანს, ისინი ბოლოვდებიან პირამიდულ ნეირონთა აპიკალურ დენდრიტებზე (იკავებენ ქერქის უფრო ზერელე შრეებს და მოქმედებენ პირამიდების მდგომარეობაზე) ან ბოლოვდებიან ღრმა ნეირონების სხეულებზე მოკლე აქსონით. ს. ნარიკაშვილის თანახმად, აფერენტებს შეიძლება ჰქონდეთ ორგვარი დაბოლოება, რაც შეესაბამება მათ დიფუზურ გავრცელებას ქერქის ყველა შრეში.

რეტისულური ფორმაციის უფრო მარტივ არქიტექტონიკაზე მიუთითებს არასპეციფიკურ სისტემათა გადაჯვარედინების შესაძლებლობა. ს. ნარიკაშვილის ფაქტიური, ელექტროფიზიოლოგიური მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ჰიპოთალამუსის ყოველი ნახევარი, რომელსაც ქერქზე ბილატერალური მოქმედების შესაძლებლობა აქვს, პირველად უკავშირდება და უპირველესად მოქმედებს ქერქის იპსილატერალურ (ჰომოლატერალურ) ნახევარსფეროზე. ამგვარი დასკვნის გაკეთება შესაძლებელია ბადისებრი წარმონაქმნის სხვა უბნებისათვისაც. მაგალითად, მეზენცეფალური ბადისებრი წარმონაქმნის შედარებით დიდი ძალის ცალმხრივი გაღიზიანებით მიღებულია ბილატერალური ეგ აქტივაცია, ხოლო ნაკლები ძალის გაღიზიანებით — იფსილატერალური (ჰომოლატერალური).

მონოლატერალური ინერვაციის ფილოგენეზური და ფუნქციური მნიშვნელობა უფრო თვალსაჩინო ხასიათს მიიღებს, თუ მოკლედ აღვიდგენთ მეხსიერებაში გამტარი გზების გადაჯვარედინების პრინციპებს.

იაკობსონ-ლასკის თანახმად, ყოველი გადაჯვარედინება ექვემდებარება ზოგად კანონებს, მაგრამ ამავე დროს განისაზღვრება სხვადასხვა მომენტებით, რომელთაც აქვთ კერძო ხასიათი: ფუნქციური, მექანიკური, ზოგჯერ ანატომიურ-ტოპოგრაფიული და ა. შ.

ნერვული სისტემის დეტალური შესწავლის საფუძველზე იაკობსონ-ლასკი აკეთებს დასკვნებს, რომ გადაჯვარედინების ცვლილებები, რომელიც წარმოებს განვითარების რომელიმე სტადიაზე, არ შეიძლება დაშვებულ იქნას, რომ რაიმე მიზეზის გამო ერთი გამტარი გზა განიცდის გადაჯვარედინებას, ხოლო სხვა დანარჩენები მისდევენ მის მაგალითს. ამ მოვლენის მიზეზს, რომელსაც ვხვდებით განვითარების ყველა საფეხურზე, საფუძველად უნდა ედოს ცხოველის სხეულის ზოგადი ფორმა მის ძირითად ფუნქციებში.

ავტორი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ ორგანიზმის ნერვული სისტემის აღნაგობაში არ არის გაბატონებული ბილატერალური პრინციპი. თუ ხერხემლიანთა ნერვული სისტემის განვითარებას ვაღვწევნებთ თვალყურს, ჩვენ დავინახავთ უბრალო მილს, რომელიც წინისკენ განივრდება და იქცევა ბუშტად. აქ ჯერ ბილატერალური სიმეტრია არ ჩანს. ბილატერალური წარმონაქმნები იქმნებიან გვიან.

რამონ-კახალი ნერვულ ბოქკოთა (გზების) გადაჯვარედინებების არსებობას ხანის შემგუებლობის მამენტით და თვლის მას ძირითადი (მნიშვნელოვანი) გადაჯვარედინების წინასახედ.

რაც შეეხება ჰოდოლოგიის საკითხებს, ე. ი. კავშირებს ცენტრებს შორის, საჭიროა დავაახლოოთ შემდეგი აფერენტული სისტემები: პროექციები ქვედა ტვინის სტრუქტურებიდან რეტყულური ფორმაციისაკენ, სპინალურ-რეტყულური, ცერებრო-რეტყულური კავშირები.

რეტყულურ-ფუგალურ კავშირებს ეკუთვნის აღმაეალი რეტყულური, რეტყულურ-სპინალური, ნათხემ-რეტყულური, აგრეთვე რეტყულური ეფერენტული კავშირები, ტვინის ღეროს სხვა სტრუქტურებთან ერთად. ამასთან, ბოქკოები ნათხემისაკენ მოდიან სამი რეტყულური წარმონაქმნიდან (ხიდის სახურავის რეტყულური ბირთვი, ხიდის გარეგანი რეტყულური ბირთვი და პარაპედიალური რეტყულური ბირთვი).

ტვინის ღეროს რეტყულურმა ფორმაციამ, როგორც სტრუქტურულ-დინამიკურმა ცნებამ, მიიღო თავის ფორმირება თანამედროვე ქერქქვეშა ელექტროენცეფალოგრაფიის მიღწევების გამო. მეთოდის მიღწევები ხელს უწყობდნენ არა მარტო ახალი ფიზიოლოგიური ფაქტების აღმოჩენას, არამედ მათი შემწეობით დადგინდა აქამდე უცნობი ანატომიური ურთიერთობანი. მხედველობაშია ქერქ-ქერქქვეშა კავშირთა არასპეციფიკური სისტემები. თუმცა დინამიკური ფუნქციური მორფოლოგია, ემყარება რა ელექტროენცეფალოგრაფიას, საფუძველშივე განსხვავდება ცნობილი კლასიკური ფუნქციური ანატომიისაგან, რომელიც ემყარება ევოლუციური, ექსპერიმენტული და კლინიკური მორფოლოგიის მონაცემებს. ტვინის ნატიფი სტრუქტურა ელექტროენცეფალოგრაფიის საშუალებით გამოკვლეულია, საჭიროებს ჰისტოლოგიურ შემოწმებას, დეტალიზაციას და

მისი სტატიკური სივრცობრივი არსებობის ფაქტობრივ დადასტურებას.

ბროდლის მონაცემების თანახმად, რეტიკულური ფორმაციის აღმავალი გზების სათავეები იწყება არა ლატერალურ ბირთვებში, არამედ სათავეს იღებს სხვადასხვა მედიალური ბირთვებიდან სხვადასხვა ხარისხით. ... ნ. ფილიმონოვის აზრით, აღნიშნული თავისებურება მიუთითებს განსაზღვრულ ლოკალიზაციაზე თვით რეტიკულური ფორმაციის საზღვრებშიც.

ი. ნ. ფილიმონოვი ყურადღებას აქცევს რეტიკულური ბირთვების აღნაგობის განსხვავებულობას და აგრეთვე სხვადასხვაობას მედიალური და ლატერალური უბნების აღნაგობაში, რომელიც არსებობს ტვინის ღეროს სხვადასხვა დონეებზე.

ბროდლი აღიარებს ეფექტორული და რეცეპტორული რეტიკულური წარმონაქმნების არსებობას, რომლებიც განსხვავდებიან როგორც ციტოარქიტექტონიკური, ისე ჰოდოლოგიური (კავშირები) თავისებურებებით.

ჩვენ ხელთ არსებული მონაცემები ადამიანის მხედველობის ბორცვების ბირთვთა ონტოგენეზური დინამიკის ირგვლივ გვიჩვენებენ, რომ მხედველობის ბორცვის უბნები არასპეციფიკური ფუნქციური გამოვლინებებით გენეზურად დგანან განვითარების უდაბლეს საფეხურზე არა მარტო ტვინის ღართან, არამედ თალამუსის სხვა ბირთვოვან წარმონაქმნებთან შედარებითაც. ყველა ისინი შეადგენენ პალეო- და არქიტალამურ წარმონაქმნებს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მხედველობის აღწერილი არასპეციფიკური უბნები ჩაისახება ემბრიონული ცხოვრების ადრიან საფეხურზე, ამასთან, შემდგომ განვითარების პროცესში ზოგი წარმონაქმნი განიცდის რედუცირებას, ზოგი კი ვითარდება ადამიანში, განიცდის რედუცირებას ბორცვების ყველა რეტიკულური ბირთვები, გარეთა მედულარული ფირფიტები, თავისი განშტოებებით, პარაფასციულარული ბირთვი და შუალედური იოგი.

მხედველობის ბორცვების ორი ძირითადი არასპეციფიკური უბანი, სახელდობრ, მედიალური ბირთვი და წინა ვენტრალური ბირთვი (თავის ონტოგენეზურ გზაზე) ვითარდებიან როგორც სივრცობრივი განლაგებით, ისე თავისი უჭრედის დიფერენციაციის მხრივ.

აღამიანში ბირთვი ისე ინტენსიურად ვითარდება, რომ ემბრიონული ცხოვრების შუა პერიოდში ჩვენ შევძელით გამოგვეყო ამ ბირთვის ორი ქვებირთვიანი წარმონაქმნი.

საკიროა ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემების თანახმად, ინტრალამინალური ფირფიტების უჯრედოვანი მასა თავისი პარენქიმული მორჩებით შედის მოსაზღვრე ბირთვებში, რითაც, ხელს უწყობს მხედველობის ბორცვებში ახლომდებარე არასპეციფიკურ და სპეციფიკურ უბნებს შორის კავშიოის განხორციელებას.

ს. სარქისოვი, ეხება რა ქერქქვეშა კავშირების პრობლემას, აღნიშნავს, რომ თალამოკორტიკალური კავშირების სპეციფიკური სისტემა მთავრდება IV შრეში (ძირითადი პროექციული ბოქკოები), ხოლო არასპეციფიკური თალამოკორტიკალური სისტემა — ქერქის ყველა შრეში. უკანასკნელი დებულება დასტურდება როგორც ჩვენი, ისე საზღვარგარეთელი ავტორების ბიოელექტრული დაკვირვებებით.

სპეციალურ ყურადღებას იმსახურებს ის გარემოება, რომ ქერქქვეშა, არასპეციფიკური, მიაქტივებელი სისტემა იმანენტურად არ წყდება ორგანიზმის შინა გარემოს, ისევე როგორც ორგანიზმის გარემო პირობებს; სხვანაირად რომ ვთქვათ, ის ვერ დარჩება აფექტორულ სისტემათა მოქმედების ზეგავლენის გარეშე.

### **რეტიკულური ფორმაციის ფუნქცია**

ბაზალური განვლიების ფუნქციის შესახებ თანამედროვე მონაცემები არის ახალი და მნიშვნელოვანი რგოლი, რომელიც აახლოვებს ნევროლოგიას ფსიქიატრიასთან, ამ მხრივ განსაკუთრებით საინტერესოა ქერქ-ქერქქვეშა წარმონაქმნთა ფუნქციის ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევა.

ირკვევა, რომ ფსიქიკურ გამოვლინებათა ევოლუციური ჩამოყალიბების შესწავლა უპერსპექტივოა უახლესი ქერქქვეშა აპარატის ბადებრივი ფორმაციის ფილოონტოგენეზური როლის გაუთვალისწინებლად.

ტვინის განვითარებასთან ერთად ძუძუმწოვრებიდან ადამიანამდე და ბავშვიდან მოზრდილამდე ძლიერდება ქერქული აპარატის

სპეციალიზაცია. უმაღლეს ფორმებში ნერვული სისტემის ხვედრითი მნიშვნელობა ბევრად უფრო საპასუხისმგებლოა, ვიდრე დაბალ ფორმებში. ა. ა. ზავარზინის თანახმად, ნერვული სისტემის ცეფალიზაცია მისი განვითარების ზოგად კანონზომიერებას შეადგენს.

როგორც ცნობილია, ცენტრალური ნერვული სისტემის ფილონოტოგენეზური ჩამოყალიბება, პირველ რიგში, გულისხმობს ქერქული აპარატის და მასთან უახლესი ქერქქვეშა წარმონაქმნების განვითარებას. ამიტომ ძუძუმწოვრებს კარგად განვითარებულ ქერქთან ერთად აქვთ ასევე კარგად განვითარებული ქერქქვეშა აპარატიც.

თალაქენცეფალონის ევოლუცია დაკავშირებულია მისი შემადგენელი ნაწილების განვითარებასთან, კერძოდ ნეო-, არქი- და პალეოთალაქურ ბირთვებთან, რომლებიც დაკავშირებულია თავის ტვინის ქერქთან სპეციფიკური და არასპეციფიკური გზებით.

თავის ტვინის ევოლუციური ჩამოყალიბების კრილში ქერქულ და ქერქქვეშა წარმონაქმნთა ანატომიურ შეფარდებას, როგორც ა. ზავარზინი აღნიშნავს, ნათლად აყალიბებს ჰერიკი, რომელიც ფილოგენეზურად სამ ტიპს გამოჰყოფს: იხტიოფსიდურს, ზაუროფსიდურსა და მამალურს.

თავის ტვინის ჩამოთვლილი წარმონაქმნები წარმოადგენს ქერქქერქქვეშა აპარატის ფუნქციური მოქმედების სხვადასხვა დინამიკურ დონეთა მორფოლოგიურ სუბსტრატს. ამასთან, ადამიანისათვის ქერქული სასიგნალო სისტემები არის უმაღლესი დონე, რომელიც ურთულეს ანალიზურ-სინთეზურ ფუნქციას ასრულებს და ამით უზრუნველყოფს ორგანიზმის გარემოსთან ზუსტ და ნატიფ შეგუებას.

ქერქი, როგორც ყველაზე რთული, მაღალდიფერენცირებული და სრულყოფილი აპარატი, დინამიკურ კავშირშია ქერქქვეშა წარმონაქმნებთან. კლასიკური ანატომია და ფიზიოლოგია დიდი ხანია შეისწავლის აღნიშნულ ურთიერთდამოკიდებულებას. უნდა აღინიშნოს, რომ ქერქ-ქერქქვეშა დინამიკაში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს ტვინის ღეროს და უახლოესი ქერქქვეშედის რეტიკულური ფორმაცია.

თავისა და ზურგის ტვინის ბადებრივი ფორმაციის კლასიკური გამოკვლევა ვ. ბენტერეეს ეკუთვნის, რომელსაც თავის უკვდავ მონოგრაფიაში მოჰყავს ამ მხრივ ახალი ფაქტები და იძლევა ზურგის ტვინის ზედა ნაწილების, მოგრძო ტვინის, ღეროს, ოთხგორაკისა და

შუამდებარე ტვინის რეტყულური სუბსტანციის სისტემატიკას გამტარი გზების შესახებ სწავლებასთან დაკავშირებით.

ლ. ბლუმენაუს თანახმად, ბადებრივ ფორმაციას, რომელიც ზურგის ტვინის ბადებრივი წანაზარდის მსგავსად თეთრი და რუხი ნივთიერებების ნარევისაგან შედგება, მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია მოგრძო ტვინისა და ვაროლის ხიდის ყველა დონეზე.

თეორიულად და პრაქტიკულად საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ტვინის სხვადასხვა ნაწილის რეტყულური სუბსტანცია სხვადასხვანაირ დინამიკურ გავლენას ამქლავნებს.

დადგენილია, რომ მოგრძო ტვინის რეტყულური სუბსტანცია ძირითადად შემაკავებელ მოქმედებას ახდენს ვეგეტატიურ ფუნქციებსა და სასიცოცხლო ცენტრებზე. პირიქით, შუამდებარე ტვინის რეტყულური სუბსტანცია იჩენს გამაადვილებელ მოქმედებას თავის ტვინის ქერქის მიმართ.

ელექტროფიზიოლოგიურად დადგენილია, რომ აღნიშნული შემაკავებელი ან გამაადვილებელი მოქმედება თავის ტვინის ქერქის მიმართ ატარებს ზოგად, არასპეციფიკურ ხასიათს. აქედან წარმოიშვა წარმოდგენა მორფოფუნქციურ არასპეციფიკურ ქერქქვეშა-ქერქულ ან ღეროვან-ქერქულ ურთიერთდამოკიდებულებაზე. მიუთითებს, რომ ქერქქვეშა არასპეციფიკურ წარმონაქმნები არეგულირებენ ძირითადი ნერვული პროცესის, აგზნების მიმდინარეობას; ქერქქვეშედს უნდა მიეწეროს, აგრეთვე თავის ტვინის ქერქის ურთულესი ინტეგრაციული ფუნქციების რეგულაციაც.

წამოყენებულია დებულებანი თითქოს რეტყულურ ფორმაციას ფუნქციურად კავშირი აქვს არა მარტო ტვინის ინტეგრაციულ გამოვლინებასთან, არამედ უშუალოდ ფსიქიკური აპარატის მუშაობასთან ნორმასა და პათოლოგიაში.

აღნიშნული დებულებანი დიდი ყურადღებით გამოიყენება ე. წ. ცენტრენცეფალური თეორიის წარმომადგენელთა მიერ, რომელიც წარმოიშვა კლინიკური ნეიროქირურგიისა და ნევროლოგიის ფაქტობრივ მონაცემებზე, როგორც ჩამოყალიბებული სწავლება ქერქქვეშა ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის შესახებ.

ცენტრენცეფალური თეორიის წარმოდგენათა აზრით ტვინის ღართი, პირველ ყოვლისა ადამიანის ქერქული აპარატი, არ შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ფსიქიკური გამოვლინების მორფოლოგიური

სუბსტრატი: ამის დასამტკიცებლად მათ მოჰყავთ შემთხვევები, როცა ქერქის ფართო დაზიანებას (ტრამეა, კრილობა) ან შუბლის ზოლების ოპერაციულ ამოკვეთას (სიმსივნეების დროს) არ სდევს ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის განვითარება.

ცენტრენცეფალური თეორია მხედველობაში არ ღებულობს ევოლუციური ბიოლოგიის იმ ძირითად დებულებას, რომ ფსიქიკური აპარატის ურთულესი ფუნქციები გენეტიკურად არ შეიძლება გაპირობებული იყვნენ ფილოონტოგენეზურად დაბალ საფეხურზე მდგარი სისტემებით.

თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ტვინის ღეროში პათოლოგიური კერის არსებობისას ცნობიერების დაკარგვა დაკავშირებულია არა ენცეფალურ ცენტრთან, არამედ ლიქვორულ ჰემოდინამიკურ ძვრებთან, რასაც სდევს ცნობიერების გამოთიშვა, ცხადი ხდება ქერქქვეშა ფსიქოპათოლოგიის კონცეფციის ანტიევოლუციონიზმი და მორფოლოგიური შეზღუდულობა, რაც შეეხება ქერქულ აპარატს, როგორც ფსიქიკური აწილობის სუბსტრატს, ცნობილია რომ აქ მნიშვნელობა აქვს არა განსაზღვრულ უზნებს, არამედ ღართის ინტეგრაციულ მოქმედების ზოგად დაზიანებას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მხოლოდ ძვრები ტვინის ღეროში, ქერქული აპარატის დაზიანების გარეშე, არასოდეს არ იწვევს პროდუქციულ ფსიქოპათოლოგიურ სურათს.

ექსპერიმენტული და კლინიკური ფაქტები გვიჩვენებს, რომ ღართის დინამიკური მდგომარეობის განსაზღვრული პირობები თვითონ უწყობენ ხელს ცალკეულ ქერქულ პუნქტთა როგორც განცალკევებას, ისე გაერთიანებას.

როგორც უკვე აღნიშნული იყო, რეტიკულური სუბსტანცია არ შეიძლება ჩაითვალოს ფსიქიკური აპარატის გამოვლინების პირდაპირ მორფოფიზიოლოგიურ სუბსტრატად ნორმასა და პათოლოგიაში.

უმაღლესი ნერვული მოქმედება განისაზღვრება ძირითადი ნერვული პროცესების — აგზნებისა და შეკავების — ძალით, დაძაბვითა და ძვრადობით. აღნიშნულ ქერქულ დინამიკურ პროცესთა ამპლიტუდა იმყოფება ქერქქვეშა იმპულსაციის განუწყვეტელი ზეგავლენის ქვეშ. ეს იმპულსაცია მოდის არასპეციფიკური, ბადებრივი ფორმაციიდან, უპირველს ყოვლისა მხედველობითი ბორცვების არასპეციფიკური ბირთვებიდან. მხოლოდ ასეთ დინამიკურ ქრილში უნდა გან-

ვიხილოთ რეტიკულური ფორმაციის ფუნქციური მნიშვნელობა ქცევითი აქტების განხორციელებასა და ადამიანის პიროვნულ აქტებში.

გასაგებია, რომ ნორმაში პიროვნების მისწრაფების დინამიკა და ინტერესი, აქტიური ყურადღება და პასიური დამორჩილება, სთენიური და ასთენიური რეაქციები, ტორპიდულობა და დინამიკურობა, გაწონასწორება და მოქნილობა, აგრეთვე პათოლოგიაში კლინიკურ გამოვლინებათა დინამიკა (აბულია, აპათია, გამოფიტვა, ჰიპოტონია, არასწორი შეგრძნებები, დაუკავშირებელი სიტყვიერი პროდუქციები) ასახავს ერთიანი ქერკ-ქერკქვეშა აპარატის მუშაობას. ამ მუშაობაში წამყვანი როლი ფუნქციურად უმაღლეს, ყველაზე საპასუხისმგებლო ქერკულ აპარატს ენიჭება.

ექსპერიმენტული, კლინიკურ-ექსპერიმენტული და კლინიკური დაკვირვებანი ნეიროპლევგიურ ნივთიერებათა მოქმედებაზე საშუალებას იძლევა რეტიკულური ფორმაციის როლის შესწავლისათვის.

ფსიქონევროლოგიისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის დარგი, რომელიც შეინაწავლის ქერკ-ქერკქვეშა ურთიერთკავშირს, როგორც დინამიკურად დახშულ რგოლურ სისტემას.

ქერკქვეშა ელექტროენცეფალოგრაფიის მონაცემების თანახმად ქერკულ აპარატში მოსული იმპულსი ტრანსკორტიკალურად კი არ ქრება, არამედ ბრუნდება პირველადი გალიზიანების ქერკქვეშა უბანში.

ასეთი უკუქცევითი კავშირის და თვითრეგულაციის პრინციპი ცნობილია ნეიროდინამიკურ გამოვლინებათა უფრო დაბალ საფეხურზეც (ანტიდრომული ინერვაციის შემთხვევები და აქსონრეფლექსები).

უკუქცევითი კავშირი ანუ უკუქცევითი სიგნალზაცია გვხვდება არა მხოლოდ ცალკეული ნეირონების ფუნქციონირების დროს, არამედ ცენტრალური ნერვული სისტემის ნაწილების მოქმედებაშიც. ირკვევა, რომ აღნიშნული მოვლენა ფართოდ არის გავრცელებული ბიოლოგიაში იმპულსთა გადაცემის დროს. სხვანაირად, რომ ვთქვათ, დახშული წრის პრინციპი, ანუ ციკლური პროცესების პრინციპი ძალაშია არა მარტო ცალკეული ნეირონების ფუნქციონირების დროს, არამედ ტვინის რთული ინტეგრაციული მოქმედების შემთხვევაშიც. ამით იგი ხელს უწყობს ორგანიზმის შეგუებას გარემოსადმი.

ინტერესს არაა მოკლებული შორეული ანალოგიის გატარება.



ბიოლოგიაში თვითრეგულაციის პრინციპსა და ასეთსავე პრინციპს შორის ავტომატურ მანქანებში, ვინაიდან ორივე შემთხვევაში ძირითად როლს ასრულებს უკუქცევითი სიგნალიზაციის ანუ ინფორმაციის მომენტი.

ი. პავლოვის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის თანახმად, ცხოველისა და ადამიანის უმაღლესი ნერვული მოქმედების საფუძველს წარმოადგენს აგზნებისა და შეკავების პროცესების გაწონასწორება და მათი ნორმალური ძვრადობა. თავის მხრივ წონასწორობა და ძვრადობა დამოკიდებულია ძირითად ნერვულ პროცესთა ძალაზე.

აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ თუ ფიზიკურ მოვლენათა სფეროში ძალა განისაზღვრება მასითა და სიჩქარით, ბიოლოგიაში — პირველ ყოვლისა ყველაზე დიფერენცირებულ და უმაღლეს ფუნქციებში (ძირითად ნერვულ პროცესთა გამოვლინება) ძალა განისაზღვრება დაძაბვით, ფუნქციური ტონუსით.

სწორედ დიენცეფალური მიდამოს რეტიკულური სუბსტანცია არის ის ადგილი, რომელიც უზრუნველყოფს ქერქული აგზნებისა და შეკავების დაძაბვას. ამ მხრივ ქერქვეშა დინამიკური მექანიზმები განსაკუთრებით საპასუხისმგებლოა.

უმაღლესი ნერვული მოქმედების სწავლების შემქმნელი ი. პ. პავლოვი ქერქს განიხილავდა, როგორც ქერქვეშედის ბრმა ძალის რეგულატორს. ამასთან, იგი დიდ ყურადღებას აქცევდა ქერქვეშა აპარატს, რომ სწორედ იგი განსაზღვრავს ქერქულ უჯრედთა აქტივობის ფუნქციურ დონეს.

ი. პავლოვი არაერთგზის მიუთითებდა, რომ ქერქვეშა ცენტრები არის დიდი ჰემისფეროების ძალის წყარო, განსაზღვრავს ქერქის მოქმედებას, „მუხტავს ქერქს“ და როგორც „ნერვების წყარო“ განაპირობებს ქერქული აპარატის „ტონუსს“.

ი. პავლოვის ყურადღების ცენტრში ყოველთვის იდგა უახლესი ქერქვეშედის (კ. მონაკოვის გაგებით) რეტიკულური ფორმაცია, ე. ი. შექმნებარე ტვინის რეტიკულური ფორმაცია თანამედროვე გაგებით.

ნერვოლოგიური ცოდნის თანამედროვე ეტაპზე შეიძლება ითქვას, რომ უმაღლეს ხერხემლიანებში ცენტრალური ნერვული სისტემის ყოველ ნაწილს აქვს თავისი მაქტივებული სისტემა, რომელიც აერცელებს არასპეციფიკურ გავლენას როგორც აღმაველი, ასევე დაღმაველი მიმართულებით.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, თალამური ბირთვების რეტიკულური სუბსტანცია არის ის ძირითადი სისტემა, რომელიც განაპირობებს ქერქული ნეიროდინამიკის ტონუსს.

თუ ქერქ-ქერქქვეშა ურთიერთკავშირს გავაანალიზებთ ტვინის ევოლუციური ფილონტოგენეზური განვითარების კრილში, ვნახავთ, რომ რაც უფრო მაღალ საფეხურზეა ცენტრალური ნერვული სისტემა, მით უფრო მეტად საჭიროებს იგი დინამოგენურ იმპულსაციას.

ჩვეულებრივ, ანუ მოქმედების ოპტიმალურ პირობებში რეტიკულური ფორმაცია ასრულებს დინამოგენურ როლს და არ იწვევს ორგანიზმის მკვეთრ ვეგეტატიურ-ენდოკრინულ და ცვლითი ხასიათის ძვრებს.

შესაძლებლად მიგვაჩნია გავატაროთ მექანიკური და შორეული ანალოგია ავტომობილის მოტორსა და ქერქული აპარატის მუშაობას შორის. როგორც მოტორს ესაჭიროება დამუხტვა აკუმულატორის საშუალებით, ასევე ქერქული აპარატი მოითხოვს ქერქქვეშა აქტივაციას ბადებრივი ფორმაციის გზით. განსხვავება იმაშია, რომ მოტორი ერთჯერადად იმუხტება, ხოლო ქერქი მოითხოვს განუწყვეტელ შაქტივებელ გავლენას.

საჭიროდ ვთვლით აღვნიშნოთ, რომ რეტიკულური ფორმაციის შესახებ თანამედროვე მოძღვრება და მასთან ერთად ცენტრენცეფალური თეორია აყენებს რიგ დებულებებს, რომლებიც კრიტიკულ ანალიზსა და განსაზღვრულ კორექციას მოითხოვს. პირველ რიგში უნდა დავასახელოთ შემდეგი მომენტები: გამარტივებული მიდგომა ფსიქიკური ფუნქციებისადმი, ევოლუციური მოძღვრების არასაკმარისი გამოყენება რეტიკულური ფორმაციის სტრუქტურის და ფუნქციის შესწავლის დროს, ტვინის კლასიკური არქიტექტონიკის არასაკმარისი შეფასება, ქერქქვეშა ფსიქოლოგიისა და ფსიქოპათოლოგიის დაშვება და, ბოლოს, ყოველთვის არაადამაჯერებელი დებულება ტვინის ნატიფი სტრუქტურის შესახებ მხოლოდ ელექტროენცეფალოგრაფიული მონაცემების საფუძველზე.

მიუხედავად აღნიშნული ჰომენტებისა, მოძღვრება რეტიკულური ფორმაციის შესახებ უნდა შეფასდეს როგორც ახალი შემოქმედებითად პერსპექტიული მიმართულება თეორიული და პრაქტიკული მედიცინისათვის. ეს მოძღვრება კლინიკისტიებისა და თეორეტიკოსე-

ბის წინაშე სვამს ახალ პრობლემებს ქერქვეშედის აგებულებისა და ფუნქციის შესახებ; ამხვილებს ყურადღებას ქერქსა და ქერქვეშედს შორის სტრუქტურულ-დინამიკური დამოკიდებულების შესახებ.

3. ანონინი, აგრეთვე, მიუთითებს, რომ არასპეციფიკური აღმავალი იმპულსაცია ხელს უწყობს ქერქულ უჯრედოვან სისტემათა აქტივაციას და ამით ქმნის მოქმედების გარკვეულ დონეს. ავტორის თანახმად, ქერქზე არასპეციფიკური მათქტივებელი გავლენა თავისი ბუნებით მხოლოდ ენერგეტიკულია. ამ გარემოების შესაბამისად ყოველ მოვლენაში უნდა გავარჩიოთ ორი შემადგენელი ნაწილი: არქიტექტონული და ენერგეტიკული, ამასთან, რეტიკულური ფორმაციიდან მომავალი იმპულსაციის შეწყვეტით შესაძლოა შევწყვიტოთ ტვინის ნებისმიერი მთლიანი რეაქცია.

მეგუნის, მორუცის, დემსის და მირისონის ექსპერიმენტული მონაცემების თანახმად, არასპეციფიკური აღმავალი მათქტივებელი სისტემა (ქერქვეშედის სპეციფიკური სისტემების საწინააღმდეგოდ, რომლებიც აგზნებას ქერქის სპეციალურ ანალიზატორებში აგზავნიან) სტრუქტურულად დაკავშირებულია მხედველობითი ბორცვების განსაზღვრულ უბნებთან. ეს უბნები გაერთიანებულია დიფუზური თალამური სისტემის სახელწოდებით.

უმადლეს სენსორულ, მორტორულ და ინტელექტუალურ ფუნქციათა განხორციელება გულისხმობს ქერქისა და ქერქვეშეა აპარატის მკიდრო დინამიკურ კავშირსა და ერთიან მოქმედებას. პირველ რიგში ქერქისა და მხედველობითი ბორცვების, და სხვა ბაზალური განგლიების ერთიან მოქმედებას.

მეგუნის მიხედვით, არასპეციფიკური სისტემა განლაგებულია ტვინის ღეროს თითქმის მთელ ცენტრალურ ნაწილში. ეს სისტემა მოქმედებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა უბანზე, აქვეითებს ან აძლიერებს მისი აქტივობის დონეს.

არასპეციფიკური სისტემა მოქმედებს კაუდალურად ზურგის ტვინზე, როსტროვენტრალურად — ჰიპოთალამუსისა და ჰიპოფიზურ მექანიზმებზე (ამით ხორციელდება გავლენა ვისცერალურ ცვლით-ვეგეტატიურ და ენდოკრინულ ფუნქციებზე), დორზალურად — შუამდებარე და ყნოსვითის ტვინზე და უფრო ზევით დორზალურად — თავის ტვინის ქერქზე. დღეს დადგენილია, რომ ქერქზე რეტიკულურ-მათქტივებელი გავლენა განაპირობებს და არეგულირებს ღვი-

ძილსა და ყურადღებას, მეგუნის თანახმად, ნარკოზის დროს ცნობიერების დაკარგვა გამოწვეულია რეტიკულური კორტიკო-პეტალური გავლენის დროებითი გამოთიშვით, ამასთან ახლო დგას ცნობიერების დაკარგვა ანაქსიასა და ჰიპოგლიკემიის დროს.

1. დადგენილია, რომ სპეციფიკური დემნისკური იმპულსაცია ქერქში იწვევს განსაზღვრული აგზნების კერის წარმოშობას და ასოციაციები და პირობითი კავშირები წარმოიშვება მხოლოდ ქერქვეშა დინამოგენეზის უშუალო მონაწილეობით.

ი. ბერიტაშვილი პირობით რეფლექსურ მოქმედებაში სტრიალურ სისტემის ნეო- და პალეოსტრიატუმს ისეთსავე როლს ანიჭებს. როგორც რეტიკულურ ფორმაციის არასპეციფიკურ ბირთვებს.

3. მეგუნის აზრით, ტონუსად მოქმედი კომპონენტი დაკავშირებულია ტვინის ღეროს ქვედა ნაწილთან და იწვევს აგზნებადობის ზოგად ცვლილებას უფრო უხეშად და სუბარულად.

ევოლუციურ ასპექტში უმარტივესი ორგანოებიდან რთულისაკენ ფილოგენეზურად შეიძლება გამოიყოს ევოლუციის ცალკეული ბიოლოგიური ეტაპები.

გასაგებია, რომ პირველ, მარტივ, უძველეს ეტაპს რეგულაციაში წარმოდგენს ქიმიური რეგულაცია, ე. ი. ნერვული წინა რეგულაციის ეტაპი.

ამას მოსდევს ნერვული რეგულაცია, რომელიც უზრუნველყოფს ორგანიზმის ურთულეს ინტეგრაციულ მექანიზმებს.

ნერვული სისტემის ჩამოყალიბების პროცესში რეგულაცია თავის მხრივ ორ მარტივ ბიოლოგიურ ეტაპად იყოფა: ენცეფალონის წინა ნეიროჰუმორალური რეგულაცია და ენცეფალური (ქერქვეშა ბაზალური) ნეიროჰუმორალური რეგულაცია. მეორე შემთხვევაში ენცეფალიზაცია განსაზღვრულია ქერქვეშა სართულით, როცა ქერქის განვითარება მხოლოდ იწყება და არა აქვს გადამწყვეტი სტრუქტურულფუნქციური მნიშვნელობა.

და ბოლოს, ბიოლოგიური რეგულაციის უმაღლესი ეტაპია ორგანიზმის ენცეფალოკორტიკალური ნეიროჰუმორალური რეგულაცია. ამასთან, რაც უფრო მაღლა საფეხურზე დგანან ძუძუმწოვრები. ე. ი. რაც უფრო განვითარებულია ქერქული აპარატი (განსაკუთრებით ადამიანზე), მით უფრო საჭიროა ქერქვეშა დინამოგენეზი, რომელიც ქმნის ქერქისათვის ენერგეტიკულ ფონდს.

როგორც ვხედავთ, ცხოველთა და ადამიანთა ცენტრალური ნერ-  
ვული სისტემის ფუნქციური ანალიზის დროს (თავის ტვინის, რო-  
გორც ერთიანი ქერქ-ქერქვეშა კომპლექსის) მის სპეციფიკურ და  
ადაპტაციურ-ტროფიკულ მოქმედებასთან ერთად უნდა განვიხილოთ  
ნეიროენერგეტიკული მოქმედებაც.

კლინიკურად საინტერესოა ის გარემოება, რომ რეტიკულური  
ფორმაცია დინამოგენურ გავლენას იჩენს არა მარტო ქერქის ტონუს-  
ზე, არამედ ქერქვეშა წარმონაქმნებზეც, მათ შორის ვეგეტატიურ  
ცენტრებზე. ექსპერიმენტთა ანალიზის საფუძველზე ა. ბაკურაძე ასკ-  
ვნის, რომ თავის ტვინის რეტიკულური ფორმაცია გამაადვილებელ  
და შემაკავებელ მოქმედებას იჩენს ორგანიზმის ვეგეტატიურ რეაქ-  
ციებზე.

**ფსიქოპათიის ცნება, თეორია და პრაქტიკა**

ფსიქოპათიები განხილული უნდა იყოს როგორც პიროვნების ანო-  
მალური ვარიანტები.

ფსიქოპათია არ ნიშნავს ფსიქოზს, რადგანაც ფსიქოპათიის შემ-  
თხვევებში არ არსებობს სულით ავადმყოფების ფორმალური ნიშნები.

ცხადია, რომ ფსიქოპათმა შეიძლება მოგვეცეს ფსიქოზური აშლი-  
ლობა, მაგრამ ეს არ ნიშნავს ფსიქოპათიის ფსიქოზად გადაზრდას.

მეორე მხრივ, ფსიქოპათიური პიროვნება არ შეიძლება ჩაითვა-  
ლოს ჯანმრთელ ადამიანად, ვინაიდან მისი ფსიქიკური აპარატი დის-  
პარმონიულადაა წარმოდგენილი უმთავრესად და პირველ რიგში ემო-  
ციურ-აფექტური აქცენტუაციის, თუ ჰიპერტროფიის ხარჯზე. უკანას-  
კნელ გარემოებას მოსდევს ფსიქოპათთა მხრივ არაადეკვატური და  
მოუწესრიგებელი რეაქციები.

პიროვნების ქცევა და მოქმედებათა ანომალია აკნინებს ფსიქო-  
პათთა შრომის უნარიანობას. ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფების  
შრომის უნარი ისე დაქვეითებულია, რომ ისინი გარემოსთან წყვეტენ  
შრომით-სოციალურ კავშირს.

როგორც ვხედავთ, ფსიქოპათია არ არის ნორმა და არც ფსიქოზი.  
ნიშნავს თუ არა ეს იმას, რომ ფსიქოპათია წარმოადგენს ერთგვარ მო-  
საზღვრე მდგომარეობას ჯანმრთელობასა და სულიერ დაავადებას შო-  
რის. რასაკვირველია არა. ამჟამად აბსოლუტურად უარყოფილია პო-  
ზიციები ე. წ. ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობათა ურთიერთგადაზ-  
რდის შესახებ. ყოვლად მიუღებელია აგრეთვე დებულება, თითქოს  
ნორმასა და პათოლოგიას შორის მხოლოდ რაოდენობრივი (კვანტიტა-  
ციური) განსხვავება არსებობს.

ყოველი ავადმყოფობა, მით უმეტეს ისეთი რთული ბუნების მქო-

ნე პათოლოგია, როგორც არის ფსიქოზი, გულისხმობს ახალ თვისებებს, ავადმყოფურ ახალ სპეციფიკას.

არაა საკმაო, რომ ფსიქოპათიური პიროვნების თავისებურებამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს და გამოავლინოს ფსიქოზური სიმპტომატოლოგია, არაა საკამათო, რომ შესაძლოა ფსიქოპათთა ქარაქტეროლოგიური მომენტები პათოპლასტიკურად აღიბეჭდოს სულით ავადმყოფობის კლინიკურ სურათში.

მაგრამ ზემოთ თქმული არ ნიშნავს ნორმის ფსიქოპათიად გადაზრდას და შემდეგ უკანასკნელის ფსიქოზად ჩამოყალიბებას.

მდგომარეობათა გადაზრდის პრინციპი ჩვენ უარვეყავით. ასევე უარყოფილი უნდა იყოს ე. წ. ამოსავალ ფესვთა ძიების პრინციპი. აბსოლუტურად დაუშვებელია ფსიქოზთა ფესვები ვეძიოთ ფსიქოპათიებში, ან ფსიქოპათიათა საწყისი ვეძიოთ ნორმაში.

პიროვნების ფსიქოპათიური ხაზები არაიშვიათად აძლიერებს ეტიოლოგიურ ფაქტორთა ფონს. რომელიც იწვევს ფსიქოგენიებს და ნევროზებს.

ამასთან. უნდა ითქვას, რომ ფსიქოპათიები არ უნდა გაითქვიფოს არც ფსიქოგენიებში და არც ნევროზებში.

ფსიქოპათია ეს არის პიროვნების მტკიცე ანომალიური ვარიანტი, ხოლო ფსიქოგენიები და ნევროზები წარმოადგენს საკმაოდ რთულ, მოძრავი და ლაბილური ჩარჩოების მქონე ავადმყოფურ მდგომარეობას.

აქვე ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს. რომ ფსიქოპათიის სიმტკიცე და უცვლელობა არ ნიშნავს აბსოლუტურ უმოძრაობას და გაყინვას; არ ნიშნავს იმას, რომ ფსიქოპათია დგას ყოველგვარ პირობათა გარეშე.

კლინიკური პრაქტიკა გვარწმუნებს სრულიად საწინააღმდეგო დებულებაში, ცხოვრების მანძილზე სოციალურ და ბიოლოგიურ ფაქტორთა ზეგავლენის შედეგად ქანაობს და იცვლება პიროვნების ანომალიური ხაზები.

ფსიქოპათიებს სომატობიოლოგიურ ფონს უქმნის თანშობილი, ინდივიდუური ფაქტორები. მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ კონსტიტუციას უნდა მივაწეროთ ფატალური აუცილებლობის (საბედისწერო ფაქტორის) როლი თუ მნიშვნელობა.

პიროვნების ცხოვრების გრძელ მანძილზე სოციალურ და ბიო-

ლრგიურ ფაქტორებს შეუძლია ფსიქოპათიურ ხაზთა როგორც შერბილება, ისე გამკაცრება და გამწვავება.

მართო კონსტიტუციურად განპირობებული ბიოლოგიური მომენტები ვერ მოგვეცემს ფსიქოპათიას, ამისათვის საჭიროა შემხვედრი უარყოფითი სოციალური მიზეზების არსებობა.

სწორედ ამიტომ დაუშვებელია ბავშვთა ასაკში ადვილად და თავისუფლად დაისვას ფსიქოპათიური პიროვნების დიაგნოზი, ჩვენ არ ვიცით, როგორი გეზით და მიმართულებით განვითარდება ბავშვის პიროვნება; ჩვენ არ ვიცით შეარბილებს, თუ განავითარებს ეგზოგენური ფაქტორები მის ანომალურ ხაზებს.

ზემოხსენებული მასალები ნიუთითებს იმაზე, რომ ფსიქოპათიები არც ისე ხშირია და მათი ჩარჩოები მოითხოვს გარკვეულ შემოფარგვლას.

ფსიქოპათიათა ჯგუფის განხილვისას ჩვენ შევჩერდებით მხოლოდ და მხოლოდ ინდივიდური ნეიროდინამიკით განსაზღვრულ მდგომარეობაზე. ფსიქოპათიებიდან საჭიროა გამოირიცხოს პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ ცვლილებათა ყველა ის შემთხვევა, რომელიც დაკავშირებულია პროფესიულ დაავადებასთან.

უკანასკნელი შემთხვევები განხილული უნდა იყოს როგორც ფსევდოფსიქოპათიები; მაგალითისათვის გავიხსენოთ ეპიდემიური ენცეფალიტის შედეგად განვითარებული ქარაქტეროლოგიური თავისებურებანი.

### ფსიქოპათიების კლინიკური ფორმები

ფსიქოპათიების კლასიფიკაცია, ანუ სისტემატიკა მეტად მძინვესაქმეა.

დღემდე არ არსებობს ერთი და ყველას მიერ მიღებული კრიტერიუმი, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი იქნებოდა ფსიქოპათიურ ფორმათა დაჯგუფება.

მიღებულია და მოითხოვს ძირითად კრიტიკას როგორც წმინდა ფსიქოლოგიური, ისე წმინდა ბიოლოგიური კრიტერიუმი.

ფსიქოლოგიური კრიტერიუმი ყურადღებას არ აქცევს საკითხის სომატობიოლოგიურ მხარეს; ხოლო ბიოლოგიური კრიტერიუმი უგუ-



ლებელყოფს ეგზოგენურ და, პირველ რიგში, სოციალურ ფაქტორთა მნიშვნელობას.

ფსიქოპათიათა პრობლემა მოითხოვს შემდგომ დამუშავება-დაზუსტებას და უეჭველად მოსალოდნელია დიდი ცვლილებები ფსიქიატრიის ამ მეტად საინტერესო განაკვეთის თეორიასა და პრაქტიკაში.

ჩვენს თანამემამულეებს სუხანოვს, განუშკინს, ოაიპოვს და სხვ. ეკუთვნით კლინიკური გამოკვლევები ფსიქოპათიის კლინიკის შესახებ.

განსაკუთრებული ღვაწლი მიუძღვის განუშკინს, რომელმაც მოგვცა კლინიკურ ფორმათა არა მარტო კლასიკური სურათი, არამედ ბევრად წასწია წინ ფსიქოპათიათა სისტემატიკის, სტატისტიკისა და დინამიკის პრობლემები.

კლინიკურ-ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებათა მიხედვით ყურადღებას იპყრობს ფსიქოპათიათა ქვემოთ მოყვანილი ფორმები.

ამგზნებადი, ანუ ჰიპერთიმიული ფსიქოპათია შეადგენს შედარებით ხშირ ფორმას; ავადმყოფებს აქვთ აწეული ბიოტონუსი და ძლიერ, ადვილად იძლევიან პათოლოგიური აფექტის მსგავს აგზნებას, ხოლო წონასწორობის პერიოდში ისინი არიან მოქმედნი, თავაზიანები და საკმაოდ ენერგიულად მომუშავენი.

სრულიად საწინააღმდეგო ჯგუფს ეკუთვნიან ე. წ. ინერტულნი (გულგრილნი), ანუ ჰიპოთიმიური ფსიქოპათები.

ლაბილური ანუ ემოციურ სიმტკიცეს მოკლებული ფსიქოპათები წასიათდებიან გრძობათა მერყეობით, ზოგადი ფსიქოფიზიკური სისუსტით, შრომის უნარის დაქვეითებით; ადვილად ექცევიან უარყოფითი ზეგავლენის ქვეშ და ასევე ადვილად ეჩვევიან ნარკოზულ ნივთიერებებს (ალკოჰოლს, კოკაინს, მორფიუმს და სხვ.).

მითომანია, ანუ ფსევდოლოგია. აქ მხედველობაში გვაქვს პათოლოგიური სიძრუე და ფანტაზია. ავადმყოფები ერთ შემთხვევაში ტოვებენ ნაკითხ და მცოდნე ადამიანთა შთაბეჭდილებას არსებითად მათი ცოდნა მოკლებულია სიღრმეს, სერიოზულ საქმიანობას: მათი მეტყველებითი პროდუქციები, ქცევა თუ მოქმედება აღვსილია თავაშვებული, კრიტიკას მოკლებული ფანტაზიებით.

ფანტაზიათა თავაშვება იმდენად დიდია, და ამ დროს უმაღლესი კრიტიკული კორექცია იმდენად სუსტია, რომ ავადმყოფებს სჭერათ

მათ მიერ შეთხზული არასდროს არყოფილი და არავის მიერ არნახული ამბები; თვით რწმუნდებიან შეთხზულის რეალობაში.

აღნიშნული გარემოება მათ უსპობს სისტემური ხასიათის შრომის უნარიანობას.

ცალკე ფორმას შეადგენს ე. წ. უცნაური ფსიქოპათიები, როდესაც ავადმყოფის პიროვნება მოკლებულია შინაგან მთლიანობას და ჰარმონიულ სინთეზს.

ისინი ვაურბიან საზოგადოებას, უყვართ მარტოობა, მოქმედებაში ხელმძღვანელობენ პირადი მოტივაციით. სისტემატურ შრომას ვერ ახერხებენ. საკუთარი ფსიქიკური აპარატის მთელ სიმდიდრეს და ძალას ანდომებენ უსარგებლო ბრძნობას.

მოჩხუბარი ფსიქოპათები მთელ თავის ენერჯიას და შესაძლებლობას ანდომებენ ჩხუბს და დავას. თავის თავზე დიდი წარმოდგენა აქვთ; სულ მცირე და უმნიშვნელო უსამართლობა მათ აღიზიანება, გამუდმებით ეძებენ ქვემარტებას და ამის ნიადაგზე ისინი პერმანენტულ უსიამოვნებაში არიან. აქვთ განუწყვეტელი კონფლიქტები და შეჯახებები.

დაუდგრომელი და მოუსვენარი ხასიათით სხვასაც სტანჯავენ, მაგრამ თვითონაც იტანჯებიან.

ცალკე ფსიქოპათიურ ფორმას შეადგენს მიზიდულობათა გაუკუღმართების შემთხვევები. აქ ავადმყოფები მთლიანად ემორჩილებიან იმპულსურად წამოჭრილ დაუძლეველ პათოლოგიურ მიზიდულობებს. რაც შეეხება გაუკუღმართების საქმეს, ამ მხრივ დასაშვებია შესაძლებლობათა მრავალი მაგალითი.

ჩვენ დავასახელებთ მხოლოდ პირომანიას (მიზიდულობა ხანძრისადმი), კლექტომანიას (მიზიდულობა ქურდობისადმი, რომლის დროსაც ქურდობა არის მხოლოდ თვითმიზანი და სრულიად მოკლებულია ანგარების გრძნობას). დრომომანიას (მიზიდულობა ხეტიალისადმი) და სქესობრივი მიზიდულობის პათოლოგიას, პირველ რიგში ჰომოსექსუალიზმს.

უკანასკნელის გარდა ყველა სახის პათოლოგიური მიზიდულობანი ასაკის მატების პარალელურად მკრთალდება და პიროვნებისათვის კარგავს პირვანდელ კატეგორიულობას.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, წარმოდგენილი სისტემატიკა იძლევა მხოლოდ და მხოლოდ აღწერილობითს სურათს, რომელიც ვერ საზღ-

ვრავს გამოყოფილი ტიპის ვერც ბიოლოგიურ ვითარებას და ვერც სოციალურ ღირებულებას.

ფსიქოპათიის დინამიკა გაპირობებულია გარემო სოციალურ წრით. ცხოვრებისა და შრომის ხელშემწყობი პირობები არბილებს. ხოლო ფსიქოტრავმული მომენტები უფრო მეტად ამრუდებს პიროვნების ხაზთა ანომალიას.

ამასთან, საჭიროა იმ მატერიალური სუბსტრატის შესწავლა, რომელზეც იშლება პიროვნების ანომალური თავისებურებანი, საჭიროა დაზუსტდეს ფსიქოპათიურ მდგომარეობათა სომატურბიოლოგიური. კერძოდ, ენდოკრინულ-ვეგეტატიური და ნეიროჰუმორალური საფუძველები.

ფსიქოპათიის ქარაქტეროლოგია არ არის სომატურ თავისებურებათა პირდაპირი და უშუალო ანარეკლი; მიუხედავად ამისა, პათოფსიქოლოგიას ვერ მოეწყვეტთ პათობიოლოგიას.

ზემოსხენებულის გამო უეჭველად ანგარიშგასაწევია გურევიჩიანა და სერეისკის პოზიციები, რომლებიც ფსიქოპათთა კლინიკური სურათის შესწავლასთან ერთად იკვლევენ ავადმყოფთა სხეულნაგებობას. ენდოკრინოვეგეტატიური ფუნქციებისა და მოტორიკის თავისებურებას. წარმოდგენილ ქრილში მოვიყვანთ ფსიქოპათთა ცალკეულ ფორმებს, თანახმად გურევიჩ-სერეისკისა.

**შ ი ზ ო ი დ უ რ ი ფ ს ი ქ ო პ ა თ ი ა.** ფიზიკურად უფრო ხშირად ვხვდებით ასთენიურ, ანუ დისპლაზიურ სხეულნაგებობას. მოტორიკის ხაზით საყურადღებოა ტლანქი, მოუხერხებელი და ნაკლებად ხელმარჯვე მოძრაობანი.

ფსიქიკურ თავისებურებათა მხრივ აღსანიშნავია აუტისტური განწყობა, მიდრეკილება მარტოობისადმი, შეგულისხმების ე. ი. ემოციური რეზონანსის უქონლობა და აბსტრაქციული აზროვნება რეზონიორობით და ავადმყოფური ბრძნობით.

**ც ი კ ლ ო ი დ უ რ ი ფ ს ი ქ ო პ ა თ ი ა.** ფიზიკურად ვხვდებით პიკნიკურ სხეულნაგებობას. მოტორიკა მოხერხებული, მარჯვე და ელასტიკური. ფსიქიკურ თავისებურებათა მხრივ საქმე გვაქვს შიზოიდურა ხასიათის დიამეტრულად საწინააღმდეგო მდგომარეობასთან. ციკლოიდები არიან გულლიები. ამხანაგების მოყვარულნი. მათ ახასიათებენ ემოციური შეგულისხმება და თავისებური აზროვნება.

**ე პ ი ლ ე მ ტ ო ი დ უ რ ი ფ ს ი ქ ო პ ა თ ი ა.** სხეულნაგებობა აი-

ლეტური ან დისპლაზიურია. მოტორიკის მხრივ აღსანიშნავია შენელებული, წყვეტილი, სოლო ზოგჯერ ექსპლოზიური მოძრაობები. ფსიქიკურ სფეროში ყურადღებას იპყრობს ხასიათის ბიპოლარობა, ხშირი აფექტური განტვირთვები, ეგოიზმი და არა ეკონომიური აზროვნება (ფაქტთა და ამბავთა დეტალიზაცია; აზროვნებაში აღწერილობითი მომენტი სპარბობს მოთხრობითს).

რეაქტიული-ლაბილური ანუ ისტეროიდული ფსიქოპათია. როგორც ფსიქიკურ, ისე ფიზიკურ აპარატს ატყვია ზოგადი ინფანტილიზმის დალი. სხეულნაგებობა ე. წ. ინფანტილურ-გრაციული, მოტორიკა ასევე გრაციული, განუვითარებელი და ნაკლებად ზუსტი მოძრაობებით. ფსიქიკური სტატუსის მხრივ ყურადსაღებია აწეული შთაბეჭდილებიანობა, გაძლიერებული შთაგონებლობა, გადაჭარბებული ფანტაზიორობა, ემოციური ლაბილობა, უინიანობა, თეატრალობა, ზოგჯერ ბავშვური ქცევები და მოქმედებები.

ფსიქასთენიური ფსიქოპათია ანუ ფსიქასთენია. მთავარი და დამახასიათებელია ის გარემოება, რომ ფსიქასთენიის დროს ადგილი აქვს ფსიქიკური ტონუსის, ანუ დაჭიმვის (ტენზია) დაქვეითებას. ფსიქიკური აპარატი მთელი თავისი მოცულობით განუწყვეტილად მოქანცულია, გადაღლილი და მოღუწებულია. ამის გამო ფსიქასთენიური პიროვნება ვერ ახერხებს გარემოს დროულ. სრულ და მთლიან აღწერას (აღქმას); მათ დაკარგული აქვთ „რეალობა!; ფუნქცია“ და ყველაფერი ეჩვენებათ სქემის მსგავსად.

ფსიქიკური აპარატის ასთენიზაცია, ფსიქიკური ტენზიის (დაჭიმვის) შესუსტება და „რეალობის გრძნობის“ მკვეთრი დაქვეითება (ან დაკარგვა) პიროვნებას უვითარებს ყოყმანს, დაურწმუნებლობას, გაუბედაობას და შინაგანი, გაურკვეველი შიშის მოლოდინს.

ფსიქასთენიური პიროვნება ყოყმანობს და დაურწმუნებელია თავის აზრებსა, გრძნობებსა და მოქმედებებში, იგი იძულებული ხდება ყოველ ფუნქციას გაუწიოს კონტროლი, ყოველი ფუნქცია ხელახლა გაინიშროს, რომ განახლებით, განმეორებით და გადაჭარბებული კრიტიკით მოახდინოს შესუსტებული ტენზიის გამოსწორება. უკანასკნელი გარემოება ხელს უწყობს აკვიატებულ: ანუ ნაძალადევ მდგომარეობათა განვითარებას; მხედველობაში გვაქვს აკვიატებული აზრები, ანუ ავადმყოფური ბრძნობა, აკვიატებული ასთენიური ემოციები, ანუ ფო-

ბიები (ზოგჯერ ფობიები ფობიისა — შიში შიშისა) და აკვიატებულ-  
მოქმედებანი ფსიქასთენიური რიტუალის სახით.

როგორც ვხედავთ, ფსიქასთენიური პიროვნება რეალობის გრძნობის კორექციას თუ კომპენსაციას ახდენს ნაძალადეგ მდგომარეობათა საშუალებით (სწორედ ამიტომ ფსიქასთენიურებს განიხილავენ, როგორც ანანკასტებს).

ფსიქასთენიის საფუძვლად ს. სუხანოვი და გ. განუშკინი აღიარებენ შფოთიან იქვნიელ ხასიათს.

ფსიქასთენიის მუდმივი თანამგზავრია ყოყმანი, დაურწმუნებლობა, ეჭვი, შიში და ჰიპოქონდრიული შინაარსის მქონე სიტყვიერი პროდუქციები, შეგრძნებები და ჩივილები.

პ ე რ ვ ე რ ს ი ე ბ ი. ამ შემთხვევებში ადგილი აქვს პიროვნების ინსტინქტთა და მიზიდულობათა, პირველ რიგში სექსუალურ მიზიდულობათა, მკვეთრ გაუკუღმართებას.

პათოლოგიურად ჰიპერტროფიულ ანომალიებს ვხვდებით პიროვნების როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქიკურ სფეროში.

პერვერსიებიდან პირველ რიგში დასახელებული უნდა იყოს ჰომოსექსუალიზმი, ე. ი. სექსუალური მიზიდულობა თავისივე სქესის მიმართ. იშვიათად შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ე. წ. ბისექსუალიზმს, როდესაც სექსუალური მიზიდულობა გამოხატულია როგორც ჰომო. ისე ჰეტეროსექსუალური მიმართულებით. ჰომოსექსუალიზმი უფრო ხშირია მამაკაცთა შორის. სხეულნაგებობა ჰომოსექსუალიზმის დროს ათენოდისპლაზიურია. ფიზიკური სიმპტომებიდან მამაკაცთა შორის ყურადღებას იპყრობს ფენიზმის, ხოლო ქალთა შორის მასკულინიზმის ნიშნები.

მოკლედ შევეხებით სხვა სახის პერვერსიებს.

ონანიზმი ანუ მასტურბაცია, ანუ ხელთკოტუნება ზოგჯერ იმდენად გამოხატული, რომ ნორმალური ხასიათის მქონე სექსუალური მიზიდულობა სრულიად ისპობა.

ნარციზმის დროს საქმე გვაქვს სექსუალურ თვითშეყვარებასთან და განსხვავდება მასტურბაციისაგან.

პედოფლია გულისხმობს სექსუალურ მიზიდულობას ბავშვებისადმი, ხოლო სოდომია — ცხოველებისადმი.

სადიზმის დროს ადგილი აქვს მიზიდულობას — ტკივილი მიაყე-

ნოს სექსუალურ პარტნიორს, ხოლო მაზოხიზმის დროს — პირიქით — ტკივილი მიიღოს პარტნიორისაგან.

ფეტიშიზმის დროს ეძებენ რაიმე ნივთებს (ხშირად თეთრეულს, ფეხსაცმელს და სხვა), რომლებსაც იყენებენ მასტურბაციის მიზნებისათვის. არის შემთხვევები, როდესაც იცვამენ მოწინააღმდეგე სქესის ტანსაცმელს — ვაყები იცვამენ ქალურად, ხოლო ქალები — ვაჟურად. აღნიშნული რიგის სექსუალური გაუკუღმართება ცნობილია როგორც ტრანსვერსიზმი.

ეგზოგენური პირობები (როგორც სოციალური, ისე ბიოლოგიური) გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ფსიქოპათიების მიმდინარეობაზე. იმისდა მიხედვით, თუ რასთან გვაქვს საქმე (ხელშემწყობ თუ გამაუარესებელ მომენტებთან), იცვლება ფსიქოპათიურ მდგომარეობათა: ნეიროდინამიკური საფუძვლები და კლინიკური გამოხატულება.

აღნიშნული პრობლემის დინამიკურ ქრილში განხილვისას, განუშენი ფსიქოპათიათა მიმდინარეობაში არჩევს სამ მდგომარეობას, რომლის დროსაც კლინიკური სურათი უფრო უახლოვდება ფორმალურ აშლილობას და გარემოსთან გაწყვეტილია სოციალურ-შრომითი კავშირი.

იგი გამოყოფს ფიზიკურ მდგომარეობას (ე. წ. ფაზები და ეპიზოდები), პათოლოგიურ რეაქციებს და პათოლოგიურ განვითარებას.

ფაზებისა და ეპიზოდების შემთხვევებში ფსიქიკური აპარატის დეკომპენსაცია გაძლიერებულია შინაგანი (ენდოგენური) მომენტებით: მაგალითისათვის შეიძლება დასახელებული იყოს დეპრესიული ტალღის ხანმოკლე შეტევა.

პათოლოგიური რეაქცია თავისი სტრუქტურით მოგვაგონებს ფსიქოგენიებს; ხოლო კლინიკური სურათი შესაძლოა იყოს როგორც მწვავე. ისე გახანგრძლივებული.

პიროვნების პათოლოგიური განვითარების მაგალითად შეიძლება დასახელებული იყოს პარანოიალური გამწვავება.

სტატიკურ თუ დინამიკურ მდგომარეობათა დიაგნოზის დადგენისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული როგორც კლინიკური სურათის ფსიქოპათოლოგიური სტრუქტურა, ისე ფიზიკური სიმპტომოლოგია.

ადვილი წარმოსადგენია, რომ ფიზიკური სიმპტომებით გართულებული კლინიკური სურათი უფრო დაგვაფიქრებს პროგრადიენტული ფსიქოზის არსებობაზე, ვიდრე ფსიქოპათიურ მდგომარეობაზე.

რაც შეეხება ფსიქოპათიათა მკურნალობას, აქ პირველ რიგში საჭიროა პიროვნების შექმნა, რომ აღდგენილი იყოს სოციალურ-შრომითი კავშირები.

პიროვნების რეაქციათა მოწესრიგება, საზოგადოებრივი ინტერესების გაღვივება, პასუხისმგებლობის გრძნობის გაძლიერება და შინაგანი დისციპლინის შექმნა-განვითარება წარმოადგენს დადებითი პროგნოზის მთავარ მომენტს.

საჭიროა ნარკოზულ ნივთიერებათა და პირველ რიგში მაგარი სასმელების სრული აკრძალვა.

ამასთან, საჭირო შემთხვევებში უნდა მიემართოთ ფიზიო და ჰიდროთერაპიას, აგრეთვე პიროვნების გამამაგრებელ და დამამშვიდებელ სამკურნალწამლო საშუალებებს.

არაიშვიათად მოგიხდება ფსიქოთერაპიული ჩარევაც. უკანასკნელ შემთხვევაში აუცილებელია მკურნალობის მეთოდის ზუსტი ინდივიდური შერჩევა.

ფსიქოპათიებს აქვს დიდი სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა.

კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოპათია არ არის სულით ავადმყოფობა და მიტომ ფსიქოპათები აგებენ პასუხს კანონის წინაშე. ხსენებული გარემოება გამოწვეულია არა მარტო სოციალური თავდაცვის მიზნით და საზოგადოებრივი ინტერესებით, არამედ საკითხის ამგვარი გადაწყვეტა უეჭველად სასარგებლოა თვითონ ფსიქოპათიურ პიროვნებათა ინტერესებისათვის.

კანონის წინაშე პასუხისმგებლობა ფსიქოპათს მოუწოდებს წესიერი მოქმედებისაკენ, უვითარებს მას შინაგან დისციპლინას და უღვიძებს საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომის აუცილებლობის შეგნებას.

ფსიქოპათთა მოთავსება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არაა სასურველი. სულით ავადმყოფები მათზე ცუდად მოქმედებენ; ასევე. ფსიქოპათები ფსიქიატრიული სტაციონარისათვის მიუღებელი კონტინგენტია, რადგანაც ისინი არღვევენ წესრიგს და დეზორგანიზაცია შეაქვთ სტაციონარის მუშაობაში.

ძლიერ იშვიათად ფსიქოპათს შეიძლება მოეხსნას პასუხისმგებლობა მხოლოდ მაშინ, როდესაც დანაშაული ჩადენილია აშკარა და ნამდვილ ფსიქოზურ მდგომარეობაში. აქ ჩვენ განსაკუთრებული სიფრთხილე გვმართებს შეცდომის თავიდან ასაცილებლად.

### კარგ შნაიდერის კონცეფცია ფსიქოპათიების შესახებ

აზრთა და კლასიფიკაციის სხვადასხვაობა ფსიქიატრიის არც ერთ ნაწილში არ არის ისე კრელი, შეუთანხმებელი და ხშირად საწინააღმდეგო, როგორც ფსიქოპათიების საკითხში. კრეპელინს, ბლეილერს, ბორპოფერს, აშაფენბურგს, კანს, პ. განუშკინსა და სხვებს დიდი დამსახურება მიუძღვით ფსიქოპათიის კონცეფციის გაშუქებაში. ფსიქოპათებს შეისწავლიდნენ აგრეთვე ფსიქიკურ ფენომენტა პოლარობის ან ხასიათის ანტინომიების თვალსაზრისით და გამოპყოდნენ სხვადასხვა პროპორციებს.

მოკლედ მოვიყვანო კ. შნაიდერის კონცეფციას ფსიქოპათიების შესახებ.

ფსიქოპათიური ჯგუფების გამოყოფისას კ. შნაიდერი სარგებლობს როგორც საკუთარი მასალით და გამოცდილებით, ასევე კონის, კრეპელინის, ბლეილერის, გრულეს, რეიპარტის, ბუშკეს, აშაფენბურგის, ვოლენბურგის, კრემერის, ევალდის და სხვა დაკვირვებებით. იგი უკეთებს რა ანალიზს ხსენებულ ავტორთა ფაქტობრივ მასალას, ფსიქოპათიას ანაწილებს ათი ჯგუფის სახით.

პირველი ჯგუფი: პიპერთიმიული ფსიქოპათიები. ამ ჯგუფს ეკუთვნის ის პირები, რომელთაც ახასიათებთ აგზნებადი ძირითადი ტონი. საწვეინური ტემპერამენტი და განსაზღვრული აქტივობა.

მეორე ჯგუფი: დეპრესიული ფსიქოპათიები. ხსენებული ჯგუფის წარმომადგენელთა ცხოვრების ყოველი მხარე მოქცეულია მწუხარე ფერებში, არანორმალური გუნებგანწყობის საფუძვლად აქ არ შეიძლება ვიგულისხმოთ ტემპერამენტი. კ. შნაიდერი მიუთითებს, რომ პიპერთიმიულ ფსიქოპათთა შორის საწვეინური ტემპერამენტი უფრო ხშირია, ვიდრე ფლეგმატური ტემპერამენტი დეპრესიულთა შორის. აღნიშნულ ფსიქოპათთათვის შემდეგი თავისებურებანია დამახასიათებ-



ბელი: ყველა ისინი პესიმისტები და სკეპტიკოსები არიან, ყველაფერს აღიქვამენ „მძიმედ“.

მესამე ჯგუფი: თვითდარწმუნებას მოკლებული ფსიქოპათიები. აღნიშნულ ჯგუფში გარჩეული უნდა იყოს ორი ერთმანეთში გარდამავალი ქვეჯგუფი: სენსაციური და ანანკასტები. კ. შნაიდერი სენსაციურს უწოდებს ნაკლები თანაგრძნობის მქონე პირთ, რომელნიც ადვილად ღიზიანდებიან და ასევე ადვილად იღებენ შეურაცხყოფას.

ანანკასტების შესახებ აშაფენბურგი შემდეგს წერს: აკვიატებულ წარმოდგენათა უდიდესი ნაწილი დაკავშირებულია თვითდარწმუნების: უქონლობის გრძობასთან. ანანკასტებს გარეგნულად პედანტობა ეტყობათ, საკუთარი თავისადმი გადაჭარბებული მზრუნველობა და თვითრწმუნების უქონლობა. სქესის მნიშვნელობის შესახებ რაიმე გარკვეულობა არაა შენიშნული. კრეჩმერი, აკვიატების ნევროზი უფრო ხშირია მამაკაცებში.

ჯგუფი მეექვსე: ლაბილური გუნებგანწყობის მქონე ფსიქოპათიები. ამ ტერმინს ვილმანი ხმარობს ისეთი მგრძობიარე პირების აღსანიშნავად, რომელთაც განსაკუთრებით სჩვევიათ თვითანალიზი და გარემო წრე მათზე დიდ ზეგავლენას ახდენს.

კ. შნაიდერის აზრით, ხეტიალობას, წანწალს უხშირესად საფუძვლად უდევს ლაბილური გუნებგანწყობის ფსიქოპათია.

ჯგუფი მეშვიდე: ექსპლოზიური ფსიქოპათიები. ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ საზოგადოდ ძლიერი ეფექტურობა ექსპლოზიური რეაქციები წარმოადგენს პრიმიტიული რეაქციის ერთ-ერთ ძირითად ფორმას და სჩვევია თითქმის ყოველ ფსიქოპათს.

ჯგუფი მერვე: თანაგრძნობას მოკლებული ფსიქოპათიები. აღნიშნული ჯგუფის პირებს ახასიათებთ: თანაგრძნობის, სირცხვილის, პატიოსნების, მონანიების და სინდისის გრძნობის უქონლობა. ისინი მოკლებულნი არიან სინტონიას ჩვეულებრივად და მუდამ დაღვრემილნი. უკმაყოფილონი და ცივები არიან.

ჯგუფი მეცხრე: ნებას მოკლებული ფსიქოპათიები. აღნიშნულ ფსიქოპათიებს ახასიათებთ ნებელობის უქონლობა. ეს ჯგუფი მოგვაგონებს კრეპელინის მიერ აღწერილ „თავდაპერილ“ ფსიქოპათებს.

ჯგუფი მეთათე: ასთენიური ფსიქოპათიები. ასთენიურ ხაზებს ჩვეულებრივ ვხვდებით სულ სხვადასხვა ფსიქოპათიების დროს. აქ ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს მხოლოდ განსაკუთრებით გამოკვეთილი

მდგომარეობა. ასთენიური ფსიქოპათიის ერთ-ერთი დამახასიათებელი მდგომარეობა არის უალრესი მგრძნობელობა და კოხის გამოთქმით „ფსიქიკური სინაზე“.

თეორიულად და პრაქტიკულად კურტ შნაიდერის კლასიფიკაცია მეტად საყურადღებოა. სარგებლობს რა მდიდარი მასალით, ავტორი ფსიქოპათიის ყველა ჯგუფისათვის იძლევა ჩამოკვეთილ და მხატვრულად მოხაზულ სიმპტომატოლოგიას. თითოეულ მათგანს იგი უდგება კლინიკური თვალთახედვით. მისი აზრით სხვადასხვა ჯგუფის ფსიქოპათიებს აქვთ ურთიერთნათესაობა; ყველა მათგანს ახასიათებს მრავალ სიმპტომიანობა, პოლიმორფულობა და ამავე დროს ინდივიდუალობა. გარდა იმ დადებითი მომენტებისა, რომ კ. შნაიდერი სარგებლობს სოციალურ-პედაგოგიური და მედიკურ-კლინიკური კრიტერიუმებით, საყურადღებოა ერთი გარემოება. იგი მჭიდროდ განუყოფელ საკითხებად სთვლის არანორმალურ რეაქციებს და ფსიქოპათიების პრობლემას.

იბადება კითხვა — ავტორი აქცევს თუ არა სათანადო ყურადღებას ღრმა და მრავალმხრივ სოციალურ ფაქტორებს; არის თუ არა მისი კონცეფციაში უკიდურესი ბიოლოგიზმი.

უნდა აღინიშნოს, რომ კ. შნაიდერი მხოლოდ გაკვრით იხილავს ფსიქოპათიების საკითხს სოციალურ ჭრილში. იგი გადაჭარბებულ მნიშვნელობას აძლევს პიროვნების მემკვიდრეობით ბიოლოგიურ მხარეს და სწორედ ეს გარემოება უნდა ჩაითვალოს ამ მეტად საინტერესო კონცეფციის არასასურველ, ჯერ კიდევ ღია და დასამუშავებელ მხარედ.

ცნობილია, რომ პიროვნება და მისი რეაქციები მჭიდროდ და უშუალოდ ჩაქსოვილია სოციალურ კვანძში და სრულიად წარმოუდგენელია ფსიქოპათიების პრობლემის განხილვა სოციალური ურთიერთობის ყოველმხრივი შესწავლის გარეშე, მიუხედავად აღნიშნულისა შეიძლება დავსძინოთ, რომ კლინიკური თვალსაზრისით კ. შნაიდერი მცირე მოწოდებულ კლასიფიკაციას ფსიქოპათიების შესახებ, გარკვეული მნიშვნელობა არ დაუქარგავს დღესაც.

## ფსიქორეაქტოლოგიის თეორია და პრაქტიკა

### რეაქტიულ მდგომარეობათა კლინიკა

ფსიქოგენური რეაქციები, ანუ რეაქტიული ფსიქოზები წარმოადგენს კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ მეტად მნიშვნელოვან თავს.

ხსენებული რიგის ფსიქოზები თუ ფსიქოზური მდგომარეობა არ იძლევა რაიმე შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ძვრებს. ეს გარემოება სრულიადაც არ ნიშნავს იმას, თითქოს შესაძლო იყოს ყოველგვარ მატერიალურ საფუძვლებს მოკლებული უსუსტრატო ფსიქოზების არსებობა.

უფრო მეტიც, უახლესი ნატიფი ელექტროენცეფალოგრაფიული გამოკვლევები ნათლად გვიჩვენებს, რომ ფსიქოგენიების დროსაც ადგილი აქვს ქერქული აპარატის ბიოდენების ნეიროდინამიკის შეცვლას.

ფსიქოგენიები, იქნება იგი წარმოდგენილი მარტივი რეაქციების, თუ პიროვნების რთული ავადმყოფური განვითარების სახით, უთუოდ გულისხმობს სამი მომენტის აუცილებლობას. მხედველობაში გვაქვს ფსიქოგენური ეტიოლოგია — ავადმყოფისადმი განწყობის პირობები, ანუ ტიპოლოგიური მზადყოფნა და დადებითი პროგნოზი (პიროვნების სრული აღდგენა).

მოკლედ შევჩერდეთ ჩამოთვლილ ცალკეულ მომენტებზე.

ფსიქოგენური ტრავმა, ე. ი. მძლავრი უსიამოვნო განცდა, რამელსაც პიროვნება გამოჰყავს წონასწორობიდან და იძლევა მის შრამითს-სოციალურ ძალთა დეკომპენსაციას, შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს ხანმოკლე და ერთჯერადი შოკური (ფსიქიკური შოკი) ან გახანგრძლივებული ტრავმის სახით.

ფსიქიკურ შოკს (მაგალითად, მძლავრი შიში, თავზარდამცემი უსიამოვნო ამბავის შეტყობა და სხვ.), ჩვეულებრივ მოსდევს უეცარა და არახანგრძლივი ავადმყოფური რეაქციები. აქ მექანიზმი მარტივი და

პრიმიტიულია. მაგალითისათვის დავასახელებთ ფსიქიკურ სტუპორს. როდესაც მძლავრ შიშზე უცებ იძლევიან ფსიქიკურ გაკავება-გაყუჩებას ან ვარდებიან სრულიად უმოძრაო მდგომარეობაში.

ზოგჯერ შოკ-ტრავმა იძლევა პიროვნების რთულ პათოლოგიურ განვითარებას, რისთვისაც საჭიროა დრო ტრავმული მომენტიდან ავადმყოფურ რეაქციამდე.

ხსენებული პერიოდი სხვადასხვა ხანგრძლიობისაა (დღე, კვირა თუ თვე) და ცნობილია როგორც ფსიქოგენური რეაქციის გამოკვეთის, ანუ ჩამოყალიბების პერიოდი. აღნიშნული დროის მანძილზე პიროვნება ავადმყოფურად გადაამუშავებს ფსიქოტრავმულ განცდებს.

პროტარგირებული ფსიქიკური ტრავმის შემთხვევებში ადგილი აქვს პიროვნების ხანგრძლივ და მრავალჯერად ტრავმირებას, რის შედეგადაც ხდება ფსიქიკური აპარატის დატვირთვა ასთენიური ემოციებით.

გახანგრძლივებულ ტრავმას მოსდევს რთული მექანიზმის მქონე რეაქტიული მდგომარეობები.

რეაქტიული ფსიქოზის შემთხვევაში ფსიქიკური ტრავმა არის არა მარტო ეტიოლოგიური, არამედ პათოგენეზური, წამყვანი ფაქტორი.

აქ ფსიქოზური კლინიკური სურათი გაშლილია ფსიქოტრავმულ განცდებზე, ან, პირიქით, ასთენიური განცდები ჩაქსოვილია რეაქტიულ მდგომარეობათა კლინიკაში.

იქ, სადაც აღნიშნული შეუღლება არ არსებობს, ვერ შევჩერდებით რეაქტიული ბუნების მქონე ფსიქოზებზე.

ყველა გარეგანი თუ შინაგანი ფაქტორი, რომელიც იწვევს პიროვნების ასთენიზაციას (დაძაბუნებას), ხელს უწყობს რეაქტიულ მდგომარეობათა განვითარებას. საჭიროა გავიხსენოთ ინფექციების, ინტოქსიკაციების (პირველ რიგში ალკოჰოლიზმი), ქალას ტრავმების, უძილობის, დაღლილობის, შიმშილისა და ინვოლუციური ასაკის უარყოფითი ზეგავლენა.

ფსიქოგენიის მესამე აუცილებელ ნიშანს შეადგენს დადებითა პროგნოზი, ე. ი. პრემორბიდული პიროვნების სრული აღდგენა.

ფსიქოთერაპიულ ღონისძიებათა ფართო გამოყენება, ჭეროვან-რეჟიმისა და პირობების შექმნა და აგრეთვე ფსიქოტრავმულ ფაქტორთა სრული მოხსნა, დადებითი პროგნოზის მტკიცე და უტყუარი საწინდარია.

ფსიქოგენურ რეაქციათა შორის ერთ-ერთ უზშირეს ფორმას წარმოადგენს რეაქტიული დეპრესია. მას საფუძვლად უქმევს პიროვნებისათვის განსაკუთრებით უსიამოვნო და კატასტროფიული ამბები. აქ საქმე გვაქვს სხვადასხვა ხანგრძლიობის ემოციურ აშლილობასთან, რომელიც სცილდება ჩვეულებრივ დამწუხრების ფიზიოლოგიურ ფარგლებს და იძლევა პიროვნების შრომითი სოციალური კავშირების დარღვევას.

მსგავსად ყოველი ფსიქოგენიისა, რეაქტიული დეპრესიის შემთხვევებშიც ხდება პიროვნულ შესაძლებლობათა, მისი ნორმალური მექანიზმების ამოქმედება-გამოყენება.

მაგრამ ამასთან, როდენობა გადადის თვისებაში; წამოიჭრება ახალი ავადმყოფური სპეციფიკა და ვიღებთ პიროვნების დეკომპენსაციას: ვითარდება ფსიქოზი.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ თუმცა ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ რეაქციათა შორის არსებობს მრავალი გარდამავალი საფეხური, ფსიქოზი ყოველთვის წარმოადგენს ავადმყოფურ ახალ სპეციფიკას.

რეაქტიული დეპრესია მხოლოდ გარეგნულად წააგავს ციკლოფრენიულ დეპრესიას.

ფსიქოგენური დეპრესია არ იძლევა პიროვნების ღრმა ემოციურ-აფექტური ხასიათის ძვრებს; მას არ ახასიათებს აგრეთვე თვითდამცირების ან თვითბრალდების ბოღვითი წარმოდგენები და ფსიქომოტორული სფეროს შეფერხება.

ფსიქოგენური დეპრესიის შემთხვევებში ავადმყოფთა ბოღმა ეგზოგენურად განპირობებულია; ისინი ბრალს სდებენ არა თავიანთ თავს, არამედ სხვებს — გარშემო მყოფ პირებს.

**მწვავე რეაქცია ელდა-შეშინებაზე, ფსევდოდეპრესია და**

**ფსიქიკური აუარილიზმი**

მწვავე რეაქცია ელდა-შეშინებაზე გვხვდება თავზარდამცემ მღვთმარებათა შემთხვევებში, როდესაც ადამიანის სიცოცხლე საფრთხეშია.

პიროვნების ყოფნა-არყოფნის ბიოლოგიური შიში უფრო ხშირად

ვითარდება სტიქიურ უბედურებათა დროს (მიწისძვრა, წყალდიდობა და სხვ.).

მდგომარეობა გრძელდება რამდენიმე დღე, კვირა, ზოგჯერ თვე და არ იძლევა რაიმე გართულებებს.

გადატანილი ამბების მიმართ ავადმყოფებს მესხიერებაში აღენიშნებათ ხარვეზები.

მწვავე ფსიქოგენური რეაქცია კლინიკურად შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სიმპტოკომპლექსის სახით.

რიგ შემთხვევებში ავადმყოფები მოდიან მოტორულ აგზნებაში. ელდა-შიშის დროს განვითარებული მწვავე აფექტური დამაბევა პიროვნებას უსპობს უმადლესი ქერქული მოქმედების უნარს, ხოლო უკანასკნელი გარემოება იწვევს ქერქვეშა ბუნების მქონე მოტორულ აგზნებას.

სხვა შემთხვევებში ცნობიერების არეს მაქსიმალურ შევიწროებას მოსდევს პიროვნების ზოგადი შეკავება-გაყუჩება, ე. ი. ფსიქიკური სტუპორი.

როგორც მოძრაობათა ქარიშხალი, ისე ფსიქიკური სტუპორი წარმოადგენს პიროვნების თავდაცვის რეაქციებს; მაგრამ აქ თავდაცვა აქვს ავადმყოფური ხასიათი, ვინაიდან ქერქული რეაქციები ძირითადად დაკნინებულია.

ფსევდოდემენციის სინდრომი აგრეთვე ეკუთვნის ფსიქოგენურ რეაქციათა ჯგუფს.

აქაც ავადმყოფურ თავდაცვასთან გვაქვს საქმე. სხვადასხვა რთული და გამოუვალი სიტუაცია, რომელშიც პიროვნებაა მოქცეული, წარმოშობს განწყობას ავადმყოფობისადმი.

ამით პიროვნება თავს იცავს არასასურველი შედეგებისაგან.

ფსევდოდემენციის დროს კლინიკურად საქმე გვაქვს ჰუასუსტ ავადმყოფებთან, მაგრამ აქ ჰუასუსტობა ყალბია, რადგან იგი არის არა გონებრივი ფუნქციების დაქვეითების შედეგი, არამედ პიროვნების ავადმყოფური განწყობისა.

ფსევდოდემენცია გაცილებით უფრო ტლანქი და ტოტალურია, ვიდრე სხვა რომელიმე სახის ორგანული ჰუასუსტობა.

ფსევდოდემენციის დროს ავადმყოფებმა არ იციან, რა გვარი აქვთ, სად იმყოფებიან, რამდენი თითი აქვთ, ვერ გვაჩვენებენ ხელს ან ფეხს. თვლა არ შეუძლიათ, არ იციან, ერთი მეტია თუ ორი და ა. შ.

ავადმყოფები „ქკუასუსტნი“ არიან აგრეთვე ქცევის, სიარულის, მოქმედების, რეაქციების, სახის გამომეტყველების თუ ღიმილის მხრივ. აქ ვხედავთ ყოველგვარ ცდას „დაგვარწმუნონ“, რომ მათ აქვთ მძიმე ავადმყოფობა, სულიერი აშლილობა და ყოველმხრივ უპწეო. უსუსურნი არიან.

კლინიკურად ფსევდოდემენციასთან ძლიერ ახლოს დგას ე. წ. ფსიქიკური პუერილიზმის, ანუ ფსიქიკური ინფატილიზმის სინდრომი. უკანასკნელ შემთხვევებში ავადმყოფები იჩენენ ბავშვურ ქცევას: ენას უკიდებენ, აკეთებენ თოჯინებს, ხმარობენ საალერსო სიტყვებს და სხვ.

ისმის საკითხი: თავდაცვითი ფსიქოგენიები განხილული უნდა იყოს როგორც ტლანქი სიმულაცია, თუ ნამდვილ ავადმყოფურ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე?

ზემოხსენებულ შემთხვევებში სიმულაციაზე ლაპარაკი შეიძლება იმდენად, რამდენადაც აქ გამოსჭვივის პიროვნების სურვილები, მისი განწყობა, მაგრამ ეს მხოლოდ საკითხის ერთი მხარეა.

ფსიქოგენიების კლინიკური არსი არ ამოიწურება მხოლოდ პიროვნების სურვილებით თუ ტენდენციებით.

მთავარია ავადმყოფურ მექანიზმთა ამოქმედება. თანახმად პავლოვისა, წამყვანია ჯეროვანი მექანიზმების არსებობა. სუსტი ნერვული სისტემის მექანიზმთა სიჭარბე და ადვილი გამოვლინება უთუოდ პათოლოგიის მაჩვენებელია. ხსენებული მექანიზმები ქმნის არა მარტო ფონს, არამედ აყალიბებს ავადმყოფობას, აძლევს ფსიქოზს შინაარსს და მიმართულებას.

### პარანოიდული რეაქცია და ე. წ. ინფანტიური ფსიქოზი

ბოლოდეთი პროდუქციები მხოლოდ იმ შემთხვევაში ატარებს რეაქტიულ ხასიათს, როდესაც ისინი თავისი გენებით და შინაარსით დაკავშირებული არიან გარკვეულ უსიამოვნო ამბებთან, ფსიქოტრავმულ მომენტთა არსებობა, ფიზიკური ასთენია და ხანდაზმული ასაკი ამტკიცებს და ახანგრძლივებს პარანოიდულ რეაქციებს.

არსებობს მწვავე ბოლოდეთი მდგომარეობები, რომლებიც შესაძლოა ჩათავდეს რამდენიმე დღეში თუ კვირაში.

როგორც ვთქვით, ფიზიკური ასთენია და ასევე ფიზიკური არა-

სრულფასოვანი გრძნობა (სრული სიბრძნე ან სიყრუე) ხელს უწყობს ბოლდვითი წარმოდგენების რეაქტიულ განვითარებას.

გარეგანი სიტუაციური მომენტებით და ორგანიზმის ფიზიკური უკმარისობის გრძნობებით ვერ ამოიწურება პარანოიდულ რეაქციით პათოგენეზი. საჭიროა პიროვნების მზადყოფნა, ჯეროვანი ქარაქტეროლოგიური წინამძღვრები.

ჩვენ ვხვდებით შემთხვევათა ორ ჯგუფს: პარანოიდული განვითარება შეიძლება მოგვეცეს როგორც სთენიური, ისე ასთენიური თვისების მქონე პირებმა.

სთენიური რეაქციების მატარებელნი, ე. ი. ექსპანსიური პირები უფრო ხშირად იძლევიან მოდავეობის ბოლდვებს; პირიქით, სუსტ, ლაბილურ და მგრძობიარე პირებს სჩვევიათ ბოლდვითი პროდუქციები თვითდამცირების და საკუთარი უკმარისობის შესახებ.

ზოგჯერ სთენიური ბოლდვითი იდეების მქონე პირები თავანთ აზრებში ითრევენ სხვებს. ახდენენ საკუთარი ავადმყოფური აზრების გადაცემას და ამნაირად ყალიბდება ინდუქციური ბოლდვითი მდგომარეობა.

ბოლდათა გარდა, ჰალუცინაციურ და გულყრითს სინდრომსაც შეუძლია მოგვეცეს ინდუქციური აშლილობა.

ინდუქციურ ფსიქოზთა პათოგენეზში წამყვანი როლი ეკუთვნის პრემორბიდულ პიროვნებას.

### პარანოიის კლინიკა

წარსულში პარანოია ითვლებოდა განსაკუთრებით გავრცელებულ სულიერ აშლილობად.

მას შემდგომ, რაც დაზუსტებულ იქნა შიზოფრენიული ბუნების მქონე ბოლდვითი სინდრომების (პარანოიდული და პარაფრენიული ფორმები) დიფერენციული დიაგნოზის საკითხები, მნიშვნელოვნად შეცოდა, შევიწროვდა აგრეთვე პარანოიის კლინიკური ჩარჩოები.

ამჟამად საკმაოდ დადასტურებულია, რომ თავისი პათოგენეზის მხრივ პარანოიას არაფერი საერთო არა აქვს შიზოფრენიული ჯგუფის დაავადებებთან.



პარანოიის კლინიკა ვითარდება ფსიქოგენური ბუნების მქონე კანცინოზომიერებათა თანახმად და იგი წარმოადგენს რეაქტიულ ფსიქოზთა ერთ-ერთ ფორმას.

საზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ პარანოია როგორც რეაქტიული ფსიქოზის თავისებურება განპირობებულია დაავადების პათოგენეზით, კლინიკური სურათის მიმდინარეობით და პროგნოზით.

თუმცა პარანოია ეკუთვნის რეაქტიულ ფსიქოზთა რიგს. მას მაინც აქვს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკურობა: იგი ღვას ჩვეულებრივ ფსიქოგენიათა გარეშე.

მთავარ მომენტს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ სხვა რეაქტიულ ფსიქოზებთან შედარებით, პარანოიის დროს განსაკუთრებული სიკარბითაა წარმოდგენილი პიროვნების კონსტიტუციური თავისებურებანი. სიტუაციური კონფლიქტები და ცხოვრების უსიამოვნებანი პრემიარბიდის გარკვეულ ქარაქტეროლოგიურ ფონზე იძლევა პიროვნების პათოლოგიურ განვითარებას, ხდება ლოგიკურ შესაძლებლობათა გაუქვლმართება, ავადმყოფობა იღებს მტკიცე ქრონიკულ მიმდინარეობას და მოუჩჩენელ სახეს.

მხოლოდ „ავადმყოფური ზრბოლის“ მრავალწლიანი გამოცდილება და ასაკთან დაკავშირებული ფიზიკური ქნობა არბილებს და ერთგვარად აუფერულებს პარანოიით ავადმყოფის ბოდვიოს დაძაბვას.

თანდათანობითი, მაგრამ მტკიცე და შეუჩყვეელი პათოლოგიური განვითარების შედეგად ლოგიკური აპარატი მრუდდება იმდენად, რომ ავადმყოფის პიროვნება იმოსება ახალი ბოდვითი მსოფლმხედველობით.

ეს ახალი მსოფლმხედველობა ქმნის პიროვნების ასევე ახალ ტენდენციებს და ბადებს ცხოვრებისა და მოქმედების ახალ ხაზს.

ბოდვითი მსოფლმხედველობა ავადმყოფური „მე“ მოცენულია მთლიანობაში, შეუძლებელი ხდება მათი ურთიერთდაშორება ან დაპირისპირება.

გარემო სამყარო, ყველაფერი ის, რაც ხდება ავადმყოფის ირგვლივ, გარდატეხას განიცდის ავადმყოფურად გამრუდებულ ლოგიკაში. ავადმყოფური მსოფლმხედველობა წარმოშობს დამოკიდებულებათა ახალ შეფარდებას: „მე“ და „გარემო“, ან „მე“ და „ისინი“ და ა. შ.

თანდათანობით გამომუშავდება და ყალიბდება ხასიათის ახალი

ნიშნები: ავადმყოფები ყველაფერს უცქერიან ექვით და უნდობლობით, ეძებენ სიმართლეს -- ჭეშმარიტებას.

პარანოია არასდროს არ იძლევა ჰკუთსუსტობის ფორმალურ ნიშნებს ან სულთ ავადმყოფობის სხვა რაიმე სიმპტომებს; არ არსებობს აგრეთვე აღქმის პათოლოგია. მათ ცნობიერება სრულიად ნათელი აქვთ, ამასთან ერთად, კრიტიკა ავადმყოფური მდგომარეობის მიმართ სრულიად მოსპობილია.

როგორც უკვე ვთქვით, პარანოიით ავადმყოფთა პრემორბიდული აღინიშნება თავისებური ქარაქტეოროლოგიური ხაზები, სახელდობრ თავის პიროვნების გადაჭარბებული შეფასება, ეგოცენტრიზმი, კათათიმიური აზროვნება, შეუჩერებელი ფანტაზიები, ტენდენციები ცალმხრივი კრიტიკისადმი და თავის თავისადმი კრიტიკის სრული უქონლობა; ზოგჯერ აღინიშნება სექსუალური გაუკუღმართება.

ბოლდვითი პროდუქციების კლინიკაში ვხვდებით ორგვარ მიმართულებას: უფრო ხშირად განდიდების, ხოლო იშვიათად — დევნის ბოლდვებს.

სთენიური, ანუ განდიდების შინაარსის მხრივ საყურადღებოა აღმოჩენის, დიდკაცობის, რელიგიური და ეროტიული ბოლდვითი აზრები.

თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ ავადმყოფობა ვითარდება 30 წლის შემდგომ, დიფერენციული დიაგნოზი პირველ რიგში უნდა გატარდეს შიზოფრენიული ჯგუფის დაავადებებთან (პარანოიდული ფორმა შიზოფრენიისა, სისტემატური პარაფრენია).

მკურნალობა სიმპტომატურია, იმ შემთხვევაში, სადაც ბოლდვების შინაარსი ექვს ბადებს ავადმყოფის სოციალურ საშიშროებაზე, აუცილებლივ საჭიროა სტაციონარული დახმარება.

## ისტერიის კლინიკა

### ზოგადი შენიშვნები

თორიულად და პრაქტიკულად ისტერია წარმოადგენს ფსიქოგენურ რეაქციათა ერთ-ერთ მეტად მნიშვნელოვან თავს.

მრავალფეროვანი და მრავალსახოვანია ისტერიულ გამოვლინებათა კლინიკა. ამასთან, უნდა ითქვას, რომ არსებობს ერთი ზოგადი ნიშანი, რომელიც საფუძვლად უდევს ყველა სახის ისტერიულ მდგომარეობას.

რეობებს; მხედველობაში გვაქვს პიროვნების ფუნქციური (ნეიროდინამიკური) თავისებურებანი.

ისტერიული ტიპის რეაქციები და გამოვლინებანი მეტად დინამიკურია და არ არის გაპირობებული მხოლოდ კონსტიტუციური ფაქტორებით.

ეგზოგენური მიზეზების (ინფექციები, ინტოქსიკაციები, ფსიქიკური ტრავმა) და აგრეთვე ორგანიზმის ბიოტონუსის შეცვლა (ასაკი, გენერაციული პერიოდები) აძლიერებს პიროვნების ისტერიულ თვისებებს.

ისტერიის შესახებ არსებობს უამრავი ლიტერატურა, მაგრამ პრობლემის შესწავლის ნამდვილი მეცნიერული პერიოდი იწყება მას შემდეგ, რაც ისტერია განთავისუფლდა ე. წ. სუფთა ფსიქოლოგიის (იდეალისტური ფსიქოლოგიის) და მექანიკური მატერიალიზმის ბურჟუაზიდან და დაიწყო მისი კვლევა-ძიება ნეიროფიზიოლოგიის მონაცემთა, პირველ რიგში პავლოვის მოძღვრების თვალთახედვით.

ამ მხრივ პრიორიტეტი ეკუთვნის საბჭოთა მეკვლევარებს.

დღეს უკვე დადასტურებულია, რომ ისტერიას საფუძვლად უძევს უმაღლესი ნერვული მოქმედების (ე. ი. ნეიროდინამიკური) უკმარისობა.

უმაღლეს ქერქულ შესაძლებლობათა სისუსტის შედეგად შეკავებული ემოციები უშუალოდ მოქმედებს პიროვნების არა მარტო ფსიქიკურ, არამედ სომატურ აპარატზე; იცვლება ავადმყოფთა ქცევა, სურვილები და აგრეთვე სომატური ფუნქციები.

პავლოვის თანახმად, ისტერიულთა ფსიქიკური აპარატი ადვილად გადადის ჰიპნოზურ მდგომარეობაში, რადგან სულ მცირე გაღიზიანება ხშირად იძლევა ქერქული აპარატის შეკავებას.

ქერქულ შეკავებას მოსდევს ე. წ. დადებითი ინდუქცია, ვინაიდან ქერქქვეშა უბნებში ვითარდება აგზნება.

ქერქული შეკავებით და ქერქქვეშა უბანთა ამოქმედებით შეიძლება აისახოს ისტერიული ბუნების მქონე დამბლა, ანესთეზია, ჰიპერკინეზია, გულყრითი განტვირთვა, აგრეთვე მოულოდნელი სწრაფი რეაქციები.

პეტროვას მასალებიდან ირკვევა, რომ ექსპერიმენტული ნევროზები შესაძლოა გამოწვეული იყოს განსაკუთრებით ძლიერი და რთული გაღიზიანებით ან შემთავებელი პროცესის მოქანცვით, ან გალი-

ზიანებისა და შეკავების ურთიერთშეჯახებით და ბოლოს, კასტრაციით.

ნევროზული და ფსიქოზური დაავადება ადამიანის სპეციფიკური პათოლოგიის ხვედრია, ვინაიდან ცხოველები მოკლებულია პიროვნებას, პიროვნულ რეაქციებს და იმ აქტიურ შემოქმედებით ქცევებს. რომლებიც აუცილებლად საჭიროა ფსიქოზის განვითარებისათვის. მიუხედავად ამისა, ექსპერიმენტულ პათოლოგიაში ცნობილი კანონზომიერება ჩვენთვის ცხოველ ინტერესს არაა მოკლებული; ექსპერიმენტულად მიღებული მასალები ფსიქიატრიის კლინიკისათვის უთუოდ საინტერესო და ძვირფასია.

კარგად უნდა გვანსოვდეს, რომ ნერვული სისტემის ტიპი განსაზღვრავს არა მარტო დაავადების ხასიათს, არამედ თვით დაავადების განკურნების შესაძლებლობასა და წესს.

ისტერიული გულყრებისა და ისტერიული ფსიქოზების ფიზიოლოგიური ანალიზი გვარწმუნებს იმაში, რომ ისტერია არის გარკვეული ნეიროდინამიკური მდგომარეობა და იგი არ წარმოადგენს ავადმყოფთა თვალთმაქცურ, ე. წ. სიმულაციურ მოქმედებას.

ისტერიის, როგორც თვალთმაქცობის, განხილვა ან ისტერიის, როგორც პიროვნების შინაგანწყობის განხილვა, მკვიდროდაა დაკავშირებული ცრუმეცნიერულ, ე. წ. ფსიქოანალიზურ თეორიებთან.

ისტერია ავადმყოფური გამოვლინებაა და მას საფუძვლად უდევს არა შინაგანი განწყობა, პიროვნების ტენდენციები, არამედ ქერქული აპარატის პათონეიროდინამიკური თავისებურებანი.

აღნიშნულ კანონზომიერებათა შორის განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს გაღიზიანებისა და შეკავების ირადიაციის და კონცენტრაციის კანონს და აგრეთვე გაღიზიანებისა და შეკავების ურთიერთინდუქციის კანონს.

გაღიზიანებისა და შეკავების ურთიერთდამოკიდებულება, მათი ურთიერთწონასწორობა განსაზღვრავს ქერქული აპარატის თავისებურებას.

ეს თავისებურება, თანახმად პავლოვის კონცეფციისა, საფუძვლად უძევს ნერვული სისტემის ტიპს.

პავლოვი იძლევა უმაღლესი ნერვული მოქმედების ოთხ ტიპს, რომელთა შორისაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ე. წ. სუსტ

შემაკავებელ ტიპს. უკანასკნელნი, ე. ი. სუსტი შემაკავებელი ტიპი წარმოადგენს ობიექტს ნევროზებისა და ფსიქონევროზებისათვის.

ფრიად მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ ჭერ კიდევ 1913 წელს. ცნობილმა კლინიკისტმა მიხეილ ასათიანმა, ისარგებლა რა პავლოვის კონცეფციით, შენიშნა, რომ ფსიქონევროზული სიმპტომები აგებული უნდა იყოს პათოლოგიური პირობითი რეფლექსების მსგავსად.

### ისტერიის ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია

მეტად მრავალფეროვანია ისტერიის ნევროლოგიური სიმპტომატოლოგია. მას შეუძლია მოგვეცეს არაჩვეულებრივი და სრულიად მოულოდნელი ნევროლოგიური სიმპტომები; უკანასკნელს ფსიქიატრიის კლინიკაში უწოდებენ ისტერიის სტიმებს, ანუ ნიშნებს.

შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს როგორც ცალკეულ სიმპტომებს, ისე სიმპტომთა განსაკვირვებელ კომბინაციებს.

ისტერიას ახასიათებს მგრძნობელობითი, მოძრაობითი და გულყრითი პათოლოგია.

ძირითადი და საყურადღებოა ის გარემოება, რომ ფიზიკური (ნევროლოგიური) სიმპტომატოლოგია ფსიქიკურად (ე. ი. ფსიქოგენურად) განპირობებულია. სიმპტომები, კითარდება და ისპობა შთაგონების და თვითშთაგონების საშუალებით. აღნიშნული მოქმენტი ხელს უწყობს სიმპტომთა მერყეობას, მოძრაობას და ცვალებადობას.

ისტერიული სიმპტომატოლოგია აბსოლუტურად გამორიცხავს ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების ნიშნებს. მაგალითად: ამ დროს გამორიცხულია პათოლოგიური რეფლექსები, ორგანული დამბლა და სხვ.

მგრძნობელობის თუ მოძრაობის ისტერიულ გამოთიშვას საფუძველად არ უდევს ანატომიური სუბსტრატის პათომორფოლოგიური ძვრები; იგი დაკავშირებულია ფსიქოგენურად გაპირობებულ ნეიროდინამიკურ აშლასთან.

აღნიშნული მიზეზის გამო, პათოლოგიური ნიშანი განისაზღვრება არა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური პრინციპით, არამედ ავადმყოფის განკარგულებაში არსებული ცოდნით და წარმოდგენებით.

ცნობილია ისტერიული ბუნების ანესთეზია, ანალგეზია, ჰიპერეს-

თეზია, ჰიპერალგეზია, ამავროზი (სიბრმავე), სიყრუე, ყრუ-მუნჯობა და სხვ.

ავადმყოფები უჩივიან სპაზმებს, ყელში მოჭერას, ასახელებენ ტკივილის ადგილებს; ამბობენ, რომ ყელში ბურთის მსგავსად რაღაც აწევბათ, ნარწყვი ან ლუკმა ვერ ჩაუყლაპავთ, რომ იხუთებიან, ეკვრებათ სუნთქვა და ა. შ.

ტკივილის წერტილებს შეეხვდებით ქალაზე, ხერხემლის, ნეკნაშუა ან მუცლის მიდამოებში და აგრეთვე გულის კოვზთან.

აღნიშნულ ადგილებში ტკივილის წერტილებზე ხელის დაკერამ შესაძლოა გამოიწვიოს ან შეწყვიტოს ისტერიული გულყრა.

მოძრაობათა აშლილობას ეკუთვნის პარეზი, დამბლა, მეტყველების პათოლოგია და ასტაზია-აბაზიის მოვლენები.

ასტაზია-აბაზიის დროს ავადმყოფს არ ძალუძს არც დგომა, არც ჯდომა, მაგრამ მწოლიარე მდგომარეობაში მას შეუძლია კიდურების მოძრაობა.

ისტერიის დროს ადგილი აქვს სრულ სიმუნჯეს, აფონიას (ძლივს-ლაპარაკობენ, ხმა მეტად დაბალი და ჩახლეჩილი აქვთ), ენაბორძიკობას და აგრაფიას (წერის აშლას).

მოძრაობითი სფეროს გაღიზიანების შემთხვევებში საყურადღებოა კანკალი, ქორეის მავგარი მოძრაობა, ტიკები, უცნაური სიარული, სახის მანკვა, ხოლო ზოგჯერ წამოყვირება, სიცილი და ცხოველების მიმბაძველი სხვადასხვა ბგერები; ავადმყოფები ყეფენ, ბლავიან ძროხის მსგავსად და სხვ.

ლორწოვანის რეფლექსები (ხახისა და კონიუნქტივის), ჩვეულებრივ, დაწეული ან სრულიად მოსპობილია.

მიღირადაა წარმოდგენილი აგრეთვე ვეგეტატიური სიმპტომატიკა: ვაზომოტორთა ლაბილობა, მაჯის აჩქარება, ციანოზი, მენსტრუაციის აშლა, მტკიცე დერმოგრაფიზმი, ძლიერი ოფლიანობა და სხვ.

ისტერიულ გულყრებზე არ შეეჩერდებით, ამის შესახებ უკვე საკმარისად იყო აღნიშნული წინა თავებში (ეპილეფსია).

საჭიროა მხოლოდ გავიხსენოთ, რომ ისტერიულ გულყრათა ფორმულა მთლიანად განპირობებულია ფსიქოგენური მექანიზმებით, მასში მოცემულია ფსიქოტრავმული მომენტები და, პირველ რიგში, აფექტურად შეფერადებული წარმოდგენები (ავადმყოფთა კომპლექსური განცდები).

კლინიკურად სპეციალური ყურადღების ღირსია ისტერიულ მდგომარეობათა ისეთი შემთხვევები, სადაც ადგილი აქვს სულით ავადმყოფობის ნიშნებს: ცნობიერების შეცვლას, ბოდვითს პროდუქციებს, ალქმის პათოლოგიას, აგზნების ან დეპრესიის გამოვლინებებს და სხვ. ამ მხრივ საინტერესოა ე. წ. ისტერიულ ფსიქოზთა კლინიკა. უკანასკნელი, როგორც ყოველი ფსიქოგენია, თავისი ეტიოპათოგენეზით დაკავშირებულია ფსიქოტრავმულ მომენტებთან. ფსიქოზი, ჩვეულებრივ გრძელდება რამდენიმე კვირა, ხოლო ზოგჯერ თვეც.

ცნობიერება შეცვლილია სომნამბულურად, ვხვდებით ჰალუცინაციებს, განდიდების ან დევნის ბოდვითს იდეებს, ავადმყოფები მოუხვენრობენ, ტირიან ან იცინიან.

ისტერიული ფსიქოზების დროს კლინიკური სურათის შინაარსი გაშლილია ფსიქოტრავმულ ფონზე; აქ აუცილებლად უნდა ვეძიოთ გასაგები კავშირები.

ზემოხსენებული შენიშვნები ზოგადი ხასიათისაა.

სინამდვილეში ისტერიული ფსიქოზის ყოველი ცალკეული შემთხვევა მეტად რთულია და მოითხოვს ინდივიდუალურ ანალიზს.

ერთ შემთხვევაში კლინიკური სურათი შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს ცნობიერების სომნამბულური შეცვლით. მეორე შემთხვევაში სჭარბობდეს ფსევდოდემენციისა და ფსიქიკური ინფანტილიზმის ბაზები, ხოლო მესამე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდეს ე. წ. სისტემური ხასიათის ამნეზიებს და ა. შ.

პრემორბიდული ხაზები (ისტერიული ხასიათი) და ფსიქოტრავმულ მომენტთა ურთიერთდაჯახება და ამის შედეგად რთული კლინიკური სურათის მქონე ფსიქოზის ჩამოყალიბება მიზანშეწონილია განხილულ იქნეს კონკრეტულ კლინიკურ მასალაზე.

ამისათვის მიემართავთ ისტერიის თეორიისა და პრაქტიკის დიდ მკოდნეს მიხეილ ასათიანს და მოვიყვანთ დამახასიათებელ და ტიპობრივ შემთხვევას მისი კლასიკური მონოგრაფიიდან („ფსიქონევროზები“).

ქვემოთ მოყვანილ ისტორიაში, რომელიც ეკუთვნის პირადად მი-

ზეილ ასათიანს. განსაკუთრებული სიცხადითაა გაშლილი კლინიკური ფენომენოლოგიის სიმდიდრე და მრავალფეროვნება.

აღნიშნული შემთხვევა წარმოადგენს ისტერიას სომნამბულური გულყრით.

ავადმყოფი 18 წლისაა. გათხოვილი, უჩივის პათოლოგიურ ძილს და სომნამბულურ გულყრებს. მამა ლოთი, მოჩხუბარი, მოუკლავთ ჩნებში, დედა ცოცხალია, ახალგაზრდობაში ჰქონია ისტერიული გულყრები, უწყალია მოლასთან. ავადმყოფის დები და ძმები (რიცხვით 9) ჭანმრთელი არიან. ერთი ძმა ლოთია, მოჩხუბარი, ჰგავს მამას. მას ეკუთვნის დიდი როლი ჩვენი ავადმყოფის დაავადებაში.

ავადმყოფს ჯერ კიდევ ბავშვობაში ჰქონია ღამის შიში. ღამე მოულოდნელად მოჩვენებია ადამიანი თეთრებში, ძლიერ შეშინებულა; თუმცა ავადმყოფი არაჩვეულებრივად გამბედავი ყოფილა, მაგრამ დღე-ღამე შიში ჰქონია მოჩვენებებისა, მიცვალებულების, ტყის კაცებისა და ჯადოსი.

1925 წლის დეკემბერს, ერთ-ერთ დღეობაზე, მისი მთვრალი ძმა წაეჩხუბა ერთ სტუმართაგანს; ჩხუბმა მიიღო საშიში ხასიათი, ხანჯალ-გამიშვლებული ძმა გაემართა მოწინააღმდეგისაკენ; და მივარდა ძმას. მარცხენა ხელით სწვდა ხელში და რამდენიმე წუთით შეაკავა.

იმავე ღამეს ავადმყოფს დაეწყო კოშმარი; თითქოს მას ხანჯლით დაეცა ვიღაც უცნობი; იგი ხელში სწვდა მტერს და უძლებს მის შეტევას. ამის შემდეგ თითქმის ყოველდღიურად ემართება გულყრა; ავადმყოფი იძინებს მკვდარივით, ორი-სამი საათის მერე იწყება კრუნჩხვითი გულყრა, ამ დროს აღინიშნება თვითდაცვის კოორდინაციული, ემოციური მოძრაობანი მარცხენა ხელის კანკალით, რომლითაც აღნიშნავდა ძმისათვის ხელის წაწელებისა და მასთან შებრძოლების მომენტს. გულყრის დროს აღინიშნება სიტყვიერი პროდუქცია, რომელიც მოწმობდა, რომ ავადმყოფი ახდენს იმ სცენის რეპროდუქციას, რომელიც განიცადა ძმასთან. გულყრა გაუხშირდა. ავადმყოფი წოლილა, შემდეგ ამდგარა, დაუწყია მუშაობა; ხოლო მუშაობისას მკვდარივით ეცემოდა, იძინებდა; ამას მოსდევდა კრუნჩხვითი გულყრა, რომლითაც ახდენდა ძმასთან განცდილ ერთი და იმავე სცენის რეპროდუქციას. ავადმყოფობის გამო იგი დამწუხრებულია, დაუკარგავს გაჯანსაღების იმედი. განუზრახავს თვითმკვლელობა, ქმარს დაუნახავს თუ არა მის ხელში თოფი მაშინვე წაუერთმევია და დაუწყია ცოლი-



სათვის თვალყურის დევნება. გაზაფხულზე გულყრა შეწყვეტია, მაგრამ ავადმყოფი არ ყოფილა მშვიდად. მაისის დასაწყისში გულყრები დასწყება ახალი ძალით და ქმარს (სოფლის მასწავლებელია) წამოუყვანია იგი თბილისში სამკურნალოდ.

ავადმყოფის გამოკვლევისას არც ფიზიკურ და არც ფსიქიკურ სფეროში გულყრის გარეშე არ აღინიშნებოდა არავითარი გადახრა. გარდა მკვეთრი დერმოგრაფიზმისა. ავადმყოფის პიროვნება თავისებურია, მას აქვს თავისი ფიზიკური არსებობის შიში, ადვილად სწყევტს თვითმკვლევლობის საკითხს, ვინაიდან მას თავისი თავი „თვითონ შესძულდა“, კითხვაზე — რას ფიქრობს იგი ქმარზე? ახალგაზრდა, ლამაზმა, მიმზიდველმა ქალმა გვიპასუხა, რომ თუ დღეს არა, ხვალ იგი მას მობეზრდება და მისგან განთავისუფლების მოხარულიც იქნება. ქმარა. რომელიც მისდამი გულწრფელადაა განწყობილი, აღშფოთებულია ამ სიტყვებით, ხოლო ქალი ნაზად იღიმება, ჩუმადაა, არ უჯავრდება, არ უსაყვედურებს, არ თვალთმაქცობს, მაგრამ მტკიცედ დგას თავის გადაწყვეტილებაზე.

ვეუბნები, რომ მისი ავადმყოფობა შედეგია შარშან დეკემბერში მოღებული შიშისა, ვუმარტავ, რატომ ეცემა მკვდარივით, რატომ უკანკალებს მარცხენა ხელი; ავადმყოფი ფიქრდება: თანხმდება მკურნალობაზე.

მკურნალობის შემდეგ მთელი კვირის განმავლობაში ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს: გულყრა ისპობა, გუნებგანწყობა უმჯობესდება. ავადმყოფი უფრო ხალისიანი ხდება. საუბედუროდ, იგივე ძმა. რომელიც მას თბილისში თან ახლდა, ისევ თვრება და გაშიშვლებულ ხანკლით იწევს ჩხუბში; ჭკუფი წასულა ჭკუფის წინააღმდეგ და რიჟ ავადმყოფი არ ჩარეულიყო, მოხდებოდა სისხლისღვრა.

ხელახლა ძლიერი უსიამოვნება. მოვითხოვეთ ჩამოშორებოდა ჭირვეული ძმა და ხელახლა დაეუწყეთ მკურნალობა. გაუარესებული მდგომარეობა თანდათან გამოსწორდა და ავადმყოფი სამი კვირის შემდეგ გაემგზავრა გულყრებისაგან განკურნებული.

მკურნალობა მდგომარეობდა იმაში, რომ ავადმყოფს ვუხსნიდათ დაავადების მიზეზებს, ვაცნობდით გულყრათა სურათს, განვუმარტავდით გულყრათა ცალკეულ მოვლენებს.

ნ ე ვ რ ა ს თ ე ნ ი ა. დაავადება ჩვენ გვიანტერესებს როგორც გარკვეული ავადმყოფური მდგომარეობა და არა სიმპტომი.

საკმაოდ ხშირად ნევრასთენიული დებიუტი აქვს ისეთ მძიმე ორგანულ ფორმებს, როგორიც არის, მაგალითად, პროგრესული დამბლა, ტვინის ათაშანგი, ტვინის არტერიოსკლეროზი და შიზოფრენია.

უკანასკნელ შემთხვევებს განვიხილავთ როგორც ფსევდონევრასთენიას.

ნევრასთენია პირველ რიგში განსაზღვრული უნდა იყოს ე. წ. ნევროპათიებისაგან.

როგორც ვიცით, ნევროპათია მტკიცე კონსტიტუციური მდგომარეობაა, ხოლო ნევრასთენია გაპირობებულია ეგზოგენური ფაქტორებით.

ბიოლოგიური ბუნების მხრივ ნევრასთენიის დროს საქმე გვაქვს ნერვული სისტემის მკვეთრ მოქანცულობასთან, რაც შესაძლოა გამოწვეული იყოს სომატური დაავადებით და აგრეთვე ფიზიკური და გონებრივი გადაღლით.

შრომის ცუდი პირობები, სისტემატური დასვენებისა და კულტურული გართობის უქონლობა, ხოლო განსაკუთრებით არასახალისო მუშაობა, რომელიც დაკავშირებულია უსიამოვნო გრძნობებთან, ხელს უწყობს ნერვული სისტემის გადაღლა-მოქანცვას, ძალთა „გამოფიტვას“.

ნევრასთენიის დროს ჯანმრთელ პრემორბიდულ პიროვნებასთან გვაქვს საქმე.

სომატური ხასიათის ჩივილები, რომლებითაც ესოდენ მდიდარია ნევრასთენიული სიმპტომატოლოგია, გაპირობებულია ვეგეტატიური ძვრებით.

კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს უმადობა, უძილობა, თვითგრძნობა-გუნებგანწყობის დაწვევა, გულისცემა, დაღლილობა, მოქანცულობა, გრძნობათა ცვალებადობა, ხოლო ყველაფერ ამას შესაძლოა თან დაერთოს ჰიპოქონდრიულ შეგრძნებათა და ჩივილთა რთული კომპლექსი.

ფიზიკური სიმპტომებიდან ყურადღების ღირსია ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური აშლილობის ნიშნები და ვეგეტო-დისტონიის მკვეთრი მოვლენები.

ზოგჯერ ვეგეტატიური აქცენტი ცალკეულ ორგანოებზე იმდენადაა გამოხატული, რომ გვიხდება ლაპარაკი თვით ორგანოს ნევროზზე. ორგანოთა ნევროზის რიგიდან შეიძლება დასახელებული იყოს გულის ნევროზი, ცალკეულ შემთხვევებში — ბრონქული ასთმაც და სხვ.

როგორც წესი, ნევრასთენია დადებით პროგნოზს იძლევა.

თერაპიულ ღონისძიებათა შესახებ უკვე ზევით იყო აღნიშნული.

ლოდინის ნევროზი და ე. წ. შიშის ნევროზი იძლევა კლინიკურად მსგავს გამოვლინებებს, ორივე შემთხვევაში ავადმყოფს ფლობს შიში.

აღნიშნულ მდგომარეობათა პათოგენეზის განხილვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული პრემორბიდის ასთენიური ნიშნები და ეგზოგენური ფაქტორები.

ფიზიოლოგიურ შემთხვევაშიც ლოდინის ემოციაში მოცემულია ასთენიური, ე. ი. უსიამოვნო გრძნობის კომპონენტი, ხოლო პათოლოგიის დროს ხსენებული უსიამოვნო მომენტი იღებს ავადმყოფურ გამწვავებას და ჰიპერტროფიას.

ლოდინის ემოცია ბადებს მწვავე დაურწმუნებლობას, ყოყმანს, ეჭვს შესაძლებლობის შესახებ და ამის შედეგად დასახული ამოცანა ვერ სრულდება, მოქმედება ფერხდება.

შიშის ნევროზის შემთხვევებში ადგილი აქვს აბსოლუტურად უნოტივო და დაუსაბუთებელ შიშს.

ავადმყოფს აწუხებს ასევე სრულიად უნოტივო და დაუსაბუთებელი შესაძლებლობანი: ეშინია გულის გაჩერების, სიკვდილის, ხანძარის, სხვადასხვა სტიქიური უბედურების, მძიმე — მოურჩენელი ინფექციით დაავადებისა და ა. შ.

შიშის ნევროზის დროს ნაჩვენებია ფსიქოთერაპიული, კერძოდ, ჰიპნოზური ჩარევა.

შიშის ნევროზს ვხვდებით აგრეთვე ბავშვთა ასაკშიც — ე. წ. ღამის შიში (წამოყვირება ღამით, შესაზარი სიზმრები, სიბნელის შიში და სხვ.).

ფსიქოტრავმული მომენტები ხელს უწყობს შიშის ნევროზის განვითარებას ბავშვებში.

მოდრაობითი, ანუ მოტორული ნევროზების შემთხვევებში საქმე გვაქვს ექსტრაპირამიდული ბუნების მქონე გავატომატებულ მოძრაო-

ბებთან. პირველ რიგში დასახელებული უნდა იყოს ტიკი, ენაბორ-  
დიკობა და ე. წ. პროფესიული კრუნჩხვები.

ტიკის შემთხვევაში ვხვდებით სხვადასხვა სახის და სირთულის პათოლოგიურ ავტომატიზმს (ქუთუთოთა ხამხამი, შუბლის კუნთთა მოძრაობა, მხრის მოძრაობა და სხვ.), რაც ხშირია ბავშვთა შორის, გრძელდება თვეობით, წლებით და მწვავედ ბიროვნებისაფვის არასასურველ მომენტებში.

ენაბორდიკობა ხშირია ბავშვთა შორის (განსაკუთრებით სკოლამდელ ასაკში). ბავშვთა ლოგონევროზის კლინიკა და პათოგენეზი დაკავშირებულია ბიროვნების ფიზიკურ ასტენიზაციასთან და ფსიქოტრავმულ მომენტებთან.

ლოგოპათია და ლოგონევროზი ამჟამად ბავშვთა ფსიქონევროლოგიის ერთ-ერთ საინტერესო უბანს შეადგენს. ფართოა თერაპიული ჩარევის შესაძლებლობებიც.

პროფესიული კრუნჩხვები თავისი პათოგენეზით და სტრუქტურით მოგვაგონებს შიშის ნევროზს, მხოლოდ გარკვეულ პროფესიულ ჩვევათა მიმართ.

ცნობლია, ე. წ. „წერის კრუნჩხვები“, „მბეჭდავთათითების კრუნჩხვები“, „მუსიკოსთა ნევროზები“ და სხვ.

საინტერესოა, რომ პროფესიული ხასიათის ჩვევათა გარეშე მოძრაობის კოორდინაცია სრულიად შენახული და სწორია.

ზოგჯერ პროფესიული კრუნჩხვები იმდენად მტკიცე და უსიამოვნოა, რომ ავადმყოფები იძულებული ხდებიან გამოიცილონ პროფესია.

## თ ა ვ ი მ ე რ ვ ი

### ფსიქოთერაპია დღეს

ყოველი მეცნიერული საკითხის ანალიზი თანამედროვე ასპექტში აუცილებელს ხდის წარსულიდან ცალკეული მომენტების მეხსიერებაში გაცოცხლებას და აგრეთვე პერსპექტიულად მნიშვნელოვან, ახალი დებულებების ფორმულირებას.

დღევანდელი მეცნიერება, ინახავს რა კავშირს თავის წინამორბედ ისტორიასთან და უხვად კვებავს რა მომავლის ფესვებს, ყოველთვის წარმოადგენს ამა თუ იმ დარგის განვითარების მხოლოდ ეტაპს, შემოქმედებითი პროცესის განმსაზღვრელ ქმნადობას.

შორეულ წარსულში ფსიქოთერაპიის თეორიაზე და პრაქტიკაზე გავლენას ახდენდნენ დემონოლოგიური და სპეკულაციური შეხედულებანი. შემდგომში ფსიქოთერაპია გახვეული იყო იდეალისტურ და გულუბრყვილო მექანიკური ახსნის ბურუსში. მეცნიერების პროგრესე ამ მიმართულებით მჭიდროდა დაკავშირებული ჩვენი ცოდნის პროგრესთან იმ ურთულეს პრობლემასთან, როგორცაა ფსიქიკური არსა.

მოწინავე ფიზიოლოგიისა და პირველ რიგში თანამემამულე მკვლევარების შემოქმედებითა მიღწევებმა, ფსიქოთერაპია გაათავისუფლა ცრუ სამოსელისაგან და დააყენა იგი ნამდვილი მეცნიერების ღიანდაგზე.

უახლესი გამოკვლევები თეორიული და კლინიკური ფსიქონევროლოგიის სფეროში, ეტიოპათოგენეზური ძიებანი, ნოზოლოგიაზე თანამედროვე წარმოდგენები და აგრეთვე უახლესი მონაცემები ქერქქერქვევებს ურთიერთდამოკიდებულებათა თეორიაში და პრაქტიკაში (სწავლება რეტიკულურ ფორმაციაზე ნეიროპლემგიურ ან ნეიროლექსიურ ნივთიერებათა ფარმაკოდინამიკასთან დაკავშირებით) ახალ მასალებს იძლევიან ფსიქონევროლოგიის შემდგომი განვითარებისათვის.

შეიცვალა ჩვენი წარმოდგენები ფსიქოთერაპიის არამხოლოდ თე-

ორიული საფუძვლების შესახებ, არამედ შეიცვალა აგრეთვე მისი გამოყენების ჩარჩოებიც. ამ მხრივ ინტერესმოკლებული არ არის პოზიცია უძველესი ფსიქოპათოლოგიის და კლინიციტ-ფსიქიატრ კურტ შნიდერისა; რომლის თანახმად, თანამედროვე ფსიქონევროლოგიაში ყველაზე ახალ მომენტს წარმოადგენს ფსიქოთერაპია ორგანული. ეგრეთწოდებული „ენდოგენური“ ფსიქოზებისა.

მიზნად არ ვისახავთ გავაკეთოთ დაწვრილებითი ექსკურსი ფსიქოთერაპიულ ლიტერატურაში, რომლებიც არა მხოლოდ ძალიან ბევრია. არამედ განსაკუთრებით ჭრელია და ურთიერთსაწინააღმდეგო. ჩვენ განზრახული გვაქვს გაუზიაროთ კლინიციტ-ფსიქიატრის გამოცდილება, აგრეთვე საკუთარი დაკვირვებანი და წარმოდგენები ორგანულ დაავადებათა ფსიქოთერაპიის თეორიისა და პრაქტიკის შესახებ და ვუჩვენოთ, თუ როგორი უნდა იყოს ფსიქოთერაპიის ტაქტიკა უკანასკნელ შემთხვევებში.

მიუხედავად ლაბორატორიული და კლინიკური დიაგნოსტიკას მნიშვნელოვანი მიღწევებისა, ყველა ექიმი, შით უმეტეს ფსიქიატრი ვალდებულია ანგარიში გაუწიოს ავადმყოფის პიროვნულ თავისებურებებს. ექიმის არასაკმარისად მოფიქრებული დამოკიდებულება იწვევს არა მხოლოდ მცდარ დიაგნოზს, არამედ მან შეიძლება გამოიწვიოს ახალი ავადმყოფური მდგომარეობა ე. წ. იატროგენია.

საერთოდ ცნობილია, რომ როგორც წარსულში, ისე ამჟამადაც ფსიქონევროლოგიის ცენტრში დგას პრობლემა ფსიქიკურის არსისა. რომელსაც ყველაზე მჭიდრო დამოკიდებულება აქვს ფსიქოთერაპიის თეორიასა და პრაქტიკასთან.

სანამ შევხებოდეთ ფსიქოთერაპიას, რომელიც ფსიქონევროზებისა და რეაქციული ბუნების ფსიქიკურ აშლილობათა დროს ატარებს ეტიოპათოგენეზური ზემოქმედების ხასიათს, აუცილებელია მოკლედ შევჩერდეთ იმ გარემოებებზე, რამაც აიძულა ფსიქიატრია მისთვის, მიემართა ზოგიერთ ორგანულ დაავადებათა შემთხვევებში. ანსტან. სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას ღებულობს პრობლემა ფუნქციურ და ორგანულ დაავადებათა შორის ურთიერთდინამიკურ დამოკიდებულებათა შესახებ.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ მიზეზად ითვლება შემდეგი სამი წინამძღვარი ან მდგომარეობა, სახელდობრ: მიღწევები ფსიქონევრულ გამოვლინებათა კომპენსატორული შესაძლებლობების შესწავლაში, მიღწე-

გები ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანულ დაზიანებათა სტრუქტურული (მორფოლოგიური) და ფუნქციური აღდგენადობის კვლევაში და თანამედროვე მიღწევები ნეიროპლეგიურ ნივთიერებათა თეორიასა და პრაქტიკაში.

კომპენსატორულ გამოვლინებათა დიაპაზონის მხრივ თავის ტვინს არც ერთი ორგანო არ შეედრება. ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციის კომპენსაცია უზრუნველყოფილი ხდება ვიკარულ ჩანაცვლებათა თავისებურებებით, რომელიც ხორციელდება ბილატერალური და ჭვარდინი ინტეგრაციის პრინციპებით, აგრეთვე ტვინის ნივთიერების პირველ რიგში სინაფსური წარმონაქმნების და დენდრიტული მორჩების მორფოფუნქციური აღდგენადობის შესაძლებლობით და ქერქქვეშა დინამოგენეზით.

თანამედროვე კლინიკური მედიცინის პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ თუმცა ეტიოპათოგენეზური თერაპიის პრინციპი წარმოადგენს სამკურნალო ჩარევის ევრისტულ, იდეალურ პრინციპს, მაინც პირველ პლანზე უნდა იდგეს კომბინირებული ზემოქმედების მეთოდი. სამკურნალო ეფექტის მისაღებად უფრო საიმედოა ეტიოპათოგენეზური და სიმპტომატური თერაპიის, პრინციპების ურთიერთმონხერხებული შეერთება აქადმყოფის ინდივიდუალურ თავისებურებათა გათვალისწინებით.

თუ ფსიქოგენურ აშლილობათა დროს ფსიქოთერაპია ინარჩუნებს ეტიოპათოგენეზური მკურნალობის უფლებას, ხოლო მედიკამენტურ არსენალს მივმართავთ, როგორც სიმპტომატურ საშუალებას, ორგანულ დაავადებათა დროს პირიქით, მკურნალობის ეს ორი მეთოდი აღგელს იცვლის. თუმცა ორივეს განსაზღვრული მოქმედება ძალაში რჩება.

ფართო გამართლებას პოულობს ფსიქოთერაპიის გამოყენება შრომის რეჟიმთან და აქტიური ჩარევის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში (ნეიროპლეგიური ნივთიერებანი, ნერვული სისტემის სტიმულატორები, მკურნალობის აქტიური ბიოლოგიური მეთოდები, ენდოკრინული პრეპარატები. განსაკუთრებით სტეროიდული ჰორმონები).

როგორც აღნიშნული იყო, ფსიქოთერაპიული ზემოქმედება შედის კომპლექსური თერაპიის სისტემაში აუცილებელი კომპონენტის სახით. ამასთან, იგი გამოიყენება სხვადასხვა დაავადებათა დროს ხან როგორც თავდაცვითი, ხან როგორც დამზოგველი, ხან როგორც პიროვნების გამააქტივებელი. სტიმულის მიმცემი თერაპია.

ფსიქოგენურ-რეაქტიული ფსიქოზების დროს აფექტურად მძლავრი კომპლექსურ განცდათა განტივრთვა (კატარზისი, ფსიქიკურ ტრავმათა გარემოების რეპროდუქცია) იწვევს საერთო ემოციურ დამშვიდებას და აზით იქმნება პირობა კრიტიკული გააზრებისა და სიტუაციური მდგომარეობის სწორად შეფასებისათვის.

ფსიქოთერაპიული საუბრები დარწმუნების ფორმაში ახდენს ავადმყოფის კრიტიკის მობილიზაციას, ააქტივებს ლოგიკურ მსჯელობას და იწვევს პათოლოგიური დომინანტის განსაზღვრულ ჩახშობას (შეკავებას). მსგავსი საუბრები განსაკუთრებით სასარგებლოა ფსიქოზების დასაწყის სტადიებში და ფსიქოპათოლოგიური ფენომენების ქმნალობის პერიოდში.

ახსნა-განმარტებითი ე. ი. რაციონალური თერაპია განსაზღვრულ დადებით მოქმედებას ახდენს არა მხოლოდ რეაქციული ბუნების დებურესიებისა და პარანოიების დროს, არა მხოლოდ გახანგრძლივებული ფუნქციური აშლილობებისას, არამედ აგრეთვე შიზოფრენიის დროსაც.

სიტყვიერი ზემოქმედების მნიშვნელობა, როგორც სიტყვითი თერაპიისა, განსაკუთრებით დიდია. კლინიკა ყოველთვის ანგარიშს უწევდა სიტყვიერი პროდუქციების აზრობრივ შინაარსს. სიტყვის საშუალებით კლინიციისტი ეცნობა ანამნეზს, ავადმყოფის სუბიექტურ სიმყაროს და ახდენს მასზე აგრეთვე ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებას.

სიტყვიერი გამაღიზიანებელი ეცემა რა ქერქულ აპარატს, ახდენს სხვადასხვა ზემოქმედებას სასიგნალო სისტემების დინამიკურ კერებზე. ამავე დროს, აღნიშნული ზემოქმედება, რომელიც არ განისაზღვრება მხოლოდ ქერქული აპარატის უმაღლესი დონით, შეიძლება დაეშვას ქვემოთ და (უარყოფითი ან დადებითი) ინდუცირება მოახდინოს პირველი სასიგნალო სისტემის, აგრეთვე უახლოესი ქერქქვეშას და ტენის ღეროს დინამიკურ დონეზე.

უკანასკნელ დროს კლინიციისტ-ფსიქიატრების მხრივ საკმაო ყურადღება ექცევა შიზოფრენიის ფსიქოთერაპიის თეორიულ და პრაქტიკულ საკითხებს. ცხადია, ამ მიმართულებით ზემოქმედებითი ძიებანი წინ არ უნდა გადაეღობოს საერთოდ აღიარებულ აზრს შიზოფრენიის ნოზოლოგიური არსის და მისი ტოქსიკური ეტიოლოგიის შესახებ. აქ ფსიქოთერაპია ღებულობს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას სხვა სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსში.



არსებული მონაცემები და საკუთარი დაკვირვებები გვიჩვენებს, რომ პროდუქციული სიმპტომატიკა შიზოფრენიის დროს გაივლის პათოლოგიური გაფორმების გარკვეულ სტადიებს.

პირველ სტადიაში ულტრაპარადოქსული ფაზის ფენომენი წარმოადგენს პათოფიზიოლოგიურ სუბსტრატს მოწამელის და ზემოქმედების ბოლდითი იდეების განვითარებისათვის. ამ დროს შეკავება უმთავრესად ვითარდება მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკურ დონეზე და დადებით ინდუცირებას ახდენს პირველ სასიგნალო სისტემაზე. ქერქულ სასიგნალო სისტემებში იქმნება პირობები იმისათვის, რომ ავადმყოფში შთაბეჭდილებებმა და წარმოდგენებმა მიიღოს სხეულოვანი, გრძობად-ხატოვანი ხასიათი.

დაცვითი შეკავების მეორე სტადიაში შესამჩნევად ირღვევა აგრეთვე სასიგნალო სისტემების ასოციაციურ-ჩამკეტი მოქმედება და ამით იქმნება პათოლოგიური ფუნდამენტი პარანოიდულ, უსისტემო ბოლდის განვითარებისათვის რეზონიორობით და შიზოფრენიისაკენ შემდგომი ტენდენციით.

აღნიშნული კლინიკური ნეიროდინამიკური სტადიები ანალოგიურია შიზოფრენიული პროცესის პრედესტრუქციული და დესტრუქციული სტადიებისა. შიზოფრენიული პროცესის პირველ სტადიაში, ზუსტად რომ ვთქვათ ინიციალურ სტადიაში, ავადმყოფები ფაქტებს და მოვლენებს აღიქვამენ კომპლექსურ-ბოლდით ასპექტში. კიდევ მეტი, ამ პერიოდში ფსიქიკური აპარატი ავლენს განსაკუთრებულ სიმყიფეს და მსხვრეველობას. უკანასკნელი მდგომარეობა ხელს უწყობს პრეფსიქოზური ნევროზისმაგვარი მდგომარეობის გაფორმებას (უფრო ხშირად ნევრასთენიულ-ჰიპოქონდრიული, ისტერიული, ან ფსიქასთენიური სინდრომებისა).

აღნიშნული მდგომარეობა იმაზე მეტყველებს, რომ შიზოფრენიის დასაწყის სტადიაში მკურნალობის აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდებთან ერთად განსაზღვრული ყურადღება უნდა დაეთმოს ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებას, უწინარეს ყოვლისა, რაციონალურ დარწმუნებას. შემდგომში, მკურნალობის პერიოდში ასევე რემისიაში ფსიქოთერაპია შეიძლება გამოიყენებულ იქნეს კომპენსატორულ შესაძლებლობათა გამოვლინების და განმტკიცების მიზნით და პიროვნების — „ავადმყოფის ფსიქიკური აპარატის გააქტივებისათვის“.

კლინიკური პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ შიზოფრენიის დროს

ფსიქოთერაპიული საუბრები არა მხოლოდ აცოცხლებს ემოციურ-აფექტურ ცხოვრებას, არამედ საკმაოდ არბილებს ავადმყოფებში ბოღვით განწყობას. უინტერესო არ იქნება შევეხოთ კლინიკურ დეტალს, რომელიც მოკლებული არაა განსაზღვრულ პრაქტიკულ მნიშვნელობას შიზოფრენიული ბუნების რეტროსპექტული ბოღვითი გამოთქმებისას. დგინდება, რომ რაც უფრო შორეულია რეტროსპექცია, მით უფრო აბსურდულია ბოღვითი შინაარსი და დაავადება ატარებს უფრო ავთვისებიანი პროგრადიენტული პროცესის ხასიათს. პირიქით, რაც უფრო უახლესია რეტროსპექცია, პათოლოგიური პროდუქციები მოკლებულია ბოღვით კატეგორიულობას. ავადმყოფურ მსჯელობანი ატარებენ უფრო დაშვების ხასიათს, ამიტომ ფსიქოთერაპია გარკვეულ გავლენას ახდენს გაუკუღმართებულ ლოგიკაზე.

არსებული მონაცემების და საკუთარი კლინიკური დაკვირვებების საფუძველზე ჩვენ შესაძლებლად მიგვაჩნია რეკომენდაცია გავუწიოთ ახსნით-დამამშვიდებელ ფსიქოთერაპიას შიზოფრენიის მწვავე პარანოიდული ფორმების დროს, როდესაც სამკურნალო ნეიროლეფსია (ნეიროპლეგიურ ნივთიერებათა მოქმედება) ზოგიერთი სახით ახდენს ბოღვითი ლოგიკის გამოსწორებას და ვლინდება კრიტიკული დამოკიდებულება დაავადებისადმი. პარანოიდული შიზოფრენიის ნაკვიანებ ფორმებში პირიქით, მიზანშეწონილია მიემართოთ გამააქტივებელ რაციონალურ ფსიქოთერაპიას.

ფსიქოთერაპიული ხერხები თავის გამართლებას პოულობს როგორც ორგანული ნიადაგის მქონე რეაქციულ მდგომარეობათა დროს, ისე თვით ორგანული დაავადებებისას. ფსიქოთერაპია პირველ რიგში ყურადღებას იმსახურებს დებილთა რეაქტიული ფსიქოზების დროს.

იმ დროს, როცა იმბეცილობის და დებილობის ღრმა ფორმებისას ფსიქოგენია ჩვეულებრივ წარმოდგენილია პრიმიტიული, ერთტიპური ისტერიულ გამოვლინებათა სახით, დებილობის შემთხვევაში ვხვდებით უფრო რთულ პათოლოგიურ სტრუქტურას.

როგორც ცნობილია, ოლიგოფრენია გულისხმობს არა მხოლოდ ინტელექტუალურ, არამედ აგრეთვე ემოციურ უკმარისობას. ამავე დროს ემოციების პათოლოგია წარმოდგენილია ძირითადად ორი მიმართულებით: მხედველობაში გვაქვს ემოციური მოძრაობის არარსებობა (ლაბილობა) და ემოციური გააზრების შეუძლებლობა. ამის გამო დებილთა რეაქტიული მდგომარეობანი არაღშვიათად წარმოადგენს

სინამდვილიდან განსვლას ცნობიერების შევიწროების გარეშე პრი-  
მიტიული შინაარსის ბოდვის მსგავსი ფანტაზიებით (მდგომარეობა, აღ-  
წერილია ჩვენ მიერ. როგორც „ინტელექტუალური ისტერია“). მსგავს  
შემთხვევებში რაციონალური ფსიქოთერაპია სასარგებლო მოქმედე-  
ბას ახდენს.

არტერიოსკლეროზული დეპრესიის კომბინირებული მკურნალო-  
ბის სისტემაში არსებითი როლი უნდა მიეკუთვნოს ფსიქოთერაპიულ  
საუბრებს. უკანასკნელი განსაკუთრებით სასარგებლოა ფსიქასთენიის-  
მაგვარ გამოვლინებათა არსებობის დროს.

უკანასკნელ დროს მზარდი ინტერესით წერენ ფსიქოთერაპიულ  
ზემოქმედების მნიშვნელობაზე ეპილეფსიის როგორც სიმპტომურა,  
ისე ბირთვოვანი ფორმების მკურნალობაში. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ  
ფსიქოთერაპია განსაკუთრებით ნაჩვენებია პარანოიდული სინდრომით  
გართულებული ბირთვოვანი ეპილეფსიის დროს, როდესაც ავადმყო-  
ფებს ჯერ კიდევ მთლიანად არ დაუკარგავთ სოციალურ-შრომითი  
კავშირები.

საჭიროდ არ ვთვლით შევჩერდეთ ფსიქოთერაპიის იმ უდიდეს  
როლზე, რომელიც ეკუთვნოდა და ეკუთვნის ნარკომანიების, პირველ  
რეგში ქრონიკული ალკოპოლიზმის მკურნალობის საქმეში.

მოყვანილი მასალები გვიჩვენებს, რომ ამჟამად ფსიქოთერაპია  
წარმოადგენს მნიშვნელოვან სამკურნალო მეთოდს, რომლის ჩვენე-  
ბათა საზღვარი მოიცავს როგორც რეაქტიულ-ფსიქოგენურ, ფუნქცი-  
ურ, ისე ორგანულ აშლილობებსაც. ამ მიმართულებით შემდგომი შე-  
მოქმედებითი ძიების მნიშვნელობა გამართლებულია დღევანდელი  
დღის მოთხოვნილებებით. კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ და ლაბო-  
რატორიულ-ექსპერიმენტულ გამოკვლევათა თანამედროვე დონე ფსი-  
ქოთერაპიის თეორიის და პრაქტიკის წინაშე ხსნის ახალ უმდიდრეს  
პორიზონტებს.

ფსიქოთერაპიული საუბრების როლის და მნიშვნელობის აქცენ-  
ტუაცია კვალიფიცირებული უნდა იქნეს, როგორც შემდგომი არსები-  
თი ნაბიჯი მკურნალი ექიმის მხრივ ავადმყოფისადმი ყურადღების  
გაძლიერებისა და მზრუნველობის საქმეში. ამგვარი აქცენტუაცია  
მკურნალობის ეფექტურობასთან ერთად ამაგრებს და ავითარებს ფსი-  
ქიატრიული ჰუმანიზმის პრინციპებს.

ფსიქოგენიების, საერთოდ, ფსიქოგენური ნეიროდინამიკის მქონე დაავადებათა მკურნალობაში წამყვანი როლი ეკუთვნის ფსიქოთერაპიას.

ცხოვრების პირობების შექმნა, შრომათერაპია, მკურნალობა საშუალო საშუალებებით, პილროთერაპია და ფიზიოთერაპია არაა საკმარისი რეაქტიულ მდგომარეობათა მოსახსნელად. აქ საჭიროა გარკვეული ზეგავლენა მოვახდინოთ ავადმყოფის ფსიქიკურ აპარატზე.

არ შეეჩერდებით ექიმის ავტორიტეტის მნიშვნელობაზე და ზოგადად ფსიქოთერაპიაზე.

სავსებით მართალია გილიაროვსკი, როდესაც ამბობს, რომ ექიმის გამოჩენა ავადმყოფის საწოლთან, მისი ლაპარაკი, რეცეპტის გამოწერა თუ წამლის დანიშვნა არაა მოკლებული ფსიქოთერაპიულ აზრს და მნიშვნელობას. წამოჭრილი საკითხი იმდენად ნათელია, რომ არ მოითხოვს ყურადღების განმეორებით შეჩერებას.

ჩვენ აქ გვაინტერესებს ფსიქოთერაპიული მეთოდები პირდაპირა და უშუალო გაგებით; ვგულისხმობთ მკურნალის სიტყვის უშუალო გავლენას ავადმყოფის ფსიქიკურ აპარატზე.

უკანასკნელი დროის თეორიული და კლინიკური ხასიათის გამოკვლევები გადაჭრით ადასტურებს, რომ „სიტყვა“ საკმაოდ ძლიერი და სერიოზული გამაღიზიანებელია.

საბჭოთა ფსიქოთერაპიამ მიიღო გამოკვეთილი მეცნიერული პროფილი; იგი დაფუძნებულია თანამედროვე ნეიროფიზიოლოგიის, პირველ რიგში, პავლოვის გენიალური მოძღვრების მონაცემებზე.

პავლოვმა და მისმა მოწაფეებმა გამოაკვივეს ფსიქოგენიების არა მარტო ნეიროდინამიკური საფუძვლები, არამედ აგრეთვე მოგვაწოდეს ფსიქოთერაპიული ზეგავლენის ფიზიოლოგიური ახსნა.

პავლოვი ჰიპნოზს განიხილავს, როგორც დიდ ჰემისფეროთა ქერქის განფენილ შეკავებას. ამით ჰიპნოზს უკვე მოსცილდა გაუგებარა სენსაციის სამოსი და მან მიიღო მეცნიერული კვლევის ექსპერიმენტული მეთოდის სახე.

პავლოვის სკოლამ დაამტკიცა, რომ დაბალი და მონოტონური სიტყვით მრავალჯერ გაღიზიანება იწვევს ქერქის განფენილ შეკავებას, ხოლო უკანასკნელს მოსდევს ე. წ. ჰიპნოზური ძილი.

უფრო მეტიც, გამოკვეთულ იქნა, რომ სიტყვიერ გალიზიანებას მოსდევს მნიშვნელოვანი ძვრები ნივთიერებათა ცვლის მხრივ. მაგალითად, შაქრის მიღების შთაგონება იძლევა შაქრის მომატებას სისბლში.

ბიკოვმა განსაკუთრებული სიცხადით გვიჩვენა, რომ შინაგან ორგანოთა სისტემა მოქმედებს ქერქულ აპარატზე და ქმნის ადამიანის „ქვეცნობიერი“ ცხოვრების ბიოლოგიურ ბაზისს.

ქერქი ფართოდ მოქმედებს ორგანიზმის პროცესებზე; მეორე მხრივ, შთაგონება და თვითშთაგონება იძლევა სრულიად გარკვეულ ნეიროდინამიკურ და სომატოვეგეტატიურ ძვრებს.

აქვე ხაზგასმით უნდა იყოს აღნიშნული, რომ „სიტყვის“. ე. ი. ფსიქიკურის და სომატოვეგეტატიურის ურთიერთკავშირი არ უნდა იყოს გაგებული მარტივად.

უდიდესი უბედურება იქნებოდა, რომ ყოფილიყო მარტივი და პირდაპირი მიმართება სიტყვასა და ბიოდინამიკურ მოვლენათა შორის: რომ ფსიქიკური და ბიოლოგიური ურთიერთალრეული და მექანიკურად გათქვეფილი ყოფილიყო. მაშინ ყოველი სიტყვა მოგვემდა სომატოვეგეტატიურ კრიზს. და. პირიქით, სულ მცირე შინაგანი ბიოლოგიური ძვრა უარყოფითად იმოქმედებდა ადამიანის ნერვულ აპარატზე.

ცხადია, ეს ასე არ არის და არც შეიძლებოდა ყოფილიყო.

აქ მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ნერვული აპარატის ტიპი და თავისებურება.

რაც უფრო სუსტი, მსხერევადი, ლაბილური და მგრძობიარეა ნერვული აპარატი, იმდენად ადვილად მოსდევს სიტყვიერ გალიზიანებას სომატოვეგეტატიური ცვლილებები.

ზემოსხენებული მასალები მოვიყვანეთ მხოლოდ იმიტომ, რომ დავრწმუნებულყავით „სიტყვა — გამლიზიანების“ აქტიურ მნიშვნელობა-ღირებულებაში და გავვეგო მისი ნეიროდინამიკური არსი.

მოქმედია სიტყვა: ასევე მოქმედად უნდა ჩაითვალოს ფსიქოთერაპიული გზა-წესები ფსიქიატრიის კლინიკაში.

როგორც მედიცინის ყველა დარგში, აქაც უნდა გვახსოვდეს მკაცრი ინდივიდუალური მიდგომის აუცილებლობა; ფსიქოგენიის გარკვეული კლინიკური ფორმა საჭიროებს ასევე გარკვეულ ფსიქოთერაპიულ დახმარებას.

ფსიქოთერაპიულ გზა-წესთა განხილვისას საჭიროდ ვთვლით გარჩეული იყოს შემდეგი მეთოდები:

ჰიპნოზი, განცდათა რეპროდუქციული მეთოდები მიხეილ ასათიანისა, რაციონალური ფსიქოთერაპია და ე. წ. თვითშთაგონება.

შევჩერდებით აღნიშნულ მეთოდებზე.

საჭიროა წინასწარ აღინიშნოს, რომ ფსიქოთერაპიის დროს ფსიქიკურ აპარატზე ზეგავლენა ხდება შთაგონების გზით.

შთაგონების მიწოდების შემთხვევებში შესაძლოა საქმე გვქონდეს ორგვარ მდგომარეობასთან: ერთ შემთხვევაში ავადმყოფს ვაწვდით პოზიტიურ (ამაღორძინებელ და გამამაგრებელ) ნიშნებს (მაგალითად: იგი არის „ჯანმრთელი“, „მხნე“, „მედგარი“); მეორე შემთხვევაში, ავადმყოფებს იმავე შთაგონებით ვუსპობთ პათოლოგიურ სიმპტომებს, მაგალითად, „არასდროს აღარ ექნებათ კანკალი“, „უძილობა გაუქრებათ“ და ა. შ.

პირველ შემთხვევაში საქმე გვაქვს სიმპტომთა პოზიტიურ შთაგონებასთან: ხოლო მეორე შემთხვევაში — ნიშანთა ნეგატიურ შთაგონებასთან.

ჰიპნოთერაპია, ანუ ჰიპნოზური შთაგონებაც. ჰიპნოზი გულისხმობს ხელოვნურ ძილს, რომელშიც გადადის ადამიანი რომელიმე მეორე პირის (ჰიპნოტიზორის) ზეგავლენის შედეგად. მისი ნეიროდინამიკური (ნეიროფიზიოლოგიური) საფუძვლების შესახებ უკვე იყო ლაპარაკი. აქ შევჩერდებით ჰიპნოზის მხოლოდ კლინიკურ მხარეზე.

ვის შეუძლია გამოიწვიოს ადამიანის ხელოვნური ძილი? ვის შეუძლია ჰიპნოზის თეორიისა და პრაქტიკის დაუფლება? დასმული საკითხი ამჟამად სრულიად ნათელია. ჰიპნოზი არის მეცნიერული კვლევა-ძიების ერთ-ერთი გზა-წესი; მის შესახებ არსებობს საკმაო პოზიტიური მეცნიერული მონაცემები და მან უკვე დიდი ხანია მოიცილა „მისტიკური“, რაღაც შინაგანი ჰიპნოზური ძალის ბურუსი. ამიტომ ჰიპნოზის დასაუფლებლად ისევე, როგორც ყველა სხვა მეცნიერულ მეთოდის დასაუფლებლად, არ არის საჭირო რაიმე გარკვეული თვისებების („შავი და მოქმედი თვალები“ და სხვ.) არსებობა.

ჰიპნოთერაპიის შეთვისება შეუძლია ყოველ ექიმ-სპეციალისტს. ყოველ ფსიქიატრს, ვინც ამას მოისურვებს, გამოიჩენს საჭირო ენერ-

გიას, გულმოდგინებას, სიყვარულს და პატივისცემას, ვინც მიიღებს საკუთარ ცოდნას, გამოცდილებას და გაიმსჯვალება პასუხისმგებლობით ამ დიდი და რთული საქმისადმი. ცხადია, არაა საკმაო მარტო სურვილი ან შრომა, საჭიროა აგრეთვე ჯეროვანი ხელმძღვანელობა.

ჰიპნოზურ ძილს არ ეძლევა ყველა ადამიანი, ექიმის გამოცდილების გარდა, აუცილებელ პირობას შეადგენს სათანადო ლაბილურ ფსიქონერვეული აპარატის არსებობა.

როგორც აღვნიშნეთ, ჰიპნოზი სერიოზული მეთოდია: მას არ უნდა ჰქონდეს საჩვენებელი სენსაციის ხასიათი და უნდა იხმარებოდეს მხოლოდ და მხოლოდ ექიმ-სპეციალისტის მიერ.

როგორ ხდება ხელოვნური ძილის გამოწვევა? საჭიროა პირველ რიგში ავადმყოფი დავაწყნაროთ და მივცეთ წინასწარი ახსნა განმარტება, რომ იგი სრულიად მოსვენებული უნდა იყოს და შეეცადოს დაიძინოს.

ამის გარდა, საჭიროა ოთახში იყოს სრული სიმშვიდე, ხოლო საწოლი თუ სხვა რბილი ავეჯი შესაფერისად მოწყობილი.

ექიმმა არასდროს მარტო არ უნდა აწარმოოს ჰიპნოზის სენსაციოველგვარი მოულოდნელობისა და ავადმყოფის მიერ უსაფუძვლო პრეტენზიების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ჰიპნოტიზორმა დაისწროს დამხმარე პირი (ექიმი ან ექიმის თანაშემწე).

ჰიპნოზის გამოსაწვევად არსებობს სხვადასხვა ხერხი.

ექიმის მითითებით შეიძლება ავადმყოფმა დაკვირვებად უცქიროს ერთ წერტილს და ასეთ მდგომარეობაში თანდათანობით მივაწოდოთ შთაგონება: ის სრულიად მშვიდად არის, აქვს ძილის სურვილი, ქუთუთოები უმძიმდება და ა. შ.

სხვა შემთხვევაში შესაძლოა დაწოლილ და თვალდახუჭულ ავადმყოფს ექიმმა შუბლზე ხელი დაადოს და ასევე ჩუმი, ნელი, მაგრამ სრულიად გასაგები და ავტორიტეტული სიტყვებით შთააგონოს ძილი.

ჰიპნოზური ძილი, ძირითადად, მოგვაგონებს ფიზიოლოგიურ ძილს.

ჰიპნოზში ფიზიოლოგიური ძილის ნაცვლად აწეულია შთაგონებულობა და ადგილი აქვს ჰიპერმენზიებს.

ამის გამო ჰიპნოზური ძილი წარმოადგენს მეტად მარჯვე და ხელსაყრელ მდგომარეობას პოზიციური თუ ნეგატიური შთაგონებისათვის.

ამასთან, ექიმს აქვს შესაძლებლობა ისარგებლოს ჰიპნოზური ჰიპერმნეზიით და ავადმყოფს გაახსენოს სხვა პირობებში მისთვის თითქოს მივიწყებული ფაქტები, მოახდინოს ფსიქოტრავმული კვანძის გახსნა, ავადმყოფური მდგომარეობის ანალიზი.

ჰიპნოზური ქერქული შეკავების ერთ-ერთ სპეციფიკურ მომენტს შეადგენს ის გარემოება, რომ ამ დროს ქერქში რჩება ნათელი დინამიკური კერა, რომლის საშუალებითაც არ სწყდება კავშირი ექიმსა და ავადმყოფს შორის, ე .ი. ადგილი აქვს რაპორტს.

რაპორტის არსებობა წარმოადგენს იმ შესაძლო „ფანჯარას“, რომლითაც ექიმი იცქირება ავადმყოფის განცდებში და მასზე ახდენს შთაგონებით ზეგავლენას.

ჰიპნოზური შთაგონება განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს მონოსიმპტომური და გულყრითი ისტერიის შემთხვევებში.

გ ა ნ ც ლ ა თ ა რ ე პ რ ო დ უ ქ ც ი უ ლ ი მ ე თ ო დ ი მ ი ხ ე ი ლ ა ს ა თ ი ა ნ ი ს ა . ხსენებული ფსიქოთერაპიული გზა-წესი განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია როგორც თავისი პრაქტიკული მნიშვნელობის, ისე ფიზიოლოგიური მექანიზმის დასაბუთების მხრივ.

აღნიშნული მეთოდი, რომლის ავტორიც არის გამოჩენილი საბჭოთა ფსიქოთერაპევტი მ. ასათიანი, კარგ შედეგებს იძლევა გულყრითი ისტერიის. რთული კომპლექსის მქონე სომნამბულიზმის შემთხვევებში და სხვ.

ხსენებული მეთოდის პირველ მომენტს შეადგენს ფსიქოტრავმული ამბავის გახსენება და რაც შეიძლება სრული რეპროდუქცია. მეთოდის შინაარსი ამით არ ამოიწურება, ეს არის მხოლოდ განცდათა გახსენება-კათარზისი; აქ ექიმი-ფსიქოთერაპევტი აქტიურად ერევა ავადმყოფის განცდათა პათოლოგიურ სამყაროში და მათ აძლევს მიმართულებას სურვილისამებრ.

მ. ასათიანის თანახმად, მისი მეთოდი გულისხმოს ხელოვნურ სომნამბულიზმს, ე .ი. ჰიპნოზის მდგომარეობას, როდესაც ხდება წარსულის რეპროდუქცია და როცა ექიმთან არსებობს სრული რაპორტი.

ასათიანი თავის მეთოდს აძლევს ნეიროფიზიოლოგიურ დასაბუთებას პავლოვის მოძღვრების თანახმად.

რაციონალური ფსიქოთერაპია თავისი პრინციპული დედააზრით განსხვავდება შთაგონების მეთოდებისაგან. აქ ავადმყოფები სრულიად ნათელ მდგომარეობაში არიან, რომლის დროსაც ფსიქოთერაპევტი სა-



თანადო საუბრის გზით ცდილობს მობილიზება უყოს პიროვნების ფსიქიკურ ძალთა შესაძლებლობებს და გაააქტივოს მისი ლოგიკური აპარატი; ამით უნდა მოხდეს ავადმყოფობიდან გადაჭერება და ჯანმრთელობის დაჭერება.

თვითშთაგონება შედარებით ყველაზე ახალი თერაპიული გზაა: მიზანი იგივეა, რაც რაციონალური ფსიქოთერაპიის დროს --- ექიმი ავადმყოფს დამაჯერებლად ეუბნება, რომ მან თვითშთაგონების გზით უნდა დაძლიოს ავადმყოფობა, რაც პრინციპში უეჭველად საინტერესოა და ხშირად იძლევა გამამხნეველ შედეგებს.

თვითშთაგონების დროს ავადმყოფს ვაძლევთ რჩევა-დარიგებას, რომელიც მან უნდა შეასრულოს რიტუალის სიზუსტით; მაგალითად, იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი უჩივის განსაკუთრებულ სისუსტეს და ავლენს ჰიპოქონდრიულ სინდრომს, მან დღეში სამჯერ მაღალ და დარწმუნებული ხმით 20-ჯერ უნდა გაიმეოროს შემდეგი: „ჩემი ჩივილები ავადმყოფური და მოჩვენებითია: მე ვარ ჯანმრთელობის წყარო, ვარ ძლიერი, ვარ ჯანმრთელი“ და ა. შ.

## თ ა ზ ი მ ე ც ხ რ უ

### მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი

ფუნქციური ბუნების მქონე ფსიქოზები წარმოადგენს კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ მეტად საპასუხისმგებლო თავს. ორჯანული ფსიქოზის უარყოფა და ფუნქციური დაავადების მტკიცე დადგენა გვაძლევს არა მატრო მკურნალობის სრულიად გარკვეულ გეზს. არამედ მტკიცე და ურყევი პროგნოზის გამოტანის შესაძლებლობას.

ფუნქციური დიაგნოზის დასმა უკვე ნიშნავს მოსარჩენი და გამამხნევებელი მდგომარეობის აღიარებას.

ტერმინები — „მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი“ ანუ „ცირკულარული ფსიქოზი“, ანუ „ციკლოფრენია“ ერთი და იმავე სულიერი დაავადების სინონიმებია, ხოლო თვით სახელწოდებაში მოცემულია ფსიქოზის კლინიკური შინაარსი.

თუმცა ფსიქოზი წარმოადგენს ერთ მთლიან ნოზოლოგიურ ერთეულს, იგი თავის კლინიკურ მიმდინარეობაში მოცემულია ორი სრულიად მოწინააღმდეგე ფაზის სახით: მხედველობაში გვაქვს მანიაკალური და დეპრესიული ფაზები.

რადგან ხსენებული ორი ფაზა გვხვდება ერთსა და იმავე ავადმყოფში, ხშირად ცვლის ურთიერთს და ზოგჯერ შერეულ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე, მკვლევარნი მივიდნენ იმ გადაწყვეტილებამდე, რომ აქ უნდა არსებობდეს ერთი ნოზოლოგიური დაავადება.

ტერმინი „ცირკულარული“, „პერიოდული“ ანუ „ციკლოფრენია“ გულისხმობს იმას, რომ ფსიქოზის კლინიკა წარმოდგენილია პერიოდული შეტევებით.

შეტევების გარეშე ე. წ. „ნათელ პერიოდებში“ საქმე გვაქვს პარონებთან სრულ კომპენსირებულ (კლინიკურად ჰანმრთელ) მდგომარეობასთან.

ციკლოფრენია არაპროგრადიენტული დაავადებაა: კეუასუსტობას იგი არ იძლევა, ასაკის მხრივ შეტევათა მაქსიმუმი მოდის 20—25 წლებზე.

შეტევების ხანგრძლივობა ახალგაზრდა ასაკში ხანმოკლეა (საშუალოდ 4—6 თვე), ხოლო მომდევნო ასაკში უფრო ხანგრძლივი (ერთი წელი და ზოგჯერ მეტიც).

შეტევების რაოდენობა მეტად ვარიაციულობს. არის შემთხვევები, როცა ადგილი აქვს სულ ერთ ან ორ შეტევას, ხოლო ზოგჯერ შეტევების რიცხვი დიდია, ამის მიხედვით, ნათელი პერიოდის ხანგრძლივობა მირყეობს რამდენიმე თვიდან, რამდენიმე ათეულ წლამდე.

მანიაკალური და დეპრესიული ფაზები ყოველთვის თანაბარი ძალით და ხანგრძლივობით არის გამოხატული; სჭარბობს ხან ერთი, ხან მეორე.

ჩვეულებრივ, ფაზებს შორის ნათელი პერიოდი არსებობს, ზოგჯერ კი მანიაკალური ფაზა უშუალოდ გადადის დეპრესიულში და პირიქით.

ციკლოფრენია თავისი ბუნებით კეთილთვისებიანი და დადებითი პროგნოზის მქონე ავადმყოფობაა.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ შემთხვევები, როდესაც შეტევები მეტად ხშირია, ხოლო ნათელი შუალედი მეტად მოკლე, არ შეიძლება განხილულ იყოს როგორც აბსოლუტურად დადებითი პროგნოზის მქონე მდგომარეობა. უკანასკნელ შემთხვევებში პიროვნება ერთგვარად ილახება; ადგილი აქვს ფსიქიკური აპარატის ზოგიერთი ფუნქციის დევეიტივებას.

ციკლოფრენია ძირითადად წარმოადგენს კონსტიტუციურ, ე. ი. ნერვული სისტემის ტიპოლოგიით განსაზღვრულ დაავადებას. მისი ეტიოლოგიისათვის ბიძგის მიმცემა მომენტების მნიშვნელობა აქვს ქალას ტრავმებს, ფსიქიკურ განცდებს. ინფექციით ინტოქსიკაციებს და გენერაციულ ფაზებს.

როგორც ვიცით, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი ფუნქციურად დაავადებაა; ამ დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში რაიმე პათომორფოლოგიურ ცვლილებებს ადგილი არა აქვს.

ნერვოფსიქიკური აპარატის გაღიზიანება და ორგანიზმის „მოწყველის“ ნიშნები ფუნქციურია, დროებითი და სრულიად წარმავალი.

შეცვლილია როგორც ქერქული და ქერქვეშა აპარატის ელექტრული აქტივობა (ბიოდენები), ისე ენდოკრინულ-ვეგეტატიური აპარატის დინამიკური შესაძლებლობა.

ფიზიკურ სიმპტომატოლოგიას საფუძვლად უდევს ფუნქციურა ბუნების მქონე ნეიროდინამიკური ძვრები.

ორივე ფაზას ახასიათებს სისხლის წნევის მომატება და მაჯის აჩქარება, ამასთან, პულსი მანიის დროს რბილია, ხოლო დეპრესიის დროს — დაჭიმული.

ტროფიკული ცვლილებების მხრივ აღსანიშნავია თმის გაცვენა, მენსტრუაციის შეჩერება (ან დაკარგვა), მშრალი კანი და სიგამზდრე.

განსაკუთრებით საინტერესოა მოვლენები სხეულის წონისა და ძილის მხრივ. სხეულის წონის შემცირება და ძილის აშლა გვხვდება ორივე ფაზაში, ხოლო მათი გამოსწორება მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებელია.

მანიაკალური ფაზისათვის პროტოპოპოს და მახასიათებლად მიაჩნია შემდეგი სამი ნიშანი (ტრიადა): მაჯის აჩქარება, გუგების შევიწროება და შეკრულობა.

დეპრესიის დროს მადა დაწეულია; ავადმყოფები კარგავენ წონას; ზოგჯერ საჭიროა მიემართოთ ხელოვნურ კვებას.

მანიაკალურ ავადმყოფებს აქვთ განსაკუთრებით მომატებული მადა. მაგრამ იმდენს მოუსვენრობენ და მოძრაობენ, რომ ისინიც ძლიერ ხდებიან.

წონის შემცირება მანიის დროს უნდა აიხსნას არა მარტო იმ გარემოებით, რომ ავადმყოფები დიდ ენერგიას კარგავენ, არამედ თვით საკვები პროდუქტების ჯეროვანი ათვისების შეუძლებლობით (კამენ ძლიერ ჩქარა და საკმელს სათანადოდ ვერ ღეჭავენ).

ძილის აშლას ეკუთვნის ცენტრალური ადგილი როგორც მანიაკალური, ისე დეპრესიული ფაზების დროს.

წყნარი და მშვიდი ძილი მიუთითებს მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე.

სუფთა მანიაკალური მდგომარეობა ხასიათდება იმით, რომ ამ დროს ფსიქიკურ აპარატში ადგილი აქვს თანაბარ აგზნებას. აქ სამივე სფერო გალიზიანებულია ჰარმონიულად; ხოლო გალიზიანების ხარისხის მიხედვით შესაძლოა საქმე გვქონდეს ჰიპომანიაკალურ, მანიაკალურ ან მძიმე მანიაკალურ სტატუსთან.

გარეგანი მომენტების მიხედვით აგზნების მდგომარეობა შეიძლება: გაძლიერდეს.

მცირე მიზეზის გამო ავადმყოფები განრისხებაში მოდიან, ხოლო ზოგჯერ დაყვავება და თბილი მოპყრობა მათ ამშვიდებთ. ყველა ფუნქციის გალიზიანების შედეგად ვიღებთ ავადმყოფის პიროვნების მთლიან ჰარმონიულ აგზნებას. სწორედ ეს უკანასკნელი გარემოება წარმოადგენს ცენტრალურ სიმპტომს შიზოფრენული ბუნების მქონე აგზნების გამოსარიცხავად.

ავადმყოფებს აქვთ აწეული თვითგრძნობა და გუნებგანწყობა. ისინი ყოველმხრივ კმაყოფილი არიან.

გონებრივი სფეროც გალიზიანებულია. კრიტიკული შესაძლებლობა და აზრთა კონტროლი დაქვეითებულია; ამის შედეგად ადგილი აქვს ასოციაციათა აჩქარებას, ხოლო ასოციაციების შეუღლება და აზროვნება განსაკუთრებით ზერელეა.

ასოციაციათა აჩქარებამ ზოგჯერ შეიძლება მძიმე ხასიათი მიიღოს. ამ დროს ავადმყოფი ვერ ასწრებს გარკვეულ წარმოდგენებზე შეჩერებას, მათ ანალიზს და სტოვებს აბნეული ავადმყოფის შთაბეჭდილებას.

ავადმყოფი აზრს ვერ იკრევს ყურადღების გაფანტულობის გამო: მისი პასიური ყურადღება აწეულია, ხოლო აქტიური — განსაკუთრებით დაწეული.

სასიამოვნო განცდებთან ერთად ავადმყოფები ადვილად მოდიან განრისხებაში, მაგრამ მალე წყნარდებიან და ლმობიერი ხდებიან.

ავადმყოფთა პიროვნების ბირთვი მორალურად შენახულია; ამ მხრივ პროგრესული დამბლის დიამეტრულად საწინააღმდეგო მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე.

დაუშვებელ და უწმაწურ სიტყვიერ პროდუქციებს ზოგჯერ შესაძლოა შევხვდეთ სუფთა მანიის შემთხვევებშიც, მაგრამ დაწყნარებისას ავადმყოფები ბოდიშს იხდიან ხოლმე და გრძნობენ ჩადენილი საქციელის უხერხულობას.

ჰალუცინაციებს ადგილი არა აქვს; ავადმყოფთ აღენიშნებათ შემცდარი ელუზორული აღმქმელობა, რასაც საფუძვლად უნდა ედოს აქტიური ყურადღების შესუსტება და საგანზე მისი ფიქსაციის შეუძლებლობა.

ასევე ადგილი არა აქვს ბოდვითს იდეებს. აწეული გუნებგანწყობ-

ბის ფონზე წამოკრილი განდიდების პროდუქციები მოკლებულაა ბოლოითი იდეების სიმტკიცეს და უფრო მოგვაგონებს ფანტაზიურ წარმოდგენას.

ავადმყოფებს მეკეთრად აქვთ გამოხატული მოტორული ფუნქციების აგზნება. რაც მოცემულია პათოლოგიური პიროვნების მთლიანობაში. ამიტომ მათ აღენიშნებათ მოქმედებათა და არა მოძრაობათა აგზნება.

ისინი ბევრს მოქმედებენ: დარბიან დახტიან, ცეკვავენ, აწუხებენ მგზობლებს, მომვლელ პერსონალს მოსვენებას არ აძლევენ, ამასთან ერთად. ლაპარაკობენ იმდენს, რომ ხმა ეხლიჩებათ; არ სძინავთ და არ ახვენებენ: მათ არ ეტყობათ დაღლილობის ან მოქანცულობის ნიშნები.

#### ღვარსნიული ფაზის კლინიკური სურათი

თუ მანიაკალური ფაზის დროს ფსიქიკური აპარატის სამივე სფეროში აღენიშნება თანაბარი აგზნება. ციკლოფრენიულ, ე. ი. სუფთა დეპრესიის დროს იგივე სამი სფერო ერთნაირად და თანაბრად დაკნინებული და შეფერხებულია.

გრძნობით ემოციური სფერო დაწეულია, ხოლო ინტელექტი და მოტორიკა შეფერხებული.

დაკნინებისა და შეფერხების სიღრმის მიხედვით ვარჩევთ სუბდეპრესიულ, დეპრესიულ და მძიმე დეპრესიულ მდგომარეობებს.

როგორც წესი, ცნობიერება ნათელია, ხოლო მძიმე შემთხვევაში შესაძლოა ცნობიერება აბნეული იყოს.

ავადმყოფებს აღენიშნებათ განსაკუთრებით მძიმე, უსიამოვნო გუნებგანწყობა და აფექტური შთანთქმულობა.

ავადმყოფებს სახე დაღვრემილი, დანაოჰებული აქვთ და გადმოგვეცემს მწუხარება-მკმუნვარებას.

მძიმე დეპრესიაზე მიუთითებს როგორც შუბლის, ისე ქუთუთოს დანაოჰება.

თვითგრძნობა-გუნებგანწყობის დაწევა დაკავშირებულია ორგანიზმის ზოგადი ბიოტონუსის დაქვეითებასთან.

ცხოველი განცდები, ნამდვილი მწუხარება ეკუთვნის იმ ძირითად

სიმბტონთა რიგს, რომლითაც ციკლოფრენიული, ანუ სუფთა დეპრესია განსხვავდება შიზოფრენიით და პროგრესული დამბლით დაავადებულთა დეპრესიისაგან.

როგორც ვიცით, შიზოფრენიული დეპრესია ყალბია და გაპირობებულია ემოციური სფეროს განურჩევლობით, ხოლო პროგრესულადამბლს დროს ემოციურ განურჩევლობას საფუძვლად უდევს ავადმყოფთა განებრივი სიღარიბე, კეუასუსტობა.

ასოციაციები შეფერხებულია: ავადმყოფები ლაპარაკობენ ძლიერ ნელა, დაბალი ხმით და კარგავენ აზროვნების ინიციატივას. ზოგჯერ ადგილი აქვს დეპრესიული ტონის ბოდვის პროდუქციებს, როგორც არის თვითბრალდების, თვითგანადგურების, დევნისა და ნიჰილისტური-პიპოქონდრიული ბოდვები.

მოტორული სფერო შეფერხებულია, ფუნქციათა შეფერხება, შეკავება: ზოგჯერ იძლევა ე. წ. დეპრესიულ სტუპორს.

### ციკლოფრენის აბიოგრაფიი ფორმები

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ატიპობრივი ფორმების განხილვისას პირველ რიგში საჭიროა აღინიშნოს ე. წ. შერეული მდგომარეობები.

უკანასკნელ შემთხვევებში ერთსა და იმავე დროს ადგილი აქვს როგორც მანიის, ისე მელანქოლიის ელემენტებს. იმის მიხედვით, თუ როგორ იქნება წარმოდგენილი შესაძლო კომბინაციები, მივიღებთ ფსიქოზის საბოლოო კლინიკურ სურათს.

შერეული ხასიათის მდგომარეობები გვხვდება დამოუკიდებლად, მაგრამ უფრო ხშირად ფაზების ურთიერთშეცვლის (ანუ ურთიერთგადასვლის) პერიოდში.

შერეულ ფორმათა განხილვისას პრაქტიკულად საინტერესოა შემდეგი კლინიკური მდგომარეობანი: დეპრესიული, ანუ განრიხების მანია (მანიაკალური მდგომარეობა, რომლის დროსაც დაწეულია ემოციური სფერო; ზოგჯერ თან ერთვის მიდრეკილება განრისხებისადმი); აქტიური მელანქოლია (დეპრესიას თან სდევს ფსიქომოტორიკის გაღიზიანება, რის გამოც ავადმყოფები მოტორულად მოუსვენარი და მშფოთავი არიან; ხშირია ინვოლუციის პე-

რიოდში); სტუპორული მანია (მანიაკალური მდგომარეობა მოტორიკის შეკავებით); უპროდუქციო მანია (მანიაკალური მდგომარეობა მეტყველებითი ავზნების გარეშე, რაც შედეგია გონებრივი სფეროს შეფერხებისა).

ზემოხსენებულ ფორმათა გარდა, კლინიკურად დასაშვებია კიდევ სხვაგვარი ვარიაციები.

ფსიქოზის ატიპობრიობა შესაძლოა გამოიწვიოს სრულიად შემთხვევითმა თანდართულმა მომენტებმა, როგორც, მაგალითად. ინფექცია-ინტოქსიკაციებმა და სხვ. უკანასკნელ შემთხვევაში ციკლოფრენიის ესა თუ ის ფაზა გართულებულია ცნობიერების პირველადი შეცვლით (დელირიული, ანუ დელირიულ-ამენციური მოვლენებით).

ციკლოფრენიის ერთ-ერთ დამოუკიდებელ ფორმას შეადგენს ე. წ. ციკლოთიმია, რომელიც თავისი კლინიკური მიმდინარეობით მოგვაგონებს გაშლილი ფსიქოზის მინიატურულ, ანუ აბორტულ სახეს. ამ დროს საქმე გვაქვს ჰიპომანიაკალურ ან სუბდეპრესიულ მდგომარეობასთან.

ავადმყოფები ზოგჯერ ინარჩუნებენ შრომის უნარსაც: ამიტომ ციკლოთიმის შემთხვევათა მკურნალობა შესაძლოა ჩატარდეს ოჯახურ პირობებში; პოლიკლინიკურად — ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში.

### ციკლოფრენიით ავადმყოფთა მკურნალობა

ციკლოფრენიით ავადმყოფთა მოთავსება სტაციონარში სავალდებულოა. საჭიროა რეჟიმის შექმნა და სათანადო მოვლა-ყურადღება.

დაძაბულ მზრუნველობას მოითხოვენ დეპრესიული ავადმყოფები, რადგან მათ აქვთ თვითმკვლელობის ცდები; განზრახვა რომ სისრულეში მოიყვანონ, ავადმყოფები ხშირად ახდენენ დისიმულაციას: ცდილობენ, როგორმე თავი დააღწიონ სტაციონარს ან მომვლელი პერსონალის ყურადღებას.

როგორც მანიაკალური, ისე დეპრესიული ავადმყოფები მოითხოვენ განსაკუთრებულ, გულთბილ და ყურადღებიან მოპყრობას.

მართალია, მათზე აქტიური ფსიქოთერაპია უშუალო ზეგავლენას არ ახდენს, მიუხედავად ამისა რაციონალური ფსიქოთერაპიული ხა-



სიათის ხანგრძლივი საუბრები ავადმყოფებზე მოქმედებს ძლიერ დამამშვიდებლად.

მანიაკალურ ფაზაში ნაჩვენებია ლუმინალი, მედინალი ან ვერონალი, ძლიერ კარგ შედეგს იძლევა ხანგრძლივი თბილი აბაზანები.

ჰიდროთერაპია ნაჩვენებია აგრეთვე დეპრესიულ ფაზაში.

დასამშვიდებლად მიემართავთ ლუმინალს, ბრომურალს ან ვერონალს. ფენამინი ამხნევეს ავადმყოფს. აქტიური დეპრესიის და შიშის დროს კარგ შედეგებს იძლევა ოპიუმი წვეთებში.

ტოფრანილი, როგორც ანტიდეპრესიული პრეპარატი, წარმოადგენს საუკეთესო საშუალებას, რათა კლინიკურ მასალაზე და ექსპერიმენტის პირობებში შევისწავლოთ ნეიროდინამიკური თავისებურებანი. ამასთან დაკავშირებით, აუცილებელია ხაზი გაესვას იმ გარემოებას, რომ თანამედროვე ფსიქონევროლოგია ფართო საგამოცვლევო შესაძლებლობებს სახავს როგორც კლინიკური ფსიქონევროლოგიის, ასევე ფიზიოლოგიისა და პათოფიზიოლოგიის თეორიისა და პრაქტიკის წინაშე.

ტოფრანილის ფარმაკოდინამიკა არ იმეორებს ნეიროლეპტიურ, საშუალებების ფარმაკოდინამიკას და ამით არ იმეორებს თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიის ძირითად დებულებებს, რომლებიც შეეხებიან მცირე, საშუალო და დიდი დოზების ე. წ. ფსიქონეიროტროპული სამკურნალო ნივთიერების ფუნქციურ განსხვავებულ ეფექტურობას.

ტოფრანილი არ ახდენს უშუალო გავლენას მანიაკალურ სინდრომზე და ამიტომ დეპრესიული სინდრომის მოხსნა ხორციელდება არა აგზნების ნეიროდინამიკური მექანიზმებით. ტოფრანილით მკურნალობის დროს დეპრესიული სინდრომის შერბილებას, ანდა სრულიად მოხსნას თან სდევს გულ-სისხლძარღვთა ცვლილებები, უმთავრესად გულის რეაქტიულობის გაძლიერებით.

## შიზოფრენიის პრობლემა

შიზოფრენიის კლინიკა

შიზოფრენია კლინიკური და თეორიული ფსიქიატრიის ძირითად პრობლემას წარმოადგენს. ამითაა გაპირობებული ის, რომ ფსიქიატრიის როგორც სამედიცინო დარგის ზოგადთეორიული მოსაზრებანი შიზოფრენიის პრობლემის შემოქმედებითი ძიებისაკენაა მიმართული. ამ პრობლემის ზოგიერთი მხარის დაძლევა ამდირებს და წინ სწევს ფსიქიატრიას. ფსიქიატრიის თეორია და პრაქტიკა განუყოფელია შიზოფრენიის თეორიისა და პრაქტიკისაგან.

ეწეა აღინიშნოს, რომ ყოველი კლინიკური დისციპლინა, რომლის კვლევის საგანს ადამიანის ორგანიზმის პათოლოგიური მდგომარეობის თავისებურების შესწავლა წარმოადგენს, ვალდებულია გაანალიზოს დაავადების ბიოსოციალური საწყისებიც. მედიცინის სხვა დარგებისაგან განსხვავებით, ისტორიულად ფსიქიატრია მუდამ იმყოფებოდა თავისი დროის სოციალურ-კულტურული დონის ზეგავლენის ქვეშ.

შენებისმეტყველების. ბიოლოგიისა და, უწინარეს ყოვლისა, ლაბორატორიული ტექნიკის მიღწევებმა ფსიქიატრია გამოიყვანა იმ ჩივილან. რამელშიც იმყოფებოდა იგი მრავალი ასეული წლის მანძილზე. ამ მიღწევებმა ფსიქიატრია საბოლოოდ დააყენა მტკიცე სამედიცინო გზაზე. თანამედროვე ნეირომორფოლოგიის (სინაფსოარტიკულური, ჰისტო- და ციტოქიმიის), ნეიროფიზიოლოგიისა (ელექტროფიზიოლოგიის) და კლინიკური ბიოქიმიის ნატიფი მეთოდოლოგია საშუალებანი კვლევის ახალ პორიზონტებს შლიან ფსიქიატრიის წინაშე.

არ არის სწორი შეხედულება, რომლის მიხედვითაც თითქოს არ

არსებობს ფსიქიატრია როგორც დამოუკიდებელი ერთიანი მეცნიერება. უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევის სხვადასხვა საშუალება და ასპექტი არ აბრუნებს კლინიკურ დისციპლინებს იმის უფლებას, რომ ისინი მივიჩნიოთ ერთიან მეცნიერებად.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქიატრიამ არ უნდა უგულებელყოს კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური კვლევის მეთოდი, მის გარეშე იგი დაუახლოვებს თავის შინაარსს, ძიების ობიექტს და დამოუკიდებლობასაც.

ჩვენს იმ ეპოქაში ვცხოვრობთ, როდესაც ადამიანის ობიექტურ-მეცნიერული შესწავლის უამრავი გზები ისახება, ხოლო თვით თავის ტვინი. როგორც ი. პ. პავლოვი მიუთითებდა, მეცნიერული დაკვირვების საგნად იქცევა. უფრო მეტიც, ადამიანი ქმნის ისეთ მანქანებს, რომლებიც საოცრად უადვილებენ მას შრომას, სჯობნიან სიზუსტეში და ოპერატიულ შესაძლებლობაშიც. თანამედროვე ელექტრონიკა და ტელემედიცინა შესაძლებლობას აძლევს კიბერნეტიკის წარმომადგენელთა შექმნას ახალი მეცნიერება — მათემატიკური ლინგვისტიკა და ამ ზუსტი მეცნიერების ვამოყენებით ახსნან სატყვიერი სიგნალიზაციის პრობლემები.

როგორც ცნობილია, ძირითადი ნერვული პროცესების ძვრადობა კლინიკურსტებს აინტერესებთ არა მარტო მათი ლაბილობის თვალსაზრისით, არამედ უწინარეს ყოვლისა ამ პროცესების ელექტიური, ანალიტიკური ირადიაციის, მიმართების მხრივ: ისინი უზრუნველყოფენ ანაქსუსო რეაქციათა ნორმალურ სელას და პირობით შეუღლებს. ელექტიური ირადიაციის კანონზომიერებანი ახალ გაშუქებას პოულობენ ინფორმაციის თეორიის თვალსაზრისით, რაც ძირითად უბანს წარმოადგენს კიბერნეტიკულ მეცნიერებაში. აქვე უნდა დაგვხსნათ, რომ ინფორმაციის, სიგნალიზაციისა და კომუნიკაციების თეორიები კიბერნეტიკის სფეროდან შეიძლება გამოყენებულ იქნას სოლოგიის, მედიცინისა და პათფსიქოლოგიის მიერ, ცხადია. ამ მეცნიერებათა თავისებურებების გათვალისწინებით. ამ მხრივ კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ დაკვირვებათა ანალიზი დაზღვეული უნდა იქნეს მოსალოდნელი გატაცებებისა და შეცდომებისაგან. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფსიქიკური მოქმედების პირობაარეფლექსურ საფუძვლებს და მის სოციალურ-ბიოლოგიური ბუნებას ერთიანობას და მთლიანობას.

სპეციფიკურ-ადამიანური ინფორმაციის თვალსაზრისით შეიძლება განხილულ იქნეს ცალკეული კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებანი, პირველ რიგში შიზოფრენია — სწავლება კომუნიკაციების შესახებ, რომელიც კიბერნეტიკის თეორიის ცენტრალურ ნაწილს წარმოადგენს, ინტერესმოკლებული არაა შიზოფრენიული პროცესის ნეიროდინამიკური საფუძვლების შესწავლის შექაზვევაშიც.

დისინაფსიას, შიზოფრენიული ატაქსიის როგორც მორფოლოგიურ და ფუნქციურ საფუძველს, ერთგვარი მსგავსება აქვს ინფორმაციის გადამცემი გზების აშლასთან.

ფსიქიკურ და ფიზიოლოგიურ წანამფლვართა ურთიერთობის, სუბიექტურ და ობიექტურ მოვლენათა ერთიანობის პრობლემები იყო და რჩება ადამიანთა შემოქმედებითი კვლევის უაღრესად რთულ და გადამწყვეტ საგნად. მიუხედავად ამისა, თანამედროვე ბუნებისმეტყველების, ნეიროფიზიოლოგიის და ნეირომორფოლოგიის მიღწევებთან ერთად აღნიშნული პრობლემები ახალ გაშუქებას პოულობენ.

კლინიკის და ექსპერიმენტული პათოლოგიის მონაცემები სულ უფრო და უფრო მეტად არწმუნებენ თეორიულ და პრაქტიკული მედიცინის წარმომადგენლებს, რომ არსებობს გარკვეული კავშირი (ხიდი) ორ თითქოსდა ერთმანეთთან დაუკავშირებელ საწყაროს შორის — ფსიქიკასა და სომატიკას შორის. ეს ხიდი — კავშირი მტკიცე საფუძველს პოულობს ნევრიზმის პრინციპში, თავის ტვინის, კერძოდ ადამიანის დიდ ჰემისფეროთა ქერქის ინტეგრირებულ და მარგულირებულ მოქმედებაში.

ნევრიზმის პრინციპი, როგორც ევოლუციური ბიოლოგიის ზოგადი დებულება, საშუალებას გვაძლევს გავანალიზოთ ერთმანეთისაგან დაშორებული, ზოგჯერ საწინააღმდეგო კლინიკური და ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიული ფაქტები.

სომატური აშლილობანი (სხვადასხვა შინაგან ორგანოთა დაავადებანი) ქმნიან პათოლოგიურ ფონს, რომელიც სახეს უცვლის პიროვნების ნეიროდინამიკურ პროფილს, რითაც მონაწილეობას ეღებულობს მრავალფეროვან ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომთა განვითარებაში.

საქიროდ ვთვლით მიევითითოთ, რომ ინფორმაციის თეორიამ თავისი შემოქმედებითი გამოყენება ჰპოვა სხვადასხვა მეცნირების

კვლევითი საქმიანობის დროს, როგორცაა ბიოლოგია, მედიცინა, საინჟინრო-ტექნიკური მეცნიერებანი, ფიზიკა და მათემატიკა, ჰუმანიტარული მეცნიერებანი, (ლინგვისტიკა, ფსიქოლოგია, ისტორია, სოციოლოგია), აღნიშნულმა გარემოებამ ხელი შეუწყო მათ დაახლოებას, ურთიერთშემოქმედებითი ინტერესების გაზიარებას და კიბერნეტიკული აზროვნების სახელწოდების ქვეშ ზოგადმეცნიერული პრინციპების ფორმულირებას. გასაგებია, არ არსებობს და არც შეიძლება არსებობდეს ახალი ზოგადი მეცნიერული აზროვნების ტიპი, სახე, რომლის მონაპოვარიც მექანიკურად იქნება გამოყენებული სხვადასხვა სპეციალობის მუშაკთა მიერ, მაგრამ დებულება შემოქმედებითი დაახლოების აუცილებლობისა ცალკეული თეორიული და პრაქტიკული პრობლემების გადაწყვეტისას სავსებით გამართლებულია, განსაკუთრებით კლინიკური დისციპლინების მიმართ.

კლინიკური მედიცინა მანამდე სხვადასხვა დარგებად დაყოფილი აქვამდ კვლავ დგება შემოქმედებითი დაახლოების გზაზე. ეს დაახლოება გაპირობებულია თვით სამედიცინო მეცნიერების განვითარებით და აგრეთვე ნევრიზმის პრინციპის უნივერსალური ხასიათით. ამ თვალსაზრისით აქტუალურად დგება საკითხი კლინიკათა შორის კონფერენციების ჩატარების აუცილებლობისა.

ჩვენი ცოდნის თანამედროვე დონეზე, ნევრიზმის პრინციპს. როგორც ზოგადსამედიცინო დებულებას, მხედველობაში აქვს არა მარტო ტვინოვანი აპარატის ტროფიკული და ვეგეტატიური როლი, არამედ დაცვითი შეკავების მნიშვნელობა და ქერქქვეშა არასპეციფიკური დინამოგენეზი.

ქერქქვეშა ელექტროფიზიოლოგიის მიღწევები უფრო ამდიდრებენ ნევრიზმის პრინციპს.

ისტორიულად ფსიქიატრიის განვითარება მკვიდროდა დაკავშირებული მედიცინის პროგრესთან. ამ უკანასკნელის პრინციპული შეხედულებანი წინ სწევენ ფსიქონევროლოგიის თეორიას და პრაქტიკას. ამ თვალსაზრისით სათანადო ყურადღებას იმსახურებს შემოქმედებითი ბრძოლა ნოზოლოგიური და ანტინოზოლოგიური ფსიქიატრიის წარმომადგენელთა შორის. ეს კამათი განსაკუთრებით მწვავედ შეეხო შიზოფრენიას. ფსიქიატრიის როგორც ძირითად პრობლემას.

შიზოფრენიის ნოზოლოგიური ერთეულის დამოუკიდებლობის

საკითხმა საერთოდ ფსიქიატრიის ნოზოლოგიის პრობლემა აანაბარმნიშვნელოვანი ხასიათი მიიღო.

შიზოფრენიის ნოზოლოგიის საკითხებს არამართებულად უკავშირებენ კლინიკურ გამოვლინებათა სპეციფიკურობის პრობლემას. მხედველობიდან რჩებათ ის გარემოება, რომ კლინიკური ფსიქიატრიისათვის უცხოა ცნება პათოგნომური და სპეციფიკური სიმპტომატიკის შესახებ. ამ მხრივ წარმოებული კვლევა მიმართული უნდა იყოს ზოგადი კლინიკური ფსიქოპათოლოგიის დაზუსტებისაკენ, სადაც გარკვეული ადგილი დაეთმობა პიროვნების პათობიოლოგიურ თავისებურებას. მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე ნოზოლოგიის შინაარსი მეტად დინამიურია, იგი მაინც არ გამორიცხავს ცალკეული დაავადებისათვის დამახასიათებელ თავისებურებათა არსებობას.

ფსიქიატრიული ნოზოლოგიური საკითხების ანალიზისას ყურადღება უნდა დაეთმოს იმ ნიშნებს, რომლებსაც საერთო აქვს პედიცინასთან და ამათთან. ერთგვარად განასხვავებს მისგან.

ზოგად და საერთო ნიშნებს უნდა მივაწიროთ გარდამავალი და შერეული ნოზოლოგიური ფორმების ერთდროული არსებობა. ამასთან, უნდა მივუთითოთ, რომ ატიპიური ფსიქოზების არსებობა სრულადაც არ ნიშნავს სხვადასხვა დაავადებათა შერწყმას. მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ფსიქიკური დაავადების განვითარებაში და დიაგნოსტიკაში პროდრომს. და ბოლოს დაავადების კლინიკურ-ბიოლოგიური არსის გაგებისათვის განსაკუთრებით საყურადღებოა ეტიოპათოგენეზი, რაც შეეხება განსხვავებულ ნიშნებს, აქ შეიძლება აღინიშნოს ფსიქონერვულ დაავადებათა სირთულე და ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომთა პოლიეტიოლოგია. უნდა აღვნიშნოთ, რომ კლინიკურ ფსიქიატრიაში საქმე გვაქვს, თუ შეიძლება ასე ითქვას, ორგვარ თავისებურებასთან, ერთია დაავადების კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური არსი, მისი ნეიროლინამიკური წინამძღვრებით, ხოლო მეორე — დაავადების პათობიოლოგიური არსი. აღნიშნული გარემოება მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული შიზოფრენიის პრობლემის სხვადასხვა საკითხის შესწავლისას. როდესაც ფსიქოზურ მდგომარეობათა ორგვარი არსის შესახებ მივუთითებთ, ჩვენ შორსა ვართ ე. წ. ფსიქოფიზიკური პარალელიზმის შეხედულებებისაგან. ამით ხაზს ვუსვამთ მხოლოდ შემოქმედებითი ძიების გზა-წიხებს.

ფსიქიატრიაში ნოზოლოგიური სისტემატიკა პირველ რიგში

მოითხოვს შიზოფრენიის ნოზოლოგიური საფუძვლების განმტკიცებას. ამასთან, შიზოფრენიის ნოზოლოგიური დამოუკიდებლობის უარყოფა ნიშნავს საერთოდ ფსიქიატრიული ნოზოლოგიური პრინციპების უგულვებელყოფას. ასეთი რამ უდიდეს ზიანს მიაყენებს ფსიქიატრიას. როგორც მედიკობიოლოგიურ დარგს, და ამასთან, დიდ სიძნელებებს შექმნის დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობის საკითხების გადაწყვეტაში.

შიზოფრენიის კლინიკისა და პათობიოლოგიის კარდინალური საკითხების გადაჭრის ვარეშე შეუძლებელია ვილაპარაკოთ მისი პათოგენეზური პროფილაქტიკისა და მკურნალობის საკითხების შესახებ.

ჩვენ ვდგევართ იმ პოზიციებზე, რომ შიზოფრენია თავისი განვითარების რთულ გზაზე წარმოადგენს ორგანულ პროგრადიენტულ დაავადებას და რომ იგი ადრეულ სტადიაში აღდგენადია, რვეერზიბილურია.

შიზოფრენიის ზოგიერთი საკითხის შემდგომი დაზუსტების მიზნით მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტის თაოსნობით, საქართველოში ჩატარდა სულით ავადმყოფთა ყველა ფორმის აღწერა. გამოირკვა შემდეგი: რესპუბლიკაში სტაციონარული დახმარების ვარეშე ციკლოფრენია შეადგენდა 0,9%-ს, ინვოლუციური ფსიქოზები — 2,5%, ხოლო შიზოფრენია — 31,8%. თვით სტაციონარში: ციკლოფრენია — 1,1%, ინვოლუციური ფსიქოზი — 3,3. შიზოფრენია — 65,12%. საერთოდ კი სტაციონარში და სტაციონარის ვარეშე: ციკლოფრენია — 1%, ინვოლუციური ფსიქოზი — 2,7, შიზოფრენია — 40,7%.

მოყვანილი მაგალითები ერთხელ კიდევ გვარწმუნებს, რომ შიზოფრენია როგორც გარკვეული დაავადება კი არ უნდა უარყოფთ, არაჰედ საჭიროა გავაძლიეროთ კვლევა მისი ნოზოლოგიური ჩარჩოების დაზუსტებისათვის და დამოუკიდებლობისათვის.

როგორც ცნობილია, ფსიქოზურ მდგომარეობათა ნოზოლოგიური სიტუაციები დაკავშირებულია კლინიკური სინდრომოლოგიის საკითხებთან. ა. სნეენეცკის მიხედვით, შეიძლება ვიმსჯელოთ ამა თუ იმ სინდრომის უპირატესობისა და სპეციფიკურობის შესახებ. სინდრომთა სპეციფიკურობა წარმოადგენს თავის ტვინის გარკვეული დინამიკური დონის დაზიანების შედეგს. ა. სნეენეცკის მიაჩნია, რომ კლინიკური სინდრომები, რომლებიც ეკუთვნიან უხეშ ორგანულ დაავადე-

ზებს. უფრო სპეციფიკურია. გენუინური ეპილეფსიის დროს არსებულნი ზოგიერთი სინდრომი ნაკლებად სპეციფიკურია, ვინაიდან ისინი გვევლებიან სხვა უხეში ორგანული დაზიანებების შემთხვევებშიაც. ყველაზე ნაკლებად სპეციფიკურია აფექტურ-ნეკროზული სინდრონიზი. ფსიქოზების შემთხვევაში ა. სნეჟენესკი უშვებს შესაძლებლობას პირდაპირი კავშირების არსებობისა პოზიტიურ და ნეგატიურ აშლილობათა შორის, ამასთან, პოზიტიური სიმპტომატიკა განსაზღვრავს მოსალოდნელ ნეგატიურ გამოვლინებებს (დეფექტს).

უნდა აღინიშნოს, რომ თუ დაავადების ნოზოლოგიურ დიაგნოსტიკაში ძნელია მსჯელობა სინდრომთა სპეციფიკურობის შესახებ, მით უფრო გარკვეულ სიფრთხილეს მოითხოვს ცალკეული ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების კვალიფიკაცია, როგორც სპეციფიკურისა ამათუ იმ დაავადებათა მიმართ. ამ შემთხვევაში საჭიროა განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭოს ძირითად და წამყვან ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომთა ყოველმხრივ ფენომენოლოგიურ შესწავლას. ცხადია საერთო კლინიკური მონაცემების გათვალისწინებით. მაგრამ, მიუხედავად იმისა, რომ ცალკეული ფსიქოპათოლოგიური ფენომენების დიაგნოსტიკური ღირებულება ერთგვარად შეზღუდულია, ისინი ბინც ღრმა ძიებისა და კვლევის საგანს უნდა წარმოადგენდნენ. საკმარისია გავიხსენოთ პ. ბ. ვანუშინი — კლინიკური ფსიქიატრიის კორიფე, რომელიც კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური ანალიზის დროს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას მიაწერდა ცალკეულ სიმპტომთა ნიუანსებსა და დეტალებს.

ნოზოლოგიის ფარგლებში ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები ცვალებადია. მათი დინამიკა განისაზღვრება საერთოდ კლინიკური მიმდინარეობით.

ა. სნეჟენესკი აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიის მიმდინარეობისას ადგილი აქვს მხოლოდ ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელ ეტაპებს, ფაზებსა და სტადიებს. ავტორის მიხედვით, სწორედ ამაშია მოცემული შიზოფრენიის სპეციფიკურობა. არც ერთი სხვა მწვავე თუ ქრონიკული ფსიქოზური მდგომარეობანი არ განიცდიან ისეთ რთულ განვითარებას, როგორსაც ადგილი აქვს შიზოფრენიის დროს.

ჩვენი აზრით, სინდრომთა „თვითგანვითარების“ პრინციპი ფრანგ ავტორთა გაგებით მოითხოვს დაზუსტებას. არსებულ ფაქტობრივ მასალას იმ დასკვნამდე მივყევართ, რომ ფსიქოზის კლინიკური მიმ-



ღინარეობა განისაზღვრება ერთი მხრივ, ნეიროფიზიოლოგიური მექანიზმების დინამიკით (თავის ტვინის სხვადასხვა დონეებზე დაცვითი შეკავების დინამიკა და ქერქ-ქერქქვეშა ურთიერთობა) და მეორე მხრივ, პიროვნების რეაქციული და კომპენსატორულ-ადაპტაციური შესაძლებლობით. ინდივიდუუმის კომპენსატორულ უნარზე დამოკიდებული რემისიათა სტაბილობა, ფსიქოზურ შეტევათა სიხშირე და რეციდივები. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ფსიქონევროლოგიის თანამედროვე დონეზე თავის ტვინის აპარატის კომპენსატორული შესაძლებლობის ცნება საკმაოდ რთულ ბიოდინამიკურ შინაარსს მოიცავს და განისაზღვრება შემდეგი მომენტებით: კომპენსაციის სიღრმე და ჩარჩოები დამოკიდებულია ადამიანის თავის ტვინის უბნების ვიკარულ შესაძლებლობებზე, ტვინოვანი ქსოვილის პარენქიმულ წარმონაქმნთა მორფოფუნქციურ რევერზიბილობაზე (აღდგენადობაზე), გამტარი გზების გადაჯვარედინების შეცვლაზე, ტვინის უბნების ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ ლაბილობაზე; კომპენსაცია გაპირობებულია აგრეთვე ქერქულ და ქერქქვეშა ცენტრების ფუნქციის შენაცვლებით, პიროვნების დინამიკური დონეების ურთიერთობით (პიროვნების იერარქიის ევოლუციური პრინციპი) და საბოლოოდ, ქერქქვეშა დინამოგენეზის თავისებურებით (უახლოესი ქერქქვეშა რეტიკულური ფორმაციის როლი).

ზემოჩამოთვლილი მომენტები განაპირობებენ თავის ტვინის წილიან და ინტეგრირებულ მოქმედებას; ეს უკანასკნელი თავისთავად წარმოადგენს პიროვნების „მე“-სა და ინდივიდუუმის ფსიქიკური მოქმედების მორფოფიზიოლოგიურ სუბსტრატს.

კლინიკური და კლინიკურ-ექსპერიმენტული ფსიქოპათოლოგიური დაკვირვებანი, ისევე როგორც ექსპერიმენტული პათოლოგიის მონაცემები, გვიჩვენებს, რომ არ არსებობს პათოგნომიური და სპეციფიკური სინდრომები და სიმპტომები. ამიტომ ამ მიმართებით ძიება უშიშნოა და არაფრისმომტანი: არ შეიძლება ვეძიოთ ის რაც არ არის და ვერ ვნახავთ იმას, რასაც ვეძებთ.

ე. გ. გობრონიძემ და ჩვენ შევნიშნეთ, რომ დიფუზური დაავადების სიმძიმესთან დაკავშირებით თავის ტვინის ქერქის სხვადასხვა ფუნქციურ უბნებში აღვილი აქვს პათონეიროდინამიკური ხასიათის ივრებს, რომელიც სასიგნალო სისტემების სხვადასხვა დონეებზე დაცვითი შეკავების განვითარებაში გამოიხატება. ამენციური სინდრო-

მი დამახასიათებელია ტიფის მძიმე ფორმებისათვის; დელირიოზული და დელირიოზულამენციური მსუბუქი ფორმებისათვის, ხოლო ისეთი სიმპტომატიკური ნიშნები, როგორცაა მანიაკალური, ჰიპერმანიაკალური და სხვ. — ტიფის მსუბუქი შემთხვევებისათვის. ამრიგად, ცნობიერების პათოლოგიის სიმძიმე ასახავს არა დაავადების სპეციფიკურობას, არამედ ავადმყოფური პროცესის სიმძიმეს.

თანამედროვე კლინიკურ-ექსპერიმენტული და ექსპერიმენტული კვლევა გამოიჩინა მიზანდასახულობის მრავალწახანაგოვანობით და მეთოდოლოგიურ საშუალებათა სიმდიდრით.

ქიმიურ ნივთიერებათა მრავალფეროვანი, მდიდარი მედიკამენტური არსენალი ფსიქიატრიის წინაშე ფართო პორიზონტებს შლის. ასე იქმნება ფსიქიატრიის ახალი უბანი ფსიქოფარმაკოლოგიის სახით (ფსიქიატრიული ფარმაკოლოგია). სხვადასხვა სამკურნალო საშუალებათა კლინიკური და ექსპერიმენტული გამოცდა თავის მხრივ ხელს უწყობს ახალი კვლევითი მიმართულების ფარმაკოფსიქიატრიის განვითარებას (ფარმაკოლოგიური ფსიქიატრია). კვლევის ორივე გზა ერთმანეთს ამდიდრებს; ისინი ავითარებენ აგრეთვე ფსიქიატრიის თეორიასა და პრაქტიკას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ყველაფერი ის, რასაც იძლევა ექსპერიმენტული ფარმაკოფსიქიატრია (მხედველობაშია ექსპერიმენტები ცხოველებზე), მწვავე ფსიქოზურ გამოვლინებათა ანდა შიზოფრენიის კლინიკის მიმართ, ძალიან შორს დგას ადამიანის პათოლოგიისაგან. ექსპერიმენტული პათოლოგიის მასალებს მეტად შორეული მსგავსება აქვს ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომებთან. როგორც ს. ს. კორსაკოვი აღნიშნავდა, ექსპერიმენტული მოვლენები სულით დაავადებათა სინდრომებს ვერ ასახავენ.

ზაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ შიზოფრენიის ორგანულობის პრობლემა სინტერესოა არამარტო ამ დაავადების ეტიოლოგიური არსის გაგებისათვის. იგი საგულისხმოა პროცესის პროგრადიენტულობის საკითხის შესწავლისათვისაც. თანდათანობითი მიმდინარეობა დამახასიათებელია როგორც დასაწყისისათვის, ასევე შემდგომი კლინიკური მიმდინარეობისათვისაც.

არსებობს გარკვეული ტენდენცია, რათა შიზოფრენიის პოლიეტოლოგიურობის საკითხი გამოყენებულ იქნეს როგორც ნოზოლოგიის საწინააღმდეგო დებულება. აღნიშნულ მოსაზრებას ვერ გავი-

ზიარებთ. საკმარისია გავიხსენოთ ფსიქიატრიის კლასიკოსის ს. ს. კორსაკოვის აზრი, რომლის მიხედვითაც პოლიეტოლოგიურობა, ვთქვათ პოლინევრიტული ფსიქოზების დროს, არ მიუთითებს ნოზოლოგიის საწინააღმდეგოდ. პოლიეტოლოგიურობის დაშვება არ ნიშნავს დაავადების ეტიოლოგიის საკითხში კონდიციონალიზმის პრინციპის აღიარებას. სხვადასხვა მიზეზობრივი ფაქტორები არ შეიძლება მივიჩნიოთ ერთიანებულს. მთავარი და წამყვანი გამოყოფილი უნდა იქნეს მეორე ხარისხოვნებისაგან, რომელიც მხოლოდ ხელს უწყობს და პათოლასტიკურ როლს ასრულებს დაავადების განვითარებაში.

პროცესის თანდათანობითი მიმდინარეობის პრინციპი არ ირღვევა ე. წ. მწვავე შიზოფრენიის კლინიკური შემთხვევების ანალიზის დროსაც.

ო. ვ. კერბიკოვის თანახმად, შიზოფრენიის დასაწყისის მწვავე ვარიანტი ხასიათდება ორგვარი ეტაპის არსებობით; მხედველობაშია ხანმოკლე, ასინდრომული ფსიქოზური მდგომარეობა ამენციურობის ელფერიით და უფრო ხანგრძლივი პოლისინდრომული სტადია.

შიზოფრენიის კლინიკა არ შეიძლება გაიგივებულ იქნეს დუნედ და ნელა მიმდინარე ფსიქოზური მდგომარეობის სიმპტომატოლოგიასთან, რომელთაც ვხვდებით განხანგრძლივებული და ლატენტური ინფექციების შემთხვევებში (მალარია, ბრუცელოზი, ტულარემია, რევმატიზმი, ჭრილობისაგან გამოწვეული ინფექციები და სხვ.). არაიშვიათად ამ უკანასკნელთ ახასიათებთ რემისიული, ინტერმესიული და რეციდივული მიმდინარეობა.

შიზოფრენიის ნოზოლოგიის პრობლემაში ყურადღებას იმსახურებს ინფექციური ეტიოლოგიის საკითხი, რომელიც ამ უკანასკნელ დროს მუშავდება.

უნდა შევნიშნოთ, რომ სხვადასხვა ინფექციური თეორია არ შეიძლება მიღებულ იქნეს, რადგან პათობიოლოგიური არსით შიზოფრენია არის არა ენცეფალიტური, არამედ ენცეფალოპათიური პროცესი. ამიტომ, მონო- და პოლიინფექციების დროს არსებული ჰიპერერგიული რეაქცია შეიძლება განვიხილოთ როგორც პიროვნების თავისებური რეაგირების ერთ-ერთი სახე; ეს უკანასკნელი კვალიფიცირებული უნდა იქნეს როგორც ანალოგიური მდგომარეობა და არა მსგავსი შიზოფრენიისა. მიუხედავად აღნიშნულისა, შიზოფრენიის პრობლემის დამუშავებისას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება

ამ დაავადების ინფექციური ეტიოლოგიის, მიკრობიოლოგიისა და იმუნობიოლოგიის საკითხების შესწავლას. შიზოფრენიისმაგვარ და სიმპტომურ ფსიქოზურ მდგომარეობათა გამომწვევ ინფექციურ ფაქტორთა დაზუსტება ხელს უწყობს ქეშმარიტი შიზოფრენიის ცალკეული ფორმების ჩარჩოების შევიწროებას.

საინტერესოდ მიგვაჩნია შიზოფრენიისმაგვარ გამოვლინებათა კლინიკის შესწავლა ათაშანგური ფსიქოზების დროს.

რაც შეეხება ფსიქოტრავმულ ფაქტორებს, ისინი არ წარმოადგენენ შიზოფრენიის ეტიოლოგიურ მომენტებს.

შიზოფრენიის ეტიოპათოგენეზის საკითხების შემდგომი დაზუსტების საქმეში სათანადო მნიშვნელობა ენიჭება მემკვიდრეობითი ფაქტორების შესწავლას.

როგორც ცნობილია, ავტორთა უმრავლესობა იმ შეხედულებებისაა, რომ შიზოფრენიის დროს ადგილი აქვს მემკვიდრეობითი ნიშნების რეცესიულ გადაცემას. დაკვირვების შედეგად აღნიშნავენ, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ მშობელთა ბავშვები 75% არ იძლევიან ფსიქიკურ დაავადებას. ზოგიერთ ავტორთა მონაცემებით, ისეთ შემთხვევაშიც კი, როდესაც შიზოფრენიით დაავადებულია დედაც და მამაც, მემკვიდრეობითი დატვირთვა ბავშვებს აღენიშნებათ არაუმეტეს 40%. ამიტომ, დაავადების განვითარებისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა გარეგან ფაქტორებს უნდა მიენიჭოს. მემკვიდრეობას მნიშვნელობა აქვს პრემორბიდული ნიადაგის ფორმირებისათვის.

საინტერესოდ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ფაქტობრივი მასალა, რომელიც მიღებულია საქართველოში 1960 წ. ჩატარებული ფსიქონევროლოგიური ექსპედიციის მიერ.

საინტერესოა, რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში მემკვიდრეობითი დატვირთვა ამავე დაავადების სახით აღენიშნებოდათ ავადმყოფთა მხოლოდ 20,8%. ამრიგად, მემკვიდრეობა გარკვეულ როლს ასრულებს შემთხვევათა მხოლოდ ერთ მეხუთედ ნაწილში. აბსოლუტური რიცხვი შიზოფრენიის იმ შემთხვევებისა, სადაც აღინიშნებოდა მემკვიდრეობითი დატვირთვა, შეადგენდა 340. შიზოფრენიის სამასობრივი შემთხვევის პროცენტული ანალიზი შემდეგ სურათს იძლევა: 25% — დაავადებული იყო მამა, 22,3% — დედა; მთლიანად დედ-მამა — 47,3%: დედ-მამა 2,9%, ძმები 16,4%, დები 11,1%; დები და ძმები ერთად 27,5%, სერთოდ ნათესავები 21, 7%. როგორც

ვხედავთ, პირდაპირი მემკვიდრეობითი დატვირთვა მამისგან ან დედისაგან ორჯერ უფრო ნაკლებია, ვიდრე ძმებისაგან, დისაგან ან ნათესავეებისაგან. ხოლო რაც შეეხება მემკვიდრეობითი დატვირთვის როლს, როდესაც შიზოფრენიით დაავადებულია დედ-მამა, ასეთ შემთხვევაში შვილები რვაჯერ ნაკლებად ავადდებიან, ვიდრე ამას ადგილი აქვს დედისა ან მამის ცალკე დაავადების შემთხვევაში.

ამრიგად, შიზოფრენიის ეტიოლოგიაში მემკვიდრეობით ფაქტორებს სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს, მაგრამ ისინი არ წარმოადგენენ წამყვანს. გადამწყვეტი როლი ენიჭება გარეგან, ეგზოგენურ მიზეზებს, ფენოტიპიური ხასიათის მომენტებს.

შიზოფრენიის კლინიკური დინამიკის დაზუსტების მიზნით ჩვენ ა. კ. ცხადაძესთან ერთად დავამუშავეთ ქუთაისის ფსიქიატრიული კოლონიის საარქივო მასალები. შიზოფრენიის ქრონიკული ფორმის 120 შემთხვევიდან, როდესაც დაავადების ხანგრძლიობა 8 წელზე მეტი იყო და აქტიური მეთოდებით მკურნალობას რაიმე დადებითი შედეგი არ მოუცია, დაავადების მწვავე დასაწყისს ადგილი ჰქონდა მხოლოდ 9 შემთხვევაში (7,5%); 111 შემთხვევაში (92,5%) აღინიშნებოდა ავადმყოფობის თანდათანობითი და შეუმჩნეველი მიმდინარეობა.

ანალოგიური შედეგებია მიღებული მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტის უკანასკნელი 20 წლის (1935—1955) ვრცელი საარქივო მასალის შესწავლისას, რომელიც დამუშავებულია ფ. მ. კონტრიძესთან ერთად. გაანალიზებულია შიზოფრენიის 3552 კლინიკური შემთხვევა. გამოირკვა, რომ 277 (7,97%) შემთხვევაში დაავადება იწყებოდა მწვავე ფსიქოზური გამოვლინებით, ხოლო დანარჩენ 3275 შემთხვევაში კი (92,3%) — თანდათანობით და ძნელად შესამჩნევად. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფებს თანდათანობით ეკარგებოდათ შრომითი კავშირები, ეცვლებოდათ პიროვნული თავისებურებანი და მხოლოდ რამდენიმე თვის შემდეგ უფითარდებოდათ სულით დაავადების აშკარად გამოხატული არსებითი ნიშნები.

შიზოფრენიის მწვავე დაწყების 277 შემთხვევიდან 181 შემთხვევაში (65,3%) ჩამოყალიბდა პარანოიდულად დეპრესიულ-პარანოიდული ფორმები. დასაშვებია, რომ ამ დროს შიზოფრენიული ტოქსიკოზის მწვავე ზეგავლენას უპირატესად მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკური უბნები განიცდიდა. 277 შემთხვევაში შიზოფრენიის ტოქ-

სიკურობის გავლენა ქერქვეშა წარმონაქმნებზე გამოიხატა მხოლოდ 95 შემთხვევაში (34,7%), რაც კლინიკურად კატატონიურ სინდრომში გამოქვეყნდა.

ამავე შემთხვევებიდან (277) ცნობიერების პათოლოგიას (გაბრუება, ამენციურ-დელირიოზული და ონეროიდული მდგომარეობანი) ადგილი ჰქონდა 29 (10,4%) შემთხვევაში. თუ შევადარებთ აღნიშნულ 29 შემთხვევას ჩვენ მიერ განხილულ შიზოფრენიის 3552 შემთხვევას, დავინახავთ, რომ ცნობიერების მწვავე აშლას ადგილი ჰქონდა მხოლოდ 0,8%-ში.

აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს, რომ მედუნის მიერ აღწერილ ონეიროფრენიის შემთხვევებს შიზოფრენიის ჰემარიტ ბირთვოვან ფორმებთან უშუალო დამოკიდებულება არ უნდა ჰქონდეთ.

შიზოფრენიის თანდათანობით დაწყების 3275 შემთხვევაში შემდეგი კლინიკური ფორმები აღინიშნება:

პარანოიდური ფორმა	— 55,3 % (1812 შემთხვევა 3275-დან)
მარტივი	„ — 25,2 % (824 „ „ )
კატატონიური	„ — 15,3 % (499 „ „ )
ჰებეფრენიული	„ — 3,7 % (122 „ „ )
ცირკულარული	„ — 0,5 % (18 „ „ )

როგორც ვხედავთ, კატატონიური ფორმის კლინიკა უშუალოდ არაა დაკავშირებული დაავადების მწვავე დასაწყისთან.

ზემომოყვანილი მასალებიდან ირკვევა, რომ ატაქსიური ქცევის ფონზე შიზოფრენიული ტოქსიკოზი ხელს უწყობს პირველ რიგში პარანოიდულ და ჰალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომების განვითარებას. რომლებიც შემდგომში ყალიბდება ხანგრძლივად და დუნედ მიმდინარე ბოლომდე მდგომარეობად. ამასთან, შიზოფრენიის ნელად მიმდინარე ტოქსიკოზით გაპირობებულ ტიპურ შემთხვევებში კლინიკურფსიქოპათოლოგიური სინდრომები ვითარდება ფსიქიკური ანარაქტის ვერტიკალური ვექტორის მიმართულებით. იგი იწყება პიროვნების უმაღლესი ფუნქციური შესაძლებლობებიდან და ეშვება ძირს.

რამდენადაც ნოზოლოგიური მიმართულების მოთხოვნება, როგორც ზოგადსამედიცინო პრინციპები, აუცილებელია შიზოფრენიისათვისაც, ამდენად არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება დაეუშვათ ნევროზის შიზოფრენიაში გადაზრდის შესაძლებლობა.

სხვადასხვა პრეფსიკოზური ნევროზისმაგვარი მდგომარეობანი ისტერიის, ეს-ქა-სტენიის, ჰიპოქონდრიისა და ნევრასთენიის სახით, და აგრეთვე ფსიქოპათიური ხაზების განვითარება ხასიათში შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც ფსიქიკური აპარატის ლაბილობისა და რეაქტიული სიმყიფის, მსხვრეველობის თავისებური გამოვლინებანი, რასაც შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ზოგჯერ შიზოფრენიის დასაწყისში.

ნევროზის, ფსიქონევროზის და რეაქტიული მდგომარეობების დროს შიზოფრენიის საწყისების ძიების მიმართ ჩვენ მივმართეთ ფსიქონევროლოგიური დისპანსერების რიცხობრივ მაჩვენებლებს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ რიცხობრივად დიდი მასალის ანალიზი არ არის მარტივი სტატისტიკური სქემა. იგი წარმოადგენს მეტად თვალსაჩინო საშუალებას, რომელიც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ფსიქოზურ მდგომარეობათა კლინიკური შეფასების დროს. დამუშავებულია დისპანსერების ათი წლის მასალა (1945—1954). გამოყენებულია არხანგელსკის ოლქის ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს, ტაშკენტის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის, სომხეთის სსრ ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის, თბილისის რესპ. ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის და ბათუმის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის პოლიკლინიკური მასალა.

კლინიკურ-სტატისტიკური მეთოდის სარგებლიანობა და ღირებულება გამართლებულია ფსიქიატრიის ისტორიით. ჩვენი მეცნიერების კორიფეები აღნიშნულ მეთოდს ერთ-ერთ მასალად იყენებდნენ ფსიქიკურ დაავადებათა ნოზოლოგიური სისტემატიზაციისათვის.

ჩვენი თხოვნის საფუძველზე აღნიშნული დაწესებულებების მიერ სტატისტიკური ანალიზის შედეგად გამოანგარიშებული იყო შიზოფრენიის შემთხვევათა ყოველწლიური პროცენტული ჯამი ნევროზების, ფსიქონევროზებისა და რეაქტიულ მდგომარეობათა პროცენტებითა სეფარდებით.

იგივე გაკეთდა ინვოლუციური ფსიქოზებისადმი. როგორც ცნობილია ინვოლუციური ნევროზები და ფსიქოზები შეადგენენ დისპანსერული კონტინგენტის ხშირ შემთხვევებს. გარდა აღნიშნულისა, ინვოლუციური ბუნების ნევროზების და ფსიქოზების ურთიერთობის საკითხი დავაუმორებელია ფსიქიკურ დაავადებათა ნოზოლოგიის პრობლემათა

წარმოდგენილი მასალა გვიდასტურებს, რომ შიზოფრენია თავისი განვითარების ადრეულ ფაზაში ხასიათდება გარკვეული და მრავალფეროვანი კლინიკური თავისებურებებით. ზოგიერთი, იშვიათი პრე-შიზოფრენიული ფსიქონევროზული მდგომარეობა კვალიფიცირებული უნდა იქნეს, როგორც ერთიანი კლინიკური მიმდინარეობის გარკვეული ეტაპი და არა როგორც ნევროზის ფსიქოზში გადაზრდის შემთხვევა.

ინვოლუციური ნევროზები პოლიკლინიკის მასალაზე საკმაოდ მრავალადა და არც ისე იშვიათად ისინი წინ უსწრებენ საკუთრივ ინვოლუციურ ფსიქოზს. აპრიორულად შეგვეძლო დაგვეშვა, რომ დისპანსერულ მასალაზე ინვოლუციური ნევროზები და ფსიქოზები დიდ რიცხვს შეადგენს. მაგრამ ფაქტობრივმა მონაცემებმა საწინააღმდეგო მდგომარეობა გვიჩვენა. საშუალო არითმეტიკულ მაჩვენებელთა გამოანგარიშების მიხედვით გამოირკვა, რომ შიზოფრენის შემთხვევები სამჯერ (ბათუმის დისპ. მასალა), ოთხჯერ (თბილისის დისპ. მასალა), ხუთჯერ (ტაშკენტისა და ერევნის ფსიქ. საავადმყ. მასალა), ათჯერ (რესპ. ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის მასალა) და თორმეტჯერ (აზხანგელსკის ფსიქიატრიული დისპ. მასალა) უფრო მეტია ინვოლუციურ ფსიქოზებთან შედარებით. საერთოდ კი შიზოფრენიის შემთხვევები 6,5-ჯერ მეტი გამოდგა.

ინვოლუციური ფსიქოზისა და შიზოფრენიის სტატისტიკური მონაცემების ურთიერთდამირისპირებისა და შედარების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ თუ გადაზრდის პრობლემა ინვოლუციური ფსიქოზის დროს კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას, შიზოფრენიის შემთხვევაში იგი საერთოდ მოხსნილია. ამ უკანასკნელ გარემოებას გარკვეული პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს (ნაადრევი დიაგნოსტიკა და სასწრაფო თერაპიული ღონისძიებათა ხპარება).

აღიარებულად უნდა მივიჩნიოთ, რომ შიზოფრენიული ჰქუასუსტობა მეტად თავისებურია. როგორც მ. ბლეილერი აღნიშნავს ამ დროს ინტელექტუალური და ემოციური შესაძლებლობანი შენახულია. ისინი არა თუ დაქვეითებული, არამედ ფორმალურად და გარეგნულად ერთგვარი თითქოს შებღალულიც კი არ არის. ფსიქიკური აპარატის ფუნქციათა ასეთი შენახვის გვერდით ან მის მიღმა, ვხვდებით ავადმყოფურ აშლილობასაც.

შიზოფრენიის თანდათანობითი დაწყების დროს თავიდანვე პათოლოგიურად იცვლება ავადმყოფის დამოკიდებულება გარე სამყაროს-



თან და აგრეთვე შინაგან სამყაროდან მომდინარე შევარძნებათა მიმართ. დამოკიდებულებათა პათოლოგია გაპირობებულია არა აღქმის დარღვევით. არამედ აღქმულის მანკიერი შეფასებით.

ეს გარემოება განსაზღვრული უნდა იყოს სასიგნალო სისტემების. უპირატესად მეორე სასიგნალო სისტემისა და ქერქქვეშა უბნების დინამიკური ურთიერთობისა და მთლიანი მოქმედების დარღვევით.

მოვლენათა თუ საგანთა შეფასება ყოველთვის გულისხმობს ინტეგრირებული და განზოგადებული ორიენტაციის უნარს, ე. ი. პიროვნების მთლიან (ერთიან) ქცევას.

როდესაც ვ. ა. გილიაროვსკის შემთხვევაში შიზოფრენიით დაავადებული პირი სწორედ ვერ ასახელებს ამა თუ იმ საგნებს, ეს ფაქტი აღქმის პათოლოგიად არ ჩაითვლება. თვით ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ იგი ხედვას ნათლად, მაგრამ არ იცის რას. ამ ავტორის მიხედვით, ავადმყოფები საგანს არასწორად ასახელებენ იმიტომ, რომ ისინი ითვალისწინებენ ამ საგნისა თუ მოვლენების მხოლოდ რომელიმე ცალკე აღებულ დეტალს. ამიტომ, რომ წვერიანი მოხუცი მიჩნეულია ქალად; ანდა კონფექტი „კიბოს კისერი“ დასახელებულია როგორც „წითელი ვაშლი“. როგორც ვხედავთ, საგნის რომელიმე დეტალზე ყურადღების ფიქსაციას, ავადმყოფი მიჰყავს ობიექტის მთლიანი აღქმისა და ასახვის გაუკუღმართებამდე.

ბერტე და კრონფელდი დისოციაციას, ე. ი. პიროვნულ გამოვლინებათა მთლიანობის დარღვევას ნახულობდნენ სხვადასხვა ორგანულ დაავადებათა დროს და მას შიზოფრენიის ძირითად მომენტად არ თვლიდნენ. ზემოხსენებული ავტორები თუმცა მთლიანად არ იზიარებდნენ ე. ბლეილერის კლასიკურ შეხედულებებს, მაგრამ ისინი დიდ ყურადღებას აქცევდნენ შიზოფრენიის დროს მიზანდასახული აქტების შესრულებათა მანკიერებას. განსაკუთრებით ყურადღებას მიაწერდნენ მიზანდასახულობას მოქმედებაში, რეცეფციაში და კონსტრუქციულ აზროვნებაში. მათი აზრით, აღნიშნული მიზანდასახული აქტები მეტი თვალსაჩინოებით მქლავდება საკუთარი პიროვნების გარემოსთან ურთიერთდაპირისპირების მომენტში. თუ ეს ასეა, მაშინ გასაგებია, რომ შიზოფრენიის კლინიკაში ძირითადი მომენტი არის პიროვნების არა ჰიპოფუნქცია (რამდენადაც იგი ასახავს დაძაბულობას და არა აქტების მიმართებათა თვისობრივ თავისებურებას). არა-

შედ ინდივიდუალური მთლიანობის დარღვევა. ასეთ შემთხვევაში უფრო მოსახერხებელია კრონფელდის ცნება პარაფუნქციის შესახებ. ამ დროს იგულისხმება ერთი მოვლენის შეცვლა მეორეთი, ძირითადის მეორე ხარისხოვნით, არსებითის უმნიშვნელოთი. ყოველივე ზემოაღნიშნული შეიძლება განსაზღვრული იყოს დაავადებული პიროვნების ქცევათა მთლიანობის დარღვევით. აქვე უნდა დავძინოთ, რომ ვ. პ. ოსიპოვსა და ი. ა. იუშჩენკოს არაერთგზის მიუთითებიათ პიროვნების პათოლოგიური მდგომარეობისა და მისი ქცევის თავისებურებების შესწავლის აუცილებლობაზე.

საკიროდ არ ვთვლით განვმარტოთ ორი ცნობილი კლინიკური ცნება: „დისოციაცია“ და „დისპარმონია“. დისოციაცია თავისი შინაარსით წარმოადგენს ფსიქიკური დაავადების ერთ-ერთ არსებით ნიშანს; დისპარმონია კი არის ფსიქოპათიის თავისებურება, რაც ფსიქიკური წყობისა და სტრუქტურის თვისობრივ ანომალიაში გამოიხატება.

დისოციაციის კლინიკური რაგვარობის შესწავლა უნდა ხდებოდეს შიზოფრენიის როგორც დაწყებისას, ასევე დაავადების განვითარების მანძილზე. ამ თვალსაზრისით გაანალიზებული უნდა იქნეს ავადმყოფობის კლინიკური ისტორიები, როგორც გასწვრივ, ასევე განივ ქრილში.

კლინიკურ-ექსპერიმენტული დაკვირვებებით ნათელი ხდება, რომ შეუმჩნეველად და დუნედ მიმდინარე შიზოფრენიის ტოქსიკოზზე თანდათანობით რეაგირებას ახდენს სასიგნალო სისტემების სხვადასხვა დინამიკური დონეები. დაცვითი შეკავება ორი სივრცობრივი მიმართულებით ვრცელდება: პორიზონტალური და ვერტიკალური ვექტორებით. პორიზონტალური ვექტორული განფენილობა გულისხმობს პათოლოგიურ დინამიკურ ლოკალიზაციას სასიგნალო სისტემათა პორიზონტალურ სიბრტყეში. ვერტიკალური განფენილობა კი მოიცავს დაცვითი შეკავების გავრცელებას სიღრმეში. ამ უკანასკნელი მაგალითის კლინიკურ გამოხატულებას წარმოადგენს შიზოფრენიის პარანოიდული და კატატონიური ფორმები. პარანოიდული ფორმის შემთხვევაში პათოლოგიური სტრუქტურა უპირატესად კონცენტრირებულია მეორე სასიგნალო სისტემის დონეზე. რაც შეეხება კატატონიურ ფორმას, აქ შეკავებას აქვს უფრო დიფუზური ხასიათი.

და იგი მოიცავს სასიგნალო სისტემათა და ქერქვეშა უბნების, როგორც ვერტიკალურ, ასევე ჰორიზონტალურ ვექტორებს.

როგორც ცნობილია, კლინიკური ფსიქოპათოლოგიური ფენომენოლოგიის თავისებურება და მრავალფეროვნება განისაზღვრება დაცვითი შეკავების სიძლიერით, დაძაბულობითა და სიერცობრივი ლოკალიზაციით. შეკავების გავრცელების დროს ყველაზე ადრე ცვლილებებს განიცდის ონტოგენეზურად ახალგაზრდა ქერქული უბნები — მეორე სასიგნალო სისტემის დონეები.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ის გარემოება, რომ შიზოფრენიული პროცესის განვითარებასთან ერთად, დისოციაცია ანუ ატაქსია მოიცავს ქერქული სასიგნალო სისტემების სხვადასხვა დინამიკურ დონეებს. ატაქსია ღრმავდება ინფორმაციის გზების მანქირების ზრდასთან ერთად.

ატაქსიის კლინიკური თავისებურებების შესწავლისას საჭიროა გაეიხსენოთ ს. ს. კორსაკოვისა და პ. ბ. განუშკინის შეხედულებანი, რომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება არა მარტო „ავადმყოფური მდგომარეობის“ თავისებურებას, არამედ საერთოდ მთელ კლინიკურ მიმდინარეობას. დამოუკიდებლად და თავისთავად არც ერთ კლინიკურ სინდრომს არ ეძლევა სპეციფიკური მნიშვნელობა.

უცნაური, არაჩვეული, გაუგებარი, იმპულსურ-არამოტივირებული და ატაქსიური ქცევა წარმოადგენს პიროვნების გაუმართლებელ და უკრიტიკო ლოგიკურ გრადაციებს. კლინიკური სურათის მიმდინარეობის მიხედვით, აღნიშნული ქცევა ღებულობს სხვადასხვა ფსიქოპათოლოგიურ კვალიფიკაციას.

ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკის მიხედვით უმაღლესი ნერვული მოქმედება აერთიანებს რა ორგანიზმის გარეგან და შინაგან ფუნქციებს. განსაზღვრავს აგრეთვე ამ უკანასკნელის მთლიანობას და ახდენს მის ადაპტაციას და შეგუებას გარემოში. აღნიშნული ადაპტაციური პიროვნებისა და გარე სამყაროს ნატიფი ურთიერთობა პათოლოგიურად არის წარმოდგენილი შიზოფრენიის დროს. მანკიერი ადაპტაციისა და გარემოსთან დამოკიდებულების პათოლოგიურად შეცვლის შესახებ მიუთითებს აგრეთვე ვ. ა. გილიაროვსკი. ავტორის აზრით, ცნობიერების დაქვეითება შეადგენს შიზოფრენიის ერთ-ერთ ძირითად მომენტს.

ე. ბლეილერის კლასიკურ ტრიადაში (გახლეჩილობა, აუტიზმი და ამბივალენტობა), რომელიც მას მიაჩნდა შიზოფრენიის წამყვან სინდრომად, შეიძლება შევნიშნოთ პიროვნების გამოვლინებათა დისოციაცია და გარემოს მიმართ პათოლოგიური დამოკიდებულება.

განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს შიზოფრენიის დროს ცნობიერების პათოლოგიის თავიებურებების შესწავლა ინტრაფსიქიკური ატაქსიის თანამედროვე წარმოდგენების თვალსაზრისით. ამ მხრივ მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტის თანამშრომლის ფ. კონტრიძის მიერ დაგროვილია გარკვეული კლინიკური მასალა.

ფ. კონტრიძის თანახმად, შიზოფრენიის დროს ცნობიერების პათოლოგია წარმოდგენილია პიროვნების უმადლეს საორიენტაციო შეშეცნებით შესაძლებლობათა დარღვევით, დეზორგანიზაციით, რასაც ავადმყოფი მიჰყავს დერეალიზაციამდე და საერთოდ გარემოს ბოღვით აღქმამდე (მწვავე ატაქსიური დეზორიენტაციის მდგომარეობა).

შიზოფრენიის შემთხვევაში ცნობიერების ასეთ პათოლოგიას ჩვენ ფ. კონტრიძესთან ერთად განვიხილავთ, როგორც ატაქსიურ ამენციას. აღნიშნული კლინიკური სურათი როგორც გამოვლინების, ისე თავისი ნეიროდინამიკური არსით საეგზეტო განსხვავებულია კლინიკურად ცნობილი ამენციური სინდრომისაგან. ატაქსიური ამენციის დროს ადგილი აქვს გარედან მომდინარე გამლიზიანებელთა არა უშუალო გაუქმდართებულ მიმღებლობას, არამედ მათ დაუკავშირებელ და არაკოორდინირებულ შეუღლებას. აქვე შევნიშნავთ, რომ ნ. გ. ვეშაპელის დაკვირვებათა თანახმად, ბავშვთა ასაკში შიზოფრენია არც ისე იშვიათად იწყება ცნობიერების მწვავე აშლის სახით.

გახლეჩილობის (სხიზისის) სინდრომის გამო პათოლოგიას განიცდის დინამიკური სტერეოტიპის შექმნა და მისი განმტკიცება, შეცვლილია ქერქული პროცესების სისტემატიზაცია. ამიტომაც, რომ შიზოფრენიის შიზოფაზიურ გამოვლინებათა დროს ადგილი აქვს პირობითი კავშირების მანკიერ შეუღლებას. ეს არის სწორედ, რომ განსაზღვრავს და განაპირობებს როგორც ბოღვითი იდეების არასისტემატურობას, ასევე სიტყვიერ პროდუქციათა ატაქსიურ არათანმიმდევრობასაც.

ქეშმარიტი, ანუ ბირთვოვანი შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგიის შემდგომი დაზუსტების მიზნით, ჩვენი წინადადებით ფ. კონტრიძის მიერ შესწავლილია მ. ასათიანის სახ. ფსი-

ქიატრიის ინსტიტუტის კლინიკურ მასალაზე შიზოფრენიის ასი მწვავე შემთხვევა: 50 მარტივი და ამდენივე ბოღვითი ფორმა. მარტივი შემთხვევაში ავადმყოფთა ასაკი მერყეობს 20-დან 25-წლამდე, ხოლო ბოღვითი ფორმების დროს 28 — 34- წლამდე.

აღწერულ შემთხვევებში შიზოფრენიის მიმდინარეობა ხასიათდებოდა ძნელად შესამჩნევი, ნელი და თანდათანობითი განვითარებით. პერიოდი დაავადების დაწყებიდან ავადმყოფის სტაციონარში მოთავსებამდე გრძელდებოდა რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე.

ანამნეზის, კლინიკური მიმდინარეობისა და ფსიქიკური მდგომარეობის დეტალური შესწავლითა და ანალიზით ირკვევა, რომ შიზოფრენიის მარტივი ფორმის დროს კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატოლოგია თავისებურ განვითარებას განიცდის: თავის ტკივილი. საერთო სისუსტე, უძილობა (ნევრასთენული სინდრომი); ავადმყოფებს აღნიშნებათ სიჭიუტე, კონფლიქტურობა, მიზეზიანობა, შრომითი ჩვევების თანდათანობითი დაკარგვა, განმარტოება, განყენებულობა, დაუსაბუთებელი სიცელქე და თავისებური გაუგებარი ენამახვილობა, ჩვეულ სიტუაციაში გაფანტულობა, გუნებაგანწყობის უსაფუძვლო დაქვეითება, იმპულსურობა, გაზერელება, გარეგნობისადმი განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევა. ადგილი აქვს ნეგატივიზმს, აუტიზმს, ავადმყოფურ უცნაურ ქცევებს, კონკრეტული მოტივაციის გარეშე ახლობელთა მიმართ ექვიანობას, ეპიზოდურად მოწამვლის ბოღვით იდეებს, განურჩევლობას. აკვიატებულ მოქმედებას, დაუკავშირებელ სიტყვიერ პროდუქციებსა და აღქმის გაუკუღმართებას, უპირატესად სმენითი და შეხებითი ჰალუცინაციების სახით.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმის კლინიკური შესწავლისას განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ასოციაციური პროცესების ნელი ტემპი, მათი შინაარსობრივი სიღარიბე, ასოციაციურ რგოლთა გამოვარდნა, რასაც თან სდევს მეტყველებითი პროდუქციების აშლა. გარდა აღნიშნულისა, საგულისხმოა აგრეთვე ინდიფერენტულობა, ასპონტანობა, უინიციატივობა, აბულია; ამავე დროს იმპულსურობა, სტერეოტიპული გაურკვეველობა. ზოგჯერ ჰალუცინაციები და ფსევდოჰალუცინაციები, იშვიათად შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ბოღვით გამოთქმებასაც.

შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმის დახასიათებისას ყურადღებას იპყრობს დაავადების დასაწყისში ზოგიერთი ნევრასთენიული გამოვლინება, რომელსაც თან ერთვის განმარტობებისადმი მიღრევილება, შთანთქმა საკუთარ განცდებში, გაფანტულობა, ექვიანობა, გარემოსადმი უნდობლობა, ნაკლებად მნიშვნელოვანი და შემთხვევითი ფაქტების თავისებური ახსნა-განმარტება, აუტიზმი, უცნაური ქცევები, ავტომატიზმი, მოწამვლის, დევნის და ზემოქმედების ბოღვითი იდეები და ბოლოს შრობითი კავშირების დაკარგვა.

იმ ცნობილი კლინიკური სურათიდან, რომლითაც ხასიათდება შიზოფრენის ბოღვითი ფორმა, სტაციონარის პირობებში საყურადღებოა ფორმალური ორიენტაცია, წარმოდგენათა არათანმიმდევრული გამოთქმები, განუტრეხელობა, ბოღვითი დაძაბულობა შიშებითა. დროულად აღქმის გაუკუღმარება.

შიზოფრენის შესახებ არსებული მასალები და აგრეთვე ზემომოყვანილი კლინიკური დაკვირვებები მიუთითებს, რომ შიზოფრენიის, პირველ რიგში მისი მარტივი და პარანოიდული ფორმების შემთხვევაში ფსიქიკური აპარატის ზოგადი სხიზისის ფონზე ადგილი აქვს ატაქსიურად შეცვლილი პიროვნების ავადმყოფურ გამოვლინებებს (...პათოლოგიურ ქცევებს...).

დ. ს. ოზერცოვსკი ტოქსიინფექციური ბუნების შიზოფრენიისმაგვარ მდგომარეობათა დიფერენციაციის დროს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას მიაწერს ცნობიერების პათოლოგიის შესწავლას. ავტორის მიხედვით, ამ დროს ცნობიერების უხეში შეცვლის ფონზე განვითარდება კატატონიური სინდრომები, სმენითი ჰალუცინაციები და ეპიზოდური დევნის ბოღვითი იდეები. ჭეშამრიტ შიზოფრენიისმაგვარ სიმპტომატიკას უნდა მიეკუთვნოს კანდინსკის სინდრომი, რომელიც იშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს პათიმრობაში განვითარებული რეაქტიული ფსიქოზების დროსაც. ა. ა. აბასკულიევმა გვიჩვენა, რომ დუნედ მიმდინარე ქრონიკული ინფექციების დროს შეიძლება ჩამოყალიბდეს შიზოფრენიისმაგვარი პარანოიდული სინდრომები. ლეონარდ ბელახი თვლის რა ცნობიერების პათოლოგიას შიზოფრენიის ერთ-ერთ ძირითად მომენტად, აღნიშნული ფენომენის ფსიქოპათოლოგიური კვლევისას ყურადღებას აქცევს პოტორული და ემოციური სფეროს კონტროლს და ორგანიზაციის უნარს.

დებულება, რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში ადგილი აქვს გარე-

მოსთან ურთიერთობის თავისებურ შეცვლას, უნდა მივიჩნიოთ არსებული და სწორად. არსებულისადმი დამოკიდებულების ასეთი მანერება შედეგია არა ალქმის უშუალო დარღვევის, არამედ საერთოდ ატაქსიური მსჯელობის და პიროვნების ანალიზურ-სინთეზურ შესაძლებლობათა სხივისისა, რაც ხელს უწყობს შიზოფრენიული დერეალიზაციის ჩამოყალიბებას.

ისტორიულად შეხედულება ატაქსიის შესახებ იქმნებოდა როგორც კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური ცნება. მაგრამ ამჟამად იგი ძოვიცავს არა მარტო ფსიქოპათოლოგიის სფეროს, არამედ შიზოფრენიის დროს არსებულ სტრუქტურულ-დინამიკურ გამოვლინებებსაც.

შიზოფრენიის ყოველი კლინიკური ფორმა თავიდანვე ატაქსიური და დისკოორდინაციული ფსიქოზური მდგომარეობაა. მთელი რიგი ავტორების მიერ, მათ შორის პ. ბ. განუშეინის კლინიკაშიც, აღწერილია პიროვნების გაორების ფენომენი, როგორც შიზოფრენიის ნაადრევი სიმპტომი.

ლოგიკური მსჯელობის უქმარისობა ქმნის ფსიქოპათოლოგიურ პირობებს გაუცხოვების სინდრომის განვითარებისათვის.

იზიარებს რა მსგავს შეხედულებებს, ე. ა. პოპოვი აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიის ერთ-ერთ დამახასიათებელ ადრეულ ნიშანს წარმოადგენს სიტყვიერ გამალიზიანებლებზე ისეთი რეაქციის გამომკლავნება, რომლებშიც არ არის გათვალისწინებული მოცემული სიტყვათა კომპლექსი, მათ შინაარსში ადგილი აქვს სიტყვათა და წარმოდგენათა დიფერენციაციის აშლას, რაც ორგვარი ფორმით გამოიხატება— სწვადასწვა ცნებათა არაპირდაპირი დაკავშირება და ერთი წარმოდგენის შეცვლა მეორეთი (აბსტრაქტული ცნება იცვლება კონკრეტულით და პირიქით).

ემოციური განცდების, საგანთა და მოვლენათა ინტელექტუალური შეფასებისა და აგრეთვე პირად ინიციატივას შორის არსებულ დისკოორდინაცია განსაზღვრავს შიზოფრენიით ავადმყოფის არაადეკვატურ ქცევებს. ამით იქმნება შესაფერისი წინამძღვრები იმ კლინიკური სიმპტომპათოლოგიის განვითარებისათვის, რომელიც პ. ა. ოსტანკოვს წარმოდგენილი აქვს როგორც ტრიადა: ემოციური სიბლაგვე, ატაქსიური აზროვნება და აბულია.

შიზოფრენიული ატაქსიური ქცევით არის გაპირობებული აგრეთვე სოციალური ორიენტაციის შეუძლებლობაც. ავადმყოფის ადა-

ტაცია გარემოსთან მანკიერია. აღნიშნული გარემოება განსხვავდება ჰიპოინსის მიერ აღწერილი დეფექტური ადაპტაციისაგან, რომელიც ძირითადად განსაზღვრულია პიროვნების განვითარების დონის შეზღუდვით და მისი შესაძლებლობების საერთო უქმარისობით.

ნეოლოგიზმებისა და ვერბიგერაციების დროს ავადმყოფთა მიერ გრამატიკული წესების გამოყენება, რომელთაც დარღვეულ სიტყვიერ პროდუქტებში გარეგნული, მოჩვენებითი წესრიგი და სისტემურობა შემოაქვთ, არ შეიძლება, შეფასებულ იქნეს როგორც მწყობრი და ლოგიკურად კანონზომიერი მსჯელობა. ხსენებული ვითარება უფრო მექანიკური ცოდნის გამომჟღავნებას ჰგავს, მსგავსად იმ ანგარიშისა, რომელსაც შიზოფრენიით დაავადებული აწარმოებს შეცდომების გარეშე არითმეტიკული ოპერაციების დროს.

უხედა რა შიზოფრენიის დროს ემოციურ გამოვლინებათა პათოლოგიის თავისებურებებს, ი. მენტეშაშვილი ყურადღებას ამახვილებს აფექტურ გამოხატულებათა უცნაურობაზე და რეალობის გრძნობის დაკარგვაზე. ავტორის თანახმად, ემოციური სფეროს პათოლოგია უნდა დაუფკვეშიროთ ფსიქიკური აპარატის სხიზისს.

ცნობილია, რომ ფსიქიკური ავტომატიზმი კანდინსკის სინდრომის სახით გვხვდება, როგორც შიზოფრენიის დროს, ასევე სხვა ფსიქიკურ დაავადებათა შემთხვევაშიც. მავალითად, ინვოლუციური მელანქოლიის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ, რომ შიზოფრენიული ავტომატიზმის ბუნება თავიდანვე განპირობებულია სხიზისით. რომელსაც ადგილი არა აქვს ინვოლუციური ფსიქოზების დროს. ამ შემთხვევაში ე. ნაკაშიძის დაკვირვების თანახმად ავტომატური მოქმედებები ვლინდება მხოლოდ აუთიური დეპრესიების დროს. რომელთაც თან სდევს მწვავე შიში.

მ. წოწორია განიხილავს რა ბოდვითი განცდების დროში მიმართების საკითხს (შიზოფრენიული ატაქსიის ფონზე), აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიული რეტროსპექციული ბოდვითი იდეების შემთხვევაში ადგილი აქვს შორეული წარსულისა და აწმყოს შორის ლოგიკური თანმიმდევრობის დარღვევას.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჰებეფრენიული, კატატონიური ან პარანოიდული სინდრომები და აუტიზმიც, თავისთავად ცალკე აღებულნი არ წარმოადგენენ შიზოფრენიის დიაგნოსტიკის გადამწყვეტ მომენტებს. აღნიშნული მოვლენები განხილული უნდა იქნეს კლინი-



კური დინამიკის გასწვრივ კრილში. ამასთან, აუცილებელია, რომ განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ატაქსიურ მოქმედებათა კლინიკურ თავისებურებას.

ლიტერატურული მონაცემებისა და საკუთარი დაკვირვებების საფუძველზე ჩვენ იმ დასკვნამდე მივდივართ, რომ შიზოფრენიის კლინიკის სხვადასხვა ფაზების დროს ატაქსიას წამყვანი სინდრომის ხასიათი აქვს. ცნობიერების პათოლოგია შიზოფრენიული ატაქსიის შემთხვევაში ვლინდება ატაქსიური ამენციის სახით. შემეცნების სფეროში ატაქსია წარმოდგენილია უპირატესად სიტყვიერ პროდუქციათა დისკოორდინაციაში, ხოლო ემოციურ-ნებით სფეროში კი ამბივალენტური რეაქციებითა და ამბიტენდენტური მოქმედებებით.

შიზოფრენიული მეტყველების დისკოორდინაციის დროს ჩვენ მიერ შემჩნეულია გარკვეული ეტაპები. თავდაპირველად ადგილი აქვს დისკოორდინაციას წინადადებათა შორის; შემდეგ სიტყვებს შორის და ბოლოს ცნებით შინაარსს (სემანტიკურობას) შორის. აღნიშნული გარემოება აპირობებს ახალ ცნებათა შექმნის შეუძლებლობას და წარმოდგენათა და ასოციაციური შეუღლებების აშლას.

შიზოფრენიის კლინიკურ ფენომენოლოგიაში როგორი სიღრმითაც არ უნდა იყოს წარმოდგენილი ატაქსია, იგი ამ დაავადების არც დასაწყისში და არც შემდგომ არ არის თავის ტვინის ქერქის უხეში არააღდგენადი პროცესის მაჩვენებელი.

ე.წ. კრონიკულ, ფინალურ შემთხვევათა აქტიური მეთოდებით მკურნალობა გვიჩვენებს, რომ ზოგჯერ შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს შიზოფაზიური სინდრომის (ატაქსიის) შერბილებას ან მის სრულ მოხსნას. მსგავსი მოვლენა ძველ ავტორებსაც შეუძინევიათ (მაგალითად, ასოციაციურ მოქმედებათა გამოსწორება ფსიქოზური მდგომარეობის სომატური დაავადებით გართულების შემთხვევაში).

ა. ნ. ბუნევევი შიზოფრენიასა და შიზოფრენიის მსგავს მდგომარეობათა შორის დიფერენციაციის გავლებისას ხელმძღვანელობს იმ დისოციაციის არსებობით. რასაც ადგილი აქვს შიზოფრენიის შემთხვევაში.

გაუგებრობათა თავიდან აცილების მიზნით ობლიგატობა უნდა გავიგოთ კლინიკური დიაგნოსტიკის, როგორც მეტად მნიშვნელოვანი, ძირითადი და წამყვანი სინდრომი და არა პათოგნომიურ-სპეციფიკური მოვლენა.

პირველი მითითება ფსიქიკური აპარატის „სხიზისის“ ანუ „გახ-  
ლეჩილობის“ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობის შესახებ მოგვცა ს.  
კორსაკოვმა. მისი კონცეფციის თანახმად, დ ი ზ ნ ო ი ა წარმოადგენს  
ინტელექტუალურ პროცესთა კავშირებისა და იდეათა შეუღლების  
ღრმა აშლილობას. ამ დროს ყველაზე არსებითია წარმოდგენათა თან-  
მიმდევრობის დარღვევა. ს. ს. კორსაკოვის მიხედვით ასეთ მდგომა-  
რეობას ადგილი აქვს როგორც სიტყვიერ პროდუქციებში, ისე მოქმე-  
დებებსა და ემოციათა გამოვლინებებში.

ფსიქიკურ ფუნქციათა დისოციაცია, მათ შორის შეგრძნებათა  
აშლა, საფუძვლად უდევს შიზოფრენიულ დერეალიზაციასა და დეპერ-  
სონალიზაციას, რომლის შედეგადაც ავადმყოფები გრძნობენ საკუთა-  
რი პიროვნებისა და არსებული სინამდვილის შეცვლას. საკუთარ გან-  
ცდებს მიაწერენ სხვას.

შიზოფრენიის დროს ფსიქიკური აპარატის ატაქსია, საკუთარ  
პიროვნებაში და ირგვლივ არსებულში მთლიანი ჰარმონიული ორი-  
ენტაციის შეუძლებლობა ქმნის ცალკეულ მოვლენათა ბოლდვითი  
ახსნის წინაპირობას ბოლდვითი ორიენტაციისა და ინტერპრეტაციის  
შესაძლებლობას. იგი მიზეზია აგრეთვე შინაგან და გარეგან სამყარო-  
დან მიმდინარე შეგრძნებათა მანკიერი ანალიზისა.

ატაქსია უმეტესად მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკურ დო-  
ნეზე ქმნის პირობებს კლინიკური სინდრომის ჩამოყალიბებისათვის  
ფსიქიკური ავტომატიზმის ანუ კანდინსკის სინდრომის გამოვლინე-  
ბის სახით.

დიაგნოზურად მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ გაშლილი სა-  
ხით ხსენებული სინდრომი ძირითადად გვხვდება შიზოფრენიის და-  
საწყის სტადიაში. ა. ნ. ბუნეევის მიხედვით შემდეგში ჩვეულებრივად  
ადგილი აქვს ფსიქიკური ავტომატიზმის სინდრომის რღვევას და  
შიზოფრენიის კლინიკა მდიდრდება პროდუქციული ფსიქოპათოლო-  
გიური სიმპტომატიკით, პირველ რიგში ჰალუცინაციურ-ბოლდვითი  
პროდუქციებით.

ვებებით რა კანდინსკის სინდრომის კლინიკურ-ფსიქოპათოლო-  
გიურ ჩამოყალიბებას, საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ დიაგნოზური მნიშ-  
ვნელობა აქვს არა მარტო მის შემდგომ დინამიკას, არამედ წინამორ-  
ბედ მდგომარეობასაც.

შიზოფრენიის ბოლდვითი ფორმის შემთხვევების დეტალური

კლინიკური ანალიზის საფუძველზე ს. ვ. კურაშოვი ასკენის, რომ დაავადების დასაწყისში აღმოცენებული პარანოიალური მდგომარეობა ჩვეულებრივ თანდათანობით ძლიერდება და იღებს მყარ ხასიათს. შემდეგში აღნიშნული მდგომარეობა იცვლება და უერთდება მას კანდინსკის სინდრომში შემავალი მოვლენები.

ს. ვ. კურაშოვის მიხედვით, საწყისი პარანოიალური პერიოდი, ავადმყოფთა გამოკვლევის ანამნეზის შეგროვებისას, ხშირად რჩება ყურადღების გარეშე და მას არ ეძლევა სათანადო მნიშვნელობა.

პიროვნების ატაქსიის გამოვლინებათა კლინიკური დინამიკის ილუსტრაციისათვის, ისე როგორც ფსიქიკის სხვადასხვა რეგისტრებზე, ან პიროვნების დინამიკურ დონეებზე დისოციაციის გავრცელების საილუსტრაციოდ მოგვყავს სამი შემთხვევა საერთო ხასიათის მოკლე შენიშვნებით.

შ ე მ თ ხ ე ვ ე ა 1. ავადმყოფი დ. ბ. 25 წლის, უმაღლესი განათლებით, უცხო მცხოვრები ქ. თბილისში.

რესპუბლიკურ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონირებულია 24/111-60 წ. დიაგნოზი — შიზოფრენია.

ანამნეზი: შთამომავლობაში პათოლოგიური დატვირთვა არ აღინიშნება. დედა 66 წლისა, ხასიათით მშვიდი და მგრძობიარე. მამა გარდაეცალა 1942 წელს, იყო გულჩახვეული, ალკოჰოლს ეტანებოდა ქარბად. ავადმყოფი მშობლების ერთადერთი შვილია. ბავშვობისას ფსიქო-ფიზიკური განვითარება მიმდინარეობდა ნორმალურად. გადაიტანა ბავშვთა ზოგიერთი ინფექციური დაავადება. დაამთავრა 11 კლასი. ხასიათით ნაკლებ გულზიაროვანი, გულჩახვეული, შთაბეჭდილებიანი, გათამამებული იყო ახლობლების მიერ. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში გასდა აფექტური, აღვილად აგზნებადი. 1959 წელს დაამთავრა სახელმწიფო პოლიტექნიკური ინსტიტუტი, სწავლობდა კარგად. თავის მომავალზე ბევრს ფიქრობდა, ცდილობდა გამორჩეულიყო თანატოლებში. ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ დაიწყო მუშაობა სასოფლო-სამეურნეო მანქანათა ქარხნის ფოლად ჩამომსხმელ სააპკროში. თავისი მოღვაწეობა ენთუზიაზმით, ინტერესით დაიწყო. მიუხედავად მისთვის დამახასიათებელი ისამაყისა პატივისცემით ისმენდა თავისი ხელქვეითების, თუნდაც გაკოუცდელი მუშების რჩევას, მაგრამ ამავე დროს გრძობდა ერთგვარ უხერხულობას, რასაც გარეგნულად არ ამჟღავნებდა. მომავალს ოპტიმისტურად უუარებდა. ასე გავიდა რამდენიმე კვირა. 1959 წლის დეკემბრის პირველ რიცხვებში იგრძნო, რომ განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ მას; სამუშაოზე მოსული დილიდანვე ატყობდა თუ როგორ აღმაცერად უუარებდნენ არა მარტო თავისი, არამედ სხვა განყოფილების თანამშრომლებიც. მიმოიკით და ნიშნებით ატყობინებდნენ ერთმანეთს რაღაცა მნიშვნელოვანის შესახებ. შეექმნა ღრმა რწმენა, რომ ირგვლივ მყოფთა მსჯელობის საგნად იქცა, თუმცა შექმნილი სიტუაცია ხში-

რად ცდილობდა აეხსნა თავისი გადაქარბებული იქვეულობით. თანდათანობით უნდობლობის და ექვიანობის გრძნობამ მთლიანად მოიცვა იგი. ცდილობდა ამ მძიმე ფიქრებისაგან განათვისუფლებას, მაგრამ ამაოდ. თანამშრომლებისადმი მტრულად განწყობა, დიწყობა სამუშაოზე დაგვიანება, ზოგჯერ თავის ტკივილისა და საერთო უძლურობის მომიზეზებით სრულიად არ ცხადდებოდა სამსახურში. თანდათანობით შენიშნა, რომ ქუჩაში სიარულისას იქცევა სრულიად უცნობ პირთა ყურადღებას. ჩვეულებრივი, ყოველდღიური მოვლენები მისთვის რაღაც ახალი, განსაკუთრებული მნიშვნელობის მოვლენებად იქცნენ; ყოველ მარტივი ფაქტი ავადმყოფისათვის პრობლემას წარმოადგენდა და მისი ადეკვატური გაგებისათვის ესაჭიროებოდა ნებისყოფის ძლიერი დაძაბვა. დროთა განმავლობაში მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ზოგიერთი პირი რაღაცა არაკეთილს უწყობს. დაწყობა შეიშები, აღენიშნებოდა თავისი შესაძლებლობებისადმი სრული დაურწმუნებლობა, ყოველი მოვლენა ეჩვენებოდა არსებული უნდობლობის დამადასტურებლად. ერთხელ დედამ უამბო, რომ სიზმარში ნახა სახლში მოსული მეუღლე; ამ დღიდან ავადმყოფი აეკვირბა დიდი ხნის წინ გარდაცვალებული მამის ნახვის დაუძლეველი სურვილი, ყოველ მოზრდილ მამაკაცში ხედავდა თავისი მამის განსახიერებას და ხშირად რწმუნდებოდა, რომ მამა ცოცხალია. ამ „დადებითი ორეულის“ ფენომენიდან თავის დაღწევა ვეღარ შესძლო; დაერღვა ძილი, ჩიაყეტა. სტაციონარში მოთავსებამდე ათი დღით ადრე შეწყვიტა სამუშაოზე სიარული.

ფიზიკური მდგომარეობა პათოლოგიური გადახრის გარეშეა. აღენიშნება ვეგეტო-დისტონიის მოვლენები.

ლაბორატორიული მონაცემების ნორმის ფარგლებში.

ფსიქიკური მდგომარეობა: სტაციონარში მოთავსების პირველ დღეებში ავადმყოფს აღენიშნება არამყარი, ცვალებადი მდგომარეობა, თუმცა არის პერიოდო რროცა კლინიკური სურათი იღებს გარკვეულად გამოკვეთილ ხასიათს. აღენიშნება შინაგანი მოუსვენრობა, შიში, მომავლის რწმენის დაკარგვა. განიცდის არსებული სიტუაციის შეუფასებლობას. ავადმყოფის გადმოცემით უკვე რამდენიმე ოვეა უძნელდება თავის საკუთარ აზრებში, განცდებსა და ირგვლივმყოფთა დამოკიდებულებაში სწორი გარკვევა. სამსახურში ყოფნისას შენიშნა, რომ დასცილოდნენ, ყველა მას უყურებდა, დაკარგა პატივისცემა. ამავე დროს ხშირად მათი მოქმედება წააგავდა, სცენაზე წარმოებულ თამაშს („ოჩენებდნენ წარმოდგენას“). ყოველი მისი სიტყვა და მოქმედება ფასდებოდა კრიტიკულად და არა კეთილი განწყობით. ამჟამად რაღაც ახალი, წარსულში განუცდელი და მტანჯველი გრძნობა არსებობს მის გულში. არ იცის ვის მიმართოს, ვისგან მიიღოს რჩევა. არაფრით განსხვავებული ირგვლივმყოფთაგან იპყრობს დაუმსახურებელ ყურადღებას — მასზე ატარებენ „ექსპერიმენტებს“. ზოგჯერ მისგან დამოუკიდებლად თითქოს „რთავენ და თიშავენ საერთო ქაოსში“, დაკარგა „ცხოვრების რიტმი“, დაემორჩილა სხვის ნებას. პერიოდულად დარწმუნებულია, რომ გვერდით მყოფნი არა ავადმყოფები, არამედ სპეციალურად მოგზავნილი პირები არიან, რომელთაც ეცვლებათ გამომეტყველება და ფერი, რაღაც სხვაგვარიად უყურებენ. ავადმყოფს არ მოსწონს აგრეთვე დედის ქცევა და მისი მომაბეზრებელი თხოვნა მკურნალობაზე დათანხმების შესახებ: ამით იგი დედაშიც ხედავს ცვლილებას. ზოგჯერ დარწმუნებულია,

რომ მამა ცოცხალია და სადღაც ახლოს იმყოფება. ხშირად უჩივის მისდაუნებურად მოზღვაებულ აზრებს.

ორიენტირებულია, საგნობრივი აღქმა შენახულია, პალუცინაციები არ აღენიშნება. ასოციაციები თანმიმდევარი და გასაგებია. პერიოდულად აღენიშნება მანტიზმის მოვლენა, მნიშვნელობის გრძნობის დაკარგვა. ირგვლივ მყოფთა ბოლვითი აღმქმელობა და ბოლვითი განწყობა სწრაფად იღებს ბოლვითი დარწმუნების ხასიათს. ბოლვითი იდეები დენის და ინტერპრეტაციის ხასიათისაა, ინტელექტი ფორმალურად შენახულია, ემოციურად დაძაბულია, მერყევი. კრიტიკა თავისი მდგომარეობისადმი ძირითადად მოსპობილია, თუმცა ერთგვარი ეჭვი და გაკვირება ზემოაღნიშნულ განცდათა რეალობისა მიანიც არსებობს.

მოყვანილი შემთხვევა დიაგნოზური თვალთახედვით რთული არ არის. საქმე გვაქვს ნელათმავალ შიზოფრენულ პროცესთან. მდგომარეობა მწვავეა, მაგრამ არა „მწვავე შიზოფრენიის“ სახით. სიმწვავე ელინდება სწრაფად განვითარებულ კლინიკურად ბოლომდე გაუფორმებელ პროცესში.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ ამ შემთხვევაში მოცემულია გარე-ჰოსალში პიროვნების დამოკიდებულების სწორი შეფასების შესაძლებლობათა დარღვევა. რითაც თავიდანვე იქმნება გარკვეული ავადმყოფური ფონი ყოველდღიური მოვლენების სუბიექტურ განცდათა ბოლვითი ინტერპრეტაციისათვის.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ სოციალურ-შრომითი კავშირების შენახვისას (სტაციონარში მოთავსებამდე ათი დღით ადრე ავადმყოფი იმყოფებოდა სამუშაოზე, ასრულებდა თავის მოვალეობას) რამდენიმე თვის მანძილზე თანდათანობით ფორმდება მოვლენათა ატაქსიურ შეფასებაზე მეტყველი კლინიკური სიმპტომები. აღნიშნული თავისებურება უნდა ჩაითვალოს ინტრაფსიქიკური ატაქსიის შედეგად, რომელიც იწყება პიროვნული შესაძლებლობების უმაღლეს დონეზე (მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკური დონიდან, პირველზე თანდათანობითი დაშვებით), რითაც იქმნება პირობები პიროვნების მთლიანი ფუნქციონირების შესაძლებლობათა შემდგომი რღვევისა.

შემთხვევა 2\*. ავადმყოფი მ. ო., 20 წლის, საშუალო განათლებით ცოლშვილიანი, მცხოვრები ქ. თბილისში.

\* შემთხვევა აღწერილია ქ. ა. გაბუნიას მიერ.

რესპუბლიკის კლინიკურ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონირებულია, 20/1-1960 წ.

დიაგნოზი: შიზოფრენია.

ანამნეზი: მემკვიდრეობაში პათოლოგიური დატვირთვა არ აღინიშნება: მშობლები ცოცხალი ჰყავს, ხასიათით მშვიდი და წონასწორი არიან. ავადმყოფი მეორე შეილია. ბავშვობისას ფსიქო-ფიზიკური განვითარება მიმდინარეობდა ნორმალურად. გადაიტანა წითელა და ქუნთრუშა. შეიდი წლისამ დაიწყო სკოლაში სიარული, სწავლობდა საშუალო წარმატებით, დაამთავრა 10 კლასი, ხასიათით იყო ჭიუტი, თვითნება. ადვილად აგზნებადი, ნაკლებ გულზიარი. 1959 წელს აბარებდა გარკვეულ თეატრალურ ინსტიტუტში: ქულათა საქმად რაოდენობის შეგროვება ვერ შეძლო. დაიწყო მუშაობა ერთ-ერთი თეატრის დასში. დაავადება დაეწყო თანდათანობით—1958 წლიდან შენიშნეს ქვევაში ზოგიერთი უცნაურობა, განმარტოვდა, თავისადმი და ირგვლივმყოფთა მიმართ ავლენდა არასაკმაო დაინტერესებას, დროა-დრო გამოთქვამდა მოწამელის ბოდვით იდეებს, მთელი ღღის განმავლობაში აღარ გამოდიოდა სახლიდან, თვალყურს ადევნებდა მეზობლებს, სარკველი ვახეთებით შენიღბდა. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ავადმყოფი განაგრძობდა სწავლას და გარკვეულ ინტერესს ავლენდა თავისი მომავლის მიმართ. 1959 წლის ნოემბერში ავადმყოფი შემთხვევით დაესწრო მოქალაქესა და ტაქსის მძღოლს შორის ქუჩაში გამართულ უსიამოვნებას. ექვიტანით მილიციის მიერ ისიც დაკავებულ იქნა. მეორე ღღეს გაათავისუფლეს როგორც უდანაშაულო. აღნიშნულის შემდეგ ავადმყოფმა უფრო კატეგორიულ ფორმებში დაიწყო მტკიცება, რომ მას სდევნიან, რაღაცას უწყობენ; მთელი ღღის განმავლობაში იჭდა სარკველთან და იწერდა გავლილი ავტომანქანების ნომრებს. გამოთქვამდა აზრს, რომ მანქანებში არსებობს საიდუმლო აპარატურა, რომლითაც მოქმედებენ მასზე. ამტკიცებდა, რომ რადიოთი საზღვარგარეთულ გადაცემებში ახსენებენ მის სახელს. აღნიშნულის შესახებ ზემდგომ ორგანოებში განაცხადა. გახდა ადვილად აგზნებადი; ჩაუტარდა ამინაზინით მკურნალობა — მიეღეთ მცირე გაუმჯობესება; მკურნალობის შემდეგ ცხოვრობდა სოფელში, მუშაობდა სოფლის მეურნეობის დარგში. გარეგნობით ითხოვა ცოლი. 1959 წლიდან მდგომარეობა გამწვავდა, აღნიშნავდა, რომ მეუღლე ღალატობს, მასზე მოქმედებენ რადიაქტიური და ტელევიზიის სხივებით. თავდაკეის მიზნით ატარებდა დანას. იყო დაძაბული და აგრესიულად განწყობილი, რის გამოც მოთავსდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

ფიზიკური მდგომარეობის და ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ ნორმიდან გადახრას ადგილი არა აქვს.

ფსიქიკური მდგომარეობა ორიენტირებულია, საგნობრივი აღქმა სწორი აქვს. ზოგჯერ აღნიშნება სმენითი პალუცინაციების ობიექტური ნიშნები. შეკითხვებზე უხალისოდ პასუხობს, ასოციაციები შენელებული თანმიმდევრული და ერთფეროვანია, საუბარში პასიურია. გამოთქვამს დამოკიდებულების, დევნის და ფიზიკური ზემოქმედების ბოდვით იდეებს. ირგვლივმყოფთა მიმართ უნდობელია, ყოველ ფაქტს აძლევს თავისებურ ბოდვით ახსნას. ინტელექტუალური ფუნქციები ექსპერიმენტულად ფორმალურად შენახულია. ავადმყოფი უინტერესოა, უკონტაქტო,

მიუყარებელი და ნეგატივისტური. კრიტიკა თავისი მდგომარეობის მიმართ მოსაპოვებელია. დროდადრო დამაბუღელია. მეტ დროს საწოლში ატარებს. ინსულინით და ამინაზინით მკურნალობის პროცესში ავადმყოფი საგრძნობლად შერბილდა, მოწყვრიდა, აქტიური და ემოციური შეიქმნა.

მოცემულ შემთხვევაში ადგილი აქვს შიზოფრენიას პარანოიდული საწყისით. სხვადასხვა კლინიკურ სიმპტომებთან ერთად ყურადღებას იქცევს ატაქსიის სიკვარბე და ამ ფონზე შრომითი კავშირების შენახვა (ავადმყოფი განაგრძობს სწავლას, აქვს მომავლის გეგმა). ბოდვითს შინაარსში ჩართულია ზოგიერთი ფსიქოგენური მომენტი. ატაქსიის განვითარების პარალელურად ადგილი აქვს პროდუქციული ფსიქოპათოლოგიის მანიფესტაციას.

შემთხვევა 3\*. ავადმყოფი ვ. ტ. 24 წლის, სტუდენტი. უსოლო. ცხოვრობს თბილისში.

რესპუბლიკის კლინიკურ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონირებულია 28/1-60 წ.

დიაგნოზი — შიზოფრენია.

ანამნეზი: ავადმყოფი ბავშვობისას სუსტი იყო, გადაიტანა თითქმის ყველა ინფექციური სნეულება, მათ რიცხვში ინფექციური სიყვილეთე. სამი წლის ასაკში აღენიშნებოდა სპაზმოფილიის მოვლენები. 8 წლისამ დაიწყო სწავლა, სწავლობდა კარგად. დაამთავრა 10 კლასი.

ხასიათით იყო გულჩათხრობილი, განმარტოების მოყვარული, ექვიანი. წერდა ლექსებს. პატარა მოთხრობებს, ბევრს კითხულობდა, ხატავდა კარგად, გატაცებული იყო მუსიკით. საშუალო სასწავლებელს დამთავრების შემდეგ მოეწყო უნივერსიტეტში ფიზიკის ფაკულტეტზე. დაახლოებით ერთი წელი ავადმყოფი განსაკუთრებით დაინტერესდა ფილოსოფიით. დაიწყო იოგების, ინდური ფილოსოფიის შესწავლა. ცდილობდა შეემუშაებოდა ახალგაზრდობის აღზრდის საკუთარი შეხედულება. შეცადინებოდა თავი დაანება, მთელ დღეს ბიბლიოთეკაში ატარებდა, კითხულობდა... თავს თვლიდა „იდეალიზმის მიმდევრად“, გამოცდები არ ჩააბარა: ახლობლებთან და ამხანაგებთან სასაუბროდ ირჩევდა „ფილოსოფიურ თემებს“. იგრძნობოდა ერთგვარი რეზონირობა. დაწერა კინოსცენარი, რომლის წინა გვერდზეც დაასტავა მღვდელი ჭვრით ხელში. დაანება რა საბოლოოდ სწავლას თავი, სპეციალურად გაემგზავრა მოსკოვში სცენარის დამტკიცების მიზნით. მოითხოვდა გარკვეულ პირობებთან შეხვედრას, ეთგორიელი იყო, უკრავდა გიტარაზე, მღეროდა. უცნაურად ჩაცმული უმიზნოდ დაეხეტებოდა ქუჩაში. აღნიშნული ქცევის გამო დაკავებულ და მიყვანილი იქნა ფსიქოპრობებში, საიდანაც საცხოვრებელი ადგილის

\* შემთხვევა აღწერილია ნ. ა. ჭაიანის მიერ.

მიხედვით, გადმოიგზავნა თბილისში. ფიზიკური მდგომარეობა: ასთენიური ტან-  
ნაგებობის. შინაგანი ორგანოები ნორმის ფარგლებშია. ცენტრალური ნერვული  
სისტემის ორგანული დაზიანების ნიშნები არ აღენიშნება.

ფსიქიკური მდგომარეობა: ორიენტირებულია, საგნობრივი აღქმა სწორი აქვს.  
აღნიშნება სმენითი სახის პალუცინაციები, აზრთა გახშოვანება. ავადმყოფის გად-  
მოცემით ესმის როგორც „სასიამოვნო“, ისე „უსიამოვნო“ შინაარსის ხმები. ხმა  
ზოგჯერ ნაცნობი პირისაა. ასოციაციები შენელებულია, საუბარში გაძნელებით  
ერთვის. გამოთქვამს ფიზიკური ზემოქმედების არამყარ, უსისტემო ბოღვით იღეებს.  
სტაციონირების პირველ დღეს მშვიდად იყო, სტერეოტიპულად იმეორებდა ერთსა  
და იმავე მოძრაობას — წვებოდა ან დგებოდა საწოლიდან. აღნიშნებოდა უმოტივო  
ტირილი, სიცილი, ეიფორია. მომდევნო დღეებში ავადმყოფი შეკავდა, ინარჩუნებდა  
ერთსა და იმავე პოზას, ხშირად იღვა წინ წახრილი დაძაბულ მდგომარეობაში. ნე-  
გატივისტური იყო, აღნიშნებოდა მუტიზმი, პასუხობდა მიმიკით. ახლობელთა  
მიმართ — განურჩეველი; საერთოდ მოღუენებული და აპათიური. კრიტიკა ავად-  
ყოფური მდგომარეობის მიმართ მოსპობილია.

ამ შემთხვევაში ყურადღებას იპყრობს ატაქსიის ფენომენის დაწ-  
ყება ძირითადად მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკურ დონეზე:  
ატაქსია ვლინდება აზროვნებაში, შემოქმედებით მიმართებასა და  
ქცევაში. შემდეგში შეკავების გაძლიერებასთან დაკავშირებით, ატაქ-  
სია ვრცელდება პირველი სასიგნალო სისტემის დინამიკურ დონეზე  
(კლინიკურად აღნიშნება პალუცინაციები და ავტომატიზმი). რადგან  
მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკური დონეები ყველაზე ადრე და  
ნათლად ავლენენ დისოციაციას, კლინიკურად ყურადღებას იპყრობს  
ატაქსია მეტყველებით პროდუქციებში.

თანახმად ჩვენი კლინიკური და ექსპერიმენტული დაკვირვებისა,  
შიზოფრენიით დაავადებულებში, მეტყველებითი გამოვლინების დის-  
კოორდინაცია ამჟღავნებს გარკვეულ ეტაპურობას. პირველ ყოვლისა,  
დისკოორდინაცია აღინიშნება წინადადებებს შორის; მეორე ეტაპი —  
დისკოორდინაცია სიტყვებს შორის და ბოლოს, დისკოორდინაცია  
სიტყვასა და მის ცნებით შინაარსს — სემანტიკას შორის.

აღნიშნული მდგომარეობა იწვევს ცნებისა და წარმოდგენის გაუ-  
ხვიერებას, ხელოვნურად გართულებულ შეხამებას და უკანასკნელთა  
ასოციაციას.

აღსანიშნავია, რომ ატაქსია, რაც უნდა უხეშად იყოს წარ-  
მოდგენილი შიზოფრენიის კლინიკურ ფენომენოლოგიაში, არც დაავა-  
დების დასაწყისსა და არც მოგვიანებით სტადიაში არ არის მაჩვენე-  
ბელი ტენის აპარატის არააღდგენადი დაზიანებისა.



შიზოფრენიის ქრონიკულ, ანუ ე. წ. ფინალურ შემთხვევებში აქტიური თერაპიის ზეგავლენით შესაძლებელია შიზოფრენიული (თუ შიზოფაზიური) სინდრომის შერბილება ან მისი მთლიანი მოხსნა, რასაც ყურადღებას აქცევდნენ ძველი ფსიქიატრებიც. მათი დაკვირვებებით, სომატური დაავადებით გართულებული შიზოფრენიის ერთეულ შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა ასოციაციური მოქმედებების ერთგვარ გამოსწორებას.

ე. ა. პოპოვის თანახმად, შიზოფრენიის დროს აზროვნების პათოლოგია შეიძლება წარმოდგენილ იქნეს ორი ქვეჯგუფის სახით: კომპლექსური გამლიზიანებლები კარგავენ თავის მთლიანობის ხასიათს და რეაქცია აღმოცენდება მხოლოდ ცალკეულ კომპონენტებზე (სინთეზის დარღვევა): ან მსგავსი გამლიზიანებლები კარგავენ განსხვავებას (ანალიზური დარღვევა). ცხადია, რომ ორივე ტიპის აშლა შეიძლება არსებობდეს ერთდროულად.

ე. ა. პოპოვის მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულებში სიმბოლურობა გამოდის ამ სიტყვის პირდაპირი გაგების ჩარჩოებიდან; სიმბოლიკა ავადმყოფთათვის არ არის საგნის ან მოკლენის შეგნებულად გამოყენებული პირობითი აღნიშვნა, არამედ შედეგია ერთი შინაარსის მეორეთი შეცვლის. შენაცვლების მოკლენასთან ახლო დგას მეორე ფენომენი, რომელსაც შეიძლება ეწოდოს შერწყმა. ორივე ამ შემთხვევას საფუძვლად უდევს სიტყვების ან წარმოდგენების არასაკმარისი განსაზღვრა, როდესაც მათ აქვთ რაიმე საერთო.

შიზოფრენიულ დაუკავშირებლობას მ. ს. ვრონო თვლია ავთიკსებიანად მიმდინარე შიზოფრენიული პროცესის დამადასტურებელ მომენტად. ამასთან, ავტორის მიხედვით, შიზოფრენიის გარკვეული ფორმები საბოლოო პერიოდაზღუ ინარჩუნებენ მიმდინარეობის თავისებურებას.

ნ. ი. ბოსტოლანაშვილი მიდის იმ დასკვნამდე, რომ შიზოფრენიის მორასწავლად ანუ ე. წ. ფინალურ სტადიაში შეიძლება გამოვლინდეს ნიშნები, რომლებიც გარკვეულად მიუთითებენ წარსულში არსებული ძირითადი ფორმების კლინიკური თავისებურების შენარჩუნების შესახებ.

**შიზოფრენიის პათოპათოლოგიის შესახებ ცენტრალური  
ნერვული სისტემის ნატივი პათოლოგოლოგიის  
უახლესი მონაცემების უშუალო**

საკითხები ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანიზმის შესახებ მოწამვლის შედეგად გამოწვეული პისტოლოგიურ ცვლილებათა შესახებ, ცენტრალურ ადგილს იკავებენ ორგანული ფსიქონევროლოგიის პრობლემათა შორის. უკანასკნელ დროში დადგენილია, რომ შესაძლებელია თუ არა ტვინში გამოიწვიონ ნეოლოდ დეგენერაციული მოვლენები.

ანთების სურათის გამოსაწვევად არ კმარა მხოლოდ ერთი ტოქსიკური მომენტის არსებობა. ტვინის ქსოვილში მიკროორგანიზმების არსებობა შეადგენს ერთ-ერთ ძირითად პირობას ენცეფალიტური პროცესის განვითარებისათვის.

ცენტრალური ნერვული სისტემა სუფთა ინტოქსიკაციაზე რეაგირებს თითქმის პასიურად, ამავ დროს იძლევა სხვადასხვა სახის დეგენერაციულ მდგომარეობებს.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ტოქსიკურ ნივთიერებათა მოქმედების დროს, მიუხედავად რეაგირების სიღარიბისა, ერთსახეობისა და ნაწილობრივ მონოტიპიურობისა, მოწამვლის პათოფიზიოლოგიის და პათოპათოლოგიის შესწავლას დროს მეცნიერულ-პრაქტიკული ინტერესი აქვს.

შესაძლებელია მოქმედების დინამიკის შესაწავლისათვის განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს მწვავე მოწამვლა და შემთხვევები მინიმალური დოზებით, როდესაც ყველაზე ნაკლებად მოსალოდნელია შესაძლებელი, ნათელი მორფოლოგიური ცვლილებები და ამის გამო ყველაზე ხანგრძლივი უჯრედების დაზიანების არსებობის და ხარისხის დიაგნოზირება.

ტოქსიკური ტოქსიინფექციური აგენტების მოქმედების შედეგად ცენტრალური ნერვული სისტემის პარენქიმული უჯრედების ადრეულ (მწვავე) ცვლილებათა დაქერა დაკავშირებულია დიდ დიაგნოზურ სიმკვრივებთან (ადრეული შემთხვევები ნერვულ და სულით დაავადებათა კლინიკიდან). ასეთ შემთხვევებში მორფოლოგიები (როგორც არასდროს) გრძნობენ ისეთი მტკიცე კრიტიკიუმის არარსებობას, რომელსაც შეეძლო დასაწყისი პათოლოგიური ძვრების კონსტატირება.

სრული ნეკროზის განვითარებამდე უჯრედებში, როგორც წესი, ადგილი აქვს მთელ რიგ პათოლოგიურ მდგომარეობებს; ამასთან, პროცესის ხანგრძლიობა და დაზიანების ხარისხი ამა თუ იმ სტადიაში დამოკიდებულია ავადმყოფური აგენტის ხასიათზე და უჯრედების რეაქტიულობის უნარზე. ცნებები „უჯრედის გადაგვარება“ და „უჯრედის სიკვდილი“ გამოხატავს პროცესს და არა მდგომარეობას. აღნიშნულ პროცესს აქვს თავისი დინამიკურობა (განვითარების ფაზები დეგრადაციიდან ნეკრობიოზისაკენ და ნეკროზისაკენ), რასაც თან ახლავს უჯრედის როგორც ფორმის, ისე ფუნქციის და აქტიურობის ცვლილებები.

არაიშვიათად გაღიზიანების ხარისხთან და სახესთან დაკავშირებით ადგილი აქვს უჯრედის (წინასწარი რეაქციის გარეშე) უცაბეღ მწვავე ნეკროზს. ამ დროს უჯრედი მაშინვე არ იცვლის თავის ფორმას, არამედ მხოლოდ შემდგომში განიცდის პასიურ ცვლილებებს.

ხაზი უნდა გაესვას, რომ არა ყოველგვარი გადაგვარება იწვევს ნეკროზს; არაიშვიათად ადგილი აქვს გამოჯანმრთელებას და აღდგენას, მაგრამ ყოველი ნელი ნეკროზული პროცესი იწვევს რიგ გადაგვარებას.

პროცესის არსის სწორი გაშიფვრისათვის არ კმარა მხოლოდ უჯრედის დაზიანების კონსტანტირება. აქ აუცილებელია დიაგნოზის დაზუსტება და იმის დადგენა თუ უჯრედების ცვლილებები რამდენაღ პირდაპირ კავშირშია ძირითად ავადმყოფურ პროცესთან. ამგვარი საკითხი უშუალოდ ემიჯნება მეორადი დანაშრევების პრობლემას (მეორადი, შემთხვევითი ინტოქსიკაცია ან ინფექცია; მაღალი ტემპერატურით გამოწვეული მოვლენები; აგრეთვე ავონალური და კალავეროზული მოვლენები).

დიდი ტვინის ქერქის განგლიური უჯრედების სტრუქტურის პოსტმორტალური (გარდაცვალების შემდგომი) ცვლილებები დამოკიდებულია ქალაში ტვინის ყოფნის ხანგრძლივობზე (გაკვეთის მომენტიდან).

ფორმალინში პირველადნა ფიქსაციაშ შეიძლება გამოიწვიოს დანაოქების მოვლენები (განსაკუთრებით ადამიანის მასალაზე).

ნერვული უჯრედის პათოლოგიური ცვლილებების ხასიათი დამოკიდებულია არა მარტო მთელ რიგ ტექნიკურ მომენტებზე და გამაღიზიანებლის თავისებურებებზე. არამედ აგრეთვე თვით უჯრედის

ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაზეც. როგორც მაგალითი შეიძლება მოყვანილი იქნეს ფაქტი, რომლის მიხედვით ცხოველთა პიკნომორფული განგლიური უჯრედები მწვავე ინფექციების დროს ადვილად იძლევიან დანაოქების მოვლენებს.

უჯრედის ნეკროზის დაწყების ძირითად ნიშანს წარმოადგენს ბირთვის გადაადგევა. უკანასკნელ შემთხვევაში ადგილი აქვს ცვლის აშლას (ბიოქიმიური ძვრები) ბირთვისა და პროტოპლაზმას შორის, უჯრედსა და გარემო წრეს შორის (ე. ი. დანარჩენ ქსოვილს შორის).

ზედაპირული დაჭიმულობის ცვლილებანი უჯრედის ნაწილების ქიმიურ დაშლასთან დაკავშირებით და აგრეთვე უჯრედში სხვა ფიზიკური თვისებების ცვლილებანი იწვევენ მთელ რიგ პერტრუბაციებს, — ნივთიერებათა ძვრები, არევა, ტრანსფორმაციები.

ბირთვის ცვლილებები, რომელსაც ადგილი აქვს ნეკრობიოზულ პროცესებისას, შეიძლება დაიყოს მოვლენათა ორ ჯგუფად: დაშლა და გახსნა.

როგორც კარიორექსიის დროს, ისე კარიოლიზისისას, საერთო ჯამში ადგილი აქვს ბირთვის გახსნას და გაქრობას. პირობები აღნიშნული ბირთვული პროცესების განვითარებისათვის მეტად სხვადასხვაა და რთულია.

ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიამ არ იცის განგლიური უჯრედების მკაცრი სპეციფიკური დაავადებანი, პათოგნომიური ცვლილებები, რომლებიც საშუალებაა იძლევა პისტოლოგიურ პრეპარატებზე დაავადების დიაგნოზირებისა, შეიძლება ვნახოთ მხოლოდ ოთხ ფორმაში: ოჯახური ამეგროზული იდიოტია. მიოკლონუსი — ეპილეფსია, ფიბრილების ალკჰიმერისებური ცვლილებები პოხუცებულობითი და მოხუცებულობის წინა ჰუკუსუსტობის დროს და ატიპიური განგლიური უჯრედები ტუბეროზული სკლეროზის დროს.

ნერვულ უჯრედში მიმდინარე მოვლენათა კომპლექსის ანალიზის მიზნით აუცილებელია კვლევის კომპლექსური მეთოდების გამოყენება ე. ი. სხვადასხვაგვარი და სხვადასხვამხრივი მეთოდისების ხმარება.

ამ მხრივ მოვლენათა კომპლექსური შესწავლა განსაკუთრებით საინტერესოა ადრეული და მწვავე შემთხვევებისათვის.

გამოკვლევის მეთოდისები არათანაბარდირებულოვანია; ამიტომ შპილმეირი მიუთითებს, რომ პირველ პლანზე უნდა დავაყენოთ ის

მეთოდისა, რომელიც უფრო მარტივია, ზუსტია და ანალიზისათვის იოლია.

ჩვენს დროში ნერვული სისტემის გამოკვლევისათვის ნისლის მეთოდისა წინანდებურად პირველ ადგილს იკავებს ყველა სხვა მეთოდისა შორის. ეს მეთოდისა დღემდე არ კარგავს თავის წამყვან მნიშვნელობას, ვინაიდან იგი საშუალებას იძლევა ძირითადად დაჭერილ აქნეს უჯრედოვანი პათოლოგიის ყველა სახეობანი.

ტვინის ქსოვილის პარენქიმული ელემენტების ადრეული, ეგრეთწოდებული მწვავე ცვლილებებისას, როდესაც ჯერ კიდევ არ არის მძიმე, უხეში სტრუქტურული აშლილობანი და ჯერ კიდევ არ არის გაწილილი მეორადი გლიური რეაქცია, სადიაგნოზო საყრდენ წერტილს შეადგენს ფიზიკურ-ქიმიური ძვრების მომენტი, უჯრედების უნარი სხვადასხვანაირად მიიღოს შეღებვა (უჯრედის შემადგენელი ნაწილების ტინქტორული მოქმედება). ამგვარ მიდგომას უეჭველად მოსდევს შეცდომების საშიშროება და ამიტომ საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე.

მიღებული შედეგების მუდმივი კრიტიკული შეფასება, ფიზიოლოგიური და კლინიკური მონაცემების მჭიდრო დაკავშირება ანატომიურ ფაქტორებთან, უჯრედოვანი ცვლილებების კომპლექსური ანალიზი, დაწვრილებითი კონტროლი ნორმალური პრეპარატებით, დაზიანებული უჯრედების მეზობელ უბნებთან მუდმივი შედარება, ავადმყოფური ცვლილებების (ნერვული უჯრედების არჩევითი მსხვრევადობა) ლოკალიზაციის (ტოპოგრაფიის) გარკვევა, აგრეთვე საერთო პირობების დაცვა როგორც ექსპერიმენტის, ისე შეღებვის დროს, შეადგენენ იმ ძირითად ფონს, რომელზეც შესაძლებელია აგებულ იქნეს განგლიური უჯრედების ადრეული ცვლილებების ნატიფი დიაგნოსტიკა მხოლოდ ერთი ტინქტორული მომენტის დახმარებით.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, მდგომარეობას ქერქისა და ქერქქვეშა პარენქიმული წარმონაქმნების რეაგირების ერთტიპიურობის შესახებ აქვს დიდი ზოგადთეორიული და კლინიკური მნიშვნელობა.

აღნიშნული მდგომარეობის შესასწავლად განსაკუთრებით მოხერხებულად უნდა ჩაითვალოს ექსპერიმენტები რადიოაქტიური გამოსხივებით.

საკუთარ ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიურ გამოკვლევებში ჩვენ ბ. რ. ნანეიშვილთან ერთად ვაჩვენეთ, რომ რადიაციული პათოლოგიის დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არ შეიძლება ვეიოთ სპეციფიკური პათომორფოლოგიური ძვრები მაიონიზებული სხივების სხვადასხვა სახეებისათვის. რადიქტიური ზემოქმედების შემთხვევებში ადგილი აქვს ნერვული ქსოვილის ერთტიპიურ რეაქციას, რაც გაპირობებულია ერთტიპიური ტოქსიდეგენერაციული პროცესით. ამავდროს რადიაციული დაზიანების სპეციფიკის გამოხატულება ცენტრალური ნერვული სისტემის უბნებში უნდა ვეძიოთ არა ტვინის ნივთიერების დაზიანების ფორმის თავისებურებაში, არამედ პათოლოგიური ძვრების სიმძიმის და სიღრმის ხარისხში, რაც თავის მხრივ უამოკიდებელია რადიოაქტიური სხივების ორგანიზმზე ზემოქმედების ხანგრძლივობაზე, ადგილზე და ძალაზე.

ჩვენს დროში ცენტრალური ნერვული სისტემის ნატიფი მორფოლოგიის სფეროში პერსპექტიული მიღწევები და მომავალი განარჯვებები უზრუნველყოფილია პისტოქიმიური, ციტოქიმიური და ელექტრონულ მიკროსკოპიულ გამოკვლევათა უახლესი შესაძლებლობებით. მაგრამ, როგორც ამას ხაზს უსვამს ოსკარ ფოგტიც, ჩვენ არასოდეს არ შეგვიძლია უარი ვთქვათ საორიენტაციო სერიული ანათომიის გამოყენებაზე. არ შეგვიძლია უარყოთ ციტოარქიტექტონიკული დაკვირვებანი განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც სამუშაო ატარებს წინასწარი ძიების ხასიათს და საჭიროა ზუსტად ორიენტირება ტოპოგრაფიული ლოკალიზაციის ხაზით.

ნორმაში და პათოლოგიაში ცენტრალური ნერვული სისტემის ნატიფი მორფოლოგიის გამოკვლევის მიზნით უფრო მგრძობიარეა პისტოქიმიური მეთოდები; მაგალითად. ა. ლ. შაბადაშის თანახმად, რიბონუკლეოპროტეიდების ძვრების შესწავლის დახმარებით ნერვულ სისტემაში შეიძლება აღმოვაჩინოთ რეაქციული პროცესები, რომელთა დაჭერა ჩვეულებრივი პათოლოგ-პისტოლოგიური მეთოდებით ვერ ხერხდება.

ა. ლ. შაბადაში აღნიშნავს, რომ სხივური დაზავებისას, როდესაც სხვა მეთოდიკებმა ვერ მოგვეს გარკვეული შედეგები, მიტოქონდრიების რიბონუკლეოპროტეიდების შესწავლამ ნეირონებში და ნეიროგლიებში გვიჩვენა დიენცეფალური უბნის და რეტიკულური სუბსტანციის ღრმა დაზიანებანი.

აღნიშნავთ რა ჰისტოქიმიური კვლევის პერსპექტიულობას და მნიშვნელობას სახელობრ სტრუქტურული აღდგენადობის პრობლემის შესწავლის საქმეში, აუცილებლად ვთვლით ხაზი გავუსვათ, რომ ჰისტოქიმიის ისევე ვერ ხსნის ნატიფი მორფოლოგიის წინაშე მდგარ საკითხებს, უწინარეს ყოვლისა სინაფსოარქიტექტონიკური ძიების მიმართულებით, როგორც ნატიფი სინაფსოარქიტექტონიკური გამოკვლევები არ გამოირიცხავს მორფოლოგიურ გზას ციტოარქიტექტონიკის მიმართულებით.

თავი უნატიფესი სტრუქტურული ძვრების აღდგენადობის შესახებ წარმოდგენს ნერვული სისტემის ზოგადი პათოლოგიის განსაკუთრებით პერსპექტიულ ნაწილს, რომელსაც პირდაპირი დამოკიდებულება აქვს შიზოფრენიის თეორიასა და პრაქტიკასთან.

თანახმად ჩვენი კლინიკურ-მორფოლოგიური დაკვირვებებისა, სტრუქტურული აღდგენადობის შესაძლებლობა გამორიცხული არ არის შიზოფრენული დაავადების მოგვიანებული, ე. წ. ქრონიკული ფორმების დროსაც.

მსგავსად ფარდობითობის ზოგადი თეორიისა, სადაც მოძრაობათა ყველა სახე დროში და სივრცეში წილდებულია ზღვრული სისწრაფით ორგანიზმები და მათი შემადგენელი ელემენტები წილდებულია აგრეთვე ზღვრული ამტანობით.

მაგრამ ბიოლოგიაში, როდესაც საქმე ეხება ორგანიზმების რეაქტიულ შესაძლებლობებს. ცალკეულ ორგანოებს და ცალკეულ ქსოვილოვან სისტემებს, ცნება ზღვარის შესახებ საჭიროებს განსაზღვრულ შესწორებას და დამატებით შენიშვნებს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ადამიანისა და ცხოველთა სამყაროში ამტანობის ზღვარის ბიოლოგიური კოეფიციენტი განისაზღვრება ორგანოთა ვიკარულ-კომპენსატორული შესაძლებლობებით და აღდგენადობის შესაძლებლობით — ცალკეული ქსოვილოვანი სისტემების რევერზიბილობით.

პათოლოგიაში ზღვარის ბიოლოგიური გრადიენტი წარმოდგენილია ფართო დიაპაზონით ნორმული ფუნქციონირებიდან სიკვდილამდე. მათ შორის ბევრი ეტაპებია და ამ გზაზე ჯერ კიდევ შესაძლებელია მორფოლოგიური და ფუნქციური აღდგენადობა.

კლინიკური მიმდინარეობა და სხვადასხვა მეთოდების ზემოქმედებით თერაპიული ეფექტურობა გვარწმუნებს, რომ პროგრესული-

ტური პროცესი შიზოფრენიის დროს თავისი პათობიოლოგიური არსით განსაზღვრულ ეტაპზე აღდგენაღია. ამავე დროს, როგორც ქიმიოთერაპიის უახლესი პრაქტიკა გვიჩვენებს, დაზიანებულ ნერვულ ქსოვილს აღდგენადობის უნარი აქვს დაავადების არა მხოლოდ ჩინიციალურ ეტაპებზე, არამედ არაიშვიათად შიზოფრენული დაავადების უფრო მოგვიანებულ პერიოდშიც.

ავადმყოფური პროცესის სტრუქტურულ-დინამიკურ აღდგენადობას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ისეთი მძიმე, ტლანქი ორგანული დაავადების დროსაც კი როგორცაა პროგრესული დამბლა.

ბ. რ. ნანეიშვილი არჩევს განვლიური წარმონაქმნების ირიტაციული დაზიანების ორ ძირითად საფეხურს. ამ ავტორის მიხედვით ციტოარქიტექტონიკულად პირველ, ე. ი. დაზიანების აღდგენად საფეხურს, წარმოადგენს ნაწილობრივი ჰიპერსომატოქრომიის ფენომენი და მორჩების გაღიზიანება. სინაფსოარქიტექტონიკურად ამ აღდგენად საფეხურს შეეფარდება ჰიპერიმპრეგნაცია არათანაბარი შეღებვა და დენდრიტული მორჩების კლაკნილობა აგრეთვე სინაფსური წარმონაქმნების ზომიერი ირიტაცია.

უნდა აღინიშნოს, რომ სინაფსური წარმონაქმნები არა მხოლოდ ადვილად მსხვრევაღია, არამედ აგრეთვე, მაიერგროსის დაყენებათა თანახმად, ისინი ფიზიოლოგიურ პირობებში ადრე იღლებიან. როგორც ავტორი აღნიშნავს, რეფლექსური რკალი უფრო მალე იღლება, ვიდრე ნერვულთოვანი აპარატი.

თავის მხრივ ჩვენი ექსპერიმენტული და კლინიკურ-მორფოლოგიური დაკვირვებები გვაჩვენებს, რომ უჩრდოვანი (ე. ი. პერიკორპუსკულარული) სინაფსები ნაკლებად მსხვრევაღია, ვიდრე დენდრიტული (ე. ი. აპრადენდრიტული) საბოლოო ფოლაქები.

ბ. რ. ნანეიშვილის მიხედვით დასაწყისი ირიტაცია შეიძლება ჩაითვალოს სრული სტრუქტურული აღდგენადობის სტადიად. მეორე სტადიაში კი ირიტაციულ ცვლილებათა სტრუქტურულ-დინამიკური აღდგენადობა განისაზღვრება პათოლოგიური პროცესის შემდგომი დინამიკის თავისებურებებით.

არსებული მასალისა და საკუთარი ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიურ და კლინიკურ-მორფოლოგიურ დაკვირვებათა საფუძველზე მივდივართ იმ დასკვნამდე, რომ ტვინის ნივთიერების აღდგენადი პარანეკროზი შეადგენს დიდი ჰემისფეროების ქერქში თავდაცვითი



შეკავების ფენომენის მორფოლოგიურ წინამძღვრებს. ამავე დროს, ცალკეულ დაყენებათა საწინააღმდეგოდ, თავდაცვითი შეკავების სტრუქტურული საფუძველი არანაირად არ შეიძლება ვეძიოთ უჯრედთა ცვლილებების სპეციფიკაში (ჰიპერქრომატოზი, ტიგროიდა დაგროვება და (ა. შ.). შეკავების მორფოლოგიური ტექსტი არ შეიძლება იყოს უჯრედოვანი ძვრების განსაზღვრულ ფორმაში გამოვლინებათა სახით.

ყველაზე უფრო სწორია ორგანული ბუნების ფსიქონერვული დაავადებისას, კერძოდ შიზოფრენიის დროს, დაცვითი შეკავების ფენომენის მორფოლოგიური წინამძღვრები დაუუკავშიროთ ქერქული ნივთიერების დენდრიტული მორჩებისა და საბოლოო ფოლაქების ადრეულ აღდგენად ცვლილებებს, რომლებიც წარმოადგენენ ადვილად მსხვრევად პარენქიმულ წარმონაქმნებს.

როგორც ვხედავთ, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებათა დროს პარენქიმული მორჩები და სინაფსური წარმონაქმნები იჩენენ დამახასიათებელ მსხვრევადობას. ამ მიმართულებით გამოკვლევები განსაკუთრებით საინტერესოა შიზოფრენული ტოქსიკოზით გამოწვეულ მძიმე და თავისებური პროცესის სტრუქტურულ-დინამიკური აღდგენადობის შესწავლისას.

ჩვენთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის, რომ ჩვენს მიერ 15 წლის წინათ წამოყენებული ცნება ტვინის ნივთიერების მორფოფუნქციური აღდგენადობის შესახებ ზუსტდებოდა და მდიდრდებოდა როგორც საკუთარი ფაქტობრივი მონაცემებით, ასევე სხვა ლაბორატორიების დაკვირვებებით, რომლებიც ზოგჯერ სხვა მიზნებს ისახედნენ, მაგრამ ლებულობდნენ ჩვენთვისაც მნიშვნელოვან შედეგებს.

ღიღი ჰემისფეროების ქერქის ტვინის ნივთიერების სტრუქტურული ე. ი. მორფოლოგიური აღდგენადობის ფაქტობრივმა მასალამ და თეორიულმა განზოგადებამ, გარდა ზოგადბიოლოგიური მნიშვნელობისა, ჩვენთვის, კლინიკისტ-ფსიქონერვოლოგებისათვის, უშუალო დაინტერესება გამოიწვია.

ნატიფი აღდგენადი და არააღდგენადი სტრუქტურული ცვლილებების დინამიკის შესწავლა ჩვენს მიერ ხდება პათოციტოარქიტექტონიკური და პათოსინაფსოარქიტექტონიკური მეთოდების პოზიციებიდან.

იმის გამო, რომ ნერვული უჯრედების აღდგენად ცვლილებათა

საკითხები ზოგადი და კერძო სინაფსოარქიტექტონიკის პრობლემების საპირისპიროდაა (ე. ი. ორი პრობლემის შესაყარზე), მეორე პრობლემის მიღწევებმა განსაზღვრეს პირველის მიღწევები. ორივე პრობლემის ასეთი ურთიერთგანპირობებულობა მნიშვნელოვანია კიდევ იმითაც, რომ ჩვენი ცნება სინაფსო და პათოსინაფსოარქიტექტონიკის შესახებ განსაკუთრებით სასარგებლო შეიქმნა კლინიკური ნეირო-მორფოლოგიის მიზნებისათვის და მან გარკვეულად მოიპოვა მეცნიერული მოქალაქეობის უფლება.

აღსანიშნავია, რომ შ. ა. გამყრელიძეს, ო. გ. გორდელაძეს, ნ. პ. რომანოვას თავიანთ ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიურ გამოკვლევებში მოჰყავთ საინტერესო და მეტად დამარწმუნებელი მასალა ტვინის ნივთიერების პარენქიმული წარმონაქმნების აღდგენადობის, ანუ რევერზიბილობის შესახებ მწვავე ალკოპოლური მოწამვლისას, უანგბადით შიმშილისას და მძიმე ჰიპოქსიის შემდეგაც კი.

შიზოფრენიის პათოარქიტექტონიკის საკითხების შემდგომი შესწავლისას ნაჭირო იქნება ანალიზი გაუყეთდეს ძვრებს აქსოსომატური და აქსოდენდრიტული კავშირების მხრივ. ამ დროს აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს, რომ დენდრიტული სისტემების სინაფსური აქტივობის ხვედრითი წონა მეტად მაღალია და არ ჩამორჩება უჯრედოვანი სხეულის სინაფსების აქტივობას.

ე. ს. ჩოლოყაშვილის მონაცემები (დენდრიტთა უჯრედების შესაბამის სხეულთან, დენდრიტული ტოტების სისქესთან, დენდრიტების სიგრძესთან დამოკიდებულებისა და პირამიდული უჯრედების ზედაპირულ დენდრიტთა ტოტების ტანგენციალური გავრცელების შესახებ), ისე როგორც ს. ა. სარქისოვის, გ. ი. პოლიაკოვის ჩანგისა და სხვათა დაკვირვებანი, გვიჩვენებენ, რომ თავის ტვინის ქერქში პირამიდული უჯრედების დენდრიტულ წარმონაქმნებს აქვს განსაკუთრებით დიდი ფუნქციური მნიშვნელობა. ამავე დროს, ფუნქციურ თავისებურებებს პირველ რიგში უნდა მიეკუთვნოს ნერვული კონტაქტების დამყარების შესაძლებლობა დიდი ჰემისფერობის ქერქის აქსონალურ სისტემასთან.

ი. ს. ბერიტაშვილის ვარაუდით აგზნების მოწყობილობას წარმოადგენს უჯრედი — აქსონი, ხოლო შეკავებისა — დენდრიტები შიპიკებთან. ამ დროს შეკავების მოწყობილობამ (ე. ი. დენდრიტებმა) თავიანთი ნელი დინებით უჯრედზე და მის გარემომცველ სინაფსებ-

ზე უნდა იმოქმედონ დამთრგუნველად და დააქვეითონ მათი ავზნებლობა.

დ. ს. ვორონცოვი სხვა პოზიციებზე დგას. იგი აღნიშნავს, რომ ვარაუდი ნეირონებზე ორი სახის ნერვულ დაბოლოებათა შესახებ ამჟამად სრულიად აუცილებელია, რამდენადაც ამგვარი დაშვების გარეშე შეუძლებელია გავიგოთ შეკავების პროცესი მონოსინაფსურ-რეფლექსურ რკალში. ავტორის მიხედვით, როგორც ნეიროკუმორალური, ასევე ელექტრონული თეორიის მომხრეებს უხდებათ აღიარონ ორი სახის — ამგზნები და შემაკავებელი სინაფსების არსებობა. მაგრამ დ. ს. ვორონცოვით ელექტრონული თეორია გაცილებით უკეთესად ხსნის ამჟამად ცნობილ ფაქტს, რომელიც ეხება ნეირონთაშორის ურთიერთკავშირებს, როგორც პერიფერიებზე, ასევე ცენტრებშიც.

გ. მეგუნი იზიარებს დებულებას, რომ შეკავების ფუნქცია დაკავშირებული უნდა იყოს ცალკეულ სტრუქტურულ-მორფოლოგიურ წანამძღვრებთან. როგორც გ. მეგუნი აღნიშნავს, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ყველა გზა, რომელიც შეკავების თვისებას ატარებს უკანასკნელი რგოლის სახით, შეიცავს მეორე ტიპის გოლჯის უჯრედს მოკლე აქსონით. ამ უჯრედის სპეციალური ფუნქცია გამოიხატება შეკავების გადამცემი ნივთიერების სინთეზში და განთავისუფლებაში. ეს ჩართული ნეირონები შეიძლება წოდებულ იქნენ შემაკავებელ ან რენშოუს უჯრედებად.

ზემოაღნიშნულის ფონზე განსაკუთრებით იზრდება შემოქმედებითი მნიშვნელობა ნ. ე. ვედენსკის მოსაზრებისა, რომელმაც ჯერ კიდევ ორმოცდაათი წლის წინათ მიაქცია ყურადღება დენდრიტთან უახლოესი ან თვით დენდრიტის უჯრედთან უშუალოდ დაკავშირებული ბოჭკოების სხვადასხვა ფუნქციას.

თუმცა ჩვენს დროში საკითხი შემაკავებლად მოქმედი ბოჭკოების დამოუკიდებლად არსებობის შესახებ ნეირომორფოლოგიისათვის ღიად არის დარჩენილი (შეიძლება ითქვას მორფოლოგიურად უარყოფითადაა გადაწყვეტილი), მაგრამ შემოქმედებითი ძიებანი ამ მიმართულებით უდავოდ პერსპექტიულია.

ნ. ე. ვედენსკის მოსაზრება დაბოლოებათა კავშირების შესახებ წარმოადგენს მეცნიერულ შორსმჭვრეტელობას. მან წინასწარ განკვერიტა თანამედროვე შეხედულება აქსოსომატური და აქსოდენდრიტუ-

ლი სინაფსური კავშირების სტრუქტურულ-დინამიკურ თავისებურებათა შესახებ.

XX საუკუნის დასაწყისში ნ. ე. ვედენსკი, ფსიქიატრიულ საზოგადოებაში, მოუწოდებდა იმ სპეციალისტებს, რომლებიც ვუშაობდნენ ნერვული სისტემის მიკროსკოპიულ ანატომიაზე, ყურადღება მიექციათ საკითხის ჰისტოფიზიკური მხარის შესწავლისათვის. იგი აღნიშნავს, „როდესაც მე ვხედავ პურკინიეს უჯრედებს ნათხეშში, დიდ უჯრედებს, რომელთაც აქვთ მდიდარი დენდრიტები და იძლევიან კარგად, გაფორმებულ ნეიროტს (ღერძილინდრულ მორჩს) და ამავე დროს ვხედავ თითოეულ ასეთი უჯრედის სხეულს, რომელიც სხვა ნერვული უჯრედებისაგან მოსული ბოჭკოების დატოტიანებით შექმნილ თითქოს დაწნულ კალათაშია მოქცეული, ძალაუვნებურად ვფიქრობთ — აი მშვენიერი პირობები შემაკავებელი მოქმედების საწარმოებლად. ამ უკანასკნელ ბოჭკოებს, რომლებიც ქსელებად არის გაშლილი და ქმნის პერიცელალურ კოლოფს პურკინიეს უჯრედებისათვის, მის მასაში შეეძლო ეწარმოებინა ის ერთგვაროვანი ხანგრძლივი არამერყევი ცვლილება, რომელიც ჩემი წარმოდგენით უნდა შეადგენდეს შემაკავებელი ზემოქმედების არსს. ამის შესახებ შენიშნავენ: „აი გაბედული მიხვედრა.“\*

ექსპერიმენტულად და კლინიკურად ჩვენ მიერ დადგენილია, რომ დიდი ტვინის ქერქის ყოველი დაზიანების დროს (ინტოქსიკაცია, ინფექცია, ტრავმები) პირველ ხანებში აღდგენად ცვლილებებს განიცდიან დენდრიტული მორჩები და მათი უკიდურესი დაბოლოებანი, ე. ი. აქსოდენდრიტული კავშირების სისტემა. სახელდობრ ეს სისტემა, ქერქში ნერვული სუბსტრატის როგორც უფრო მოქმედი უბანი, წარმოადგენს კორტიკული ნეირონული სტრუქტურის განსაკუთრებით საშიშ ადგილს.

ზემომოყვანილი დებულებებიდან გამომდინარე შეიძლება იმ დასკვნამდე მივიდეთ, რომ ორგანულ ფსიქონერვულ აშლილობათა დასაწყის სტადიებში ქერქული აბრატის აქსოდენდრიტული სისტემის უნატიფესი მორფოლოგიური ცვლილებები შეიძლება წარ-

\* ნ. ე. ვედენსკი, აგზნება, შეკავება და ნარკოზი. რჩეული ნაწარმოებები, ნაწილი II სსრკ შპა გამომცემლობა, 1951, 668—669.

მოადგენდნენ სტრუქტურულ ფონს თავდაცვითი შეკავების მოვლენების განვითარებისათვის.

დენდრიტების სისტემაში მწვავე დეგენერაციული ცვლილებების დაქვარა ხერხდება მაშინ, როდესაც უჯრედების სხეულები და ბირთვები წერ კიდევ არ ავლენენ შესამჩნევ პათომორფოლოგიურ ძვრებს. ნერვული ქსოვილის მსგავს დაზიანებათა დროს არ არის გამორიცხული პათოლოგიურ ცვლილებათა მორფოლოგიური (აქედან აგრეთვე ფიზიოლოგიური) აღდგენადობის შესაძლებლობა.

ჩვენს მიერ აგრეთვე დადგენილია, რომ ნელად (მდორედ) მიმდინარე ტოქსიორგანული პროცესებისას, რომლის კლინიკაში განსაკუთრებით დამახასიათებელია თავდაცვითი შეკავების ფენომენი და რომლის ტიპიურ მაგალითს შიზოფრენიული დაავადება წარმოადგენს, დენდრიტების გახსნა და გაქრობა ხდება არაუცხად, არამედ თანდათანობით მათ ცალკეულ განშტოებებში. სხვანაირად რომ ვთქვათ, ავადმყოფური პროცესი მიმდინარეობს რეტროგრადულად დენდრიტის ფესვისაკენ, ე. ი. პროტოპლაზმური მორჩის დასაწყისის მიმართულებით (უჯრედისაკენ მიმსწრაფი შიმართულება — ს. ა. სუხანოვი).

ქერქული ნივთიერების აღდგენად პათომორფოლოგიურ ცვლილებათა ხარისხისა და სიღრმის მიხედვით, საქმე გვექნება დიდ ჰემისფეროების ქერქში შინაგანი ცენტრალური შეკავების სხვადასხვა ნეიროდინამიკურ ფაზასთან.

ცნობილია, რომ თავდაცვითი შეკავების ფენომენი წარმოადგენს მეტად მოძრავ ნერვულ პროცესს. სხვადასხვა დაავადებათა დროს იგი შეიძლება გამოვლინდეს ქერქისა და ქერქქვეშა უბნების სრულ სხვადასხვა დონეზე, კერძოდ სასიგნალო სისტემების სხვადასხვა სართულებზე. კიდევ მეტი, ავადმყოფობის მიმდინარეობაში მას შეუძლია იმოძრაოს ქერქ-ქერქქვეშა წარმონაქმნების დაღმავალ ან აღმავალ დინამიკურ ვერტიკალზე და გამოიწვიოს კლინიკური სიმპტომატიკის ტრანსფორმაცია ან უკუგანვითარება (მოხსნა).

როგორც უნდა წარმოვიდგინოთ დაცვითი შეკავების ფენომენის კავშირი ნეირონთაშორის კავშირების აღდგენად პათომორფოლოგიურ ცვლილებებთან (ქერქის ან ქერქქვეშა უბნებში), ცხადია, ჩვენ ყოველნაირად უნდა ავიცილოთ თავიდან ანატომიურ-ფიზიოლოგიური პარალელების სტატისტიკური სქემატურობა.

ვლახარაკობთ რა თავდაცვითი შეკავების სტრუქტურულ წინამძღვრებზე, ჩვენ გამოვდივართ პავლოვური გაგებიდან დინამიკური (ფუნქციური) სისტემების შესახებ, რომელიც შენდება სტრუქტურის და ფუნქციის ერთიანობის პრინციპზე. ამით მივისწრადით ნეიროდინამიკურ მოხატულობას მოვუხანოთ ტვინის ქსოვილის მორფოლოგიური ქარგა.

საკითხი ორგანული ბუნების თავდაცვითი შეკავების სტრუქტურული საფუძვლების შესახებ. უშუალოდ საინტერესოა კლინიკური პრაქტიკისათვისაც, რამდენადაც იგი მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ექიმის სამკურნალო ტაქტიკის დროს.

დიდი ჰემისფეროების ქერქის პარენქიმული წარმონაქმნების პათოსტრუქტურულ ცვლილებათა წარმოშობისა და ისევ მოხსნის კანონზომიერებამ აშკარა გაშუქება მიიღო ბ. რ. ნანეიშვილის უმდილრეს ექსპერიმენტულ დაკვირვებებში, რომლებშიც ავტორის მიერ დამაზიანებელ აგენტად გამოყენებული იყო ელექტროკრუნჩხვითი განტვირთვა, იშემია საბილვ არტერიებზე მოჭერის გზით, სხივური ზემოქმედება და აგრეთვე თავის ტვინის კომპლიკაციური დაზიანება (რადიაციული დაზიანება ქალას დახურულ ტრავმასთან შეხებით).

რადიოაქტიური სხივის ზემოქმედებით სტრუქტურული ძვრების შესწავლას მიეძღვნა ბ. რ. ნანეიშვილთან ერთად შესრულებული ჩვენი მონოგრაფია: „მასალები სხივური დაზიანების პათოარქიტექტონიკის შესახებ“ (1956). ჩვენი შემოქმედებითი ინტერესი ამ პლანში წინასწარ განსაზღვრული იყო პ. ე. სნესარევის მითითებებით. თანახმად მისი მონაცემებისა, რადიაციული ბუნების უნატიფესი პათომორფოლოგიური ცვლილებები განსაზღვრულ ანალოგიაში შიზოფრენიული ტოქსიკოზის დროს შემხვედრ პისტოპათოლოგიურ ცვლილებებთან.

თუ შიზოფრენიის დროს ჩვენ შესაძლებლად ვთვლით ვილახარაკობთ დიდი ჰემისფეროების ქერქის ფუნქციური უჯრედების დენდრიტული აპარატის უჯრედისაკენ მიმსწრად დაზიანებათა შესახებ. რადიოაქტიური გამოსხივებით ჩატარებულმა ექსპერიმენტებმა ნება მოგვცეს წამოგვეყენებინა დებულება პათოლოგიური პროცესის უჯრედიდან მომავალ აღდგენადობის შესახებ.

ჩვენს განკარგულებაშია აგრეთვე ექსპერიმენტული შეშუპების

მასალები, რომლებიც შეფასებული უნდა იქნენ, როგორც მორფოლოგიური აღდგენადობის მდგომარეობა.

ექსპერიმენტული შეშუპების დროს ჩვენს მიერ დადგენილია სინაფსური აპარატის პარენქიმულ ცვლილებათა სტადიები. ამ დროს ჰიპერიმპრეგნაცია (ე. ი. არგენტოფილობა) და შიპიკების გაუხეშება (შიპიკების გაღიზიანება: ქინძისთავისმაგვარი კონტურების განვითარება) შეადგენს აღდგენადი პარანეკროზის ყველაზე პირველ ე. წ. დასაწყის სტადიას, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ძირითადი ელექტრული აქტივობის ელექტრული პოტენციალების გაძლიერებასაც კი.

ექსპერიმენტული შეშუპების დროს ადგილი აქვს როგორც დენდრიტული, ასევე საკუთრივ უჯრედული სინაფსების მოხლეჩას ე. ი. ადგილი აქვს როგორც აქსოსომატური, ასევე აქსიდენდრიტული კავშირების აშლას.

სინაფსების მოხლეჩილობა განხილული უნდა იქნეს როგორც დამოუკიდებელი ფენომენი სინაფსური აპარატის პათოლოგიაში. ამავე დროს გამოხატული არ არის იმის შესაძლებლობა, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში მოხლეჩილობის ფენომენმა მიიღოს აღდგენადი პარანეკროზის ხასიათი.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჯერ კიდევ 1932 წელს პინესმა, მაიოროვმა და ჩვენ შიზოფრენიის ახალი ან ადრეული შემთხვევის მხოლოდ ციტოარქიტექტონიკული შესწავლის საფუძველზე წამოვაცენეთ დებულება ფსიქოზების დასაწყისი ფორმების აღდგენადობის შესახებ. ჩვენ ვთვლიდით, რომ კატატონური სტუპორის დასაწყის სტადიაში, როდესაც ყველაზე ნათლად ვლინდება დაცვითი შეკავება, პავლოვის მიხედვით, ტვინის პათოლოგიას სტრუქტურულ-დინამიკურად აქვს რეპარაბილური, რევერზიბილური პროცესის ხასიათი. ეს შემთხვევა\* ექსპერიმენტული მედიცინის საკავშირო ინსტიტუტის ფსიქიატრიული კლინიკიდან ეკუთვნის 1932 წლის პერიოდს. კლინიკური მასალები და პრეპარატების დემონსტრაციის ფართო ჰისტოლოგიური გამოკვლევები მოხსენდა პირადად აკადემიკოს ი. პ. პავლოვის ბალინსკის სახელობის საავადმყოფოში ლენინგრადში. შუბლის ქერქის პარენქიმული ელემენტების (ველი 8 და 9) აღდგენადი ე. ი. რევერზი-

\* ლ. პინესი, ა. ზურაბაშვილი, ფ. მაიოროვი, კატატონიის ადრეული შემთხვევა ანატომიური გამოკვლევებით. ბიოლოგიურ მეცნიერებათა არქივი, ტომი XXXVI, მიძღვნილი აკადემიკოს ი. პ. პავლოვისადმი, 1934, 287-303.

ბილური დაზიანებანი ჩვენ მიერ აღმოჩენილი იყო კლინიკურ-მორფოლოგიურ მასალაზე.

ერთი და იმავე განვლიური უჯრედის არა ყველა დენდრიტი ზიანდება ერთდროულად. ჩვენ მიერ აღწერილია პრეპარატი. როდესაც უჯრედის ზომა, ბირთვი და სამი დენდრიტი შესაძენვე ცვლილებებს არ ამჟღავნებენ. მეოთხე დენდრიტი განიცდის მნიშვნელოვან აგრესს (ვარიქსული გაგანიერება, ნეიროფიბრილების და ბოჭკოების არგეოტფილება). უჯრედის სხეულის შემადგენელი ელემენტების შენახულობა მიუთითებს პათოლოგიური ძვრების მორფოლოგიური აღდგენადობის შესაძლებლობაზე.

ა. ლ. შაბადამი ხაზს უსვამს, რომ სხვადასხვა უჯრედის გამძლეობის დიაპაზონი სხვადასხვაა. უკანასკნელ მდგომარეობას პირდაპირი და მჭიდრო დამოკიდებულება აქვს შიზოფრენიის პათობიოლოგიასთან (პათომორფოლოგიასთან); თუმცა უჯრედთა სხვადასხვა რეაქტიულობას ჩვენ ვნახულობდით ცენტრალური ნერვული სისტემის უხეშ (ბრუტალური) ორგანულ დაზიანებათა დროსაც (პროგრესული დამბლა).

სანამ შევხებოდეთ შიზოფრენიის პათოარქიტექტონიკის შემდგომ კონკრეტულ საკითხებს, საჭიროდ ვთვლით ხაზი გავუსვათ, რომ არ არის შიზოფრენიები ანთებითი რეაქციებით. შიზოფრენია— ტოქსიენციფალოპათიური პროცესია და არა ინფექციურ-ენციფალიტური. უკანასკნელი გარემოება განსაზღვრავს როგორც შიზოფრენიული პროდრომის თავისებურებას, ასევე თვით დაავადების მთელი შემდგომი მიმდინარეობის თავისებურებასაც.

როგორც ცნობილია, ცნება ტვინის ანთების შესახებ, რომელიც ჩვენს დროში ჰისტოქიმიის მიღწევების შედეგად ასე ძლიერ ვიწროვდება, მჭიდროდაა დაკავშირებული საერთოდ ანთების ცნების განვითარებასთან და დაზუსტებასთან.

ანთება არის აქტიური რეაქცია დაზიანებაზე და მას თან ახლავს უჯრედთა აწეული მოქმედება. ენციფალიტებთან დაპირისპირებულია ენციფალოპათიები, სახელდობრ, ნივთიერებათა ცვლის ქრონიკული აშლა. ნელად მიმდინარე ატროფიული და ნეკრობიოზული პროცესის ტიპიურ მაგალითს შიზოფრენია წარმოადგენს. ვ. ვ. ვორონინი ანთებისათვის სპეციფიკურად თვლის არა ცოცხალი გამოწვევის არსებობას. არამედ სისხლძარღვოვან-შეშავრთებელი ქსოვილის.



ცვლილებას. შიზოფრენიული დაავადების დროს სრულიად არ არის აღნიშნული სპეციფიკურობა.

უახლესი ჰისტოქიმიური გამოკვლევები უარყოფენ შიზოფრენიული პროცესის ანთებით ბუნებას და მიუთითებენ ცვლითი ხასიათის ძვრებზე. ე. პ. სნესარევის მიხედვით, შიზოფრენიული პროცესის დროს ადამიანის თავის ტვინის ქერქი არ განიცდის ანთებით მოვლენებს. სწორედ ამ დროს აღინიშნება ნეიროგლიის უხვი ინფიტრაცია გლიოკოგნით, ხოლო მძიმე შემთხვევებში გლიოკოგენის დამატებითი ჩალაგება დიდ და საშუალო ზომის პირამიდულ ნერვულ უჯრედებში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ინფექციური (ბაქტერიული ან ვირუსული) და არაინფექციური დაავადების პრობლემა, როგორც ეტიოპათოგენეზური პრობლემა, საბოლოო გადაწყვეტას პოულობს კლინიკურ-მორფოლოგიურ მასალაზე.

შიზოფრენიის მაგალითზე ჩანს, რომ კლინიკური მორფოლოგია უარყოფს მის ტოქსიინფექციურ ბუნებას. ლოგიკის კანონთა წინააღმდეგ ვერ წავალთ: შიზოფრენია ენცეფალოპათიური დაავადებაა და ამიტომ იმთავითვე იხსნება საკითხი მისი ინფექციური ბუნების შესახებ.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ უახლესი მონაცემების თანახმად, არსებობს ისეთი ვირუსები, რომლებიც არ იწვევენ აშკარად გამოხატულ ანთებით მოვლენებს და სტრუქტურული ცვლილებები ენცეფალოპათიით განისაზღვრება. ეს ფაქტები შემდგომ დეტალიზაციას მოითხოვს. საჭიროა საკითხის ფაქტობრივი შემოწმება და დასაბუთება თანამედროვე ჰისტოლოგიური ტექნიკის გამოყენებით.

შიზოფრენიის დროს ენცეფალოპათია ფრიალ დინამიკური პროცესია, რომელშიც მონაწილეობს როგორც პროგრადიენტული, ისე რეგრადიენტული მომენტები.

შიზოფრენიის ცერებროპათოლოგია ახლებურად განიხილება პათოინაფსოარქიტექტონიკურ გამოკვლევათა შუქზე. ირკვევა, რომ შიზოფრენიული პროცესი პირველ რიგში არის აქსოდენდრიტული სინაფსური აპარატის პათოლოგია.

თუ გავატარებთ ერთგვარ ანალოგიას ე. წ. „სინაფსურ მზამებთან“, მივალთ დასკვნამდე, რომ პათობიოლოგიურად შიზოფრენია

წარმოადგენს კონტაქტოტროპულ (ქერქულ სინაფსოტროპულ) ტოქსიკოზს.

ღღეს დადასტურებულია, რომ შიზოფრენის დროს პათოლოგიური ცვლილებები ლოკალიზდება ქერქულ აპარატში, ხოლო ქერქვეშა უბნები ნაკლებადაა ჩართული პათოლოგიურ პროცესში.

მაგრამ უახლეს გამოკვლევათა საფუძველზე ქერქისა და ქერქვეშა უბნების ურთიერთქმედების შესახებ, ისევე როგორც ბადებრივი ფორმაციის როლის შესახებ, ფსიქოზთა პათოგენეზში, კერძოდ შიზოფრენიის პათოგენეზში, ქერქვეშა არის პათომორფოლოგიას კვლავ აქტუალური მნიშვნელობა ენიჭება.

1956 წელს შემაჩამებელ შრომაში პათონეირომორფოლოგიის ზოგად და კერძო საკითხთა შესახებ ფოგტები აღნიშნავენ, რომ შიზოფრენიის ცალკეულ შემთხვევებში მხედველობითი ბორცვის მედიალური ბირთვი განიცდის შესამჩნევ სტრუქტურულ ცვლილებებს თავის დროზე შრომაში „შიზოფრენიის პათოარქიტექტონიკის შესახებ“ ჩვენ მიუუთითეთ, რომ შიზოფრენიის ცერებროპათოლოგიისა და კლინიკის შესწავლისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ფრონტოთალამური კომპლექსის სტრუქტურულ-დინამიკური მონაწილეობა.

ასეთ კრილში პრობლემათა გადაჭრა მომავალი კვლევის ამოცანას შეადგენს.

### შიზოფრენიის ცალკეული კლინიკური ფორმები

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, შიზოფრენიის ფენომენოლოგია იძლევა მეტად მდიდარ და მრავალფეროვან სურათს. ამასთან, ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ კლინიკური სიმპტომატოლოგია სხვადასხვა შემთხვევებში გამოვლინდება სხვადასხვა სიციხადით. აღნიშნულთან დაკავშირებით არჩევენ შიზოფრენიის შემდეგ ოთხ ტიპიურ ფორმას: მარტივი შიზოფრენია, ჰებეფრენია, კატატონია და ბოდვითი ფორმა.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმა. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ეს ფორმა ავთვისებიანობის და ცუდი პროგნოზის გამო არ შეიძლება ჩაითვალოს მარტივად, კლინიკურ ფსიქიატრიაში იგი ითვლება მარტივად მხოლოდ მიმდინარეობის გამო, ვინაიდან იწყება შემპარავად, თანდათანობით და გარშემომყოფთათვის შეუძინველად.

როგორც ვთქვით პროგნოზი ამ დროს სერიოზულია.

მკვეთრი ინტრაფსიქიური ატაქსია პათოლოგიური უცნაურობების სახით. გრძნობითი სფეროს გაცივება, მკვეთრი განურჩევლობა და აზროვნების გაფხვიერება წარმოადგენს დამახასიათებელ მოვლენებს შიზოფრენიის მარტივი ფორმისათვის.

დაავადება ჩვეულებრივ იწყება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, იგი პიროვნებას თანდათან არღვევს და სოციალურად აინვალიდებს. ოდესღაც ნიჭიერი, აქტიური, ინტერესის მქონე და სიცოცხლისათვის სახეგანადა თანდათან იცვლება, ჰკარგავს ინტერესს გარემოსადმი და შრომისადმი; მახლობლებისადმი ხდება ემოციურად ცივი და განურჩეველი.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმის დასაწყისში შეიძლება გამოვლინდეს სრულიად მოულოდნელი და გაურკვეველი უცნაურობები.

ავადმყოფები კარგავენ მახლობლებისადმი სიყვარულს და მზრუნველობის გრძნობას.

ფორმალურად გონებრივი ფუნქციები შენარჩუნებული აქვთ, მაგრამ მათ არ ძალუძთ არსებული ცოდნის თავმოყრა, ჭეროვანი გამოყენება; მათ არ შეუძლიათ გარშემო მომხდარ მოვლენათა კრიტიკულა ათვისება; ისინი სრულიად მოკლებული არიან სინთეზ-ანალიზის უნარს.

ცხოველი ინტერესების და შემოქმედებითი ინიციატივის მოსპობის პარალელურად მათ უძლიერდებათ ვეგეტატიურა მიზიდულებანი. სხვა ფორმებთან შედარებით შიზოფრენიის მარტივი ფორმა პოტენციალურად ყველაზე ხშირად გვხვდება. იგი, როგორც ვთქვით, მიმდინარეობს მძიმედ, ღუნედ და ხანგრძლივი წლების განმავლობაში. თანდათანობით დაძაბუნებული პიროვნება საბოლოოდ მიდის შიზოფრენიული ტიპის ღრმა ჰქუასუსტობამდე.

ძირითად კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას ავადმყოფობის მსვლელობაში შეიძლება ეპიზოდურად დაერთოს პალუცინაციები (ყნოსვის, გემოვნების, სმენის, მხედველობის ან ზოგადი მგრძნობელობის — ტაქტილური) და შემთხვევითი ბოდვითი პროდუქციები.

წყნარი და ღუნე მიმდინარეობა დროდადრო შესაძლებელია შეიცვალოს იმპულსური აფეთქებებით ან ამა თუ იმ ხანგრძლიობის აგზნების მდგომარეობით.

საზოგადოებრივ წრეს და შრომას ავადმყოფები მთლიანად სწყდე-

ბიან და იძულებული არიან თავიანთი სიცოცხლე გაატარონ ქრონიკულ და მოურჩენელ სულით ავადმყოფთათვის განკუთვნილ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, ხოლო თუ ზოგიერთი დარჩა საზოგადოებრივ წრეში, მას მაინც არ შეუძლია ჩვეულებრივი ურთიერთობის დამყარება. მისი პიროვნება მნიშვნელოვნადაა დაქვეითებული.

ჰებეტენია. დაავადების ეს ფორმა იწყება მწვავე შეტევით ან თანდათანობით. მარტივ ფორმასთან შედარებით იგი გვსვდნება უფრო ახალგაზრდა ასაკში, სახელდობრ, ჰაბუკობის დროს -- 16—18 წლებში. აღნიშნული ფორმის კლინიკური სურათისათვის წამყვანია მეტარ უცნაური. ავადმყოფური სიცელქე.

შიზოფრენიის როგორც მარტივი, ისე ჰებეტენიული ფორმა შეიძლება დაიწყოს ნევრასთენიული ხასიათის ჩივილებით. ამ ორივე ფორმის პროგნოზი სერიოზული და დამაფიქრებელია. ჰებეტენიულთა სიცელქეს თან სდევს მანერული მოქმედება და გონებრივი სიღატაკე-სიცარიელის ნიშნები.

უკანასკნელს თანდათანობით მოჰყვება გამოსავალი, ე. ი. შიზოფრენიული კუუასუსტობის საბოლოო მდგომარეობა.

კატატონია, ანუ შიზოფრენიის კატატონიური ფორმა. ამ დროს კლინიკურ სიმპტომატოლოგიაში წამყვანია ე. წ. კატატონიური მოვლენები მთელი თავისი მრავალგვარობით და მრავალსახეობით. უნდა აღინიშნოს, რომ კატატონიურ მოვლენათა ყოველი ფორმა, იქნება იგი წარმოდგენილი გალიზიანების თუ შეკავების ნიშნით, დაკავშირებულია ქერქის და ქერქქვეშეთის ურთიერთწონასწორობის დარღვევასთან.

შიზოფრენიის სხვა ფორმებთან შედარებით კატატონია უფრო კეთილთვისებიანი დაავადებაა. ამ დროს სპონტანური რემისია გვხვდება დაახლოებით 12—13 %-ში.

ერთეულ შემთხვევებში შესაძლებელია კატატონიამ მიიღოს პეტად ავთვისებიანი და ავადმყოფისათვის საბედისწერო მიმდინარეობა. უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფები იძლევიან მძიმე აგზნებას, იყოფებიან ბოდვითი, ჰალუცინაციური ხასიათის მძიმე განცდებში. არ იკვებებიან, არ სძინავთ, ცნობიერება შეცვლილი აქვთ ონეროიდულად ან ამენციურად აღენიშნებათ მკვეთრი ვეგეტატიური ქვრები და არაინფიათად იძლევიან კოლაფსს.

შიზოფრენიის ბოდვითი (პარანოიდული) ფორ-

შ ა. შედარებით წინა ფორმასთან იგი იწყება მოგვიანებით (უფრო ზნირად 30 წლის შემდეგ); ახასიათებს ნელი და დუნე მიმდინარეობა, რომლის დროსაც ცნობიერების ფორმალურად ნათელ ფონზე ავადმყოფს აქვს უხვი ბოდვითი პროდუქციები და ჰალუცინაციური განცდები. რემისიები იშვიათია, თანდათანობით ვითარდება ჰქუასუსტობის მდგომარეობა.

შინაარსის მხრივ ვხვდებით დამოკიდებულების, ახსნა-განმარტების, ზეგავლენის, დევნის და მოწამვლის ბოდვითს იდეებს. ავადმყოფები ამბობენ, რომ მათზე მოქმედებენ ელექტრობით, ჰიპნოზით, მოწამლული აირით და სხვ.

ავადმყოფებს უხვად აქვთ სმენის, გემოვნების, ყნოსვის და ტაქტილური ჰალუცინაციები.

გარემოს ბოდვითი აღქმა და უამრავი ჰიპოქონდრიულ-ბოდვითა შეგრძნებები წარმოშობს პირობებს შიზოფრენიული ბუნების მქონე დეპერსონალიზაცია — დერეალიზაციის საინდრომისათვის.

ავადმყოფები გარემოში ერკვევიან ფორმალურად, მაგრამ ამავე დროს ბოდვითად დარწმუნებული არიან, რომ ყველაფერი გამოცვლილია, რომ გარემო სრულიად გარდაქმნილია — შეცვლილია ახალი სამყაროთი.

პარანოიდული შიზოფრენიის დროს შინაგან შეგრძნებებს ჩვეულებრივ აქვს დეპერსონალიზაციური ბოდვების ხასიათი; მაგალითად. ტვინი გადაბრუნებული აქვთ, გრძნობენ, რომ ტვინი იჭრება ნაწილ-ნაწილ და შიგ ზის რაღაცა ცხოველი, ამავე დროს იგი გამშრალია და მოფენილია ქვიშით. ერთი ჩვენი ავადმყოფი მოგვითხრობდა, რომ შუბლიდან და ცხვირის ნესტოებიდან გამოდის ძაფები, რომლებიც შემდეგ შედის გულში; აქედან უკვე იგი, იხვევდა ძაფებს გორგლად და მერე სწყვეტდა, რომ განთავისუფლებულიყო უსიამოვნო განცდებისაგან.

შიზოფრენიის ატიპიურობა შეიძლება გამოიხატოს მიმდინარეობის, სომატოფრენიული შეგრძნებების ან ავადმყოფური განცდების თავისებურებათა მხრივ.

ფ ს ი ქ ა ს თ ე ნ ი უ რ - ჰ ი პ ო ქ ო ნ დ რ ი უ ლ ი ფ ო რ მ ა. შიზოფრენიის კლინიკური სურათის მიმდინარეობაში არაიშვიათად გვხვდება აკვიატებული მოქმედებანი და ჰიპოქონდრიული შეგრძნებები. უნდა გვახსოვდეს, რომ აღნიშნულ შემთხვევებში აკვიატებას უფრო კატატონიურ სტერეოტიპთა ხასიათი აქვს, ხოლო ჰიპოქონდრიისმაგვარი

სომატოფრენიული შეგრძნებები არსებითად მოგვაგონებს დეპერსონალიზაციურ ბოდვითს პროდუქციებს.

დიფერენციული დიაგნოზი უფრო ძნელია იმ შემთხვევაში, როდესაც შიზოფრენიის დასაწყისი, ე. ი. კლინიკური დებიუტი წარმოდგენილია ფსიქსთენიურ-ჰიპოქონდრიული სინდრომით, რომელიც როგორც წესი, ვითარდება უცბად, მოულოდნელად და გრძელდება წლების განმავლობაში.

რასთან გვაქვს საქმე, ფუნქციურ ნევროზთან, თუ ავთვისებიანი პროგნოზის მქონე სულიერ დაავადებასთან.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ფსიქსთენიურ-ჰიპოქონდრიულ სინდრომს თავიდანვე თან სდევს ინტრაფსიქიკური ატაქსიის მოვლენები და პიროვნების ძირითადი ბირთვის თვისობრივი შეცვლის ნიშნები.

შ ი ზ ო ფ ა ზ ი ა, ანუ მეტყველების აბნევის ფორმა. ამ ფორმის დადგენისათვის, მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ორგვარ გარემოებას, სახელდობრ: მეტყველებით აგზნებულობას და ასოციაციური მოქმედების მკვეთრ გაფხვიერებას. ავადმყოფები გვაწვდიან სრულიად გაუგებარ და აბნეულ მეტყველებით პროდუქციებს ე. წ. „სიტყვიერ დომხალს“.

რადგან ავადმყოფებს ემოციურ-ნებითი ფუნქციები შედარებით შენახული აქვთ, ხოლო დაავადება მიმდინარეობს დუნედ და ნელი ტემპით, მათ შეუძლიათ ეპიზოდურად შეასრულონ ელემენტარული ხასიათის შრომითი დავალებანი.

შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ა ალკოჰოლური ფსიქოზის დებიუტით. შეხედულება იმის შესახებ, რომ თითქოს ქრონიკულ ალკოპოლიზმსა და შიზოფრენიულ პროცესს შორის უნდა არსებობდეს ბოლოგვიური ანტაგონიზმი და კლინიკური სიმპტომატოლოგიის შეუთავსებლობა, არ მართლდება.

ფსიქიატრიის პრაქტიკაში შეიძლება შევხვდეთ შემთხვევებს, როდესაც შიზოფრენია იწყება თეთრი ცხელების ან ალკოპოლურა სხვა რომელიმე ფორმის დებიუტით.

ასეთ შემთხვევებში ალკოპოლური დებიუტი საბედისწერო ხდება ავადმყოფთათვის, რადგან მის ჩათავებას მოსდევს შიზოფრენიული ფენომენოლოგიის გაშლა.

შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ის ც ი რ კ უ ლ ა რ უ ლ ი ფ ო რ მ ა. აღნიშნული ფორმის დროს ძირითადად შიზოფრენიულ ფონზე გვაქვს მა-

ნის ან დებრესიის მაგვარი შეტევები. ავადმყოფები სინტონურნი არ-  
იან და კონტაქტს არ ჰკარგავენ. მიმდინარეობა შედარებით კეთილ-  
თვისებრივია და შესაძლებელია მივიღოთ ხანგრძლივი რემისიები.

ზემოაღნიშნული ფორმა უფრო ხშირად გვხვდება პიკნიკური აღ-  
ნაგობის პიროვნებებში (ნაცვლად ასთენიურისა), ხოლო პრემორბიდ-  
ში აღინიშნება შერეული (შიზოფრენიული და ცირკულარული) ხა-  
ზები.

პერიოდული ტოქსიკოზის ბუნების მქონე  
შიზოფრენიის რემისიული ფორმა. ავადმყოფობას  
საფუძვლად უდევს პერიოდული ხასიათის აუტონტოქსიკაციური კრი-  
ზები, რომლებსაც მოსდევს პერიოდული შიზოფრენიული შეტევები.

შიზოფრენიას აქვს ეგზოგენური, ე. ი. ტოქსიკური დაავადების  
ერთგვარი დალი: მიმდინარეობს მწვავედ, ახასიათებს ცნობიერების  
აბნევა, მკვეთრი ჰალუსინაციები, აგზნება და დისთიმური მოვლე-  
ნები.

შეტევების შემდეგ, რემისიის პერიოდში ჩვეულებრივ აღინიშნე-  
ბა მხოლოდ ქარაქტეროლოგიური ძვრები (აუტისტური დაყენებები).  
მაგრამ პიროვნების ბირთვი დროის გარკვეულ მონაკვეთში ძირითა-  
დად შენახულია და ავადმყოფებს შეუძლიათ განაგრძონ შრომითა  
ცხოვრება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოველი შიზოფრენიული შეტევა არ შე-  
იძლება განურჩეველი იყოს ფსიქიკური აპარატისათვის. ყოველი შე-  
ტევა ავადმყოფის პიროვნებაში ტოვებს დაღს და საბოლოოდ იძლევა  
მკვეთრად გამოხატულ გონებრივ დეფექტს.

შიზოფრენიის რბილად მიმდინარე ფორმა  
ამ ფორმის ცალკე სახედ გამოყოფა თავის დროზე შედეგი იყო ფსიქი-  
ატრიაში ფენომენოლოგიური და ფსიქოანალიზური მიმართულების  
ცალმხრივი განვითარებისა. ამას მოჰყვა შიზოფრენიის ჩარჩოების გა-  
ფართოება, რომელშიც მოექცა ფორმალური ფსიქოზების გარეშე  
მდგომი მთელი რიგი ფუნქციური დაავადებანი (ნევროზები, ფსიქო-  
ნევროზები). მიკროსიმპტომების გაშმაგებულმა ძიებამ შიზოფრენია  
მოსწყვიტა მედიკობიოლოგიურ პოზიციებს და მისი ძიების საკითხები  
მოექცა ფსიქოანალიზური კვლევის ორბიტში.

გასაგებია, ყალბ თეორიულ ძიებას, მოჰყვებოდა არაჩანმრთელი  
პრაქტიკა. ერთი მხრივ შიზოფრენიის ჯგუფში მოექცა ფუნქციური

ამლილობანი; ხოლო მეორე მხრივ იმავე შიზოფრენიის ჯგუფიდან გამოვარდა ავთვისებიანი პროგნოზის მქონე შიზოფრენიული ფსიქოზები.

ამჟამად ფსიქიატრიის მიერ უკვე დაძლეულია არასწორი და მცდარი ძიებანი.

გარეგნული, მიახლოებით ან მიმსგავსებითი მიკროსიმპტომებით არ შეიძლება დაისვას შიზოფრენიის მეტად საპასუხისმგებლო დიაგნოზი.

ე. წ. რბილი შიზოფრენიის ჯგუფის ფორმებიდან ნაწილი აღმოჩნდა ფუნქციური ბუნების მქონე, ხოლო ნაწილი მიეკუთვნა შიზოფრენიის მარტივ ფორმას.

შიზოფრენიის ტიპიურ და ატიუპირ ფორმათა გარჩევის შემდგომ მოკლედ შევჩერდებით ე. წ. გამოსავალ, ანუ საბოლოო მდგომარეობათა კლინიკაზე.

კლინიკურ ფსიქიატრიაში არსებობს აზრი იმის შესახებ, რომ შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმებად დაყოფას სქემური ხასიათი აქვს, რომ ერთი ფორმისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს შეიძლება შევხედეთ მეორე ფორმის დროს.

აღნიშნული მოსაზრებიდან გამომდინარე ზოგიერთი ავტორი ფიქრობს, რომ უფრო მიზანშეწონილი იქნება შიზოფრენიის კლინიკა წარმოვიდგინოთ ორი ფორმის, ანუ ორი ფაზის სახით, სახელდობრ: მწვავე ანუ პროცესული ანუ აქტიური ფაზა და ქრონიკული, ანუ პოსტ-პროცესული. ანუ დეფექტური, არააქტიური ფაზა.

ბიოლოგიურად, პირველი ფაზა წარმოადგენს მწვავე რევერზიბილური ხასიათის პროცესს, ხოლო მეორე — ღრმა დესტრუქციულ ბუნების მქონე არარევერზიბილურ პროცესს.

კლინიკურად, პირველი ფაზის დროს წარმოდგენილია გალიზიანების, ე. ი. პროდუქციული ხასიათის სიმპტომატოლოგია, მეორე ფაზაში. პირიქით, ჩვენ გვაქვს გამოვარდნის სიმპტომატოლოგია: პროცესი ქრება და ყალიბდება შედარებით სტაბილური დეფექტი.

ადვილი გასაგებია, რომ დეფექტური ფაზა წარმოადგენს კრეპელინის მიერ მოწოდებულ ე. წ. გამოსავალი მდგომარეობის სინონიმს.

თუმცა ზემოაღნიშნული პოზიციები თეორიულად საინტერესო და გაპართლებულია, მაინც პრაქტიკულად მისი მიღება ძნელი გამოდგა და ზოგჯერ შეუძლებელიც.



პრაქტიკულად მეტად ძნელი შეიქნა სტაბილური დეფექტისათვის ურყევი თვისებების დადგენა და დიაგნოზური განსაზღვრა.

მეტად ძნელია სადემარკაციო ზღვარის გატარება ორ მდგომარეობას შორის, თუ სად წყდება რევერზიბილობა და სად იწყება არარევერზიბილობა, სად თავდება მწვავე ფაზა და სად იწყება სტაბილური ქრონიკული მდგომარეობა, სად ღვივის და სად არის სრულიად ჩამქრალი პროცესი. როგორც ვთქვით, აღნიშნული ორი ფაზის გამოყოფა საინტერესოა, მაგრამ ამავე დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ შესაძლებელია მათი მხოლოდ შედარებითი განსაზღვრა.

ედელშტეინი შიზოფრენიის გამოსავალ მდგომარეობათა კლინიკურ სურათში გამოყოფს შემდეგ ოთხ ტიპს: ა) ასთენიოაბულიური სინდრომი, რომელსაც ახასიათებს ასთენია, აბულია, აპათია; ბ) დეფექტის „ორგანული“ ტიპი; ამ დროს აღინიშნება საერთო ფსიქიკური გაღარიბება მსჯელობის აშლით, ცხოველი ინტერესების დაკარგვა და მკვეთრი სულიერი მოქანცულობა; გ) ფინალური გახლეჩილობის, ანუ დეზინტეგრაციის სინდრომი, რომლის დროსაც ყურადღებას იპყრობს პიროვნების ღრმა დეგრადაცია, ემოციური სიბლაგვე და უცნაურა მოქმედებები და დ) ფსიქიკური მარაზმის, ანუ პიროვნების ტოტალური დარღვევის, ანუ ფსიქიკური ნანგრევების სინდრომი; ამ დროს აღინიშნება ამიბია. უაზრო გამომეტყველება, ელემენტარულ საკითხებში გაურკვეველობა და ვეგეტაციური სურვილების გამრავლება.

შიზოფრენიის შემთხვევები, რომლებიც ვითარდება ოლიგოფრენიული ჰქუასუსტობის ფონზე, ცნობილია, როგორც პროფშიზოფრენია ანუ „აკრილი“ შიზოფრენია.

ხაზი უნდა გავუსვათ, რომ ზემოაღნიშნული ფორმის დროს აშკარად ჩანს ავადმყოფთა გონებრივი სფეროს უკმარისობა.

შიზოფრენიის ძირითადი ნიშნების არსებობისას, კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს ემოციურ რეაქციათა შესაძლებლობა. კატატონიური მოვლენები შედარებით იშვიათია; ზოგადი ფენომენოლოგიური სურათი წარმოდგენილია ღარიბად და მკრთალად.

ავადმყოფური პროცესი მთავრდება ჩვეულებრივი გამოსავალი შიზოფრენიული ჰქუასუსტობით.

ჰებეტრენიის მსგავსად პროფშიზოფრენია ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში და ძლიერ იშვიათად 20 წლის ზევით.

მთავარი ყურადღების ღირსია საკითხი შიზოფრენიის შესახებ ბავშვთა ასაკში.

ბავშვთა ასაკის სპეციფიკურობა თავისებურად ცვლის შიზოფრენიული პროცესით გამოწვეულ კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას. ამ დროს ძლიერ იშვიათად შევხვდებით ჰალუცინაციურ განცდებს და ბოდვით პროდუქციებს. ავადმყოფებს პირველ რიგში ძვრები აღენიშნებათ ემოციურ-ნებით სფეროში.

ბავშვთა ასაკში ყველაზე ხშირად გვხვდება მარტივი და კატატონიურ-ჰებეფრენიული ფორმები.

გამოსავალი ისეთივეა, როგორც სრულასაკოვანთა შიზოფრენიის დროს. უნდა ითქვას, რომ რაც უფრო ახალგაზრდა ასაკში შეგვხვდება შიზოფრენიული პროცესი, იმდენად უფრო მეტად შეჩერდება ბავშვის ტვინის განვითარება და იმდენად ღრმა და მყარი იქნება თვით შიზოფრენიული დეფექტიც.

არ შეიძლება გამოირიცხოს შიზოფრენიის განვითარების შესაძლებლობა ხანშესულობის ასაკში.

თუ ბავშვთა შიზოფრენიის შემთხვევებში იშვიათია ბოდვით პროდუქციები, საწინააღმდეგო მდგომარეობას ვხვდებით ხანშესულობის (პრესენილური) ასაკის შიზოფრენიის დროს.

ხანშესულობის ასაკში ჩვეულ არტერიოსკლეროზულ პროცესს თავისი სპეციფიკა შეაქვს შიზოფრენიის სიმპტომატოლოგიაში — ავადმყოფები არიან ლაბილურნი და ადვილად ღიზიანდებიან.

შიზოფრენიის პროგნოზი რთული და სერიოზულია. მიუხედავად იმისა, რომ ამჟამად ჩვენს განკარგულებაშია მთელი რიგი მოქმედი თერაპიული საშუალებანი, პიროვნების სრული აღდგენის შემთხვევები არც ისე ხშირია.

ფიზიკური ჯანმრთელობის მხრივ ავადმყოფს უახლოეს დროში საშიშროება არ მოელის. საბედისწერო ზღედა მდგომარეობა ფსიქიკურ შესაძლებლობათა მხრივ, ვინაიდან შიზოფრენიული ქკუასუსტობა პიროვნების სრული განადგურებით, წარმოადგენს ავადმყოფობის გამოსავალს.

შიზოფრენიის კლინიკური ფორმებიდან ყველაზე ავთვისებიანია პარანოიდული ფორმა; კატატონია შედარებით ხშირად იძლევა სპონტანურ რემისიებს. ნელა და ღუნედ მიმდინარეობა სპონტანური რემი-

სიების სრული უქონლობა, როგორც წესი, მაჩვენებელია მძიმე მდგომარეობისა.

ავადმყოფობის გაუარესებაზე და უარყოფით პროგნოზზე მიუთითებს ემოციური გაყინვა, გარემოსადმი ინტერესის დაკარგვა ფორმალური ორიენტაციის შენახვისას, უაზრო, უმიზნო და ყოველგვარ დანიშნულებას მოკლებული ბოდვითი პროდუქციები და ფსიქიკური ცნობრების დაკნინებასთან ერთად ფიზიკური გამოკეთება.

უფრო კეთილთვისებიან პროგნოზს იძლევა რემისიული შიზოფრენია.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ საერთოდ შიზოფრენიის დროს ზუსტი პროგნოზის დადგენა მეტად ძნელ საქმეს წარმოადგენს.

როგორც ვიცით შიზოფრენიის ეტიოლოგიის და პათოგენეზის საკითხები დღემდე ბურუსითაა მოცული. ეს გარემოება სრულიად ხსნის შესაძლებლობას, რათა გამოძებნილ იქნას დაავადების გამომწვევზე პირდაპირ მოქმედი სამკურნალო ღონისძიება.

დაახლოებით უკანასკნელ 15 წლამდე შიზოფრენიის სამკურნალოდ ნაცადი იყო მრავალი საშუალება, მაგრამ მათ ყველას ჰქონდა ემპირიული, მეცნიერულად სრულიად დაუსაბუთებელი, უფრო შემთხვევითი ხასიათი და იყენებდნენ მხოლოდ და მხოლოდ სიმპტომური თერაპიის თვალსაზრისით.

არ არსებობდა რაიმე საშუალება, რომელიც ზეგავლენას მოახდენდა შიზოფრენიის პათოგენეზურ მექანიზმებზე. ამჟამად მდგომარეობა სრულიად შეიცვალა.

ბოლო წლებში, განსაკუთრებით საბჭოთა მეცნიერთა მიერ მოწოდებულია თერაპიული გზა-წესები, რომლებიც აქტიურ ბიოლოგიურ ზეგავლენას ახდენს შიზოფრენიის ნეირობიოლოგიურ არსზე; ავადმყოფში იწვევს ცერებრულ და ენდოკრინულ-ვეგეტატიურ ძვრებს.

ეს მეთოდები თანამედროვე ფსიქიატრიაში ცნობილია, როგორც მკურნალობის აქტიური ბიოლოგიური მეთოდები.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ აქტიურმა ბიოლოგიურმა თერაპიამ არა მარტო მოხსნა თერაპიული ნიჰილიზმი შიზოფრენიის მიმართ, არამედ ფარდა ახადა ამ რთული ფსიქოზის შინაგანი ბუნების (არსის) მთელ რიგ საკითხებს. უკანასკნელმა გარემოებამ მნიშვნელოვნად გაამდიდრა ჩვენი წარმოდგენები შიზოფრენიის შესახებ, უფრო მეტიც, აქტიურბიოლოგიურ მეთოდთა გამოყენების შედეგად წამოიჭ-

რა სრულიად ახალი პრობლემები საერთოდ სულით ავადმყოფთა კლინიკაში და პათობიოლოგიაში; ამით შეიქმნა ახალი ხანა ფსიქიატრიაში.

შიზოფრენიის აქტიური ბიოლოგიური თერაპია უკვე გადაიზარდა ახალ დარგში, რომელიც ცნობილია ექსპერიმენტული პათოლოგიის სახელწოდებით და შეადგენს თეორიული ფსიქიატრიის სრულიად ახალ დამოუკიდებელ და უაღრესად საინტერესო უბანს.

აქტიური ბიოლოგიური თერაპიის განსაკუთრებულ წინსვლას ხელი შეუწყო საბჭოთა ნეიროფიზიოლოგიის დიდმა მიღწევებმა: მხედველობაში გვაქვს პავლოვის, ბერიტაშვილის, ორბელის, ბიკოვის და სპერანსკის მოძღვრებანი.

თერაპიის აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებიდან ჩვენ გვაქვს საძი საშუალება, სახელდობრ: მკურნალობა ხანგრძლივი ძილით, შოკოთერაპია, ანუ ინსულინთერაპია და კრუნჩხვითი ანუ გულყრითი თერაპია.

ცხადია, ყველა ამ მეთოდს აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები, თავისი ჩვენებანი და წინააღმდეგჩვენებანი. მათი შერჩევის დროს საჭიროა ფრთხილი და განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ავადმყოფობის კლინიკურ ფორმას. მიმდინარეობის ტემპს. დაავადების ხანგრძლიობას და თვით ავადმყოფი პიროვნების მთლიან სომატოფსიქიკურ პროფილს, მის ინდივიდუალობას.

მკურნალობა ხანგრძლივი ძილით. აღნიშნული მეთოდის თეორიული საფუძვლები შეიძლება გამართლებული იყოს პავლოვის ცნობილი კონცეფციით, შიზოფრენიის პათოფიზიოლოგიის შესახებ. მაგრამ ეს მეთოდი მძიმე გამოსაყენებელია, მოითხოვს განსაკუთრებულ სიფრთხილეს, მასობრივად მისი ხმარება ყოველად შეუძლებელია და ამიტომ მან ვერ ჰპოვა ფართო პრაქტიკული სარბიელი. პავლოვის თანახმად, შიზოფრენიის დროს ცენტრალური ნერვული სისტემის და პირველ რიგში ქერქული აპარატის პარენქიმული უჯრედები იმყოფება ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში, პათოლოგიურად გაღიზინებულია; ამიტომ მათთვის აუცილებელია ხანგრძლივი დასვენება, განუწყვეტელი ხანგრძლივი ძილი, რათა შესძლონ ინტოქსიკაციის დაძლევა და ავადმყოფური მდგომარეობიდან გამოსვლა.

როგორც ვხედავთ, ხანგრძლივი ძილით და ჭეროვანი დამამშვიდებელი პირობების შექმნით შესაძლოა მოიხსნას შიზოფრენიული ინტოქსიკაცია; უკანასკნელს კი მოჰყვება გამოჯანსაღება.

ხანგრძლივი ძილის კურსი საშუალოდ გრძელდება 10 დღე. მაგრამ ეს თითქოს მოკლე ვადა იმდენად მძიმე და რთულია ავადმყოფისათვის, რომ მეთოდის პრაქტიკული ღირებულება მაქსიმალურად იკვეცება. ძილის მე-6 დღეზე უკვე აშკარაა ქერქის ზოგადი შეკავების და ქერქქვეშა უბნების მკვეთრი გაღიზიანების საერთო მოვლენები.

ავადმყოფი ფიზიკურად სუსტდება, თანდათანობით განილევა, მაღლა იწევს ტემპერატურა (ჰიპერთერმია) და თავს იჩენს ენცეფალოპათიური ბუნების ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, უახლოესი ქერქქვეშა კვანძების და ტვინის ღეროს სიმპტომატიკით და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მკვეთრი გაღიზიანებით. ენცეფალოპათია უნდა აიზიანოს ავადმყოფის ხანგრძლივი შიშშილით, რომელსაც მოსდევს ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაცია.

ტემპერატურის აწევა, გულისრევა, აჩქარებული მაჯა, გაძლიერებული და ჩქარი სუნთქვა, სისხლის წნევის მომატება და ქორეასმაგვარი მოძრაობანი შეადგენს ხანგრძლივი ძილის სემიოლოგიას.

ძილიდან გამოსვლა ხდება კრიტიკულად; უკანსკნელს მოსდევს სომატოფსიქიკური ასთენია.

ზემოაღნიშნული მეთოდი გამამხნეველ შედეგებს იძლევა შიზოფრენიის კატატონიურ და ცირკულარულ ფორმებში და აგრეთვე ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ადგილი აქვს ცნობიერების სიზმროსებრ აშლას. შენიშნულია, რომ შიზოფრენიის ქრონიკულ შემთხვევებში, ხანგრძლივი ძილის შედეგად თითქმის 30%-ში ადგილი აქვს გამოკანმრთელებასა და მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

თერაპიული ეფექტი განსაკუთრებით სუსტია პარანოიდული, ჰეპეფრენიული და მარტივი ფორმების დროს.

ხანგრძლივი ძილით მკურნალობის წინააღმდეგჩვენებად ითვლება: მკვეთი არტერიოსკლეროზი, გულის, სასუნთქი ორგანოების და თირკმელთა მძიმე დაავადება და აგრეთვე მძიმე ფიზიკური ასთენია.

მკურნალობის დროს შესაძლებელია მივიღოთ შემდეგი სახის მძიმე გართულებანი: კოლაფსი, ბრონქოპნევმონია და ტემპერატურის მკვეთრი აწევა.

ნარკოზული მეთოდის გამოყენებისას შეიძლება მივმართოთ წყვეტილ ძილს ან საძინებელი ნივთიერება მივცეთ ხოლმე იმდენად მცირე დოზებში, რომ მივიღოთ სუბონეროიდული მდგომარეობა.

ხანგრძლივი, სრული და უწყვეტი ძილის გამოსაწვევად ხმარობენ ე. წ. ნარევს, რომელიც შედგება პარალდეჰიდის, ამილენჯიდრატის, ქლორალჰიდრატის, ალკოჰოლის, ბარბიტურის მჟავას დერივატის, დიგალენისა და ეფედრინისაგან.

კლოეტას ნარევი შეგვყავს 8—10 დღის განმავლობაში წვეთოვანო ოყნის სახით. უნდა ვიცოდეთ, რომ ავადმყოფის წონის თითოეულ კილოგრამზე იღება ნარევი 0,15—0,5-ის რაოდენობით.

ყოველ 9 საათში ავადმყოფს ვაძლევთ 6—10 სმ<sup>3</sup> კლოეტას ნარევს + 60,0—100,0 4%-იანი გლუკოზა.

9—10 საათის განმავლობაში ავადმყოფი ყოველ სამ-ოთხ საათში ღებულობს გლუკოზას; ღამე გლუკოზის ნაცვლად ოყნით უკეთდება 400,0 ფიზიოლოგიური ხსნარი.

კეტონურიასთან საბრძოლველად პროფილაქტიკური მოსაზრებით დღე-ღამის განმავლობაში ორჯერ ავადმყოფს სისტემატურად უკეთდება ინსულინის 10—10 ერთეული კანქვეშ.

კლოეტას ნარევის პირველი შეყვანიდან ნახევარი საათის შემდეგ ჩვეულებრივ, ვითარდება ძილი.

ავადმყოფი უნდა იწვევს ცალკე, სპეციალურად მოწყობილ პალატაში; საჭიროა ყურადღება ექცეოდეს ავადმყოფის პირის ღრუს სისუფთავეს და ზოგად ფიზიკურ სისუსტეს.

მუდამ უნდა გვახსოვდეს, რომ კლოეტას ნარევის შეყვანამდე ავადმყოფს სჭირდება სპეციალური მომზადება.

ავადმყოფი რამდენიმე დღით ადრე იმყოფება რძის დიეტაზე. შემდეგ კი სალამოთი უკეთდება ოყნა, მეორე დღით ღებულობს მხოლოდ მაგარ და ტკბილ (200 გ შაქარი) ჩაის, შემდეგ აბაზანას და მხოლოდ ამის შემდეგ კლოეტას ნარევის პირველ ულუფას.

წყვეტილი ხანგრძლივი ძილის მისაღებად ბოლო დროს ფართოდ ხმარობენ ამიტალნატრიუმს, ანუ ბარბამილს; დოზა იღება 0,3—0,5 დღეში რამდენჯერმე ჯამის განსაზღვრით 1.0—1,5 გრამი დღე-ღამეში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ამიტალნატრიუმი, ან ბარბამილი უფრო ნაზად მოქმედი, ნაკლები ტოქსიკურობის მქონე პრეპარატია და ანტიტომ მისი ფართოდ გამოყენება პრაქტიკულად უფრო გამართლებული გამოდგა.

მკურნალობის კურსი გრძელდება დაახლოებით 10—15 დღე. ბარბამილის მიღების 4—6 საათის შემდეგ იწყება ძილი; სასურველია დღე-ღამეში ავადმყოფს ეძინოს 17—18 საათი. მკურნალობის დამთავრება ხდება თანდათანობით გადაჩვევის გზით (პრეპარატის დოზა თანდათანობით მცირდება).

პირველ დღეებში ძილიდან გამოსვლის შემდეგ ჩვეულებრივ ვიღებთ ეიფორიულ მდგომარეობას ან ფსიქომოტორულ აგზნებას, ანდა დელირიოზული სახის ცნობიერების შეცვლას.

ამიტალნატრიუმი კარგ თერაპიულ შედეგებს გვაძლევს. კატატონიური სტუპორის შემთხვევებში (შოკოთერაპია, ანუ ინსულინთერაპია). აღნიშნული მეთოდი როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული ინტერესის მხრივ ერთ-ერთ დიდმნიშვნელოვან მონაპოვარს წარმოადგენს თანანერვოვ ფსიქიატრიაში. მისი თერაპიული ეფექტიანობა საკმაოდ გამამხნეველია. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს მეთოდი ტექნიკურად ადვილად გასატარებელია, უფრო ჰუმანურია და ხელს უწყობს ორგანიზმის ზოგად დეზინტოქსიკაციას.

ექსპერიმენტული, ე. ი. ინსულინური ჰიპოგლიკემიის შედეგად ავადმყოფს ცნობიერება ჯერ ებინდება. მერე გამოერთვება, ამას კი მოსდევს ღრმა შოკური მდგომარეობა.

ინსულინთერაპიის მოქმედება ცერებრულია. ჰიპოგლიკემიას და ტვინის ანოქსიას მოსდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის ბიოტონუსის მკვეთრი დეპრესია. უკანასკნელი გარემოება თავის მხრივ იძლევა ცენტრალური ვეგეტატიური აპარატის გალიზიანება-გააქტივებას.

ინსულინი დადებით შედეგებს გვაძლევს შიზოფრენიის ადრეულ სტადიაში, როდესაც პიროვნების დეფექტი ჯერ კიდევ არ ჩანს და ემოციური სფერო შენახულია. ყველაზე გამამხნეველ მკურნალობით ეფექტს ვღებულობთ პალეოცინაციურ-პარანოიდული, კატატონიურ-პარანოიდული, პარანოიდულ-დეპრესიული და კატატონიურ-ონეროიდული ფორმების დროს.

თუ შიზოფრენიას თან სდევს სიცხე, სისხლძარღვთა სისტემის დეკომპენსაცია ან ტუბერკულოზური პროცესის გააქტივება, შოკოთერაპია არ შეიძლება იქნეს გამოყენებული.

ინსულინი ჩვეულებრივ იხმარება კანქვეშ.

შოკოთერაპიის, ანუ ინსულინთერაპიის დროს გურევიჩი და სე-

რეისკი არჩევენ შემდეგ სამ ფაზას: მოსამზადებელი ფაზა, შოკური ფაზა და გამოღვიძების ფაზა.

საჭიროა მტკიცედ იქნეს დაცული წესი, რომ ინსულინი ვუკეთოთ დილით უზმოზე და ყოველდღე კვირაში ერთი დღის გამოტოვებით შევჩერდეთ ცალკეულ ფაზაზე.

მოსამზადებელი ფაზა. ვიწყებთ ინსულინის ოთხი ერთეულით, შემდეგ ყოველდღე ვუმატებთ 4—8 ერთეულს, ვდებულობთ ჰიპოგლიკემიურ მდგომარეობას, რომელიც ყოველდღიურად გრძელდება დაახლოებით 3—4 საათი; 100—200 გრამი შაქრით, ანუ გლუკოზით ვაძლევთ ჰიპოგლიკემიის კუპირებას. მოსამზადებელი ფაზა ჩვეულებრივ გრძელდება 8—14 დღე.

შოკური ფაზა. ინსულინის დოზის ყოველდღიურ გაზრდას მოსდევს ჰიპოგლიკემიური სურათის გაღრმავება, ხოლო 30—70 ერთეულზე ჩვეულებრივ ვითარდება შოკი, რომელშიც ავადმყოფი უნდა გყავდეს 20—30 წუთის განმავლობაში. შოკის შეწყვეტის მიზნით საჭიროა ვენაში შევიყვანოთ 20 სმ<sup>3</sup> 40% გლუკოზა და ამის შემდეგ მივცეთ შაქარი ან მურაბა, ან საერთოდ სხვა რაიმე ტკბილეული (ბადაგი, ბაქმაზი) და საჭმელიც.

ვენაში გლუკოზის შეყვანის შემდეგ ავადმყოფი სულ მალე უნდა განოვიდეს მდგომარეობიდან, ხოლო თუ შოკი გაგრძელდა, გახანგრძლივდა, საჭიროა გლუკოზის ინექცია გავიმეოროთ, ან ზონდით მივცეთ შაქარი; ამასთან ერთად ენერგიულად უნდა ვიხმართ გულის ანალორძინებელი საშუალებანი.

შოკური ფაზა გრძელდება საშუალოდ 1—1 1/2 თვე, რომლის განმავლობაშიც ავადმყოფი შოკურ მდგომარეობაშია 25—30-ჯერ.

როგორც წესი, მკურნალობა მთავრდება უცებ, აბორტულად, დოზათა თანდათანობითი შემცირების გარეშე. შოკიდან გამოსვლისას ავადმყოფებს ემჩნევათ ფსიქიკური გამოკეთება, ჰკარგავენ აუტისტურ, შენოგარსულობას, უჩნდებათ ინტერესი გარემოსადმი, ხდებიან ემოციურად რბილნი და სინტონურნი. პალუცინაციების და ბოდვების გაქრთალებასთან ერთად ავადმყოფებს ემჩნევათ პიროვნების აღდგენის ნიშნები.

აღნიშნული თერაპიის დადებითი შედეგები თუ ყოველი შოკის შემდეგ უფრო ნათლად და მტკიცედ არის წარმოდგენილი, მაშინ შეიძლება იმედი ვიქონიოთ ავადმყოფის ფსიქიკურ გამოჯანმრთელებაზე.



ჰიპოგლიკემიური შოკის დროს ადგილი აქვს მთელ რიგ ფსიქიკურ და ნეიროვეგეტატიურ ძვრებს.

ინსულინის ინექციიდან ნახევარი ან ერთი საათის შემდეგ ავადმყოფები გადადიან მთელმარე, ანუ მიბინდულ მდგომარეობაში, როლის დროსაც დამახასიათებელია ძლიერი ოფლიანობა.

საერთოდ არჩევენ „სველ“ და „მშრალ“, ე. ი. ოფლიან ან უოფლო ჰიპოგლიკემიურ მდგომარეობას.

ჩვენი დაკვირვებით, „სველი“ შოკი უფრო გამამხნეველ პროგნოზს იძლევა.

ოფლიანობას თან სდევს ვეგეტატიური აპარატის გაღიზიანება, რაც გამოიხატება ჭერ ვაგოტონურ და შემდეგ სიმპათიკოტონურ სინდრომებში.

ვაგოტონურ სინდრომს წარმოადგენს ბრადიკარდია, სისხლის წნევის დაწვევა, ტემპერატურის დაქვეითება და ლეიკოპენიის ნიშნები. სიმპათიკოტონურ სინდრომს, პირიქით, წარმოადგენს ტაქიკარდია, ტაქიპნოე, სისხლის წნევის აწვევა, ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერების და ლეიკოციტოზის ნიშნები.

სიმპათიკოტონიის სტადიაში ავადმყოფებს აქვთ გაძლიერებული წყურვილი, თვლემა და დისტომიური მოვლენები ეიფორიის ან დეპრესიის სახით. ამავე სტადიაში შესაძლებელია მივიღოთ ფსიქოზური სურათის გააქტივება მეტყველებითი და მოტორული ხასიათის მკვეთრი აგზნებით.

სიმპათიკოტონიის სინდრომის შემდეგ ჩვეულებრივ ვითარდება პრემოკური და შოკური მდგომარეობა, რომლის დროსაც უხვად არის წარმოდგენილი ქერქული და ქერქქვეშა კვანძთა სემიოლოგია.

შოკის დროს ავადმყოფის ფსიქიკური შესაძლებლობანი მთლიანადაა გამოართული: გარემოს მოწყვეტილნი არიან, წვანან უმოძრაოდ, სახე გაფითრებული აქვთ, აღენიშნებათ მიდრიაზისი ან მიოზისი, მყენის რეფლექსები ჩამქრალია, მუსკულატურა მთლიანად მოდუნებული.

ჰიპოგლიკემიის მდგომარეობაში შესაძლებელია შევხვდეთ ეპილექსიფორმულ გულყრებს.

კ რ უ ნ ჩ ხ ვ ი თ ი, ანუ გ უ ლ ყ რ ი თ ი თ ე რ ა პ ი ა . კრუნჩხვითი თერაპიის პრინციპი, რომელიც მოწოდებული იყო 1935 წელს, მდგომარეობს იმაში, რომ ეპილექსიასა და შიზოფრენიას შორის არსებობს როგორც კლინიკური, ისე ბიოლოგიური ანტაგონიზმი და შეუ-

თავსებლობა. აღნიშნული პრინციპის თანახმად, შეიძლება დაგუშვათ, რომ ეს ორი დაავადება -- შიზოფრენია და ეპილექსია ურთიერთს გამორიცხავს (ეპილექსია გამორიცხავს შიზოფრენიას). თუ ეს ასეა, მაშინ ხელოვნურად გამოწვეული ეპილექსიური გულყრებით შეიძლება ვებრძოლოთ შიზოფრენიულ პროცესს.

ხელოვნური გულყრებისათვის იხმარება კორაზოლი, ქაფური, ნახშირმჟავა ამონიუმი, ქლოროვანი ამონიუმი და ბოლოს, ელექტროლენი. პოზიციები კლინიკური და ბიოლოგიური მკვებითი „ანტაგონიზმის“ შესახებ არ გამართლდა; მაგალითად, აღწერილია შემთხვევები ეპილექსიისა შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ბოდეებით და, პირიქით, შიზოფრენია ეპილექსიფორმული გულყრებით.

მიუხედავად ამისა, კრუნჩხვითი თერაპია პრაქტიკულად გამამხნევებელია, რადგან არაიშვიათად ვიღებთ რემისიას.

ერთი ცხადია, რომ ხელოვნურად გამოწვეული ეპილექსიფორმული გულყრები იძლევა ნეიროდინამიკურ ძვრებს როგორც ქერქში, ისე ქერქქვეშა კვანძებში.

ხელოვნური კრუნჩხვების დროს ღიზიანდება არა მარტო ცენტრალური ვეგეტატიური აპარატი და ამდენად ადგილი აქვს არა მარტო ენდოკრინულ ვეგეტატიურ შესაძლებლობათა მობილიზაციას, არამედ ამ დროს განსაკუთრებით აქტივდება ინტრანეირონალური სინაფსური კავშირები, რასაც შესაძლებელია მოჰყვეს დაშლილ-დენინტიგრირებულ ფსიქონერვულ გამოვლინებათა ხელახალი აღდგენა, ე. ი. რეინტეგრაცია.

კრუნჩხვითი თერაპია გამამხნეველ შედეგებს იძლევა შიზოფრენიის კატატონურ-სტუპორულ ფორმებში; თუმცა იშვიათად, მაგრამ დადებითი ეფექტი შეიძლება მივიღოთ ქრონიკულ, მოგვიანებითს შემთხვევებშიც. შიზოფრენიის სხვა ფორმების დროს ეს მეთოდი შედეგებით ნაკლებ შედეგს იძლევა.

ხანშესულობა (50—55 წელი და ზევით), ფიზიკური განლევა, აქტიური ტუბერკულოზი, სისხლის მიმოქცევის და სასუნთქ ორგანოთა დაავადებანი, ჰიპერტონია, ღვიძლის და თირკმლების დაავადებანი, შინაგანი სეკრეციის ჭირკვალთა პათოლოგია და ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაავადებანი შეადგენს კრუნჩხვითი თერაპიის წინააღმდეგჩვენებას.

სხვადასხვა გართულებიდან, რომელსაც შეიძლება ადგილი ჰქონ-

დეს გულყრითი განტვირთვის დროს, უნდა დავასახელოთ სახსრის ამოვარდნილობა, მოტეხილობანი, ასპირაციული მოვლენები (ენის „გადავარდნა“). განსაკუთრებით საყურადღებოა გულის მოქმედების და სუნთქვითი ფუნქციის მოშლა. უკანასკნელ შემთხვევაში საჭირო ხდება მიემართოთ საგულე და სუნთქვის ამპლორძინებელ საშუალებას: კოფეინს, ადრენალინს, ლობელინს, ქანგბადის ბალიშს და ბოლოს, ხელოვნურ სუნთქვას.

ხელოვნური გულყრა გრძელდება დაახლოებით ერთი წუთი, რომლის დროსაც გვაქვს ტიპიური ეპილეფსიური განტვირთვა ცნობიერების სრული გამოვარდნით, სახის გაფითრებით, სუნთქვის შეჩერებით. კილურების და ტუჩების ციანოზით. ოფლის და ნერწყვის გაძლიერებული დენით და უნებლიე შარდვით.

გულყრითს ფაზას მოსდევს გულყრისგარეშე, ანუ „პასიური“ ფაზა, რომელიც გრძელდება დაახლოებით 2—3 წუთი და რომლის დროსაც გვაქვს ცნობიერების სრული დაკარგვა და მკვეთრი ვეგეტატიური სემიოლოგია.

უკანასკნელს მოსდევს გულყრიდან სრული გამოსვლის პერიოდი, რომელმაც შესაძლოა გასტანოს 20—30 წუთი.

მსგავსად ეპილეფსიისა, ავადმყოფები გულყრიდან გამოდიან გაბრუნებულ მდგომარეობაში, არიან დაღლილნი და მოქანცულნი. გულყრის შემდეგ ავადმყოფები ჩვეულებრივ გადადიან ღრმა ძილში. ხოლო ზოგჯერ იძლევიან მოტორულ აგზნებას, ეიფორიას ან, პირიქით. დეპრესიულ-დისთიმურ მოვლენებს. ჰიპოქონდრიულ-ფსიქასთენიური გამოვლინებებით. რადგან არ არის გამორიცხული გულყრის განმეორების შესაძლებლობა, ამიტომ საჭიროა ავადმყოფი 1.5—2 საათი იწვევს თავის საწოლზე თავისუფლად. სასურველია საჭმელი მიეცეთ ავადმყოფს აღნიშნული საცდელი პერიოდის გავლის შემდეგ.

გულყრის გამომწვევი ნივთიერება უნდა მიეცეთ უზმოზე, დილით; პრეპარატი შეიძლება შეეუშხაპუნოთ ვენაში ან გავუკეთოთ კუნთებში.

ადვილად გასაგებია, რომ ინტრავენური გზა თვალსაჩინოდ ამოკლებს გულყრისწინარე პერიოდს. რომელიც ავადმყოფთათვის მეტად მძიმე და აუტანელია — ამ დროს ავადმყოფებს აქვთ უსიამოვნო შეგრძნებები გულის მიდამოში; აქვთ შიში, იმყოფებიან რაღაც მძიმე განცდების მოლოდინში.

ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია ტარდება გარკვეული ხელსაწყო-საშუალებით. მისი დადებითი მხარე ის არის, რომ გულყრა ვითარდება უცხად, წამიერად და ამგვარად გულყრისწინარე პერიოდის უსიამოვნო განცდები და შეგრძნებები იხსნება სრულიად.

შიზოფრენიის მკურნალობა მაღალი ტემპერატურით. აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებიდან მაღალი ტემპერატურით მკურნალობის თერაპიული ეფექტი მნიშვნელოვნად სუსტია. მიუხედავად ამისა, პიროგენული გზა-წესის გამოყენებას არაიშვიათად ვხვდებით ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში.

ეკვს გარეშეა, რომ მაღალი ტემპერატურა გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს შიზოფრენიული პროცესის ბიოლოგიურ არსზე. ყველაზე მეტ თერაპიულ ეფექტს იგი იძლევა ჰიპერკინეზიული კატატონიების დროს, რომელსაც თან ერთვის ფსიქომოტორული აგზნებები. საერთოდ ტემპერატურით მკურნალობას შეიძლება მივმართოთ, როგორც უნებარ საშუალებას, სიმპტომური მიზნით; მხედველობაში გვაქვს ბრძოლა შიზოფრენიული ბუნების ქრონიკულ აგზნებასთან.

მაღალი ტემპერატურა შეიძლება გამოვიწვიოთ ორგანიზმში რაიმე ინფექციის შეყვანით ან ქიმიური პრეპარატის საშუალებით. როგორც ვხედავთ, ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს პიროგენულ-ინფექციურ თერაპიასთან.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მძიმე დაავადებანი, ტუბერკულოზური პროცესი, თირეოგენული აშლილობანი და ზოგადი ფიზიკური ასთენია წარმოადგენს მაღალი ტემპერატურით მკურნალობის წინააღმდეგჩვენებას. ინფექციური საშუალებებიდან ყველაზე ხშირად იწვევენ სამღლიურ მალარიას.

რაც შეეხება ქიმიურ პრეპარატებს, აქ ყველაზე მეტი პრაქტიკული გამართლება ჰპოვა სულფოზინმა. ეს პრეპარატი წარმოადგენს გვიგარდის ერთპროცენტთან ხსნარს, გახსნილს ცხიმში.

სულფოზინთერაპიის დროს სიცხის ფაქტორის გარდა მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული აგრეთვე ის გარემოება, რომ თვით გვიგარდი ორგანიზმზე ახდენს ერთგვარ დეზინტოქსიკაციურ და დესინსიბილიზაციურ ზეგავლენას.

სხვა თერაპიული ღონისძიებებიდან, რომელთაც უფრო სიმპტომური მნიშვნელობა და ღირებულება აქვთ, საჭიროდ მიგვაჩნია დავასახელოთ ფიზიოთერაპია (თბილი აბაზანები და სველი შეხვევები).

ცანკბადის გაძლიერებული ხმარება (კანქვეშ შეყვანა), ბოგომოლეცია მიერ მიწოდებული ანტირეტრიკულური შრატი და, ბოლოს ცხენის შრატი. გილიაროვსკის თანახმად, ავადმყოფს სასურველია ყოველდღე კანქვეშ შეეყვანოთ 5—10 სმ<sup>3</sup> ცხენის შრატი.

ამ ბოლო დროს, შიზოფრენიის მკურნალობაში ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე სისხლის გადასხმის მეთოდი.

სიმპტომურ მკურნალობასთან დაკავშირებით საკითხის განხილვისას, საჭიროა შევჩერდეთ ფსიქოთერაპიულ გზა-წესზე, მით უმეტეს, რომ შიზოფრენიის პათოგენეზში ზოგჯერ შეიძლება შევხვდეთ ფსიქოგენურ ფაქტორებს.

ენერგიული ფსიქოთერაპიული ჩარევა განსაკუთრებით საჭიროა შიზოფრენიული პოსტპროცესული სიმპტომების მოსახსნელად.

თავისთავად ცხადია, ფსიქოთერაპია ვერ შესძლებს ბიოლოგიურად პირადდებულ სიმპტომთა დაძლევის; შიზოფრენიის შემთხვევაში მოიხსნება მხოლოდ ფსიქოგენური განფენილობანი.

სულ მოკლედ შიზოფრენიის პროფილაქტიკის შესახებ. ის, რაც ვიცით ზოგადი ფსიქოპათიიდან, ფსიქოპროფილაქტიკიდან აქაც რჩება სრულ ძალაში.

თუმცა შიზოფრენია არ გადაეცემა მემკვიდრეობით, მაგრამ მაინც სასურველი და საჭიროა დაცული იქნეს გარკვეული რეჟიმი.

შიზოფრენიული მემკვიდრეობის მქონე ბავშვები არ უნდა იტვირთებოდნენ გონებრივად და რაც შეიძლება ნაკლებად უნდა ხვდებოდნენ ფსიქოტრავმულ ფაქტორებს. ასეთ ბავშვთა გონებრივი დატვირთვა შეზავებული უნდა იყოს ფიზკულტურულ ვარჯიშთან და სისტემატური ხასიათის პრაქტიკულ შრომითს საქმიანობასთან.

თუ კი შევნიშნეთ სულით ავადმყოფობის სიმპტომები, საჭიროა დაუყოვნებლივ სპეციალური დახმარების გაწევა და მტკიცე რეჟიმის დანიშვნა, რომ დასაწყისშივე დაეძლიოთ ავადმყოფობა.

თუ ოჯახის პირობებში ვერ მოხერხდა ავადმყოფური მდგომარეობის მოხსნა, საჭიროა მივმართოთ ფსიქიატრიულ სტაციონარს, ვინაიდან შიზოფრენიით შეპყრობილი ავადმყოფები საშიშნი არიან როგორც თავისთვის, ისე გარშემომყოფთათვის.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შიზოფრენიის პროგნოზი ძირითადად დამოკიდებულია დიაგნოზის დროულად დადგენაზე და მკურნალობის აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდთა ასევე დროულად გამოყენებაზე.

შიზოფრენიის კრონიკულ ფორმებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს შრომათერაპიის გამოყენებას. სისტემური შრომა ავადმყოფს უღვიძებს გრძნობებს და ინტერესს გარემოსადმი, უვითარებს ღარჩენილ ფსიქიკურ ფუნქციებს და აძლევს ხელახალი განვითარების და წინსვლის შესაძლებლობას.

თერაპია კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთ არსებით მომენტს წარმოადგენს; იგი იქმნება ფსიქოპათოლოგიის, პათფიზიოლოგიისა და პათანატომიის სინთეზის საფუძველზე.

ნოზოლოგია არა მარტო აზუსტებს შიზოფრენიის კლინიკურ საზღვრებს, არამედ წარმართავს თერაპიულ ძიებასაც. უნდა აღვნიშნოთ, რომ შიზოფრენიის ნოზოლოგიის უარყოფა, რა მოსაზრებითაც არ უნდა იყოს იგი წარმომებული, იქნება ეს ეტიოლოგიური, პათფიზიოლოგიური, პათომორფოლოგიური თუ კლინიკური, ნიშნავს როგორც შიზოფრენიის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურების, ასევე, იმ შორსწასული ფორმების უგულვებელყოფას, რომელსაც ვღებულობთ აღნიშნული დაავადების განვითარების დროს. საკითხისადმი ასეთი მიდგომა სავსებით უსაფუძვლოდ ამარტივებს შიზოფრენიის არსს და მკვლევართა ყურადღებას ცენტრალური პრობლემების შესწავლის მიღმა ტოვებს.

თანამედროვე შეხედულებით. შიზოფრენია თავისი პათობიოლოგიური არსით ურთულესი ბუნების ტოქსიკოზს წარმოადგენს, რომელიც ენცეფალოპათიურ მდგომარეობას იწვევს. დეგენერაციულ-დისტროფიულ დაზიანებათა ჩარჩოები განსაკუთრებით ფართოა — დაწყებული ნეიროლინამიკური აღდგენადი ირიტაციული ცვლილებებიდან. დამთავრებული ტვინის უხეში არააღდგენადი დარღვევებით.

შიზოფრენიული ტოქსიკოზი არ გროვდება ამა თუ იმ ნივთიერების სახით რომელიმე ცალკე ქსოვილში, პირიქით, მას თან ახლავს ნივთიერებათა ცვლის საერთო მოშლა. ამის დამადასტურებელია ავადმყოფის სისხლში ამიაკის საერთო რაოდენობის მომატება.

ვ. პროტოპოპოვის სამართლიანი შენიშვნით, შიზოფრენიის რაციონალური თერაპია და ამასთან დაკავშირებით ექიმის ტაქტიკური ღონისძიებანი უნდა მიიმართოს იქითკენ, რომ მოშორებული (უვნებელ-ხლფილი) იქნას დაგროვილი ტოქსიკური პროდუქციები და გააქტივდეს უანგვეთი პროცესები; საერთოდ ხელი უნდა შეეწყოს: იმ ორგანოთა და ნერვულ მექანიზმთა ცხოველმყოფელობას (სტიმულაციას),

რომლებიც განაგებენ მთლიანად ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობას ამა თუ იმ მავნე აგენტთა წინააღმდეგ.

არაა აუცილებელი ხელთ გვქონდეს მკურნალობის სპეციფიკური საშუალებანი. შიზოფრენიის დროს თერაპიული ეფექტი შეიძლება მიღებულ იქნას (და ვლებულობთ კიდევ) სხვადასხვა არასპეციფიკური ინტენსიური ზემოქმედებითაც.

ამჟამად შიზოფრენიის მკურნალობა წარმოებს ოთხი ძირითადი მეთოდით: ძილით, ინსულინით, გულყრითი საშუალებებით და ნეირო-პლეგიური ნივთიერებებით, რომელთაც მიმართავს კლინიციისტი ფსიქიატრი თავისი ყოველდღიური საქმიანობისას.

აღნიშნული ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობის დროს წარმოებულ კვლევითი მუშაობა უნდა ეხებოდეს, როგორც კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ მხარეს, ასევე ექსპერიმენტულად გამოწვეულ ცვლილებათა ბიოლოგიურ თავისებურებებსაც. ამ შემთხვევაში მართოდენ ფსიქოპათოლოგიურ დაკვირვებას თერაპიულ ნიჰილიზმამდე მივყავართ.

შიზოფრენიული ბუნების ტოქსიკური ენცეფალოპათიის დროს სხვადასხვა ხარისხის პათოლოგიურ ცვლილებებს ვხვდებით; დაწყებული ფუნქციურიდან, დამთავრებული ტვინის ქსოვილის ღრმა დესტრუქციულ ცვლილებამდე. ეს გარემოება ყოველ ცალკე შემთხვევაში განაპირობებს თერაპიის საზღვრებსა და შესაძლებელ ეფექტურობას. ამიტომაც, რომ შიზოფრენიის თერაპიის პრობლემა ახლო კავშირშია ნერვული ქსოვილის აღდგენადობის ზოგად ბიოლოგიურ საკითხებთან. ი. პავლოვი დიდ ყურადღებას უთმობდა უჯრედის ქრონიკულ არაადღ გენადი განლევის მდგომარეობას, რომელიც შემდგომში იწვევს მის ფუნქციურ შესაძლებლობათა დაქვეითებას, ბოლოს კი ხანგრძლივი ზეზღურბლოვანი შეკავების განვითარებასაც.

უეჭველია, რომ შიზოფრენიას საფუძვლად უდევს ორგანული პროცესი, რომელსაც შეუძლია მოგვეცეს ტვინის ქსოვილის პათომორფოლოგიური ძვრები, მაგრამ ეს პროცესი დროის გარკვეულ მონაკვეთში აღდგენადია. შიზოფრენიის დროს აღდგენადობის პრინციპულა აღიარება ახალი შემოქმედებითი ძიების საშუალებას იძლევა თერაპიის საკითხების დაზუსტებაში.

უნდა აღინიშნოს, რომ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას ფუნქციის ვიკარულ-კომპენსატორული შეცვლის უნარი გააჩნია; ამავე დროს, პა-

რეჩქიმულ დაზიანებათა შემთხვევაში მორფოლოგიური და ფიზიოლოგიური აღდგენის საშუალებანიც აქვს.

დაცვითი შეკავება, რომელიც დაავადების შემთხვევაში ვითარდება პათოლოგიურ ცვლილებათა აღდგენადობის ფონზე, მუდამ დაკავშირებულია ქერქისა და ქერქქვეშა უბნების განლევის პროცესებთან.

საკიროა მტკიცედ გვახსოვდეს, რომ დაცვითი შეკავება რთულ სამკურნალო პროცესს წარმოადგენს. იგი მთლიანად ქერქისა და ქერქქვეშა უბნების ისეთი რეაქციაა, რომელიც ვითარდება შეკავებისა და აგზნების დინამიკურ კერათა ურთიერთინდუქციის ნიადაგზე. ქერქის ცალკეული უბნის შეკავება დადებითად აინდუქტირებს არა მარტო ვეგეტატიური ფუნქციის ქერქულ წარმომადგენლობას, არამედ ქერქქვეშა უმაღლეს ვეგეტატიურ უბნებსაც.

ზოგიერთ მკვლევარს არასწორი შეხედულება აქვს იმის შესახებ, რომ თითქოს მკურნალობითი თავისებურება გააჩნია არა მარტო დაცვითს შეკავებას, არამედ მის დროს არსებულ ვეგეტატიურ ძვრებსაც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ვეგეტატიური ცვლილებები, ანუ როგორც ამბობენ, ორგანიზმის დაცვითი ფუნქციის მობილიზაცია არ შეიძლება განხილულ იქნეს თვით შეკავების ფენომენის შინაარსის გარეშე.

დაცვითი შეკავება ევოლუციურად გამართლებული უპირობო რეფლექსის გამოვლინებაა და იგი უშუალო კავშირშია ორგანიზმის ცხოველმყოფელობის მარეგულირებელ მექანიზმებთან. უმარტივესი რეფლექსის მსგავსად, როდესაც ნემსით ჩხვლეტა მტკივნეულ შეგრძნებებსა და თავდაცვითს რეაქციებს იწვევს, სხვადასხვა მავნე ფაქტორების შემდეგ განვითარებულ დაცვითს შეკავებას თან სდევს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გააქტიურება, რაც თავისთავად განაპირობებს ასიმბალაციის პროცესს და ტოქსიკოზის ნეიტრალიზაციას.

დაავადების და გამოჯანმრთელების მექანიზმების ანალიზის დროს ანგარიში უნდა გაეწიოს იმას, რომ კლინიკისათვის უცნობია დაცვითი შეკავების ფენომენის ეტიოპათოგენეზური სპეციფიკურობა. პიროვნების ფუნქციურ შესაძლებლობათა დაკნინების ან აღდგენის სპეციფიკური კლინიკური გამოვლინებანი განისაზღვრება მარტოდენ ძირითადი ნერვული პროცესების თავისებურებათა კომპლექსით. კერძოდ შეკავებისა და აგზნების სიძლიერით — ინტენსივობით — მათი ძვრა-



დობით, დინამიკური ლოკალიზაციით, ხანგრძლივობით, პერიოდულ-ობითა და ურთიერთინდუქციით.

გასაგებია, რომ დაცვითი შეკავების თავისებურება დამოკიდებულია არა მარტო გარეგან ფაქტორებზე, არამედ პიროვნების ინდივიდუალურ-ტიპობრივ მონაცემებზეც.

მოძღვრება დაცვითი შეკავების შესახებ თეორიული საფუძველია იმ ჰუმანური თერაპიული მეთოდებისა, რომელთაც ამჟამად მიმართავს თანამედროვე ფსიქიატრია. დაცვითს, ანუ დაზოგვითს თერაპიას, თავისი მიზანდასახულობით, შეიძლება ჰქონდეს გარკვეული რეჟიმის მნიშვნელობა, როდესაც ავადმყოფი ისვენებს და თანდათანობით ეჩვევა საავადმყოფოს პირობებს. გარდა ამისა, იგი შეიძლება განვიხილოთ როგორც ავზნების სინდრომის წინააღმდეგ მიმართული სინპტომური თერაპია და ბოლოს იგი უნდა გავიგოთ, როგორც პათოგენეზურად გამართლებული სამკურნალო ღონისძიება.

როგორც ცნობილია, დღევანდელ პირობებში ხანგრძლივ ნაკრულ ძილს, მისი მეტისმეტი ტოქსიკურობის გამო, აღარ მიმართავენ, არც მისგან მიღებული თერაპიული ეფექტი შეიძლება ჩაითვალოს განამხნეველად.

დასვენებისა და დაცვითი თვითმობილიზაციის პრინციპი, რომელიც ძილით მკურნალობის ქვაკუთხედს წარმოადგენს არაა საკმარისი ისეთი ტოქსიკოზების დროს, რომლებიც ტვინის ქსოვილის დარღვევას იწვევენ.

საკვიროა აღინიშნოს, რომ დაცვითი შეკავება, რომელიც ორგანულ ნიადაგზე ვითარდება, თავისი პათონეიროდინამიკური შინაარსით ყოველთვის არ ვლინდება როგორც ფუნქციური გარდამავალი მდგომარეობა. შეკავების მიერ გამოწვეული შედეგები სავსებით განსხვავდება იმისაგან, რასაც ადგილი აქვს ფუნქციური ბუნების მქონე დაავადებების შემთხვევებში, გასაგებია, რომ პირველის დროს (შიზოფრენია და სხვა ორგანული დაავადებები) ძილით მკურნალობის შედეგები უფრო შეზღუდულია, ვიდრე მეორე შემთხვევაში (ნევროზები, ფსიქონევროზები და რეაქტიული მდგომარეობანი).

როცა ლაპარაკია ფუნქციურ და ორგანულ დაავადებათა ერთიანობის შესახებ, მხედველობაშია მათი დინამიკური ურთიერთობა და კლინიკურ გამოვლინებათა გარეგნული მსგავსება და არა ბიოლოგიური არსისა და პროგნოზის იგივეობა.

კლინიკურ-ექსპერიმენტულ დაკვირვებათა თანახმად, ძილით მკურნალობის დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული დაცვითი შეკავების დინამიკური ლოკალიზაციის თავისებურება და მათი გავრცელება სასიგნალო სისტემების სხვადასხვა დონეზე; ირკვევა, რომ შიზოფრენიის კატატონიური და პარანოიდული ფორმების დროს საჭიროა ძილმომგვრელ საშუალებათა სხვადასხვა რაოდენობა, ამასთან, ხელოვნურად გამოწვეული ძილის დინამიკაც ურთიერთგანსხვავებულია.

შიზოფრენიის შორსწასულ შემთხვევებში, ე. ი. მაშინ, როდესაც ქერქულ აპარატში შედარებით მკაფიოდაა უკვე წარმოდგენილი სტრუქტურული ცვლილებები და ამდენად ნაკლები მონაცემებია დაცვითი შეკავების განვითარებისათვის, ნერვულ ქსოვილს მაინც რჩება თავდაცვითი საშუალებების გამომკლავლების უნარი: მასზე კარგ გავლენას ახდენს შეკავების პროცესი — ძილი.

დამოუკიდებლად თერაპიული ეფექტისა, ძილით მკურნალობის დროს ადგილი აქვს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მოქმედებათა გაწონასწორებას.

შიზოფრენიის ინსულინთერაპიის დროს ადგილი აქვს განსაკუთრებით მდიდარ და მრავალფეროვან კლინიკურ გამოვლინებებსა და ბიოლოგიური ხასიათის ძვრებს. ეს მეთოდი, რომელიც თავისი თერაპიული შედეგებით კლინიკისტ ფსიქიატრების დიდ ყურადღებას იმსახურებს, გარკვეულ ფარგლებში ხელს უწყობს აგრეთვე თვით დაადების არსის გაგებასაც.

ნეიროდინამიკურად, ინსულინური ჰიპოგლიკემია თავიდანვე ვითარდება შეკავების პროცესის ფონზე. შეკავების დინამიკური თავისებურებით (ხარისხი, ძვრადობა და ლოკალიზაცია) განისაზღვრება კლინიკური სიმპტომატოლოგიის რაოდენობრივი და თვისობრივი ცვლილებები, რომელთაც ვხვდებით ასეთი მკურნალობის დროს.

მასალებიდან ირკვევა, რომ ინსულინური ჰიპოგლიკემიის დროს შეკავების გავრცელება და უკუქცევადობა მიმდინარეობს ვერტიკალური ვექტორის გზით. თავდაპირველად შეკავებას განიცდის მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკური სტრუქტურები (კავშირები სიტყვიერ გამღიზიანებლებსა და საპასუხო სიტყვიერ პირობით რეაქციებს შორის). ამას მოჰყვება კავშირების შეკავება უშუალო გამღიზიანებლებსა და საპასუხო სიტყვიერ რეაქციებს შორის. ამ დროს გამოხა-

ტულია ოპტიკური აგნოზიისა და აუტოტოპაგნოზიის მსგავსი სურათი. ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობიდან გამოსვლა შეესაბამება უმადლესი ნერვული მოქმედების ფილონტოგენეზური განვითარების აღმავალ გზას. მისი ფუნქციური აღდგენა ბიოგენეზურად დაბალი ხარისხის უპირობო და პირობითი რეაქციების გამოვლენით იწყება, ხოლო მთავრდება მეორე სასიგნალო სისტემისათვის დამახასიათებელი დროებითი კავშირების შექმნით.

როგორც აღვნიშნეთ, რამდენადაც აშკარადაა წარმოდგენილი დაცვითი შეკავება, მით უფრო მეტადაა მოცემული ორგანიზმის ვეგეტატიურ-თავდაცვითი ძალები და მეტია შესაძლებლობა გამოჯანმრთელებისა.

ხელმისაწვდომი მასალების მიხედვით არსებობს ერთგვარი პარალელისმი ჰიპოგლიკემიური შოკის სიღრმესა და თერაპიულ ეფექტურობას შორის.

თეორიულ და პრაქტიკულ ინტერესს იწვევს ელექტროენცეფალოგრაფიული გამოკვლევები და აგრეთვე უმადლესი ნერვული მოქმედებისა და რეცეპტორთა პათოფიზიოლოგიის შესწავლა ინსულინით ჰეპრნალობის დროს შოკამდე, შუალედში და შოკის შემდგომ. ირკვევა, რომ ჰიპოგლიკემიური შოკის დაწყებისთანავე ადგილი აქვს ორვე ძირითადი ნერვული პროცესის ცვლილებებს. უპირობო, ე. ი. პასიური შეკავება დადებითად აინდუქცირებს არა მარტო ქერქქვეშა დინამიკურ კერებს. არამედ ამავე დროს მთლიანად ქერქსაც.

ფსიქიატრთა დიდი ნაწილი იზიარებს იმ შეხედულებას, რომ ჰეპრნალობა უნდა წარმოებდეს ღრმა ჰიპოგლიკემიური შოკებით. ინსულინური შოკთერაპიის ყველაზე უფრო უარყოფით მომენტს წარმოადგენს გახანგრძლივებული და განმეორებითი შოკები, რომელთაც შეუძლიათ გამოიწვიონ ქერქული აპარატის არააღდგენადი სტრუქტურული ცვლილებები. გარდა ამისა, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ნაგვიანებ შოკებსაც. ეს გარემოება ექიმის მუდმივ ყურადღებას მოითხოვს. ჩვენ გვქონდა შესაძლებლობა დავეკვირვებოდით ავადმყოფს, რომელსაც შოკური მდგომარეობა განუვითარდა ინსულინის ინექციიდან 36 საათის შემდეგ, ხოლო ჰიპოგლიკემია — უშუალოდ ინსულინის შეყვანისას.

თეორიული და პრაქტიკული თვალსაზრისით განსაკუთრებით საინტერესოა ე. წ. „ინსულინრეზისტენტული“ და „ინსულინლაბილუ-

რი ავადმყოფები. ამ უკანასკნელის დროს შოკის გამომწვევი დოზა მერყეობს 6-დან 36 ერთეულამდე. როგორც ცნობილია, ინსულინური რეზისტენტობის დროს მიმართავენ ქანგაღის შეყვანას კანქვეშ, ჰიპერთერმიას (სულფოზინის ინექციას) და ელექტროშოკსაც. აღსანიშნავია, რომ რეზისტენტობა და ინსულინისადმი ზემოქმედებლობა დამოკიდებულია არა მარტო ორგანიზმის ზოგად სომატოვგეტატიურ მდგომარეობაზე, არამედ პირველ რიგში დაცვითი შეკავების დინამიკურ თავისებურებაზე.

საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ინსულინური რეზისტენტულ შემთხვევებს არა იშვიათად ვხვდებით შიზოფრენიის მოგვიანებულ ფორმებშიც.

ინსულინისადმი ზემოქმედებლობის საკითხი საინტერესოა არა მარტო მკურნალობის დაწყებითი ფაზისათვის, არამედ მას პირდაპირი კავშირი აქვს საერთოდ ინსულინთერაპიის მთელ პროცესთან; ამ დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ხელოვნურ სენსიბილიზაციას და ადაპტაციას.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, შიზოფრენიის აქტიურ თერაპიულ მეთოდს ეკუთვნის აგრეთვე სხვადასხვა გულყრითი საშუალებანი. შენიშნულია, რომ გულყრითი (მხედველობაშია კორაზოლი, კარდიოზოლი, მეტრაზოლი), კერძოდ, ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია, ეფექტურია განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დაავადების სურათში ადგილი აქვს კატატონიურ და აფექტურ-დებრესიულ კომპონენტებს. ელექტროკრუნჩხვების ბრუტალობის გამო მისი გამოყენება დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს; ყურადღება უნდა მიექცეს დენის მოქმედების, როგორც დროს ასევე ძალას.

შიზოფრენიის ელექტროკრუნჩხვითი მკურნალობის დროს სასურველი თერაპიული ეფექტის მიღებისათვის საჭიროა არაუმეტეს 4—5 გულყრა. თუ გაუმჯობესებას ვერ ვღებულობთ, მაშინ ამ მეთოდის შემდგომი გამოყენება წინააღმდეგნაჩვენებია. დამატებითი თერაპიული შედეგის ე. წ. „გამამკვრივებელი“ გულყრების გამოწვევა არაა მიზანშეწონილი, რადგან იგი, არც ისე იშვიათად, ხელს უწყობს დაავადების ხელახლად განვითარებას.

მედიკამენტური გულყრითი საშუალებანი, მით უმეტეს ელექტროკრუნჩხვა, იწვევს დიდ ჰემისფეროთა ქერქის ელექტრული აქტივობის მკვეთრ ცვლილებებს. იგი აქვეითებს აგრეთვე ქანგვის პროცე-

სებს ტვინში და იწვევს ღრმა პათოლოგიურ ძვრებს. ამასთან ერთად, საჭიროა აღინიშნოს, რომ გულყრითს (კრუნჩხვითს) თერაპიას შეუძლია შექმნას გარკვეული პირობები დაცვითი შეკავების განვითარებისათვის. ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიურ დაკვირვებათა ანალიზის საფუძველზე ჩვენ აღვნიშნავდით, რომ ელექტროშოკის თერაპიული ეფექტურობის დროსაც კი ისეთი სტრუქტურულ-დინამიკური ცვლილებები მყარდება (სინაფსურ წარმონაქმნთა აღდგენადი პარანეკროზი), რომელსაც შეუძლია გააძლიეროს ქერქული აპარატის დაცვითი შეკავების დადებითი ზემოქმედება.

აქტიური ბიოლოგიური მოქმედება, რომელიც ორგანიზმში ღრმა ცვლილებებს ავითარებს, არ შეიძლება იყოს ქერქული ნივთიერებისათვის ინდიფერენტული გამლიზიანებელი. კლინიკურ-ექსპერიმენტულ დაკვირვებების თანახმად, შიზოფრენიის ინსულინით მკურნალობის დროს მიღებულ რემისიასა და ღვიძლის ანტიტოქსიკური ფუნქციის აღდგენას შორის მთლიანი პარალელიზმი არ არსებობს. კლინიკურ გამოჯანმრთელებას მუდამ თან არ სდევს ღვიძლის ფუნქციის აღდგენა. ეს გარემოება მიუთითებს იმაზე, რომ შიზოფრენიული ტოქსიკოზი არაა სავსებით ნივილირებული და ადგილი არა აქვს აგრეთვე ორგანიზმის დაცვით-ბიოლოგიურ შესაძლებლობათა მთლიან აღდგენას. რასაც შესაძლებელია მოჰყვეს შიზოფრენიული დაავადების განმეორება (რეციდივი).

შიზოფრენიის მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები უფრო ადვილად ხსნის კლინიკურ გამოვლინებებს, ვიდრე მის ტოქსიკურ წანამძღვრებს (ნივთიერებებს). ამიტომ აუცილებელია კვლევითი მუშაობა წარიმართოს აგრეთვე შიზოფრენიის რეციდივების პროფილაქტიკის სფეროშიც.

ემ შემთხვევაში, როდესაც თერაპიული რემისის შემდეგ ადგილი აქვს შიზოფრენიული მდგომარეობის გამეორებას, მიზანშეწონილად ვცნობთ წარმოებულ იქნეს მკურნალობა არა რომელიმე ერთი მეთოდით, არამედ კომბინირებულად.

განსაკუთრებით აქტუალურია შიზოფრენიის გახანგრძლივებული ფორმების მკურნალობის პრობლემა. ცნებებს „ქრონიკული“ ან „გამოსავალი მდგომარეობის“ შესახებ აქვს მხოლოდ ქრონოლოგიური შინაარსი და ისინი ვერ ასახავენ დაავადების ბიოლოგიურ არსს.

## ფსიქოფარმაკოლოგიის თეორია და პრაქტიკა

ამინაზიწერი ნეიროლუფსის კლინიკური და თეორიული  
საკითხების შესახებ

პრინციპი ე. წ. ნევრო — ანუ ფსიქოლოგიური სამკურნალო ნივთიერებისა, რომელსაც ცენტრალური ადგილი უკავია თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიასა და ფარმაცოფსიქიატრიაში, გარკვეულ დაზუსტებას და კორეგირებას მოითხოვს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ნივთიერებათა ორი ძირითადი ჯგუფი, რომელიც აერთიანებს ქიმიური პრეპარატების მდიდარ არსენალს, არ პოულობს მთლიან გამართლებას მათ ფარმაცოლინამიკაში. ჩვენ მხედველობაში გვაქვს ნივთიერებათა ლოკალური მოქმედების პრინციპი და ე. წ. ნევროტროპიულ ნივთიერებათა პრინციპი. ლოკალური მოქმედების პრინციპი (ანუ ნივთიერებათა დაყოფა ქერქულსა და ქერქვეშაზე) უეჭველად შეზღუდულია და მოითხოვს განსაზღვრების „არჩევითად“ ან „უპირატესად“ დამატებას.

რაც შეეხება ე. წ. ნევროტროპულ ნივთიერებათა ვრცელ ჯგუფს. საჭიროა ანგარიში გავუწიოთ იმას, რომ მათი ფარმაცოლინამიკა განსაზღვრება არა მარტო ნივთიერების ქიმიური ბუნებით (ანუ სტრუქტურით), არამედ მათი დოზებით. სწორედ ეს უკანასკნელი მომენტი აძლევს მიმართებას ბიოლოგიური რეაქციის ხასიათის თავისებურებას. როგორც ცნობილია, ე. წ. ნევროტროპულ ნივთიერებებს ეკუთვნის ფარმაცოლოგიური პრეპარატების შემდეგი სამი ჯგუფი: ნეიროლეპტიკური ანუ ნეიროპლეგიური (ატრაქსიული, ტრანკვილიზატორები), მასტიმულირებელი (ანტიდეპრესიული) და ბოლოს, ფსიქოტომიმეტიკური ანუ ფსიქოდისლეფსიური ნივთიერებანი. ფსიქიატრიული ფარმაცოლოგიისა და ფარმაცოლოგიური ფსიქიატრიის პრაქტიკა სულ უფრო და უფრო ამდიდრებს ფსიქონევროლოგებს ახალი წარ-

მიადგენებით მოწოდებულ პრეპარატთა კლინიკური მნიშვნელობის და ნეიროღინამიკური მექანიზმების შესახებ. ამასთან, ირკვევა, რომ თერაპიული ძიებანი მედიცინაში, უწინარეს ყოვლისა, ფსიქონევროლოგიაში, არ შეიძლება შემოიფარგლოს გულუბრყვილო ანტაგონისტური — ზემოქმედების უბრალო ჩარჩოებით. ირკვევა, რომ თერაპიული მექანიზმები და მკურნალობის შედეგები არ შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სიდიდეთა ალგებრული ჯამის სახით. დადებითი და უარყოფითი მნიშვნებით. აღნიშნულის კლინიკური ილუსტრაციისათვის საკმარისია მოვიგონოთ ისეთი ორი მკვეთრი ანტაგონისტური სინდრომის მკურნალობის პრაქტიკა, როგორც არის დეპრესიული და მანიაკალური სინდრომები: დეპრესიული სინდრომი არ იხსნება ე. წ. სტიმულატორების, ასაგზნები საშუალებების მიღებისას და, პირიქით მანიაკალური სინდრომი არ შეიძლება მოხსნილ იქნას მხოლოდ დამამშვიდებელი საშუალებებით.

ახალი შემოქმედებითი გზები წარმოშობს ახალ ცნებებს.

იმიზინის (ტოფრანილის) — ამ ახალი ნეიროტროპული ნივთიერების ფარმაკოლოგია გვიჩვენებს, რომ იგი თუმცა არ წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის მასტიმულირებელ პრეპარატს, მას აქვს გარკვეული ეფექტურობა დეპრესიების მკურნალობის დროს. ტოფრანილი, რომლის მოქმედებისათვის ყველაზე დამახასიათებელია გუნებაგანწყობის აწვევა, ეკუთვნის ფარმაკოლოგიური ნივთიერებების ახალ ჯგუფს. ამ ახალ ჯგუფს ავტორები უწოდებენ „თიმოლეფსიურს“. ზოლო ტოფრანილს აწერენ „ეუთიმიურ“ მოქმედებას.

სამამულო პრეპარატმა ამინაზინმა გარკვეულად გაამართლა კლინიკური ამოცანები, რომლებიც დასახულია ნეიროლეფსიური პრეპარატების წინაშე და ამიტომ აღნიშნული რიგის ყველა სხვა პრეპარატებიდან საჭიროდ მიგვაჩნია შევჩერდეთ სწორედ ამინაზინის თეორიისა და პრაქტიკის საკითხების ირგვლივ.

ამჯამად ამინაზინის ხმარება, როგორც სიმპტომატური მედიკამენტური საშუალებისა სხვადასხვა ბუნების მქონე აგზნების სინდრომების მოხსნისათვის, საყოველთაოდ ცნობილია.

არ არის საერთო აზრი ამინაზინისა და ამგვარი სხვა პრეპარატების ეფექტურობის შესახებ ნოზოლოგიური ფორმების მკურნალობის, პირველ რიგში, შიზოფრენიული დაავადების დროს.

თანახმად ო. ვ. კერბიკოვისა და მისი თანამშრომლებისა, ამინაზინ-

თერაპია შესაძლებელია ჩატარდეს იმ პარანოიდული სინდრომების დროს, როდესაც ბოღვა ატარებს სიმბრისმავვარ, სატოვან, ემოციურ ხასიათს. მათივე მითითებით, პრეპარატი ნაკლებად ეფექტურია მყარ, სისტემური ბოღვითი პროდუქციების არსებობის დროს და ისეთ შემთხვევებში, როდესაც საჭმე ვაჭქვს კანდინსკის სინდრომთან.

გ. კ. ტარასოვი (ა. ვ. სნეჟენევსკის კლინიკიდან) დგას იმ პოზიციებზე, რომ ამინაზინი განსაკუთრებით ეფექტურია აგზნების, ინფორმაციული ცნობიერების სინდრომებისა და პალუცინაციურ-ბოღვითი მდგომარეობის დროს.

თანახმად ავტორისა, მისი ეფექტურობა არ ჩამორჩება ინსულინური და კრუნჩხვითი თერაპიის შედეგებს, ხოლო რიგ შემთხვევებში დადებითი შედეგი მიღებული იყო მაშინაც კი, როდესაც მანამდე წარმოებული სხვა აქტიური ბიოლოგიური თერაპიული ღონისძიებანი უშედეგო იყო.

ნეგატიური შედეგით ჩატარებული ამინაზინთერაპიის შემთხვევებშიც თვით მკურნალობის პროცესში ადგილი ჰქონდა ავადმყოფის მდგომარეობის გარკვეულ შემსუბუქებას.

ე. ნაკაშიძე და ო. ჭითავა აღნიშნავენ, რომ შიზოფრენიის ქრონიკული ფორმების დროს ამინაზინთერაპიის კურსი ახლენს დადებით მოქმედებას: ავადმყოფებს აღენიშნებათ ემოციურ რეაქციათა ვამპიციკლება, იზრდება ინტერესი გარემოსადმი, მახლობლებისადმი; აშკარა შიზოფაზიური სინდრომების დროს რამდენადმე სწორდება სიტყვიერი პროდუქცია და აზროვნება.

თავის მრავალრიცხოვან დაკვირვებებში უცხოელი ფსიქიატრები ასევე ხაზგასმით აღნიშნავენ მნიშვნელოვან ეფექტურობას და თერაპიულ როლს ისეთი მწვავე ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის დროს, როდესაც ადგილი აქვს აგზნების სინდრომს, ზოგად აუტიაციას, ცნობიერების პათოლოგიას და აფექტურად შეფერადებულ ბოღვით პროდუქციებს.

არსებობს მითითებანი განგლიოპლეგიურ ნივთიერებათა ელვისებურ ეფექტურობაზე და „მკვეთრ შეცვლაზე“. აღნიშნული „შეცვლა“ განსაკუთრებით აღნიშნულია ოლიგოფრენიისა და ორგანული ჰეპათოსის დროს. როდესაც ეხსნებათ აგზნება, აგრესიულობა და ავადმყოფებს უბრუნდებათ შესაძლებლობა მოუარონ თავს.

ნევროზების, ფსიქონევროზების და ფსიქოგენურ-რეაქტიული



ბუნების ფსიქოზების მკურნალობის დროს, ფსიქოთერაპიასთან ერთად, მედიკამენტურ-სიმპტომურ საშუალებათაგან განსაკუთრებით რეკომენდებული უნდა იქნას ნეიროპლეგიური პრეპარატები.

თანახმად ლიტერატურული მასალებისა, სუფთა ასთენიური მდგომარეობის დროს ამინაზინი, და მისი მონათესავე პრეპარატები ამბობებს კლინიკურ სურათს. ამიტომ განგლიოპლეგიური მედიკამენტური საშუალებების გამოყენების შესაძლებლობანი და საზღვრები, სხვადასხვა ბუნების ასთენიური მდგომარეობის დროს, მოიხილეს დეტალიზაციას და ფრთხილ ფაქტობრივ შემოწმებას.

თანამემამულე და უცხოელ მკვლევართა კლინიკური, კლინიკურ-ექსპერიმენტული და ექსპერიმენტული დაკვირვებანი მიუთითებს, რომ ნეიროპლეგიურ ნივთიერებათა მოქმედებაში თუმცა არ არის გამორიცხული მათი ზეგავლენა თავის ტვინის ქერქზე, ისინი უპირატესად გავლენას ახდენენ ქერქქვეშა უბნებზე.

დადგენილია, რომ ქლორპრომაზინი, ნეიროლეფსიურად მოქმედებს რა ტვინის ღეროსა და დიენცეფალურ-ჰიპოთიზურ წარმონაქმნებზე (მთლიანად ენდოკრინულ-ვეგეტატიურ სისტემაზე), ამცირებს „სტრესის“ გამოვლინებებს (გ. სელიეს ტერმინი) და იწვევს სედატიურ ეფექტს.

მთელი რიგი ავტორები ემხრობა იმ აზრს, რომ ნეიროპლეგიური ნივთიერებები არა მარტო მოქმედებენ ჰიპოთალამუსზე და მააქტივებელ სისტემაზე, არამედ ადვილებენ იმპულსების გავრცელებას ქერქში სინაფსური გზების საშუალებით.

თანახმად პ. კ. ანოხინისა, ამინაზინი სიმპათიკურ კვანძებში იწვევს აგზნების იმპულსების სინაფსურ გადაცემათა ბლოკირებას.

ამინაზინი იწვევს შეკავების თანდათანობით განვითარებას. რომელიც ზოგჯერ გაივლის აგზნების დროებით ფაზას. შეკავებითი პროცესი. ჩვეულებრივ მოიკავს როგორც ქერქს. ისე ქვემდებარე ქერქქვეშა წარმონაქმნებსაც.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ნეიროპლეგიური ნივთიერებათა ზოგადი მოქმედების ფაქტი ამჟამად არ იწვევს ეჭვს. საკამათოა მხოლოდ საკითხი ლოკალიზაციის უპირატესობის შესახებ.

ნეიროპლეგიური ანუ ნეიროლექტიკური ნივთიერებანი არ წარმოადგენენ ნარკოზულ ან ძილმომგვრელ საშუალებებს, ამიტომ მათ „დამამშვიდებელს“ უწოდებენ.

ნეიროპლეგიურ ნივთიერებათა მოქმედების შედეგად, მკურნალობის პროცესში, ფსიქიკურ ავადმყოფებს აღენიშნებათ აფექტური დაძაბულობის შერბილება, შემცირება და დამშვიდება; იქმნება შესაძლებლობა სთენიური ემოციისათვის. როგორც ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი აღნიშნავდა, ადგილი აქვს „ნეტარების გრძობის“ განცდას, რომლის შესახებ შესაძლებელია ვიფიქროთ და ვიოცნებოთ.

ამინაზინთერაპიის შედეგად წესრიგში მოდის აზროვნება, თანდათან მკრთალდება ილუზიური და პალუცინაციური შეგრძნებები, ბოღვითი აზრები, ხოლო ზოგჯერ ქრება მთელი ფსიქოზური სიმპტომატიკა.

ამინაზინთერაპიის დინამიკაში ე. ა. პოპოვი გაარჩევს ორ ფაზას. პირველი ფაზა — ეს არის ამინაზინის შედარებით მცირე დოზების მიღების დასაწყისი პერიოდი; ამ დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს ფსიქოპათოლოგიური სურათის გამწვავებას აგზნების სინდრომის მნიშვნელოვანი გაძლიერებით.

ამინაზინის მოქმედების მეორე ფაზაში აღინიშნება კლინიკური ფენომენოლოგიის თანმიმდევრული მოხსნა. ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა თანმიმდევრულ კუპირებაზე მიუთითებს აგრეთვე სხვა კლინიკური მასალებიც. ამავე დროს, ყველაზე გვიან წესრიგდება ის ფუნქციები, რომლებიც მიმდინარეობენ მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკურ დონეზე.

შიზოფრენიის ამინაზინთერაპიასთან დაკავშირებით, საჭიროა აღინიშნოს, რომ ნეიროპლეგიურ ნივთიერებათა თერაპიის პრაქტიკა არ შეიძლება ჩაითვალოს სამკურნალო ზემოქმედების ადეკვატურ, ანუ ეტიოპათოგენეზურ გზად.

არსებული მონაცემების თანახმად, შიზოფრენიის ამინაზინთერაპიის დროს იქმნება პირობები დაცვითი შეკავების გაღრმავებისათვის. კლინიკური სურათის (უპირველეს ყოვლისა სასიგნალო სისტემების ურთიერთობის) ნორმალიზება ვითარდება უფრო სწრაფად, ვიდრე სხვა აქტიური ბიოლოგიური ზემოქმედების დროს.

როგორც ჩანს, შიზოფრენიის დროს ამინაზინთერაპიის სამკურნალო ეფექტურობა გაპირობებული უნდა იყოს არა ვეგეტატიურ-ცვლითი პროცესების გააქტივებით, რაც მოითხოვს უფრო ხანგრძლივ დროს. არამედ ქერქული ნეიროდინამიკის რეგულირებით მძაფრი აფერენტული იმპულსაციის ბლოკირების გზით.

შიზოფრენიის მკურნალობის ახალი მეთოდები, რომლებიც თანა-

შედროვე ფსიქიატრიის განკარგულებაშია, არსებითად წარმოადგენს აუცილებლობით გაპირობებულ ექსპერიმენტს. ადამიანზე კლინიკის პირობებში, რომელსაც ვერ შეედრება ვერც ერთი ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიული დაკვირვება. ამგვარი თავისებურების წყალობით მკურნალობის ახალი მეთოდები მნიშვნელოვანია არა მარტო თავისი სამკურნალო ეფექტით, არამედ როგორც მასალა ფსიქონევროლოგიის დიდ თეორიულ ამოცანათა გადაჭრისათვის.

ამასთან დაკავშირებით შიზოფრენიის კლინიკის და პათოლოგიის პრობლემები შესაძლებელია გაშუქებულ იქნას სრულიად სხვადასხვა ასპექტში.

ჩვენი ხელმძღვანელობით ა. ი. სიხარულიძემ ექსპერიმენტულად შეისწავლა შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის ტოქსიკური თავისებურებანი ისეთი აპრობირებულ ნეიროლექსიური საშუალებების გამოყენებით, როგორც არის ამინაზინი.

ავტორის მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტები შესაძლებელია წარმოადგენილი იყოს შემდეგი სერიების სახით:

პირველი სერია — დონორის სისხლის პლაზმის მოქმედება ძალღებზე.

მეორე სერია — ამინაზინის მცირე და დიდი დოზების მოქმედება ძალღებზე.

მესამე სერია — შიზოფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის მოქმედება ძალღებზე.

მეოთხე სერია — ამინაზინის მცირე და დიდი დოზების მოქმედება ძალღებზე შიზოფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის წინასწარი ნოქმედების შემდეგ (შეისწავლებოდა საკითხი, როგორ მოქმედებს ავადმყოფის სისხლის პლაზმა გამომუშავებულ ფონზე).

მეხუთე სერია — შიზოფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის მოქმედება ცხოველებზე ამინაზინის მცირე და დიდი დოზებით წინასწარი ნოქმედების შემდეგ (შეისწავლებოდა საკითხი, როგორ მოქმედებს ავადმყოფის სისხლის პლაზმა გამომუშავებულ ფონზე).

შექვეყნებული სერია — ავადმყოფის სისხლის პლაზმის მოქმედება ცხოველებზე კოფეინის წინასწარი ნოქმედების შემდეგ (შეისწავლებოდა საკითხი, როგორ მოქმედებს ავადმყოფის სისხლის პლაზმა გამომუშავებულ ფონზე).

როგორც ვხედავთ, ჩამოთვლილი ექსპერიმენტებიდან პირველი სამი სერია ატარებს საწყისი ანუ საკონტროლო ცდების ხასიათს. ბოლო სამი სერია წარმოადგენს ცდებს, რომლის საშუალებით კომბინირებულ პირობებში შეისწავლებოდა უფრო რთული მდგომარეობანი.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ ყოველი სერიის დროს ავტორი დეტალურად სწავლობს უპირობო და პირობითრეფლექსურ სანერწყვე რეაქციას, აგრეთვე კუჭის უპირობო და პირობითრეფლექსურ რეაქციას.

ავტორის ფაქტობრივი მონაცემები მიუთითებს, რომ ძაღლის სასხლში შეყვანილი დონორის პლაზმა არ იწვევს უპირობო და პირობითრეფლექსური სანერწყვე სეკრეციის რაიმე მნიშვნელოვან ცვლილებას. იგი უმნიშვნელოდ აკავებს მხოლოდ კუჭის სეკრეციას; ამავე დროს, აღნიშნული უმნიშვნელო შეკავება თანაბრად ვრცელდება როგორც ფარულ პერიოდსა და წვენის საერთო რაოდენობაზე, ისე მის პეტსინურ აქტივობაზე, არ ახდენს რა გავლენას წვენის თავისუფალ და საერთო მქაობაზე.

საყურადღებო შედეგებს იძლევა დაკვირვებათა მეორე სერია, რომელიც მიზნად ისახავს ექსპერიმენტულად შეისწავლოს ფართოდ ხმარებული ნეიროპლეგიური ნივთიერების — ამინაზინის ფარმაკოდინამიკური მხარე.

თანახმად ავტორის მასალისა, ამინაზინის მცირე, საშუალო (0,5—0,65 მგ/კგ) და დიდი (1,25—1,65 მგ/კგ) დოზების შედეგები განსხვავებულია, სახელდობრ, მცირე დოზები ამჟღავნებს როგორც უპირობო, ისე პირობითრეფლექსური სანერწყვე რეაქციის გამაძლიერებელ, მასტიმულირებელ, გამლიზიანებელ მოქმედებას, ხოლო დიდი დოზები — დამაკნინებელ, შემაკავებელ მოქმედებას.

უნდა აღინიშნოს, რომ ამინაზინის დიდი დოზების შემაკავებელი მოქმედება განსაკუთრებით ვლინდება პირობითრეფლექსური სანერწყვე რეაქციის მიმართ, რომელიც თითქმის სრულიად ქრება. ამგვარივე კანონზომიერება შენიშნულია აგრეთვე კუჭის უპირობო და პირობითრეფლექსური სეკრეციის შესწავლის დროს.

ამინაზინის გამაღიზიანებელი ანუ მასტიმულირებელი მოქმედების დროს ფარული პერიოდი თითქმის არ იცვლება (რჩება ნორმის ფარგლებში — 6—8 წუთი); უმნიშვნელოდ იზრდება პეტსინური ძალა (საშუალოდ 6 მმ, შედარებით ნორმის 5 მმ-თან) და თითქმის ორჯერ იზრდება კუჭის წვენის საერთო რაოდენობის მაჩვენებელი (35—36 მლ.

შედარებით ნორმალურ რიცხვთან — 14—15 მლ). უფრო ნათლად ვლინდება ამინაზინის დიდი დოზების შემთავებელი მოქმედება კუჭის სეკრეციაზე. მაგალითად, ფარული პერიოდი იზრდება თითქმის სამჯერ (20—23 წუთი), მონელების ძალა მცირდება ორჯერ (3,5 მმ ნაცვლად ნორმის 6 მმ-სა) და წვენის საერთო რაოდენობა მცირდება თითქმის ორჯერ (6—7 მმ ნაცვლად ნორმის 14—15 მმ-სა).

მონაცემების შედარება უფლებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ამინაზინის ირიტაციული ანუ გამაღიზიანებელი მოქმედება განსაკუთრებით ნათლად ვლინდება ნერწყვის სეკრეციაზე, ამინაზინის დიდი დოზების შემთავებელი მოქმედება ასევე მკვეთრად არის წარმოდგენილი სანერწყვე ჭირკვლების უპირობო და პირობითრეფლექსურ პასუხებში. ამასთან. შემთავებელი მოქმედება საპასუხო რეაქციის მთლიანი მიუპობით წარმოდგენილია სანერწყვე ჭირკვლების პირობითრეფლექსურ პასუხებში.

ამინაზინი თავის გამაღიზიანებელ და შემთავებელ მოქმედებას უფრო ნათლად ამჟღავნებს სანერწყვე რეაქციაზე, ვიდრე კუჭის სეკრეციაზე. აქ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ დინამიკური ზეგავლენა, პირველ რიგში ეხება პირობითრეფლექსურ რეაქციას.

აღნიშნული მომენტები მიუთითებენ ქერქ-ქერქვეშა უბნების დინამიკურ ურთიერთდამოკიდებულებაზე და როგორც ქერქული საპასუხო რეაქციების, ისე ქერქვეშა იმპულსაციის როლზე ამ მიმართულებით.

არსებული ლიტერატურული მონაცემების და, პირველ რიგში, ჩვენი (ბ. რ. ნანეიშვილთან ერთად) ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიურ დაკვირვებების საფუძველზე შესაძლებელია სრულიად გადაჭრით დავასკვნათ, რომ ამინაზინის ფარმაცოლოგიური მოქმედების უბანს წარმოადგენს რეტიკულური ფორმაცია ანუ დიენცეფალური მიდამოს ბადისებრი წარმონაქმნი.

როგორც ნაჩვენები იყო, ამინაზინის მცირე დოზები აძლიერებს მააქტივებელ იმპულსაციას ქერქვეშა კვანძებიდან და გარკვეულად აძლიერებს ქერქის მოქმედებას მის პირობითრეფლექსურ გამოვლენებში.

ა. ი. სიხარულიძის მიერ მნიშვნელოვანი შედეგები მიღებულია

ცდების მესამე სერიაში, რომელიც ეხება შიზონფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის გავლენას სანერწყვე და კუჭის სეკრეციაზე ძალებში. დადგენილია, რომ შიზონფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმა იჩენს შემაკავებელ ზეგავლენას სანერწყვე და კუჭის ჰიპოკლეზის უპირობო და პირობითრეფლექსურ სეკრეციაზე. შეკავება ეხება კუჭის სეკრეციის ფარულ პერიოდს, საერთო რაოდენობას და პეფსინურ ძალას. შემაკავებელი ზეგავლენა უფრო მეტად ვრცელდება პირობითრეფლექსურ სანერწყვე სეკრეციაზე, რომელიც აღწევს ნულის დონეს.

ამინაზინის ფარმაკოდინამიკური მნიშვნელობა ვანსაკუთრებულა ასახვას პოულობს ცდების მეოთხე სერიის შედეგების შუქზე. მხედველობაშია ამინაზინის ზეგავლენა წინასწარ ფონზე.

ა. ი. სიხარულიძე ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ ამინაზინის მცირე და დიდი დოზებიც ერთნაირად აძლიერებენ ავადმყოფის პლაზმით წინასწარ გამოწვეულ სანერწყვე და კუჭის სეკრეციის შეკავებას. აღნიშნული მოვლენა მიუთითებს ქერქული აპარატის ნეიროდინამიკურ შესაძლებლობათა დათრგუნვაზე და, ერთდროულად, ქერქვეშა იმპულსაციის ბლოკირებაზე. ამავე დროს, ყურადღებას იპყრობს შემდეგი გარემოება: ავტორის მიერ შენიშნულია, რომ ამინაზინის მცირე დოზების საერთო შემაკავებელი მოქმედების დროს უპირობო სანერწყვე რეაქცია, პირიქით, მნიშვნელოვნად ძლიერდება და ვითარდება ერთგვარი დისოციაცია უპირობო და პირობითრეფლექსურ რეაქციათა შორის. აღნიშნულ ფაქტს ჩვენ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ ამინაზინის ფარმაკოდინამიკური იმპულსებისა და რეტიკულური სუბსტანციის როლის შესწავლის საქმეში. თანახმად ამ მონაცემებისა, ამინაზინის, როგორც ნეიროპლეგიური ნივთიერებას, დიდი დოზების მოქმედების საერთო პრინციპი ძალაში რჩება. რაც შეეხება ამინაზინის მცირე დოზების მოქმედებას, აქაც ყურადღებას იპყრობს მისი მასტიმულირებელი ზეგავლენა. ჩვენ ვხედავთ. რომ ამინაზინის მცირე დოზები კომბინირებულ ფონზე იწვევს ქერქ-ქერქ ქვეშა დინამიკის სტიმულირებას და ნერწყვის რეაქციის გაძლიერებას მხოლოდ უპირობო რეაქციის ფარგლებში.

შესაძლებელია დავუშვათ, რომ ამინაზინის მცირე დოზების ზეგავლენით მიღებული ბადისებური სუბსტანციის წინასწარი სტიმულაცია, და მასთან დაკავშირებით. აქედან წამოსული იმპულსაცია თა-

ვის მატონიზირებელ ზეგავლენას ახდენს მხოლოდ უპირობო რეაქციების დონეზე და არ აღწევს ქერქის პირობითრეფლექსური მოქმედების უფრო მაღალ სართულებს.

ცდების მეოთხე სერიის შედეგებს აქვთ გარკვეული მნიშვნელობა შიზოფრენიული დაავადების თეორიისა და პრაქტიკისათვის. ამ სერიაში ძაღლებში ხელოვნურად შემუშავებულია ფონი, როდესაც შიზოფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის ტოქსიკური მოქმედების შედეგად გარკვეულად შეკავდება უპირობო და პირობითრეფლექსური მოქმედება და ქერქ-ქერქვეშა უბნებში ვითარდება შეკავება. ამინაზინის შემდგომი მოქმედება იწვევს ძირითადად ქერქვეშა იმპულსაციის ბლოკირებას და შემდეგ კი შეკავების მდგომარეობის გაღრმავებას, რითაც იქმნება ხელსაყრელი პირობები ორგანიზმის დაცვითი შესაძლებლობების გამოვლინებისათვის.

თეორიულად და პრაქტიკულად საყურადღებოა ის დასკვნები, რომელიც მიღებულია ა. ი. სიხარულიძის ცდების მეხუთე სერიის შედეგების დინამიკური ანალიზის შედეგად. აღნიშნულ დაკვირვებებში ავტორი მიზნად ისახავს შეისწავლოს შიზოფრენიით დაავადებულთა პლაზმის მოქმედების თავისებურებანი ამინაზინურ ფონზე და ამათ დაახუსტოს აღნიშნული ნეიროპლეგიური ნივთიერების მნიშვნელობა.

ა. ი. სიხარულიძე აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიით დაავადებულის პლაზმა, იმ შემთხვევებში, როდესაც ცხოველებს წინასწარ დიდი დოზებით აქვს შეყვანილი ამინაზინი, აღრმავებს ნერწყვის და კუჭის სეკრეციის არსებულ შეკავებას. ამავე დროს, როგორც ჩანს, ამინაზინის დიდი დოზებიც არ კარგავს თავის აქტიურ როლს. ამის შედეგად ამ ექსპერიმენტებში ნერწყვისა და კუჭის სეკრეციის დათრგუნვა არ აღწევს სიღრმის იმ დონეს, რომელსაც ადგილი აქვს მხოლოდ პლაზმის მოქმედების დროს, ამინაზინის გარეშე. ამინაზინის აღნიშნული როლი განსაკუთრებით ნათლად ვლინდება, როდესაც ცხოველებს წინასწარ მიღებული აქვთ ამინაზინის მცირე დოზები. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფის პლაზმა უფრო ნაკლებად აკავებს ნერწყვისა და კუჭის სეკრეციას. ამავე დროს ქერქვეშა იმპულსაციის აღნიშნული როლი განსაკუთრებით ცხადი ხდება ნერწყვის უპირობო და პირობითრეფლექსური სეკრეციის ანალიზის დროს. აქ ყურადღებას იპყრობს, ორი არსებითი მომენტი: პირველი — პირობითრეფლექსური რეაქცია არ ჩამო-

დის ნულოვან დონემდე და მეორე — არსებობს ნერწყვის უპირობო სეკრეციის სწრაფი გამოსწორებისა და მომატების ტენდენცია.

ცდების მეოთხე და მეხუთე სერიის მონაცემები მიუთითებს, რომ არსებობს მეტად რთული დინამიკური ურთიერთდამოკიდებულებანი ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ამინაზინისა და ავადმყოფთა სისხლის პლაზმის მოქმედებათა შორის. გარდა ამისა, ამ ექსპერიმენტებში ცხადი ხდება ნეიროპლეგიურ ნივთიერებათა როლი და მნიშვნელობა ტოქსიკური მოქმედების მოხსნის (კერძოდ, შიზოფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის მოქმედების დროს) და აგრეთვე ამ მიმართულებით უარყოფითი გავლენისადმი წინააღმდეგობის პროცესებში.

სპეციალურ ანალიზს იმსახურებს ცდების მეექვსე სერიის შედეგები. ვინაიდან ისინი გვაძლევენ წარმოდგენას არა მარტო ფონზე შიზოფრენიით დაავადებულთა პლაზმის დინამიკური ზეგავლენის შესახებ წინასწარი კოფეინიზაციის დროს, არამედ ქერქქვეშა მანქანებზე იმპულსაციის როლის შესახებ.

ცდების მეექვსე სერიაში ვხედავთ, რომ კოფეინის ქერქქვეშა გამანქანებელი მოქმედების შედეგად შიზოფრენიით დაავადებულთა პლაზმას არ შეუძლია გამოიწვიოს მისთვის დამახასიათებელი შემკავებელი მოქმედება და ამიტომ, აღნიშნულ ექსპერიმენტებში, უპირობო და პირობითრეფლექსური სანერწყვე სეკრეციის შეკავება არ არის ღრმა.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ზემოაღნიშნული უპირობო და პირობითრეფლექსური სანერწყვე სეკრეცია თუმცა შეკავებულია, მაინც იმყოფება უფრო მაღალი მაჩვენებლების დონეზე, ვიდრე იმ შემთხვევაში, როდესაც წინასწარ შეყვანილია ამინაზინი.

ა. ი. სიხარულიძის მიერ მიღებული შედეგები კოფეინისა და ამინაზინის მოქმედების შესახებ კიდევ ერთხელ ადასტურებს მათ დინამიკურ როლს. თანახმად ფაქტობრივი მასალისა, კოფეინისა და ამინაზინის მიღების დროს საქმე გვაქვს მატონიზირებელი მოქმედების სხვადასხვა მექანიზმებთან. სახელდობრ კოფეინის დროს ადგილი აქვს საკუთრივ ქერქულ მატონიზირებელ ზემოქმედებას, მაშინ როდესაც ამინაზინის მატონიზირებელი ზეგავლენა ქერქულ აპარატზე გაპირობებულია ქერქქვეშა იმპულსაციის თავისებურებებით.

როგორც ზემომოყვანილი მასალა გვიჩვენებს, ამინაზინის ფარმაკოდინამიკური ეფექტი, უპირველეს ყოვლისა დაკავშირებულია მხედ-



ველობის ბორცვის არასპეციფიკური ბირთვოვანი წარმონაქმნების იმპულსების ბლოკირებასთან. ამავე დროს ამინაზინის დიდი დოზები თავის მოქმედებას ავრცელებს გარდამავალი ტვინის სხვა უბნებზეც (ჰიპოთალამურა უბანი) და აგრეთვე ორალურ, სტრიალურ (ნეოსტრიატუმი და პალეოსტრიატუმი) და კაუდალურ მეზენცეფალურ მიდამოებზეც. ფსიქიატრებმა კარგად იციან შემთხვევები პარკინსონიზმისა, გამოხატული ამიოსტაზური სინდრომით, რომელიც ვითარდება ამინაზინთერაპიის შედეგად. დოზების შემცირებას ან მკურნალობის შეწყვეტას ჩვეულებრივ მოყვება პარკინსონული მოვლენების გაქრობა.

ჩვენ ვხედავთ, რომ ამინაზინურ ნეიროლევსიას შეუძლია გამოიწვიოს უფრო ვრცელი ბლოკირება და ჩაახშოს მთელი უახლოესი ქერქქვეშა უბნებიდან მომავალი როგორც სპეციფიკური, ისე არასპეციფიკური იმპულსაცია. ამგვარ ვრცელ ნეიროლევსიას ცალკეულ ავტორები აღარებენ ქერქქვეშა იმპულსაციის (სპეციფიკური და არასპეციფიკურის) შეწყვეტას ლობოტომიის დროს. მაგრამ ჩვენ ვთვლით, რომ ამგვარი შედარება არსებითად მცდარია. ქირურგიულა (ლობოტომიური) ნეიროლევსია წარმოადგენს გამტარი გზების, ბოლო ქიმიური (ამინაზინური) კი — ბირთვოვან ნეიროლევსიას.

ცვლის რა ამა თუ იმ მიმართულებით არასპეციფიკურ თალამურ იმპულსაციას, ამინაზინი იწვევს დიდი ჰემისფეროების ქერქის საერთო ფუნქციური მდგომარეობის რეგულაციას. სწორედ აღნიშნული რეგულაციის შედეგია ფსიქონერვული გამოვლინებათა და პიროვნების ქცევითი რეაქციების მოწესრიგება. თვით რეტიაკულურ იმპულსაციას არ შეუძლია მიიღოს უშუალო მონაწილეობა უმაღლესი ნერვული მოქმედების პროცესების განხორციელებაში და მას რჩება მხოლოდ ქერქქვეშა დინამოგენეზის როლი. ეს როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქერქულ აპარატში სათანადო ტონუსის შენარჩუნებისათვის, კერძოდ ბავშვთა ფსიქიატრიის პრაქტიკაში, ამინაზინთერაპია აქვეითებს რა მოტორულ მოუსვენრობას და აწეულ აგზნებადობას, ქმნის ბავშვებში ხელსაყრელ პირობებს გეგმაზომიერი სამკურნალო-პედაგოგიური ზემოქმედებისათვის.

მიუხედავად რიგი დადებითი მომენტებისა, რომლებიც ნეიროპლეგურ ნივთიერებებს ანიჭებს გარკვეულ უპირატესობას მკურნალობის სპეციალურ მეთოდებთან შედარებით, წესაძლებელია გადაჭრით აღინიშნოს, რომ ამინაზინი, რა თქმა უნდა ვერ განდევნის სამკურნა-

ლო არსენალიდან ინსულინთერაპიას, რომელიც დღემდე რჩება შიზო-ფრენიის ერთადერთ დეზინტოქსიკაციური მკურნალობის მეთოდად.

ნეიროპლევგიური ნივთიერებებით მკურნალობის დროს საჭიროდ მიგვაჩნია შევაჩეროთ ყურადღება შემდეგ ორ მომენტზე: პირველი. „ნეიროპლევგის“ ანუ „ნეიროლფესიის“ მოვლენა წარმოადგენს ინსულინური შოკის და ღრმა ნარკოზული ძილის საწინააღმდეგო მდგომარეობას; და, მეორე, თერაპიული ეფექტი ნეიროლფესიურ ნივთიერებათა შედეგად ვითარდება უფრო სწრაფად, რადგან აქ საქმე გვაქვს სუფთა ნევროლოგიურ მექანიზმთან, ენდოკრინულ-ვეგეტატიურ-ცვლითი პროცესების მკვეთრი ცვლილებების გარეშე.

თუმცა ჩვენი დაკვირვებები ადასტურებს გავრცელებულ აზრს, რომ ნეიროპლევგიური ნივთიერებანი იწვევს ავადმყოფებში ინსულინისადმი რეზისტენტობის გაზრდას, ჩვენ მაინც ვაძლევთ უპირატესობას მკურნალობის კომბინირებულ მეთოდს (ინსულინი და ამინაზინი), როგორც დეზინტოქსიკაციურ დაზოგვით მოქმედებას.

თანახმად ჩვენს განკარგულებაში არსებული მასალისა, ინსულინისადმი რეზისტენტობის გაძლიერება შესაძლებელია მოგვეცეს ამინაზინის როგორც მცირე (ქერქქვეშა-ირიტაციული), ისე დიდმა (ქერქქვეშა-მაბლოკირებელი) დოზებმა.

სათანადო კლინიკური მასალის საფუძველზე ჩვენ, ს. ლ. იმერლი-შვილთან ერთად, პრაქტიკულად გამართლებულად მიგვაჩნია კომბინირებული თერაპიის დროს ამინაზინთერაპია ინსულინური შოკის გამომქლავნების მომენტიდან (ჩვეულებრივ დღის პირველი საათისათვის) მთავრდება ინსულინური შოკი; 3 საათზე ავადმყოფს ეძლევა ამინაზინი, ხოლო საღამოს 8—9 საათზე უკეთდება ამინაზინის ინექცია). ამ პერიოდისათვის ნეიროლფესია არ ახდენს გავლენას რეზისტენტობაზე და არ არღვევს უკვე გამომუშავებულ ვეგეტატიურ სტერეოტიპს.

ქერქქვეშა არასპეციფიკური იმპულსაცია ქერქული სასიგნალო სისტემების დინამიკური ღონეების მხრივ, თანახმად ფაზური მდგომარეობების კანონზომიერებისა, იწვევს არეკვლით რეაქციას. ამ მდგომარეობის გამო შიზოფრენიის დროს იქმნება განსაკუთრებული პირობები ჰიპერბოლური ან მიკროსენსორული, აქამდე უცნობი, საოცარი, სრულიად უცნაური შეგარბნებების წარმოქმნისათვის (ორგანოები და მათი ნაწილები გიგანტური ზომისა ან სრულიად გაქრენი; გიგანტური სიმძიმე ან აბსოლუტური უწონადობა). გასაგებია, რომ ამგვარი სი-

ტუაცია უსპობს ავადმყოფებს ნორმალურ, ზუსტ და ნატიფად დიფერენცირებულ აღქმის საშუალებას. აღნიშნული ავადმყოფური მდგომარეობა, კიდევ უფრო ღრმავდება ანალიზურ-სინთეზური მოქმედების დისკოორდინაციის გამო (ატაქსია ცნებითი-აზროვნული შესაძლებლობების უმაღლეს დონეზე). როგორც ვხედავთ, აქ აზროვნებისა და აღქმის პათოლოგიის მოვლენები წარმოდგენილია ერთსა და იმავე დროს. ისინი ურთიერთგანაპირობებენ და აღრმავებენ ერთმანეთს. სწორედ ქერქ-ქერქვეშა დინამიკური დონეების ატაქსიის (შიზოფრენიული ბუნების დაცვითი შეკავების დროს) და ატაქსიურ-ქერქულ ფონზე გამააქტივებელი არასპეციფიკური იმპულსაციის მოქმედების შედეგად იქმნება პათონეიროდინამიკური წინამძღვრები კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებებისათვის (დეპერსონალიზაციის და დერეალიზაციის სინდრომები, გაუკუღმართებული ფსიქოსენსორული სინთეზი, ატაქსიური ამენცია, პარალოგიური აზროვნება, ბოღვითი პროდუქციები, ატაქსიური ქცევები და მოქმედებები).

ვამთავრებთ რა ამინაზინურ ნეიროლექსიასთან დაკავშირებულ ცალკეულ საკითხთა განხილვას, საჭიროდ მიგვაჩნია აგრეთვე შევეხოთ ჩვენს (თანამშრომლებთან ერთად) კლინიკურ-ექსპერიმენტულ გამოკვლევებს ამინაზინის სხვადასხვა დოზების მოქმედების შესახებ შიზოფრენიის კლასიკური კატატონიური ფორმების შემთხვევებში, როდესაც გამოხატული შეკავებითი პროცესი მოიცავს ქერქ-ქერქვეშა წარმონაქმნებს.

მასალა გვიჩვენებს, რომ არასპეციფიკური სისტემის შეკავების გაძლიერება დადებით ინდუქციას ახდენს ვეგეტატიურ-ცვლით პროცესებზე.

აღნიშნული მოვლენა დადასტურებას პოულობს სისხლის ფორმულის და აგრეთვე ჰემოდინამიკისა და ქიმიური ცვლის ცვლილებებში ამინაზინის სხვადასხვა დოზების მოქმედებასთან დაკავშირებით.

ამასთან, ინდუქციურ ურთიერთდამოკიდებულებათა კანონზომიერებანი, რომელიც არსებობს ცენტრალური ნერვული სისტემის სპეციფიკურ უბნებში, ძალაში რჩება არასპეციფიკური უბნებისათვისაც.

კატატონიური სტუპორის დროს მცირე დოზები მკვეთრ ცვლილებებს არ იწვევს. საშუალო და დიდი დოზები კატატონიის დროს, იწვევს რა რეტრიკულური ფორმაციის უბნების ბლოკირებას, ახდენს

დადებით ინდუქციას ქერქქვეშა ვეგეტატივის მხრივ. ამასთან დაკავშირებით, შეღავნდება ტენდენცია ედრის რეაქციის და სისხლის შედედების აჩქარებისა, აღინიშნება ჰემოგლობინის მაჩვენებლების გაძლიერება გრამ-პროცენტებში. ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე ლიმფოპენია და მონოციტოზი ანიზოციტოზის მოვლენებით. ცვლილებები ძლიერდება ცილის ცვლის მხრივაც, სახელდობრ, თანახმად რ. ი. მუშბურდიძისა, დიდი დოზების დროს მნიშვნელოვან ცვლილებებს ადგილი აქვს ოთხი საათის შემდეგაც კი. ამავე დროს ალბუმინების რაოდენობა მცირდება, ხოლო გლობულინისა — იზრდება.

კლინიკურ-ექსპერიმენტულ დაკვირვებათა საფუძველზე გ. თ. ბეგიშვილი მიდის იმ დასკვნამდე, რომ შიზოფრენიის კატატონიურ ფორმების დროს ამინაზინის დიდი დოზები იწვევს ტემპერატურის დაქვეითებას. ადგილი აქვს ოფლდენის გაძლიერებას, სისხლის არტერიული წნევის მომატებას და მაჯისცემის აჩქარებას. ამავე შემთხვევებში ბუშტუკის სინჯი (გ. ქ. მურუსიძის დაკვირვებები) იძლევა შეწოვის დროის გახანგრძლივებას.

განსაკუთრებით საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ კატატონიური შეკავების ფონზე ამინაზინის საშუალო და დიდი დოზები არ ცვლიან გალვანური რეფლექსის (ი. რ. თარხნიშვილის რეფლექსი) საწყის მაჩვენებლებს. პირიქით, თანახმად ვ. ე. იაშვილისა, ამ დროს მცირე დოზები აღმოჩნდა უფრო ეფექტური, იწვევს რა რეფლექსის მაქსიმალურ შეკავებას.

შიზოფრენიის კატატონიურ ფორმებზე წარმოებულმა კლინიკურ-ექსპერიმენტულმა დაკვირვებებმა ნათლად დაგვანახა, რომ ნეიროპლეგიური ნივთიერებების დადებითი თერაპიული ზემოქმედების მექანიზმები ხორციელდება ორი მიმართულებით, სახელდობრ: ა) აოასპეციფიკური ქერქქვეშა იმპულსაციის ბლოკირებით იქმნება ოპტიმალური პირობები ქერქულ-დაცვითი შეკავების მიმდინარეობისათვის და ბ) რეტიკულურ ფორმაციაში დაცვითი შეკავების გაღრმავება დადებით ინდუქციას ახდენს ქერქქვეშა ვეგეტატიურ უბნებზე და ცვლით პროცესების საშუალებით ხელს უწყობს ასიმბილაციური პროცესების გამოსწორებას.

იმის გამო, რომ შიზოფრენიის კატატონიური ფორმების ცალკეულ შემთხვევებში, დაცვითი შეკავების ფონზე, ნეიროპლეგიურმა ნივთიერებამ შესაძლოა გამოამყლავნოს როგორც ირიტაციული, ისე

დაზოგვეთი მოქმედება. ამინაზინის დოზირება მოითხოვს მკაცრ ინდივიდუალურ მიდგომას.

სწავლებას რეტიკულური სუბსტანციის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის შესახებ დიდი მნიშვნელობა აქვს შიზოფრენიის თეორიისა და პრაქტიკისათვის. შემდგომი გამოკვლევების პერსპექტივები ამ მიმართულებით განსაკუთრებით მდიდარია.

### ჰორმონების კლინიკურ-ნეიროდინამიკური მნიშვნელობის შესახებ

ცენტრალური ნერვული სისტემა და, პირველ რიგში, თავის ტვინის ქერქქვეშა ვეგეტატიური უბნები არა მარტო აწესრიგებს ენდოკრინული სისტემის ფუნქციურ გამოვლინებებს (შინაგანი სეკრეციის ჩირკვალთა მუშაობა), არამედ ადამიანის და ცხოველის თავის ტვინის ქერქისა და ქერქქვეშა აპარატის მოქმედება ნორმაში თუ პათოლოგიაში მუდმივ იმყოფება ენდოკრინული რგოლის განუწყვეტელი დინამიკური გავლენის ქვეშ. ამ გზით იქმნება ერთიანი ნეიროჰუმორალური, დინამიკური ჯაჭვი, რომელიც განაპირობებს ორგანიზმის სომატოვეგეტატიურ გამოვლინებათა ნორმალურ მუშაობას. ხსენებული ნეიროჰუმორალური პირობები განაპირობებს აგრეთვე მოქმედებას, პირველ რიგში გარემოში სწორი ორიენტაციისა და ქცევის ურთულესი რეაქციების ნორმალურ მიმდინარეობას. მთლიანი ნეიროჰუმორალური სისტემის ფილოგენეზური განვითარების ისტორიაში სრულიად გასაგებია, რომ წამყვანი მნიშვნელობა ეკუთვნის თავის ტვინს (ნერვიზმის პრინციპი).

ი. პ. პავლოვის, მის მოწაფეებსა და მიმდევრებს ეკუთვნით ფუნდამენტალური გამოკვლევები ენდოკრინული სისტემის და უპირველეს ყოვლისა სექსუალური (სტეროიდული) ჰორმონების ფიზიოლოგიაში და ექსპერიმენტულ პათოლოგიაში.

ი. პ. პავლოვის სკოლის მიერ ექსპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ ცხოველის მძუნაობის, მაკობის ან ლაქტაციის პერიოდში ქერქული აპარატი მნიშვნელოვან ფუნქციურ ძვრებს განიცდის. იცვლება ბირითადი ნერვული პროცესების მიმდინარეობა და ხასიათი, პირობითი რეფლექსები სუსტდება და ხდება არამყარ; მთლიანად იცვლება უმაღლესი ნერვული მოქმედება.

მ. კ. პეტროვას და აგრეთვე სხვათა გამოკვლევებში ნათლად ჩანს, რომ ცხოველის კასტრაცია იძლევა თვალსაჩინო ძვრებს. უმაღლეს ნერვულ მოქმედებაში კასტრირებულ ძალღთა უმაღლესი ნერვული მოქმედება ხასიათდება გარკვეული სიმყიფით, ადვილი მსხვრევადობით და ლაბილობით, რითაც იქმნება გარკვეული ფონი უმაღლესი ნერვული მოქმედების ჩავარდნებისათვის და ამ გზით ადვილად ვითარდება პათოლოგიური მდგომარეობანი (ნევროზები).

კასტრაციის შედეგად ზიანდება ორივე ძირითადი ნერვული პროცესი (აგზნების და შეკავების) ისე, რომ, როგორც ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკი აღნიშნავს, პირველ რიგში უპირატესად ზიანდება შინაგანი შეკავების, ვიდრე აგზნების პროცესი.

აღმოჩნდა, რომ ბებერ ძაღლებს (როდესაც სექსუალური ჭირკვლების თავის ტვინზე გავლენა პროგრესულად ქვეითდება) უმაღლესი ნერვული მოქმედება ხარისხობრივად ეცვლებათ და ამ მხრივ ისინი ემსგავსებიან კასტრირებულ ცხოველებს.

როგორც ჩანს, ნეიროდინამიკურად სიბერე და კასტრაცია ახლოს დგას ერთმანეთთან. ამ დებულებას მჭიდრო კავშირი აქვს კლიმაქსის, ინვოლუციის პრესენიუმის და სენიუმის ბიოლოგიურ პრობლემებთან. რომელთაც თანამედროვე გერონტოლოგიის ძიებებში წამყვანი ადგილი უკავიათ.

ი. პ. პავლოვი წერს, რომ, ვინაიდან ცხოველს გააჩნია სქესობრივი ჭირკვლები, მათ აღენიშნებათ სქესობრივი აგზნებაც; მაშასადამე ზედმეტი იმპულსები მიდის ტვინში და იძლევა ტონუსის მომატებას.

მ. ფ. ვასილევის ექსპერიმენტული გამოკვლევების თანახმად, ჰიპოთალამუსის წინა ნაწილი ქერქის მუშაობას აძლევს ტონუსს და აწესრიგებს მის მუშაობას, ხოლო უკანა ნაწილი პირიქით ახდენს შემაკავებელ ზეგავლენას.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ სექსუალური ჰორმონების როლის და მნიშვნელობის ნამდვილი ობიექტური მეცნიერული, ფიზიოლოგიური შესწავლა შესაძლებელი შეიქმნა მას შემდეგ, რაც ჩამოყალიბდა სწავლება უმაღლესი ნერვული მოქმედების შესახებ; როდესაც სექსუალურ ჰორმონთა შესწავლისას გამოყენებულ იქნა მეტად ზუსტი და მგრძობიარე ტესტი, რასაც პირობითი რეფლექსები ეწოდება, იქნება ის ხელოვნური თუ ნატურალური (ბუნებრივი).

სტეროიდული ჰორმონების ნეიროდინამიკული მნიშვნელობის

ექსპერიმენტული შესწავლა შედარებითი ფიზიოლოგიის ასპექტში გვიჩვენებს, რომ კასტრაციის შედეგად უმაღლესი ნერვული მოქმედების აშლილობა მით უფრო მძლავრად არის გამოხატული, რაც უფრო შალა დგას ცხოველი ფილოგენეზური განვითარების კიბეზე.

საკვიროდ არ მიგვაჩნია შევჩერდეთ ზიგმუნდ ფრეიდის შეხედულებებზე და თეორიულ მოსაზრებებზე სქესის როლის და სექსუალური ინსტინქტების შესახებ, ისევე, როგორც სექსუალური გენეზისის ფსიქოტრავმების კლინიკური ინტერესის შესახებ, ვინაიდან ფრეიდის ფსიქოანალიზური მოძღვრების შესწავლას მიძღვნილი აქვს ფსიქიატრების, ნევროპათოლოგების, ფსიქოლოგების, ნეიროფიზიოლოგების, ფილოსოფოსების, ლინგვისტების და სოციოლოგების საკმაოდ მრავალრიცხოვანი გამოკვლევები.

აქ საკვიროდ მიგვაჩნია გავიხსენოთ, რომ ზუსტად 40 წლის წინაა: ზიგმუნდ ფრეიდი, ფსიქოანალიზის წარმატებათა შეჯამებისას გამოაქვამდა კმაყოფილებას თავისი სწავლების ფსიქოლოგიური მხარის მიღწევების მხრივ და ძლიერ წუხდა, რომ განსაკუთრებით სუსტი და სადისკუსიო აღმოჩნდა ფსიქოანალიზის ის ნაწილი, რომელიც ბიოლოგიას ესაზღვრება.

ვფიქრობთ, რომ ჩვენს ეპოქაში ბიოლოგია და პირველ რიგში ნეიროფიზიოლოგია, ექსპერიმენტული ფარმაკოლოგია და ფსიქოანალიზი განვითარების იმ ეტაპზე დგას, როცა შესაძლებელი ხდება ობიექტურ-მეცნიერული გზით გადაიკრას სექსუალური ქორმონების (უფრო ფართოდ ენდოკრინული სისტემის) თეორიის და პრაქტიკის პრობლემები.

ი. ნ. ფილიმონოვის თანახმად, რეტიკულური ფორმაციის მოქმედება თავის ტვინის ქერქზე მარტო აფერენტული აგზნებით არ უნდა იფარგლებოდეს. როგორც სიცოცხლისათვის აუცილებელი ფუნქციების უმნიშვნელოვანესი საკოორდინაციო ცენტრი-რეტიკულური ფორმაცია არ შეიძლება არ მოქმედებდეს აგრეთვე თავის ტვინის სისხლით მომარაგების რეგულაციაზე.

რეტიკულურ ფორმაციას მკიდრო კავშირი აქვს ჰიპოთალამურ უბნებთან. თავის მხრივ, ჰიპოთალამური მიდამო წარმოადგენს რა ვისცერალური ფირფიტის დერევატს, იგი აუცილებლად უნდა მიეკუთვნოს რეტიკულურ ფორმაციას. უკანასკნელი გარემოება მართლაც იმაზე, რომ რეტიკულურ ფორმაციას შეუძლია თავისი მოქმედება

გაავრცელოს თავის ტვინის ქერქზე ენდოკრინული სისტემის გზით.

მორუცის ლაბორატორიის მონაცემებით (როგორც ამის შესახებ ყურადღებას ამახვილებს ს. პ. ნარიკაშვილი) ბადისებრი წარმოქმნა, ნეირონთა უმრავლესობა იმყოფება რა სპონტანური გალიზიანების წდგომარეობაში, სრულიად არ რეაგირებს გალიზიანებაზე, რომელიც მომდინარეობს პერიფერიიდან, დიდი ჰემისფეროების ქერქიდან და ნათხემიდან.

ჩვენ ვხედავთ, რომ რეტყულური ფორმაცია ღიზიანდება არა იმდენად ეგზოგენური ფაქტორებისაგან. ენდოგენური ფაქტორების ქვეშ, რომელნიც განაპირობებენ ე. წ. სპონტანურობას, იგულისხმება ნივთიერებათა ცვლის ვეგეტატიური და ჰორმონიული ბუნების გამღიზიანებლები.

სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური პრეპარატებით (ნემბუტალი, მორფინი, ქლორპრომაზინი თუ რეზერპინი) გამოწვეული ოვულაციის შეწყვეტა შეიძლება მიეწეროს იმ გარემოებას, რომ ამ დროს ხდება ჰიპოთალამუსის და რეტყულური ფორმაციის აგზნებადობის აშლა.

მეგუნი ვარაუდობს, რომ რეტყულური სისტემის აღმავალი აქტივაციის გავლენა ტვინის დეროს ქვედა ნაწილებზე არის მიზნობრივი ჰიპოთალამური ნეიროენდოკრინული მექანიზმების ტონუსის შეღუპულობისა. უკანასკნელი გარემოება ხელს უწყობს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას. რათა მუდმივად შეინარჩუნოს მღვიძარი მდგომარეობა.

მეგუნის აღნიშნული დებულება შეიძლება დინამიკურად კვალიფიცირებულ იქნას. როგორც უკავშირო, ანუ ქერქიდან ქერქქვეშა წარმონაქმნებისაკენ უკუმიმართულა.

სტეროიდული ჰორმონების როლი არ უნდა ამოიწურებოდეს მხოლოდ დინამიკური ზემოქმედებით ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ადამიანისა და ცხოველის უმადლეს ნერვულ მოქმედებაზე და პიროვნების ტონუსის დაძაბულობის დონესა და საფეხურზე. ენდოკრინულ რგოლს და პირველ რიგში, სტეროიდულ ჰორმონებს შეუძლია გარკვეული ეტიო-პათოგენეზური მნიშვნელობა იქონიოს ისეთი რთული ბუნების ფსიქიკურ დაავადებათა შემთხვევაში, როგორცაა შინაფრენია და ინვოლუციური ფსიქოზები.

სტეროიდული ჰორმონების შესწავლას მეტად დიდი მნიშვნელო-



ბა ენიჭება თანამედროვე გერონტოლოგიისა და გერიატორიის თეორიული და პრაქტიკული პრობლემების გადაჭრაში.

საკიროდ ვთვლით გავიხსენოთ, რომ შიზოფრენიის დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულად გამოყოფისას წარმოიშვა აზრი, რომ აღნიშნული დაავადება აუტონტოქსიკაციური ბუნებისა უნდა ყოფილიყო; კერძოდ, ფიქრობდნენ, რომ მის წარმოშობაში ძირითადი როლი სექსუალური ჭირკვლების დისფუნქციას უნდა ჰქონოდა.

უკანასკნელი სამი ათეული წლის მანძილზე განსაკუთრებით გაიზარდა ფსიქონევროლოგთა შემოქმედებითი ინტერესი ენდოკრინოლოგიის თეორიული და პრაქტიკული საკითხებისადმი. გამოქვეყნებულია დიდი რაოდენობით კლინიკური, კლინიკურ-ექსპერიმენტული, ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიული და ფარმაცოლოგიური გამოკვლევები. ამის მაგალითია ცნობილი ფსიქიატრის მანფრედ ბლეილერის (გამოჩენილი ფსიქონევროლოგის ეუგენი ბლეილერის შვილი) ვრცელი სახელმძღვანელო „ენდოკრინოლოგიური ფსიქიატრია“, რომელშიც მოყვანილია მსოფლიო ლიტერატურის მასალები და განზოგადოებულია ამ მიმართულებით არსებული თანამედროვე მეცნიერული ნოსაპოვარი.

აღნიშნული სახელმძღვანელოს ფაქტობრივი მასალა და ზოგიერთი დებულება აუცილებლად იმსახურებს ყურადღებას და არ არის სოკლებული აკადემიურ ინტერესს, ამიტომ შეეჩერდებით ზოგიერთ მიმენტებზე მოკლე ანოტაციის სახით.

ენდოკრინოლოგიური ფსიქიატრია წარმოადგენს მეცნიერებას, რომელიც სწავლობს ფსიქიკურ ცვლილებებს ენდოკრინული დაავადებების დროს; იგი სწავლობს ფსიქიკის დამოკიდებულებას ენდოკრინულ ფაქტორებთან, ფსიქიკური დაავადების ენდოკრინული პრეპარატებით მკურნალობის შუქზე. მეცნიერების განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ამ დისციპლინების ურთიერთდამოკიდებულება ექვს არ ბაძება. ზოგ ენდოკრინულ დაავადებას ნივთიერებათა ცვლის მძიმე მოშლით თანსდევს ფსიქოზები, რომელნიც თავისი კლინიკური გამოვლინებით არაფრით არ განსხვავდებიან სხვა ეტიოლოგიის ფსიქოზებისაგან, რომელთაც საფუძვლად უდევთ სხვა ბუნების ნივთიერებათა ცვლის კრიზები ან თავის ტვინის დაავადებანი, მაგალითად, დელირიოზული და ბადისებრი მდგომარეობანი (განვითარებული ეპითელური სხეულაჯების ოპერაციული მოცილების შედეგად). ბაზედოვური

ფსიქოზები მოგვაგონებს იმ დაავადებებს, რომლებიც ვითარდება ურემიის, ტიფების ან სხვა ინტოქსიკაციების შემთხვევებში. ყველგან აქ საქმე გვაქვს თავის ტვინის მწვავე დაზიანებასთან, ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიის საერთო კლინიკურ გამოსახულებასთან. ხანგრძლივად მიჰდინარე ენდოკრინული მოშლილობა ხშირად განაპირობებს პიროვნების შეცვლას, რაც შეიძლება გამოვლინდეს აწეულ ემოციურობაში და მოტორულ აგზნებადობაში, რომელიც ჯერ კიდევ არ აღწევს ფსიქოზამდე. ამ მხრივ ტიპიურია ჩვეულებრივ მშვიდი და კეთილად განწყობილი კრეტინის უეცარი, მოულოდნელი აგზნებანი და მათი განსაკუთრებული აქტიურობა კორტიზონით ხანგრძლივი მკურნალობის პირობებში, ან აკრომეგალიის დროს მოუსვენრობის შეტევები, რომელსაც თან სდევს ე. წ. „მგლის მაღა“. ნივთიერებათა ცვლის იმპიე აშლის და თავის ტვინის ატროფიის გარეშე განვითარებული ფსიქიკური ანომალიები, რომელსაც ვხვდებით ენდოკრინულ დაავადებათა დროს, თავსდება გარკვეულ სიმპტომატოლოგიურ ფარგლებში, რომელსაც ენდოკრინულ ფსიქოსინდრომს უწოდებენ. თუ კი სხვადასხვა ენდოკრინულ დაავადებათა დროს ფსიქიკური აშლილობის კლინიკური გამოვლინება მსგავსია, მაშინ, ერთსა და იმავე დაავადებას შეუძლია გამოიწვიოს ფსიქიკის სხვადასხვაგვარი აშლილობა, ავადმყოფის ინდივიდუალურა თავისებურების მიხედვით. ამგვარ დაავადებებს არ გააჩნია დამახასიათებელი სპეციფიკური ანუ პათოგნომური სიმპტომები. ფსიქიკის აშლილობა ენდოკრინული დაავადებების დროს ემსგავსება აგრეთვე ფსიქოზურ გამოვლინებებს, რომლებიც ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული ლოკალური დაზიანების შედეგია. ენდოკრინული ფსიქოსინდრომი გვხვდება თავის ტვინის ქრონიკული ანთებით დაზიანების დროსაც. ამასთან, ცნობილია, რომ ზოგიერთ ენდოკრინულ დაავადებას შეუძლია ტვინში გამოიწვიოს დეგენერაციული პროცესები, რაც შეიძლება იყოს ენდოკრინულ და ფსიქიკურ აშლათა სიმპტომატიკის დამთხვევის კიდევ ერთ-ერთი მიზეზი.

ენდოკრინულ და ნერვულ სისტემაში განვითარებულ მეორად დეგენერაციულ ცვლილებათა ერთტიპიურობის პათანატომიური დადასტურება უზრუნველყოფდა ტვინის და ენდოკრინული ფსიქოსინდრომის იდენტურობის ჯერჯერობით გადაუჭრელ პრობლემას. ამ შემთხვევაში აღნიშნული საკითხი დამტკიცდება არა მარტო ფუნ-

ქციური უზრუნველყოფით, არამედ აგრეთვე მორფოლოგიური მონაცემებით. ცხოველებზე ჩატარებული გამოკვლევებით ეს საკითხი დადასტურებულია (შრომები, სადაც აღწერილია ჰორმონთა სეკრეციასა და ნერვული ცენტრების მოქმედებათა განუწყვეტელი ფუნქციური კავშირი). ცდებით (რადიოაქტიური იოდის გამოყენებით) დადასტურებულია ფარისებრი ჯირკვლის სეკრეციის უშუალო დამოკიდებულება თავის ტვინში ჰორმონთა ლოკალიზაციასა და კონცენტრაციას; პიგმენტური ჰორმონი გროვდება თავის ტვინის სხვადასხვა უბნებში. კვლევის ისეთმა თანამედროვე მეთოდების წარმატებამ, როგორცაა ელექტროენცეფალოგრაფია, ემბრიოლოგიის მონაცემები და სხვა დისციპლინები საბოლოოდ უნდა დაამტკიცოს ის დებულება, რომ ენდოკრინოლოგიური ფსიქიატრიის სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია არა ნოზოლოგიურ თავისებურებაზე, არამედ ავადმყოფის ინდივიდუალურ თავისებებზე. ერთი და იმავე ჰორმონის შეყვანაზე სხვადასხვა ორგანიზმი სხვადასხვაგვარად რეაგირებს. ენდოკრინული ჰორმონის მოქმედება დამოკიდებულია ორგანიზმის განვითარებაზე და კონკრეტულ მდგომარეობაზე. ანდროგენური ჰორმონი მცირე ასაკის ბავშვებში და ინფანტილიზმის პირობებში არ იწვევს ფსიქიკურ რეაქციას, იმ დროს, როდესაც მოზრდილებში მისი მოქმედება თვალსაჩინოა. კასტრაცია მეტად მოქმედებს იმ პირებზე, ვისაც სქესობრივი კონტაქტის გამოცდილება აქვს. მრავალი ენდოკრინული აშლილობა ახალგაზრდა ასაკში განაპირობებს ინფანტილიზმს, მაშინ როდესაც მომწიფებულ ასაკში იგი გამოიწვევს მხოლოდ ადრეულ მოხუცებას. ამგვარად, პიროვნებაზე ენდოკრინული ზემოქმედება ფაზოსპეციფიკურობით ხასიათდება. უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება პიროვნების ფსიქიკური განვითარების ინდივიდუალობას. იგი ერთი მხრივ დამოკიდებულია განვლილი პერიოდის განვითარებაზე (ცხოვრების გამოცდილება) და მეორე მხრივ დაავადების მიმართ პიროვნულ რეაქციაზე. ენდოკრინულ აშლილობას (აკრომეგალიას, ინფანტილიზმს) ერთი ავადმყოფი მძიმედ განიცდის, მეორე კი, უფრო მოქნილი ნერვული სისტემის მქონე, არ ვარდება სასოწარკვეთიელბაში და რჩება ფსიქიკურად ჯანმრთელი.

მანფრედ ბლეილერის სახელმძღვანელოს მიმართ ჩვენი თეორიული და კლინიკური პოზიციების დამოკიდებულების გამოსახატავად განზრახული გვაქვს გავაკეთოთ სამი ძირითადი შენიშვნა:

1. ისე, როგორც არ არსებობს ფიზიოლოგიური, მორფოლოგიური, ბიოქიმიური, ელექტროფიზიოლოგიური ან სეროლოგიური ფსიქიატრია, ისე, როგორც არ არსებობს სუფთა ფსიქოლოგიური ან სუფთა ნევროლოგიური ფსიქიატრია, არ არსებობს და არც შეიძლება ვილაპარაკოთ ენდოკრინული ფსიქიატრიის შესახებ. კვლევის სხვა მრავალ მეთოდებთან ერთად, არსებობს ენდოკრინოლოგიური მემარტება. როგორც კლინიკური ფსიქიატრიის თეორიული და პრაქტიკული ძიებნის შემოქმედებითი გზა. ენდოკრინოლოგიურ მონაცემებს შეუძლიათ დანიკავონ მხოლოდ და მხოლოდ გარკვეული ადგილი დიფერენციულ დიაგნოსტიკის, საერთო კლინიკური საკითხების გადაჭრის დროს ისევე, როგორც მკურნალობითი ტაქტიკის საკითხების ზოგადი შეფასებისას.

2. ფსიქიატრიაში კლინიკურ-ლაბორატორიულ შესაძლებლობათა განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ყოველი კონკრეტული შემთხვევის ანალიზი მოითხოვს კლინიციისტის განკარგულებაში არსებული მონაცემების საერთო შეფასებას, ყოველი კლინიკური დეტალის დაკვირვებულ დაპირისპირებას და ზუსტ შეფასებას. ამიტომ ენდოკრინოლოგიური ფსიქიატრიის ცნება არ შეიძლება ჩაითვალოს გამართლებულად არც კლინიკურ და არც თეორიულ მოსაზრებათა მხრივ.

3. მანფრედ ბლეილერის სახელმძღვანელოში სრულიად ვერ პოოვა ასახვა უაზლესმა კლინიკურმა, ექსპერიმენტულმა და პირველ რიგში ნეიროფიზიოლოგიის მონაცემებმა სტეროიდული ჰორმონების ნეიროლინამიკური როლის შესახებ.

ენდოკრინოლოგიური გამოკვლევების ეტაპზე არ შეიძლება მხედველობაში არ მივიღოთ ენდოკრინულ-რეტიკულური და რეტიკულური-ენდოკრინოლოგიური რგოლის მნიშვნელობა. აყენებს რა დებულებას ფსიქონერვულ ავადმყოფთა სპეციფიკური, ენდოკრინული მკურნალობის არსებობის შესახებ, მ. ბლეილერი გამოდის ჰორმონების ბიოლოგიური როლის სპეკულაციური შეფასების წინააღმდეგ.

როგორც ავტორი მიუთითებს, შტეინახის დროიდან ესტროგენებს განიხილავენ როგორც ამგზნებ საშუალებებს ქალთა სექსუალობისა, ხოლო ანდროგენებს — მამაკაცთა სექსუალობისა.

მაგრამ როგორც ამჟამად დადგენილია, ანდროგენები მოქმედებენ აგრეთვე ქალთა სექსუალობაზე და ბევრ შემთხვევაში უფრო ძლიერადაც, ვიდრე ესტროგენები.

რაც შეეხება ესტროგენებს, ისინი გარკვეულ დოზებში აკნინებენ როგორც ქალთა, ისე მამაკაცთა სექსუალურ მხარეს.

მ. ბლეილერის თანახმად, შიზოფრენიით დაავადებული ქალები სექსუალობის მხრივ აღმოჩნდნენ უფრო აგრესიულები, აქტიური და შეუყვებელი, ვიდრე შიზოფრენიით დაავადებული მამაკაცები. მამაკაცი ტენდენციები შიზოფრენიის დროს ქალებში გვხვდება უფრო ხშირად, ვიდრე ჩვეულებრივ პირობებში.

დიდი დოზებით მამაკაცთა სასქესო ჰორმონები ალაგზნებენ ქალებს, იმ დროს როდესაც ქალთა ჰორმონები მამაკაცებში იწვევს სექსუალობის დაქვეითებას.

ანდროგენების წარმოქმნა შიზოფრენიით დაავადებულებში არ იცვლება და არცაა გამოხატული ისე ძლიერად, რომ მოსალოდნელი ყოფილიყო მასექსუალიზებული გავლენა მოხდინა ქალებზე. უსაფუძვლოა ვარაუდი, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ ქალებში წარმოიშობა დიდი რაოდენობით ანდროგენები, კაცებში კი ესტროგენები.

ვფიქრობთ, რომ ენდოკრინოლოგიური გამოკვლევების მთავარი ხარვეზი არის საბოლოოდ ორი არასწორი თვალთახედვის შედეგი:

უპირველესად, ავტორები ამოცანად ისახავენ გადაწყვიტონ ეტიოგენეზური როლი ენდოკრინული რგოლის პათოლოგიისა ფსიქოზთა განვითარებაში (მაგალითად, შიზოფრენიის); და მეორეც, არსებობს ტენდენციები აბსოლუტური რაოდენობრივი სიდიდეების პოვნისა შინდასეკრეციის ჰირკვლების ფუნქციის დარღვევის დროს (შემცირების ან გადიდების მხრივ). ორივე ეს ამოცანა შემოქმედებითად უპერსპექტივია. როგორც ქვემოთ დავინახავთ, მეცნიერული ძიება აქ სხვა მხრივ უნდა იყოს მიმართული. უწინარეს ყოვლისა, ჰორმონების დინამიკური როლის გამორკვევის ხაზით (მაგალითად, სასქესო) ფსიქიკური აწილობების ეტიოპათოგენეზში (მაგრამ არა ეტიოგენეზში). ამასთან, საჭირო იქნება მათი დინამოგენური როლის დაზუსტება.

სტეროიდული ჰორმონების თეორიის და პრაქტიკის ძირითადი საკითხები მ. მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტის შემოქმედებითი ყურადღების ცენტრშია. ამ მიმართულებით ექსპერიმენტულ გამოკვლევები წარმოებს ინსტიტუტის პათფიზიოლოგიურ ლაბორატორიაში ა. ი. სიხარულიძის ხელმძღვანელობით, ავადმყოფების კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები კი ხორციელდება ენდოკრინოლოგიური ლაბორატორიის მიერ ნ. გ. ჩხეიძის ხელმძღვანელობით.

სტეროიდული ჰორმონებისა და მათი ნეიროდინამიკური თავისებურების ფარმაკოდინამიკური საკითხების შემდეგი დაზუსტება წარმოადგენს ერთ-ერთ არსებითად აუცილებელ მომენტს, რომელიც ხელს უწყობს ფსიქონევროლოგიის წარმატებას. ა. ი. სიხარულიძის დაკვირვებები მიძღვნილია შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის ძალის პირობით და უპირობო რეფლექსურ მოქმედებაზე გავლენის შესასწავლად კუჭის სეკრეციულ მოქმედებაზე, პირობით და უპირობო ნერწყვის სეკრეციაზე ტესტოსტერონის და ესტრონის ფონზე, და აგრეთვე პარანოიდული ფორმით დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმის გავლენის შესასწავლად. პირობით და უპირობო ნერწყვის სეკრეციაზე ტესტოსტერონის ფონზე.

ა. ი. სიხარულიძის თანახმად, გამოყოფილი ნერწყვის საერთო რაოდენობა ჩვეულებრივ პირობებში (ფონი) უპირობო გამლიზიანებლების დროს შეადგენს 7,6 მლ, ხოლო პირობით გამლიზიანებლების დროს 3,3 მლ-ს (ხოლო დონორის პლაზმის შეყვანისას საერთო რაოდენობა უპირობო გამლიზიანებლების დროს შეადგენს 9,1 მლ, და პირობითის დროს 3,3 მლ-ს). კატატონიური შიზოფრენიით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის შეყვანისას კი, გამოყოფილი ნერწყვის საერთო რაოდენობა უპირობო გამლიზიანებლის შედეგად შეადგენს 2.6 მლ-ს, ხოლო პირობით გამლიზიანებლების დროს 0,3 მლ-ს.

როგორც ჩანს, კატატონიური ფორმის შიზოფრენიის დროს სისხლის პლაზმა შესამჩნევად აკნინებს ძალში როგორც უპირობო რეფლექსურ მოქმედებას (თითქმის სამჯერ), ისე პირობითრეფლექსურ მოქმედებას — ათჯერ (7,6:2, 6; 3,3:0,3). ამ მხრივ ყურადღებას იქცევს პირობითრეფლექსური რეაქციების განსაკუთრებული სიმყიფე (სამჯერ უფრო მგრძნობიარეა — 10:3).

სანამ შევეხებით შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის მოქმედების თავისებურებებს სტეროიდული ჰორმონების ფონზე, საინტერესოდ ვთვლით მოვიყვანოთ ა. ი. სიხარულიძის უახლესი ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგები — ამინაზინის შედარებითი ფარმაკოდინამიკისა და სტეროიდული ჰორმონების შესახებ. ავტორის მიხედვით ნეიროლეფსიური ნივთიერების მცირე დოზები (ამინაზინი) აძლიერებს კუჭის და ნერწყვის სეკრეციას, ხოლო დიდი დოზები აკავენს მას. მითითებული თავისებურება მკვეთრად მქდავნილება პირობითრეფლექსურ რეაქციებ-

ზე, ე. ი. ქერქული სასიგნალო სისტემების უმაღლეს დინამიკურ დონეზე.

სტეროიდული ჰორმონების მცირე დოზები (ტესტოსტერონი- 2 მგ/კგ და ესტრონი 5 მგ/კგ) ასევე აღიერებენ კუჭისა და ნერწყვის სეკრეციას, ხოლო მათი დიდი დოზები (ტესტოსტერონი 10 მგ/კგ და ესტრონი 2 მგ/კგ) აკავებენ კუჭისა და ნერწყვის სეკრეციას. ამასთან, სტეროიდული ჰორმონების მოქმედება მკვეთრად შელავნდება პირობითრეფლექსურ რეაქციებზე როგორც მცირე, ისე დიდი დოზების დროს. უკანასკნელი გარემოება მიუთითებს ქერქული სასიგნალო სისტემების უმაღლესი დონის განსაკუთრებულ ნეიროდინამიკურ მგრძობელობაზე სტეროიდული ჰორმონების მიმართ.

აღრენალინი (აშინაზინის ანტაგონისტი), რომელიც დიდი რაოდენობით იმყოფება რეტიკულურ ფორმაციაში და მოქმედებს ქერქზე რეტიკულური ფორმაციის საშუალებით, ერთნაირად ხსნის ამინაზინის და სტეროიდული ჰორმონების ეფექტს.

აღნიშნული გარემოება ავტორს ნებას აძლევს ივარაუდოს, რომ ნეიროლექსიური ნივთიერების მაგვირად სტეროიდული ჰორმონები ახდენენ ნეიროდინამიკულ გავლენას ქერქულ აპარატზე. პირველ რიგში, რეტიკულური, ე. ი. არასპეციფიკური ქერქქვეშა ფორმაციის საშუალებით.

რაც შეეხება შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმის გავლენას პირობით და უპირობო ნერწყვის სეკრეციაზე ტესტოსტერონის და ესტრონის ფონზე, ფაქტური მონაცემები მიუთითებენ გარკვეულ კანონზომიერების არსებობაზე.

ა. ი. სიხარულიძე ხაზს უსვამს, რომ თუ გამოყოფილი ნერწყვის საერთო რაოდენობა ჩვეულებრივ პირობებში (ფონი უპირობო გამლიზიანებლების დროს შეადგენს 6,9 მლ, ხოლო პირობით გამლიზიანებლების დროს 3,1 მლ, ხოლო ავადმყოფის სისხლის პლაზმის შეყვანისას გამოყოფილი ნერწყვის საერთო რაოდენობა უპირობო გამლიზიანებლების შედეგად შეადგენს 4,1 მლ, ხოლო პირობითი გამლიზიანებლების დროს 0,7 მლ, ტესტოსტერონის დიდი დოზების მოქმედების ფონზე კი (10 მგ/კგ, კატატონიკის პლაზმის შეყვანისას) ძაღლებში გამოყოფილი ნერწყვის საერთო რაოდენობა უპირობო გამლიზიანებლების დროს შეადგენს 1,2 მლ-ს, პირობითი გამლიზიანებლე-

ბის დროს 0,0 მლ. მსგავს შედეგებს ვლბებულობთ აგრეთვე ძაღლებში ესტრონის დიდი დოზების შეყვანისას. როგორც ვხედავთ, სტეროიდული ჰორმონების დიდი დოზების მოქმედების ფონზე შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულის სისხლის პლაზმის შემაკავებელი (ტოქსიკური) მოქმედება მკლავნდება უფრო ძლიერად.

შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმა ახდენს გავლენას კუჭის სეკრეციულ მოქმედებაზე ტესტოსტერონისა და ესტრონის ფონზე.

ა. ი. სიხარულიძის თანახმად, გამოყოფილი კუჭის წვენის საერთო რაოდენობა ჩვეულებრივ პირობებში (ფონი) შეადგენს 14 მლ, სეკრეციის ფარული პერიოდი 7 წუთს და წვენის მომწელებელი ძალა 6 მმ-ს. ავადმყოფის სისხლის პლაზმის შეყვანისას კი გამოყოფილი კუჭის წვენის საერთო რაოდენობა შეადგენს 7,6 მლ, სეკრეციის ფარული პერიოდი 12 წუთს და წვენის მომწელებელი ძალა 2 მმ. ტესტოსტერონის დიდი დოზების ფონზე (10 მგ/კგ) ავადმყოფის პლაზმის შეყვანისას გამოყოფილი კუჭის წვენის საერთო რაოდენობა შეადგენს 4,1 მლ, სეკრეციის ფარული პერიოდი 20 წუთს და წვენის მომწელებელი ძალა არ იცვლება (2 მმ).

ასეთივე შედეგები მიიღება ძაღლებში ესტრონის დიდი დოზების შეყვანის დროს (20 მგ/კგ).

როგორც ვხედავთ, ავადმყოფის სისხლის პლაზმა სტეროიდული ჰორმონების დიდი დოზების მოქმედების ფონზე უფრო ძლიერად აკავებს კუჭის სეკრეციას, ვიდრე ჩვეულებრივ პირობებში.

სპეციალური ყურადღების ღირსია შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმით დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმის გავლენის საკითხი უპირობო ნერწყვის სეკრეციზე ტესტოსტერონის მოქმედების ფონზე, ვინაიდან ასეთ კომბინაციაში, ა. ი. სიხარულიძის მონაცემების თანახმად, მკლავნდება ფარული ტოქსიკურობა და შედეგებიც ემსგავსება კატატონიურ ფორმას.

ჩვეულებრივ პირობებში გამოყოფილი ნერწყვის საერთო რაოდენობა (ფონი) უპირობო გამლიზიანებლების დროს შეადგენს 6,5 მლ, ხოლო პირობით გამლიზიანებლების დროს 3,1 მლ. შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმის სისხლის პლაზმის შეყვანისას ნერწყვის საერთო რაოდენობა უპირობო გამლიზიანებლების დროს შეადგენს



რ, 3 მლ, ხოლო პირობით გამაღიზიანებლების დროს — 2,7 მლ. ძალ-  
ლებში შიზოფრენის პარანოიდული ფორმის პლაზმის შეყვანისას  
ტესტოსტერონის დიდი დოზების მოქმედების ფონზე (10 მგ/კგ) გა-  
მოყოფილი ნერწყვის საერთო რაოდენობა უპირობო გამაღიზიანებ-  
ლების დროს შეადგენს 3,9 მლ, ხოლო პირობით გამაღიზიანებლების  
დროს — 0,8 მლ.

ჩვენ ვხედავთ, რომ ტესტოსტერონის დიდი დოზების მოქმედების  
ფონზე (10 მგ/კგ) მკვლევანებმა შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმის  
სისხლის პლაზმის შემადგენელი (ტოქსიკური) თვისება. უკანასკნელი  
გავლენა ჩვეულებრივ პირობებში არ არის გამოხატული.

ა. ი. სიხარულიძის ექსპერიმენტული და კლინიკურ-ექსპერიმენ-  
ტული გამოკვლევების საფუძველზე ჩვენ იმ დასკვნამდე მივიღეთ,  
რომ სტეროიდული ჰორმონების ფარმაკოდინამიკა ნეიროლევსიური  
ნივთიერებების ანალოგიურია და მათი ქერქული ზეგავლენა, უწინა-  
რეს ყოვლისა, უნდა განხორციელდეს უახლოესი ქერქვეშა რეტიკუ-  
ლური ფორმაციის საშუალებით არასპეციფიკური ქერქვეშა იმპულ-  
საციის გზით (აღმავალი იმპულსაცია დაბალ დონეზე და ქერქვეშა  
ნეიროლევსია დიდ დოზებზე). ამასთან დაკავშირებით, სტეროიდუ-  
ლი ჰორმონების ენდოკრინოენეროქუმორალური მოქმედება ქერქულ  
აპარატზე განსაზღვრულ ფარგლებში გაპირობებულია ბადისებრი  
წარმონაქმნის როლით, ქერქვეშა დინამოგენეზის თავისებურებე-  
ბით: — აძლიერებს ან ამცირებს ამ უკანასკნელის დაძაბვას. აქედან,  
სტეროიდულმა ჰორმონებმა, როგორც ამაზე ი. პ. პავლოვი მიუთი-  
თებს. უნდა მიიღონ დინამიკური მონაწილეობა ქერქულ აპარატის  
ტონუსის შენარჩუნებაში.

არსებული ლიტერატურის მონაცემების შეჯამების და პირველ-  
რიგში, ა. ი. სიხარულიძის გამოკვლევების თანახმად, შეიძლება წამოვა-  
ყენოთ თეორიულად და პრაქტიკულად მნიშვნელოვანი დებულებები.

პირველ რიგში საჭიროა ყურადღება მიექცეს იმ გარემოებას,  
რომ შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმით დაავადებულ ავადმყოფთა  
სისხლის პლაზმის კომბინირებული ეფექტის და სტეროიდული ჰორ-  
მონების მოქმედების დროს ჩვენ საქმე გვაქვს ქერქული შეკავების  
ორგანო გამოხატულებასთან; ქერქული შეკავება, რომელიც დაკავში-  
რებულია ავადმყოფთა სისხლის პლაზმასთან თავისი დინამოგენეზით  
წარმოადგენს ქერქულ ეფექტს, ხოლო ქერქვეშა ნეიროლევსიის შე-

დეკად განვითარებული ქერქული შეკავება, გენეზით წარმოადგენს ქერქქვეშა ეფექტს.

როგორც ვხედავთ, ორი განხილული ეფექტის თანდამთხვევას (პირდაპირი) ექსპერიმენტის პირობებში შეუძლია გააღრმავოს დაცვითი შეკავების ფენომენი.

ქერქული შეკავების არსებობა, რომელიც გაღრმავებულია ქერქქვეშა ეფექტის დამთხვევით (ერთდროულად მიმდინარე) დიდი პემისფროებისათვის წარმოადგენს მეტად ხელსაყრელ გარემოებას, რის შედეგადაც ძლიერდება ქერქული აპარატის დაცვითი შეკავების საშუალებანი. უკანასკნელი ფაქტი უნდა იყოს მიღებული მხედველობაში ფაიქტურ დაავადებათა სანქურნალი ეფექტურობის ხასიათისა და საზღვრების ანალიზის დროს.

კერძოდ, შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმის დროს ქიმიონე-იროლეფსიასთან ერთად ნაჩვენებია (შეიძლება არა ნაკლებად) სტეროიდოპორმონული ნეიროლეფსია. ამასთან, აქ შეიძლება ლაპარაკი ორი ეფექტის ფარმაკოდინამიურ სინერგიაზე — ქიმიურ და პარანო-იდულ ნეიროლეფსიაზე.

ამვე უნდა აღვნიშნათ, რომ შიზოფრენიის დროს არსებული სექსუალური შინაარსის ბოღებით პროდუქციები (ღაბოიანობის ბოღვა, სექსუალური ზემოქმედება და საერთოდ ამ მიმართულებით სხვადასხვა სენსაციები) თავისი პათოპოლოგიური (პათონეიროლი-ნამიურ) წინაპირობებით სხვა მომენტებთან ერთად შეიძლება ასა-საგდნენ ენდოკრინული სისტემის პათოლოგიასაც.

კლინიკურად საინტერესოდ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ა. ი. სინარუ-ლიძის ექსპერიმენტული გამოკვლევების ძირითადი შედეგები ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ფარმაკოთერაპიის შესახებ (აქტა), რომელიც წარმოადგენს ჰორმონთა ჰორმონს და რომელიც ახდენს ზეგავლენას სტერიოიდული ჰორმონების აქტივაციაზე.

ა. ი. სინარულიძის მონაცემების თანახმად, რომელმაც შეისწავ-ლა უპირობო და პირობითი რეფლექსური ნერწყვის სეკრეცია ძალ-ლებში აქტა-ს მოქმედების შედეგად, დგინდება, რომ ადრენოკორ-ტიკოტროპული ჰორმონი აძლიერებს როგორც უპირობო, იაე პირო-ბითრეფლექსურ ნერწყვის სეკრეციას, თანაც რადენობრივი გაძ-ლიერება პირობითრეფლექსური მოქმედებისას გამოიხატება უფრო მნიშვნელოვნად უპირობოსთან შედარებით. მაგრამ აქ საჭიროა სა-

კიანის შემდგომი დაზუსტება. აქტივაცია აკტ-ით ხორციელდება, თუ უშუალოდ, ქერქულ აპარატზე მოქმედება სტერიოლულ ჰორმონებზე დინამიკური მოქმედების შედეგია.

ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ფონზე — შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმის შეყვანა ძალღში, საკონტროლო მასალასთან შედარებით, იწვევს თავისებურ დისოცირებულ რეაქციას, კერძოდ, უპირობო სეკრეციის გაძლიერებას და პირობითრეფლექსური სეკრეციის შესამჩნევ დაქვეითებას. ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ექსპერიმენტის პირობებში შიზოფრენიით დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმის აღნიშნულ დისოცირებულ მოქმედებას ადგილი აქვს მხოლოდ ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის მოქმედების ფონზე.

შიზოფრენიის კატატონიური ფორმით დაავადებულთა სისხლის პლაზმის აღნიშნული დისოცირებული მოქმედება შეიძლება დაკავშირებული იყოს აკტ ფონის ეფექტის თავისებურებებთან.

მოყვანილი ექსპერიმენტული მასალის საფუძველზე შეიძლება დავესვათ, რომ შიზოფრენიის დროს სისხლში აკტ დიდი რაოდენობით არსებობა არ შეიძლება ჩაითვალოს თერაპიულად (აქედან პროგნოზულადაც) გამომწვევებელ მომენტად, რადგან არასპეციფიკური ნეიროლესია ყოველთვის იქნება არასაკმარისი და არახელსაყრელი. როდესაც არასპეციფიკური ქერქქვემედი გარკვეულად ჭერ კიდევ იმყოფება ავანებულ მდგომარეობაში.

როგორც ცნობილია, ბელსაყრელი მომენტი გულისხმობს ოპტიმალური პირობების არსებობას დაცვითი შეკავების განვითარებისათვის, ამასთან, აუცილებელ პირობებს ვეგეტატიურ-ცვლითი ძვრებისათვის და ორგანიზმის დაცვითი საშუალებების ბიოლოგიურ მობილიზაციას. ლაბორატორიული დაკვირვებების შედეგები გვიჩვენებს, რომ როდესაც არ არის ან ნაკლები რაოდენობით არის აკტ, შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმების დროს ეს უნდა განვიხილოთ როგორც დადებითი ფაქტორი, აკტ რაოდენობის მომატება კი პირიქით, როგორც უარყოფითი ფაქტორი. არსებითად უარყოფითია ის გარემოება, რომ აკტ შიზოფრენიულ ტოქსიკოზთან ერთად უფრო მეტად და მეტად გამოდის როგორც დისოციაციური ფაქტორი ქერქსა და ქერქქვემა აპარატის პარანორიულ ინტეგრაციულ მოქმედებაში.

ნ. გ. ჩხეიძის კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების თანახმად, სასქესო ჰორმონების მაჩვენებლები სხვადასხვანაირადაა წარმოდგენილი შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმების დროს (კატატონიური, მარტივი და ბოდვითი). არანაკლებ დამახასიათებელია ეს მაჩვენებლები შიზოფრენიის მწვავედ და ქვემწვავედ დაწყების დროს.

ავტორის მიხედვით, სასქესო ჰორმონების გამოყოფის მკვეთრი დაქვეითება აღინიშნება შიზოფრენიის კატატონიური ფორმის დროს და შიზოფრენიული პროცესის მწვავედ დაწყების დროს, რაც მიუთითებს ქერქქვეშა-ვეგეტატიური მიდამოს ძლიერ ტოქსიკოზზე.

ნ. გ. ჩხეიძე ხზას უკვაშს იმ გარემოებას, რომ შიზოფრენიის კატატონიური ფორმის და შიზოფრენიული პროცესის მწვავედ დაწყებისას სასქესო ჰორმონების რაოდენობა უახლოვდება ნულს, სოლო მარტივი და ბოდვითი ფორმის დროს, ისევე როგორც პროცესის თანდათანობით დაწყების დროს, მათი რაოდენობა არაიშვიათად აღწევს ნორმის დაბალ საზღვარს.

შიზოფრენიის ბოდვითი ფორმის დროს ტოქსიკოზი მოქმედებს თანდათანობით, პირველ რიგში მხოლოდ მეორე სასიგნალო სისტემის დინამიკურ დონეზე და არ ვრცელდება ენდოკრინოვეგეტატიურ რგოლზე.

მამაკაცთა სასქესო ჯირკვლების ბიოფსიური გამოკვლევის საფუძველზე ბრისტოლის ფსიქოენდოკრინოლოგიური სკოლის წარმომადგენლები იმ დასკვნამდე მიდიან, რომ შიზოფრენიის დროს ხშირად გვხვდება სათესლე არხების ატროფიის განსაკუთრებული ფორმა. ამასთან, გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ პარანოიდული ფორმა, რომლის დროსაც აღნიშნული ცვლილებები არ გვხვდება.

ნ. გ. ჩხეიძის თანახმად, პროცესის სიმწვავის მოხსნისას გამოყოფილი სასქესო ჰორმონების რაოდენობა მატულობს, მაგრამ ნორმის საშუალო მაჩვენებლებს მაინც აღწევს.

ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიული, კლინიკურ-ლაბორატორიული და კლინიკური გამოკვლევების მონაცემები ადასტურებენ სტეროიდული ჰორმონების გარკვეულ პათოგენეზურ როლს ფსიქონერვული აშლილობების დროს.

ჩვენ ვხედავთ, რომ ენდოკრინული სისტემის (პირველ რიგში სასქესო ჯირკვლების) და ნერვული სისტემის ურთიერთმოქმედების პრობლემა ღებულობს ახალ გაშუქებას რეტიკულური ფორმაცი-

ის დინამიკური როლის შესახებ თანამედროვე წარმოდგენისა კრილში.

კლინიკური და კლინიკურ-ექსპერიმენტული დაკვირვებები გვიჩვენებენ, რომ შიზოფრენიისა და ინვოლუციური ფსიქოზების დროს ენდოკრინული ჭირკვლების პათოლოგია გამოდის ეტიოგენეზური ფაქტორების ჩარჩოებიდან. ფსიქონერვულ აშლილობათა განვითარებაში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს სასქესო ჰორმონები.

შიზოფრენიის კატატონიური ფორმის დროს ქერქული არეების დადებითი ინდექსია, რომელიც გამოწვეულია ქერქული დაცვითი შეკავებით, არ ვრცელდება ენდოკრინულ რგოლზე.

აღნიშნულის თანახმად, შიზოფრენიის კატატონიური ფორმა განსხვავდება განსაკუთრებით დაბალი მაჩვენებლებით. ცალკეულ შემთხვევებში კი სტერიოიდული ჰორმონების სრული არარსებობით.

სტერიოიდული ჰორმონების ბალანსი განსაკუთრებით მოძრავია ორსულის დროს, მაგრამ ძირითადად მშობიარობის შემდეგ. აღნიშნული გარემოება არ არის მოკლებული გარკვეულ პათოგენეზურ მნიშვნელობას მშობიარობის შემდგომი და ლაქტაციური ფსიქოზების განვითარებაში. ამასთან, თავისებური პათოფიზიოლოგიური ფონი, რომელიც შექმნილია სტერიოიდული ჰორმონების მიერ, დამახასიათებელ მიმდინარეობას აძლევს პერმინატიული ბუნების კატატონიურ სინდრომებს.

ფსიქონერვულ აშლილობათა სტერიოიდული ჰორმონებით მკურნალობის დროს მცირე თერაპიული ეფექტურობა განისაზღვრება მხოლოდ ენდოკრინული სისტემის მოქმედების პათოფიზიოლოგიური მექანიზმების სირთულით.

შემდგომი თეორიული და კლინიკური ძიებანი ამ მიმართულებით ფსიქონევროლოგიისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი, აქტუალური და პერსპექტიულია.

**ტოფრანილის, როგორც ანტიდეპრესიული საშუალების  
ვიტროდინამიკის შესახებ**

მედიკამენტურ პრეპარატთა არსენალის განსაკუთრებით სწრაფი გაუარათობის მიუხედავად, შიზოფრენიის ქიმიათერაპია რიგ შემთხვევაში არა მხოლოდ ეტიოპათოგენეზურად, არამედ პათოგენეზუ-

რადაც მოკლებულია დასაბუთებას. აქედან გამომდინარე, ქიმიკრე-პარატის დადებითი მოქმედება არაიშვიათად განიხილება როგორც „პლაცებო-ეფექტი“ (მოჩვენებითი დაკმაყოფილება, მოჩვენებითი ეფექტი: „პლადაკმაყოფილება“). თუმცა კლასიკური ხაზს უსვამს, რომ „პლაცებო“-ს პრინციპი ნეიროლეფსიურ სამუალებებზე არ ვრცელდება.

წარმოადგენები უპირატესად ქერქულ ან ქერქვეშა ნივთიერებათა არსებობის შესახებ შემდგომ განვითარებას აღწევს. თანამედროვე ქერქვეშა ელექტროფიზიოლოგიისა და სტერეონევროლოგიის მეთოდურმა შესაძლებლობებმა ახალი ფარმაკოდინამიკური მოსაზრებები წამოაყენა.

დადგენილია, რომ ქერქული აპარატის მიმართ რეტოკულურ-ნეიროტროპული მოქმედება ქიმიკრეპარატებისა შეიძლება იყოს ნეიროტროპული (დინამოგენურ-შეკავებით) ან განაჰტივებელი (დინამოგენურ-განსებით). ამასთან ერთად დიდი მნიშვნელობით, არასპეციფიკურ-ქერქვეშა ნეიროტროპული გავლენა მხოლოდ დინამოგენური ზემოქმედების ჩარჩოებში ჩნდება, ანდა გამოხატულ გეგეტატიურ-ცვლით ძვრებს იწვევს.

თუმცა უნდა ვაღიაროთ, რომ ტერმინოლოგიურად ცნება ნეიროტროპულია „ფსიქოტროპულობის“ შესახებ გაუმართავი და არსებითად სექსუალურია, მაგრამ მიუხედავად ამისა, თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიური მიმართულება ფსიქიატრიაში მაინც ახალ, დადებით და უდავოდ გამაშწნებელ ეტაპად უნდა ჩაითვალოს ფსიქონევროლოგიური მეცნიერების განვითარებაში.

თუ ისტორიულად სწორედ ფსიქიატრიის კლინიკურმა მასალამ მისცა შესაძლებლობა ი. პავლოვს შეექმნა მოძღვრება ადამიანის უმაღლესი ნერვული მოქმედების შესახებ, ამჟამად ე. წ. ფსიქოფარმაკოლოგიის თეორია და პრაქტიკა სამუალებას იძლევა ქერქ-ქერქვეშა დინამიკურ ურთიერთობათა პრობლემების შემდგომი დამუშავებისას.

მაშინ, როდესაც კლინიკური ფარმაკოლოგიისათვის დოზირების პრინციპი ითვალისწინებდა ძირითადად მოქმედების რაოდენობრივ მზარენ და ესწრაფოდა დაედგინა სამკურნალო პრეპარატის ოპტიმალური დოზა, თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგია იძლევა არსებითად ახალ პრინციპს მცირე, სამუალო და დიდი დოზებისას

და ამ უკანასკნელებს უკავშირებს თვისობრივად განსხვავებულ ფარ-  
მაკოდინამიკურ ეფექტს. ამასთან, მცირე, საშუალო და დიდი დოზე-  
ბის ანტიმწეული თავსებულება განსაკუთრებით მკაფიოდ ვლინდება  
ბათოლოგიურ ფონზე, ფსიქანევროლოგიური კლინიკის პირობებში;  
მაგალითად, ტ. ხვიციავის მიხედვით, მაშინ, როდესაც საკონტროლო  
კვლევებში ფარმაკოლოგიურ აგენტთა გამოყენების გარეშე პირობით-  
რეფლექსებზე სრულად არ იქნებოდა, შეკავებულ სულით ავადმყო-  
ფებში ამიტალნატრიუმის ან ამიტალნატრიუმისა და კოფეინის მცირე  
დოზების მიცემის შემდეგ შესაძლებელი ხდება დადებითი პირობითი  
რეფლექსების გამოიშვადება სუსტ გამოიზიანებლებზეც კი.

უცვლელად უნდა აღინიშნოს, რომ სწორედ ი. პავლოვის  
ეკსპერიმენტული კლასიკური ექსპერიმენტული და ექსპერიმენტულ-კლინი-  
კური დაკვირვებანი სამკურნალო ნივთიერებათა მცირე დოზების  
ფარმაკოდინამიკაზე.

როგორც ცნობილია, ქერქულ ნეიროტროპულ ნივთიერებათა  
მცირე დოზებს, პირველ რიგში ბრომს, მით უმეტეს მათი მოქმედების  
დასაწყის ეტაპებზე, ი. პავლოვი შემაჯავებელი პროცესის „პარალი-  
ზატორად“ თვლიდა.

დონორებით გამოწვეული სამკურნალო ნივთიერებათა ფარ-  
მაკოდინამიკის დათრგუნვა ან აქტივაცია განსაკუთრებით შესამჩნევია  
ხიბრულეფსიურ პრეპარატთა პრაქტიკაში. აქ უნდა ითქვას რომ ამინა-  
ზინის მცირე დოზები ნეიროლეფსიის „პარალიზებას“ ახდენენ. ანუ  
აქტივებენ ქერქქვეშა არასპეციფიკურ იმპულსაციას.

ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით უდიდეს ყურადღებას იპყრობს  
ანტიდებრესიული საშუალებანი. ეს უკანასკნელნი ახდენენ გუნებგანჭ-  
ყობის სტრუქტურებას, სსნიან ფსიქიკურ ტყვილს (დებრესიას), რის  
გამოც განისილებიან. როგორც ფსიქოანალეფსიური ნივთიერებანი.

ამჟამად ანტიდებრესიულ საშუალებათა შორის ყველაზე ნა-  
ღებ-ტოქსიკურად და შედეგის მზრივ ეფექტურად ჩათვლება ტოფ-  
რანილი (ანალიოგიურია საბჭოთა პრეპარატის — ამინაზინისა).

თუმცა ტოფრანილის ირგვლივ საკმაოდ დიდი ლიტერატურა  
არსებობს. რომელიც მრავალმხრივი დაკვირვებების დიდ რაოდენობას  
მოიცავს. მაგრამ ცენტრალური საკითხები, რომლებიც ამ ნივთიერე-  
ბის ფარმაკოდინამიკასა და კლინიკურ ჩვენებას ეხება, ჯერ კიდევ  
ჰოთხოვს შემდგომ შესწავლას.

არ არის ერთსულოვნება საკითხში იმის შესახებ, თუ რომელი სოზოლოგიის დროს უფრო ეფექტურია ტოფრანილი დეპრესიის მოსახსნელად. საკიროა უფრო დაზუსტდეს შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმის ტოფრანილით მკურნალობის საკითხი და აგრეთვე ამ წაძლის გამოყენების საკითხი ორგანულ ნიადაგზე განვითარებულ დეპრესიულ გამოვლინებათა დროს.

ნეიროდინამიკურად გაუგებარია ზოგიერთი ავტორის აზრი, რომელიც ტოფრანილითერაპიის ფარმაკოდინამიკურ მექანიზმებს და ელექტროკრუნხვით მკურნალობას პარალელურად განხილავენ.

საბჭოთა პრეპარატი იპრაზიდი, რომელიც ანტიდეპრესიულ ნივთიერებათა ჯგუფს უნდა მივაკუთვნოთ, აღრმავებს საძილე საშუალებათა მოქმედებას.

ს. ლიბერმანის მონაცემების მიხედვით (მ. მაშკოვსკის ლაბორატორიიდან) იპრაზიდი თეთრ თაგვებში ასუსტებს რეზერპინის სედატიურ მოქმედებას და ამცირებს ამ უკანასკნელის ტოქსიკურობას, აქვეითებს რა ერთდროულად მის ჰიპოთალამურ მოქმედებას.

იპრაზიდის მასტიმულირებელი და ანტიდეპრესიული მოქმედების მექანიზმები შემდგომ გაშიფრვას მოითხოვს. მ. მაშკოვსკი მის მოქმედებას მონოამინოოქსიდაზის შექცევასა და ტვინში სეროტონინისა და ნორადრენალინის დაგროვებას მიაწერს. თუმცა ამ ამინებს შორის რომელს მიეწერება უპირატესი როლი ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური ძვრების გამოწვევაში ეს ჯერ კიდევ გამოურკვეველია. ამასთან, მ. მაშკოვსკის აზრით, იპრაზიდის ძირითადი ფარმაკოლოგიური თვისებები მისი ორგანიზმის ფერმენტული სისტემის აქტივობაზე გავლენით აიხსნება.

ა. საეინსკაია აღნიშნავს, რომ იპრაზიდი\* ძირითადად აგზნებითი პროცესის ცვლილებას იწვევს და ცხოველთა უმაღლეს ნერვულ მოქმედებაზე განსხვავებულად მოქმედებს ნერვული სისტემის ტიპოლოგიური თვისებებების მიხედვით. ასევე განსხვავებულ მოქმედებას ამჟღავნებს ეს პრეპარატი ნორმალურსა და პათოლოგიურად შეცვლილ უმაღლეს ნერვულ მოქმედებაზე.

დაკირვებები მიგვიითითებს იმაზე, რომ იპრაზიდი ყველაზე უფრო

---

\* წარმოადგენს ნიკოტინის მკეას იზომერს, საზღვარგარეთ ცნობილია მარსილის ანუ იპრონიპრადის სახელით.



ეფექტურია სუფთა დებარესიის დროს ერთფეროვანი გამოვლინებით ანუ ციკლოფრენიული ბუნების დებარესიის დროს (მანიაკალურ-დებარესიული ფსიქოზი).

საზღვარგარეთელი ავტორები ხაზს უსვამენ, რომ ანტიდებარესიული საშუალებების გამოყენება შიზოფრენიის დროს დაკავშირებულია ავადმყოფობის გაწვევების საშიშროებასთან, ეს ნივთიერებები ვაველენა ავერ ახდენენ ბოდვით და ჰალუცინაციურ გამოვლინებაზე და ამიტომ მას არ შეიძლება მივაკუთვნოთ „ანტიფსიქოზური“ პრეპარატის კვალიფიკაცია.

„ანტიდებარესიული იპრაზიდისა“ და „ანტიშიზოფრენიული ამინაზინის“ ფარმაკოდინამიკური მექანიზმები რომ განსხვავებულია, ამაზე მიუთითებს ტ. მოროზოვას კლინიკური დაკვირვებანი (ა. სნეჟნევსკის კლინიკიდან). მიზი მიხედვით, იპრაზიდით მკურნალობის პერიოდში შიზოფრენიით დაავადებულთა ქცევა იცვლება: ისინი გახდნენ მოუსვენარნი, ტიროდნენ, არ ეძინათ, ცუდად ჰამდნენ; უძლიერდებოდათ ფსიქიკური ავტომატიზმები და ბოდვითი პროდუქციები. იპრაზიდით მკურნალობის შეწყვეტისა და ამინაზინის მიცემის შედეგად ავადმყოფთა მდგომარეობა ერთგვარად გამოსწორდა.

სპეციალურ ყურადღებას იმსახურებს შმიდტის დაკვირვებანი, რომლის მიხედვითაც სუფთა, ბირთვოვანი (ანუ ციკლოფრენიული) დებარესიის შემთხვევაში, ისეთი ანტიდებარესიული პრეპარატი, როგორც ტოფრანილია, შემთხვევათა ერთ მესამედში გამოჩანმრთელებას იწვევს. აქედან ავტორი ასკვნის, რომ მკურნალობის მიმართ რეაქციის განსხვავებულობა თვით ენდოგენური დებარესიის არაერთგვაროვნებაზე მიუთითებს.

არსებულ კლინიკურ-ლაბორატორიულ და კლინიკურ დაკვირვებათა საფუძველზე შესაძლებელია იმ მტკიცე დასკვნამდე მივიდეთ, რომ შესატყვის პრეპარატთა ანტიდებარესიული ეფექტი ხორციელდება არა მხოლოდ უბრალო ანტიბოდური მდგომარეობის განვითარებით, არამედ დებარესიის სინდრომი არ იხსნება ავზნების სინდრომის საშუალებით. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს თავისებურ თიმოლეჯიურ გამოვლინებასთან, რომლის შედეგადაც იხსნება დებარესია — ფსიქიკური ტკივილი. უკანასკნელი გარემოება კლინიციტებს ავალებს გაითვალისწინონ ე. წ. აფექტოგენურ ფსიქოზთა თავისებურება და აფექტოგენური და თიმოგენური მიმართულების ხვედრითი მნიშვნელობა

როგორც ეტიოპათეგენეზში, ისე დეპრესიულ სინდრომთა კლინიკურ სტრუქტურაში.

ფსიქიატრიულმა კლინიკამ დიდი ხანია იცის, რომ თიმოფსიკიკურ ამილილობათა დროს ემოციური ფაქტორის წამყვანი მნიშვნელობა (ანუ აფექტური მიმართულება) განისაზღვრება ზეძლიერ ემოციათა ნოტულოვნებად და სწრაფი გამოვლინებით ან გაქრობით, იქნება ის სოციალური თუ ასთენიური ხასიათისა.

არსებული მონაცემების მიხედვით, ტოფრანილი ამჟღავნებს ანტიდეპრესიულ თვისებებს ფსიქომოტორული დათრგუნვისა და ფსიქიკური აქტივობის შენელების დროს. ამასთან, პრეპარატი დეპრესიულ ავადმყოფებში იწვევს გუნებგანწყობის აწევას, ფსიქიკურ ფუნქციათა გაუმჯობესებას და მადისა და წონის მომატებას.

ტოფრანილის ხნარების პროცესში შესამჩნევი გვერდითი მოვლენები მოთუვებებს გართულებებს არ არის აღწერილი. ცალკეულ შემთხვევებში აღნიშნავენ პირის სიმშრალეს, ტაქიკარდიას, აკომოდაციის დაზღვევას, ოფლიანობას, თავის ტკივილს, ზოგჯერ ჰიპოტონიას. სისხლს. მარდისა და ღვიძლის ფუნქციების მხრივ პათოლოგიურ ცვლილებებს ადგილი არა აქვს.

ცალკეული ავტორები აღნიშნავენ, რომ დეპრესიული სიმპტომატის გაქრობა ტოფრანილთერაპიის შედეგად ყოველთვის არ მიუთითებს ციკლოფრენის მელანქოლიური ფაზის „ბუნებრივ დამთავრებაზე“. რის გამოც აუცილებელია შემდგომი განმამტკიცებელი თერაპია რამდენიმე თვის განმავლობაში.

საკმაო დაჯივრებები არსებობს შიზოფრენიისა და აქტიური უპრესიის ტოფრანილითა და ნეიროლეფსიური საშუალებებით კომბინირებული მკურნალობისა. ამგვარი კომბინაცია შესამჩნევად ამცირებს ნეიროლეფსიურ ნივთიერებათა სადღეღამისო დოზას, ხოლო ანტიდეპრესიულ საშუალებათა მოქმედება უფრო გამოხატული და ხანგრძლივი ხდება. ა. დობჯანსკაიას აზრით, გარკვეული პერსპექტივა აქვს სულით ავადმყოფთა მკურნალობას იპრაზიდითა და ამინაზინით, რომლებიც სინერგიულ ეფექტს ამჟღავნებენ. მისი მიხედვით იპრაზიდის მოქმედების შედეგად ეფექტი თანდათანობით მკლავდება, მას არ ახასიათებს, სხვადასხვაგვარი მასტიმულირებელი ნივთიერებების მაგვარად (კოფეინი, ფენამინი და სხვ.) ხანმოკლე ორფაზიანი მოქმედება (ჯერ აზზნება და შემდეგ შეკავება).

ს. ლიბერმანის ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიული მონაცემების მიხედვით ცხატვრული მოქმედებისას იპრაზიდი ამცირებს რეზერპინის ჰიპოთეზიულ და სედატიურ ეფექტს (აღნიშნული ეფექტი მით უფრო ვარგად არის გამოხატული, რაც უფრო მეტია იპრაზიდის დოზა); იპრაზიდის ამინაზინთან კომბინაციის დროს კი პირიქით, ხდება ამ უკანასკნელის პიპოტერმიული და სედატიური გამოვლინების გაძლიერება. როგორც ვსედავთ, ამინაზინისა და რეზერპინის მსგავსი წერილობითი ნივთიერებების მიხედვით მათი იპრაზიდთან ურთიერთობა ურთიერთააწინააღმდეგო ხასიათს ატარებს\*.

თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგია განსაკუთრებით მოითხოვს ნეირომულტიფური და თიმოპლევური ნივთიერებების მქონე, სამუალო და დიდი დოზების დიფერენცირებულ დანიშნებას, რადგან ერთსა და იმავე პრეპარატს დოზირებისაგან დამოკიდებულებით შეუძლია საწინააღმდეგო დინამოგენური ეფექტი გამოიწვიოს და განსხვავებულად იმოქმედოს ადამიანის უმაღლეს ნერვულ მოქმედებაზე. ამასთან, ნეიროლეფსიურ პრეპარატთა დიდი დოზები კარგავენ დინამოგენურა ზემოქმედების ნატივ უნარს (მხედველობაში გვაქვს გამააქტივებელი ან შემაჯვებელი ეფექტი) და ხშირად არსებით ვეგეტატიურ ძვრებს იწვევენ ორგანიზმში. ზემოაღნიშნულს უკავშირდება ინდივიდუუმის რესისტენტობისა და ლაბილობის, ანუ მგრძობილობის საკითხი ნეირომულტიფური და ანტიდეპრესიული საშუალებების მიმართ. აქვე უნდა შევხედოთ ადგილი მკურნალობის დროს არსებულ გართულებებს.

შანსივლიდით (იპრაზიდიდით) მკურნალობის დროს აღნიშნავენ სხვადასხვა გართულებების შემთხვევებს, მაგალითად: ღვიძლის ფუნქციის დაზღვევა (აღწერილია ექსპერიმენტულად, ღვიძლის ნწვავე ყვი-თელი აქტივობის შედგად), უძილობა, თავბრუ, ცნობიერების დაკარგვა, თავის ტკივილი, კრუნჩხვები, მკვეთრი პიპოტონია, კიდურთა შეშუპება, გაბზობა და შარდის შეკავება.

ტ. მოროზოვას აზრით იპრაზიდით დეპრესიული მდგომარეობის მკურნალობის უაღრეს გართულებად უნდა ჩაითვალოს ძილის მოშლა.

---

\* უკანასკნელ მოვლენას ს. ლიბერმანი კლინიკური ბიოქიმიის პოზიციიდან ხსნის.

რაც მკურნალობის მე-3—4 დღეს გამოვლინდება. რაც შეეხება მოგვიანებით გართულებას, აქ შარდის შეკავება უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში. იპრაზიდით ხანგრძლივი მკურნალობის შემთხვევაში, განსაკუთრებით დიდი დოზების ხმარებისას შენიშნულია სისხლის ცვლილებები. კერძოდ ლეიკოციტოზი (16—19 ათასი) და ედრის აჩქარება. ამ ცვლილებებს გარდამავალი ხასიათი ჰქონდა და ყველაფერი ისპობოდა იპრაზიდის დოზის შემცირებისას.

ვეხებით რა ნეიროტროპულ ნივთიერებათა თეორიისა და პრაქტიკის საკითხს, საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ თითქოს პარადოქსული ფაქტი, რომელიც თავს იჩენს ამინაზინ-ინსულინური კომბინირებული მკურნალობის პროცესში.

თითქოს მოსალოდნელი იყო, რომ ამინაზინის ნეიროლეფაიურ (საშუალო და დიდი) დოზებს, რომლებიც თრგუნავენ ქერქქვეშადინამოგენურ არასპეციფიკურ აქტივაციას და ხელს უწყობენ ქერქქულდაცვითი შეკავების გაძლიერებას, უნდა გაეზარდა ავადმყოფთა მგრძობელობა ინსულინისადმი; მაგრამ ფაქტები საწინააღმდეგოზე მიუთითებენ: ამინაზინის დიდი დოზები ინსულინრეზისტენტული მდგომარეობის განვითარებას იწვევს.

ტ. ხვილივიციის კლინიკურ-ექსპერიმენტული მასალა ძლიერწააგავს ჩვენს, ფ. კონტრიძესთან ერთად ნაწარმოები დაკვირვებების შედეგებს იმის შესახებ, რომ ამინაზინის განსაკუთრებით მცირე დოზები (10—12 მგ) იწვევს ავადმყოფის გარკვეულ სენსიბილიზაციას და აახლოებს ჰიპოგლიკემიურ შოკს.

ამინაზინის მცირე დოზათა პრაქტიკა იმაზე მიუთითებს, რომ ძირითადი ნერვული პროცესებით ნორმალური მიმდინარეობისათვის (აგზნება და შეკავება) აუცილებელია ერთგვარი მატონიზირებელი და არა ფლექსიური ზემოქმედება ქერქქულ აპარატზე.

როგორც ვხედავთ, აგზნებასა და შეკავებას (მანიასა და დეპრესიას) შორის ურთიერთობა საკმაოდ რთულია, რის გამოც მათი ნეიროდინამიკური მექანიზმები არ შეიძლება უბრალოდ დავიყვანოთ ორ საწინააღმდეგო, ანტიპოდურ მდგომარეობამდე, რომლებიც გულუბრყვილო რწმენით თითქოს ხსნიან ერთიმეორეს.

რადგან დეპრესიული სინდრომის პათოდინამიკურ ფონად შეკავება გვევლინება, რომელიც განფენილია ქერქქული სასიგნალო სისტემების სხვადასხვა სართულებზე, საჭიროდ ვთვლით შევხებით

შეკავებას, როგორც ძირითადი ნერვული პროცესის, ცალკეულ საკითხებს ნორმასა და პათოლოგიაში.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ქერქულ ტონუსს აგზნებისა და შეკავების თავისებურებანი (ძალა, განფენილობა, რეაქტიული ლაბილურობა) განსაზღვრავს (მით უფრო პათოლოგიაში), რომელთა ხასიათი თავის მხრივ ქერქქვეშა დინამოგენეზზე არის დამოკიდებული.

კლინიკურ-ფსიქოფარმაკოლოგიური დაკვირვებანი გვიჩვენებს, რომ რეტიკულურ-გამააქტივებელი სისტემის გაღიზიანებამ შესაძლებელია პროდუქციული სიმპტომატოლოგიისა და მთელი მანიაკალური მდგომარეობის გაძლიერება გამოიწვიოს. პირიქით, ქერქქვეშა არასპეციფიკური იმპულსაციის დათრგუნვა იწვევს დიაშიზისის მოვლენებს ქერქქვეშა შფოთვით, ფსიქოლექსიას უანეს მიხედვით (რეალობის გრძობის დაკარგვა), ძილის დაკარგვას და ბოლოს დეპრესიის სინდრომს.

მაშინ, როდესაც ნორმალური მდგომარეობის დროს ძნელია წარმოვიდგინოთ მხოლოდ აგზნების ან წმინდა შეკავების მდგომარეობა, მანიაკალური და დეპრესიული სინდრომების კლინიკურ მასალაზე ფენომენოლოგიურად საკმაოდ ადვილად ვიჭერთ ერთ-ერთი ამ ძირითადი ნერვული პროცესთაგანის დომინირებას.

როდესაც აგზნებისა და შეკავების არსს ეხებოდა ი. პავლოვი აღნიშნავდა, რომ „აგზნებისა და შეკავების პროცესები განსხვავებულია (ჩვენ ვერ ვიტყვით რომ მთლიანად საწინააღმდეგო სურათს იძლევიან).

შეკავების, როგორც დამახასიათებელი ფიზიოლოგიური მოვლენის არსებობა, უდავოა; ასევე უდავოა მისი განსხვავებული ფორმების არსებობის ფაქტი. გადასაწყვეტია მხოლოდ საკითხი იმის შესახებ, არსებობს თუ არა უჯრედშიდა შეკავების პროცესი, უჯრედშიდა აგზნების პროცესის მაგვარად.

ძნელია დავეთანხმოთ ცალკეულ ავტორთა შეხედულებებს იმის შესახებ, თითქოს შეკავება მხოლოდ მოქმედების აქტიურ შეკავებას წარმოადგენს და არა პროცესს. ადვილი წარმოსადგენია, რომ აქტიური ნერვული მოქმედების ფენომენი არ უნდა იყოს მოკლებული პერიოდინამიკური პროცესის სპეციფიკას (ქვალიტეტს).

ორივე ძირითადი ნერვული პროცესი ერთ ნერვულ ერთეულში — ნეირონში მიმდინარეობს. ი. პავლოვის მიხედვით ამ ნერვულ ერ-

თეულში თითქოს ორი ნახევარი უნდა არსებობდეს, ორი მოწყობილობა: ერთი ავზნებისათვის, ხოლო მეორე შეკავებისათვის (პავლოვი ოთხშაბათები. 1949, ტ. 11. 92—94). ი. ბერიტაშვილის წარმოდგენით ავზნების მოწყობილობა უჯრედშია (აქსონი), ხოლო შეკავებისა — ღენდრიტებში და ლილაკებში. ამასთან, ეს მოწყობილობები ღიზიანდებიან ან აფერენტული სისტემის მხრივ, ანდა შუა ცენტრალური იმპულსებით. უფრო მეტიც, ნეიროფიზიოლოგიის უახლესი ფაქტებიდან გამომდინარე, დ. ვორონცოვი დამოუკიდებელ სტრუქტურულ წარმონაქმნთა არსებობასაც კი უშვებს, რომელიც განკუთვნილია ძირითადი ნერვული პროცესებისათვის: მხედველობაში აქვს ორჯვარი სინაფსების არსებობა — ამგზნებლებისა და შემაკავებლებისა.

ნატიფი მორფოლოგიის შესახებ ჩვენი ცოდნის მოცემულ ეტაპზე პირველ რიგში სინაფსოარქიტექტონიკისათვის საკითხი ორჯვაროვანი სინაფსური წარმონაქმნების არსებობის შესახებ ღიაა და შემდგომ შემოქმედებით გამოკვლევას მოელის. თუმცა აქსოსომატური და აქსოდენდრიტული სინაფსების არსებობის ფაქტი, რომლებიც თავისებურნი არიან ტოპოგრაფიით, ფორმითა და პათოლოგიური ლაბილობის (რეაქტიულობა) მიხედვითაც, დამტკიცებულად ითვლება.

ახლა ვაღვიძეთ ჩვენს (ჩვენ თანამშრომლებთან ერთად) მრავალმხრივ დაკვირვებათა გადმოცემაზე ტოფრანილის ექსპერიმენტული, კლინიკური და კლინიკურ-ექსპერიმენტული შესწავლის ირგვლივ.

**ექსპერიმენტული დაკვირვებანი.** აქ შედის ბ. ნანეიშვილის მორფოლოგიური გამოკვლევები, რომელიც მიმართულია ძალის თავის ტვინის ქერქისა და ქერქქვეშა წარმონაქმნთა ნატიფი პათოსტრუქტურის შესწავლისაკენ ტოფრანილის ზებრუტალური დოზებით მოწამვლის შედეგად და ა. სინარულიძის ნეიროფიზიოლოგიური გამოკვლევები ძალეებზე ტოფრანილის მცირე, საშუალო და დიდი დოზების მოქმედებასთან დაკავშირებით.

ბ. ნანეიშვილის ექსპერიმენტულ-მორფოლოგიური გამოკვლევანი მიზნად ისახავს დიდი ტვინის სხვადასხვა ველების, აგრეთვე ნათესის ქერქის, უახლესი ქერქქვეშა წარმონაქმნებისა და ტვინის უკროს ციტოარქიტექტონიკულ და სინაფსოარქიტექტონიკულ შესწავლას ძალეებზე, მწვავე ექსპერიმენტის პირობებში, ტოფრანილის ზემოქმედებით და დოზების მოქმედების შედეგად.

მასალები მიუთითებენ, რომ ტოფრანილის ზემაქსიმალური დოზები იჩენენ ტოქსიკურ მოქმედებას, იწვევენ რა ქერქსა და ქერქვეშა უბნებში გამოხატულ დეგენერაციულ-დისტროფიული პათოლოგიის ცვლილებებს.

პათოციტოარქიტექტონიკულად ყურადღებას იპყრობს მკვეთრი ნეკროზოფაგია, რამდენადმე გამოხატული პიპერკარიოქრომიისა და პოსომატოქრომიის მოვლენები და აგრეთვე ალაგ-ალაგ პარენქიმული უჯრედოვანი წარმონაქმნებისა და ბირთვების შემუშებისა და ექტოპიის მოვლენები.

ბ. ნანეიშვილის ციტოარქიტექტონიკული დავიზრებების მიხედვით შესაძლებელია იმ დასკვნამდე მივიდეთ, რომ ტოფრანილის ზემაქსიმალური დოზაც კი ვერ იწვევს ბრუტალურ პათოლოგიურ ტერორულ ძვრებს. ამასთან, უნდა აღვნიშნოთ, რომ თუმცა არ არის მკვეთრად შესამჩნევი არეალური დაინტერესება დეგენერაციული ცვლილებების მხრივ, ქერქული ველები შემდეგნაირად ნაწილდება: 1, 7, 52, 17, 10. რაც შეეხება ლამინალურ დაინტერესებას, ამ შემთხვევაში ყურადღებას იტყვის უფრო მკაფიო დისტროფიული ცვლილებები პარენქიმულ წარმონაქმნებში, მესამე შრის შიგნითა ქვემრეცხში (პირველ რიგში მე-4 ველისა).

მეოთხე დეგენერაციული ცვლილებები გვხვდება არქიტექტურის უბანში — ამონის რქა, ამასთან, მისი ე. წ. ზომერის უბანი პარენქიმულ უჯრედთა მწვავე დაზიანების უფრო მკვეთრ მოვლენებს ამჟღავნებს (პიპერკარიოქრომია, მორჩთა გაღიზიანება, ბირთვების შემუშება).

ქერქვეშა წარმონაქმნები შესამჩნევ სტრუქტურულ ცვლილებებს არ განიცდის. მასალის სინაფსოარქიტექტონიკული შესწავლის შედეგები ემთხვევა დავიზრებთა ციტოარქიტექტონიკულ მონაცემებს.

როგორც ვხედავთ ბ. ნანეიშვილის მასალები მიუთითებენ, რომ ანტიდებრესიული პრეპარატი, ტოფრანილი უპირატესად ქერქული საშუალებაა.

ა. სიხარულიძის ექსპერიმენტული მასალის მიხედვით ტოფრანილის მცირე დოზები უმნიშვნელოდ (ბევრად ნაკლებად ვიდრე ამინაზინი) ცვლიან პირობითრეფლექსურ მოქმედებას.

საშუალო და დიდი დოზები პირობითრეფლექსურ მოქმედებას უფრო მეტად აძლიერებენ, ვიდრე მცირე დოზები. ეს უკანასკნელი თვისება იმაზე მიუთითებს, რომ ანტიდებრესიული საშუალება —

ტოფრანილის ნეიროდინამიკა მკვეთრად განსხვავდება ნეიროლევ-სიური პრეპარატის ამინაზინის ფუნქციური ეფექტისაგან.

ქერქქვეშა არასპეციფიკური მექანიზმის როლი ტოფრანილის დროს საუკვოდ უნდა ვალიაროთ. როგორც ჩანს ტოფრანილის ეფექტი არ ხორციელდება ქერქქვეშა ნეიროლევსიის მსგავსი მექანიზმების საშუალებით.

ა. სიხარულიძე უშვებს, რომ ტოფრანილი პირველ რიგში ნეირო-დინამიკურად მოქმედებს აქტიურ შინაგან, ქერქულ შეკავებაზე, შესამჩნევად აძლიერებს რა მას.

კუჭის სეკრეციის შესწავლას ა. სიხარულიძე მიჰყავს იმ დასკვნამდე, რომ ტოფრანილის ფარმაკოდინამიკაში არ არის განსხვავება მცირე, საშუალო და დიდ დოზებს შორის. აქ სეკრეციის საერთო ჯამის მონაცემები, და აგრეთვე პეფსინური აქტივობა ყველა დოზის დროს ერთნაირია. ასევე ერთგვაროვანია ლატენტური დროის მაჩვენებლები. ავტორის მიხედვით ტოფრანილი უპირველესად აძლიერებს სეკრეციის პირველ, პირობითრეფლექსურ ფაზას („ფსიქიკური სეკრეცია“). როგორც ვხედავთ, ტოფრანილური ფონი პირობითრეფლექსური მოქმედებისათვის ოპტიმალურ პირობებს ქმნის.

ა. სიხარულიძის მონაცემები ნათლად გვიჩვენებენ, რომ ტოფრანილი აძლიერებს შინაგან, აქტიურ ქერქულ შეკავებას როგორც ნცირე, ისე, დიდი დოზების დროს.

სტერეოტიპის გამოკვლევა ტოფრანილის შეყვანისას ავლენს პრეპარატის რთულ ფარმაკონეიროდინამიკას, სახელდობრ, ტოფრანილი მოქმედებს არა მარტო აქტიურ ქერქულ შეკავებაზე, არამედ აგზნებადობაზეც, რამდენადაც შემაკავებელი გამღიზიანებელიც შესამჩნევ ეფექტს იძლევა. თუმცა ეფექტი შემაკავებელ გამღიზიანებლებზე ჩანს საშუალო და განსაკუთრებით დიდ დოზებზე, მაგრამ როგორც ვხედავთ, სტერეოტიპის გამომუშავების საქმეში ტოფრანილი დიამეტრულად საწინააღმდეგო ფარმაკოდინამიკას ამჟღავნებს ამინაზინთან შედარებით. უკანასკნელი მდგომარეობა კიდევ ერთხელ მიუთითებს ნეიროლევსიურ და ანტიდებრესიულ პრეპარატთა მოქმედების განსხვავებული მექანიზმების არსებობაზე.

კლინიკური დაკვირვებები. ტოფრანილთერაპიის ჩატარებამ რეაქტიული დებრესიის, ციკლოფრენული ბუნების მელანქოლიის, ინვოლუციური მელანქოლიის, არტერიოსკლეროზული დებრესიისა და



შიზოფრენიის დროს (ო. კითავას, ნ. ლეჟავას, თ. ჯაფარიძის, ფ. კონტრიძის, გ. ბეგიაშვილის, ა. ალშიბაიას, შ. ციციაშვილის, გ. შარაშიძისა და ზ. ჩიქოვანის დაკვირვებანი) გვიჩვენა, რომ ტოფრანილი, როგორც ანტიდეპრესიული საშუალება უდავოდ შეიცავს არსებით კლინიკურ ინტერესს.

ტოფრანილთერაპია შესამჩნევ თერაპიულ ეფექტს ამჟღავნებს რეაქტიული ბუნების დეპრესიული სინდრომის დროს (ფსიქოგენური დეპრესია). ამ შემთხვევაში ტოფრანილი თანდათან არეგულირებს ემოციურ ფონს; ამასთან დაკავშირებით თანდათან უმჯობესდება ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა და საქმე მიდის საბოლოო გამოჯანმრთელებისაკენ.

ინვოლუციური მელანქოლიის მკურნალობისას ტოფრანილის მიცემის მეოთხე დღიდან, როდესაც კუნთებში შეყვანილი იყო უკვე 450 მგ პრეპარატი, დეპრესიულ სინდრომში გარკვეული გარდატეხა შეიმჩნეოდა. თანდათან ხდებოდა საერთო დაწყნარება, ისხნებოდა აგრესია და უმჯობესდებოდა ძილი. ამ პერიოდიდან მყარდებოდა კონტაქტი მომსახურე პერსონალსა და ავადმყოფს შორის. ავადმყოფი კრიტიკულად განიხილავდა თავის მდგომარეობას. გუნებგანწყობის გამოსწორებასთან ეოჯჯ, უმჯობესდებოდა მადა და საერთო სომატური ტონუსი. დეპრესიული სინდრომის აღნიშნული გაუმჯობესება კლინიკურად შეიმჩნეოდა მომდევნო 4 დღეს.

9-დღიანი ტოფრანილთერაპიის შემდეგ, როდესაც სუმარულად უკვე 1640 მგ ტოფრანილი იყო ნახმარი (1125 მგ კუნთებში და 525 მგ დრაჟე), აღნიშნებოდა დეპრესიული სინდრომის რხვეადობა დილის საათებში. ამასთან, ეს რხვეადობა ყოველდღიურ ხასიათს ატარებდა. გუნებგანწყობის მერყეობის დღეებში იმის მიუხედავად დილის გუნებგანწყობა უარყოფითი იყო თუ დადებითი, მთელი დღის განმავლობაში ავადმყოფის ზოგადი ემოციური მდგომარეობა თანაბარი და დამაკმაყოფილებელი იყო. გუნებგანწყობის ამგვარი მერყეობა კიდევ 4 დღეს გრძელდებოდა და მოიცავდა ტოფრანილთერაპიის მე-9-დან მე-13 დღემდე პერიოდის ჩათვლით.

ტოფრანილთერაპიის მე-13 დღეს, როდესაც ავადმყოფს მიღებული ჰქონდა წამლის 2175 მგ (1650 მგ კუნთებში და 52 მგ დრაჟე). დეპრესიული სინდრომი თანდათან წინა პლანზე წამოიწეოდა და ხდებოდა მთელი კლინიკური მდგომარეობის საერთო გაუარესება, მა-

დის დაკარგვის, ძილის დარღვევის და აუიტაციის გაძლიერების ყოველდღიური მომატებით. ასეთი მდგომარეობა გრძელდებოდა ტოფრანილთერაპიის მთელი დარჩენილი პერიოდის განმავლობაში (მე-13-დან 21-ე დღემდე).

ამგვარად ინვოლუციური ბუნების დეპრესიული სინდრომის ტოფრანილთერაპიის დროს კლინიკურად შესაძლებელია გამოვყოთ შემდგომი სამი პერიოდი: ემოციური ფონის გაუმჯობესების პერიოდი, ემოციური ფონის მერყეობის (რხვეადობის) პერიოდი, პერიოდი, როდესაც ემოციური ფონი უბრუნდება საწყის მდგომარეობას.

როგორც ვხედავთ, ტოფრანილთერაპია გარკვეულად მოქმედებს დეპრესიული სინდრომის კლინიკურ დინამიკაზე, მაგრამ ვერ ახდენს გადამწყვეტ გავლენას თვით ფსიქიკური დავადების ეტიოპათოგენეზურ არსზე.

ყურადღების ღრისია კლინიკური დაკვირვებანი ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა დინამიკაზე შიზოფრენიის პალუცინაციურ-პარანოიდული ფორმით დაავადებულის (დეპრესიული გამოვლინებით) ტოფრანილით მკურნალობის დროს. აღნიშნულ შემთხვევაში წინა პლანზე იყო წამოჭრილი დეპრესიული სინდრომი და კლინიკური დინამიკა უპირველესად ყოვლისა საინტერესოა სწორედ დამახასიათებელი თავისებურებებითა და დეპრესიულ განცდათა ცვლილებებით. შესაძლებელია ჭრულიად განსაზღვრულ დასკვნამდე მივიდეთ იმის შესახებ, რომ ტოფრანილი თავისებურად ცვლის შიზოფრენიულ ნოზოლოგიის დეპრესიული სინდრომის ფენომენოლოგიას. ტოფრანილით მკურნალობის პირველი ოთხი დღის შემდეგ, როდესაც შიზოფრენიით დაავადებული კუნთებში სუპარტულად 450 მგ ლებულობდა, ფსიქოზის კლინიკაში აღვილი ჰქონდა აუიტაციის ერთგვარ გაძლიერებას და ამის შესაბამისად პროდუქციული სიმპტომატიკის გამწვავებას. განსაკუთრებით უნდა აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ მოტორული მოუსვენრობა ზოგადი აუიტაციის გაძლიერებასთან ერთად და ამასთან ძილისა და კვების დარღვევის დროს ბოლდვითი გამოთქმები გრძელდება, რაც შეეხება დეპრესიულ განცდებს, ისინი მკრთალდებიან და ხანდახან ჰკარგავენ რა თავიანთ აქტუალობას სრულიად იხსენებია. ამ შემთხვევებში შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიურ სურათში წამოიჭრება მოტორულ-აუიტირებული კომპონენტი, მაშინ როდესაც

საც უშუალო დეპერსიულ განცდათა კომპონენტი მკრთალდება და ასთენიური ემოციები ნაკლებად თვალსაჩინოა.

ტოფრანილთერაპიის მომდევნო 10 დღეს როდესაც ავადმყოფი ღებულობდა სუმარულად 2925 მგ (აქედან 1275 მგ ინექციის სახით, ხოლო 1650 მგ დრაჟეტი) მკვეთრად გამოიყოფოდა ჰალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომი აქტივაცია საერთო დეპრესიული სინდრომის ერთგვარ გაფერმკრთალებასთან ერთად.

ტოფრანილით მკურნალობის 14—15 დღის შემდეგ ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის გამწვავება ისეთ ხარისხს აღწევდა, რომ საჭირო ხდებოდა ანტიდეპრესიული ნივთიერების მიცემის შეწყვეტა, ანდა დოზის თანდათანობითი მოკლება, რის შედეგადაც კლინიკური სურათი უახლოვდებოდა საწყის მდგომარეობას.

ვეხებით რა შიზოფრენიის ტოფრანილით მკურნალობის დროს ჰალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომის გააქტივების საკითხს, საინტერესოდ მიგვაჩნია ხაზი გავუსვათ, რომ ცალკეულ შემთხვევებში შესაძლებელია დავაკვირდეთ ერთგვარ თანმიმდევრობას ბოღვით გამოთქმათა და ჰალუცინაციურ განცდათა მომრავლებაში. ყველაზე პირველად აქტივირდება ბოღვითი გამოთქმები, რასაც მოსდევს ჰალუცინაციათა გამწვავება. ამავე დროს აღქმის პათოლოგიის გააქტივება უპირველესად სმენითი ჰალუცინაციების მომრავლებით იწყება, რასაც მოჰყვება ვისცერალური ჰალუცინაციებისა და კათანთეზიური შეგრძნების მომატება.

სპეციალურ ყურადღებას იმსახურებს ის გარემოება, რომ შიზოფრენიის დროს, თუნცა ტოფრანილთერაპია იწვევდა ფსიქოზის გარკვეულ აქტივაციას, ყველაფერი ეს განსაკუთრებით კეთილსაიმედო აღმოჩნდა შემდგომი ინსულინთერაპიისათვის.

აღმოჩნდა, რომ ტოფრანილთერაპია მოქმედებს რა ავადმყოფის ძირითად ქერქულ ნეიროდინამიკურ პროცესებზე, დაბლა სწევს ინსულინურ რეზისტენტობას და ავადმყოფებში შესამჩნევად მალლა სწევს ინსულინისადმი ლაბილობის დონეს, ამასთან, აღნიშნული ლაბილობა ინსულინის მიმართ ყურადღებას იპყრობს არამხოლოდ შედარებით ჩქარა განვითარებული პრეშოკური ჰიპოგლიკემიური მდგომარობის მხრივ; ჰიპოგლიკემიის პერიოდისათვის გარკვეულად რბილდება შიზოფრენიის კლინიკური სიმპტომატოლოგია (ავადმყოფები ხდებიან კონტაქტურნი, ბოღვითი დაძაბულობა რბილდება, ჰალუცინაციები

და შიშები ჰკარგავენ თავიანთ აქტივობას, რეგულირდება ძილი და მალა, ჩნდება ერთგვარი კრიტიკა თავისი მდგომარეობის მიმართ).

უკანასკნელი დებულების შემდეგ განსაკუთრებულ პერსპექტივობას იძენს საკითხი ტოფრანილითა და ინსულინით კომბინირებული მეურნალობის შესახებ. წამოჭრილი საკითხი მხარდაჭერას პოულობს ჩვენი დაკვირვებების შემდეგ შიზოფრენიის კომბინირებულ ტოფრანილ-ინსულინთერაპიაზე.

საილისტრაციოდ მოგვყავს ერთ-ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი დ. ნ., 31 წლის, უმაღლესი განათლებით, ავად არის შიზოფრენიის პარანოდული ფორმით. ინსულინთერაპია დაეწყო 31/VII-60 წ. 52 ერთეულის მიღებამდე, ჰიპოგლიკემიის გამოხმატველი მოვლენები არ ჰქონია. 60-68 ერთეულზე შეინიშნებოდა ძლიერი ოფლიანობა, ვეგეტატიურ მოვლენებთან ერთად აღინიშნებოდა აგზნების მდგომარეობა. 20/IX-60 წ. ინსულინთერაპიაში ჩაერთო ტოფრანილის 0,025 მგ დოზა ინსულინის ინექციამდე  $1/2$  საათით ადრე. ამ დღეს ინსულინის 72 ერთეულზე ავადმყოფს განუვითარდა ღრმა ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა, რომელსაც თან სდევდა ძლიერი მოტორული აგზნება. 21/IX-60 წ. მიეცა ინსულინის 76 ერთეული და 0,025 მგ ტოფრანილი. აღინიშნებოდა გამოხატული ჰიპოგლიკემია. ძლიერი აგზნება ცნობიერების დაბინდვის ფონზე. 22—23/IX 60 წ. 80 ერთეული ინსულინისა და 0,05 მგ ტოფრანილი; ავადმყოფებს ეწყება ღრმა ჰიპოგლიკემიური კომური მდგომარეობა, რომელსაც წინ უსწრებს პრეშოკური მდგომარეობა ძლიერი აგზნებით.

24—30/IX-60 წ. ყოველდღიურად 80 ერთეული ინსულინი და 0,070 მგ ტოფრანილი; ღრმა ჰიპოგლიკემიური შოკები შოკისწინა აგზნებებით. მაგრამ ამ დღეებში ადგილი ჰქონდა აგზნების თანდათანობით შენელებას, ხოლო 30/IX-60 წ. აგზნება ძლიერ სუსტად იყო გამოხატული.

მომდევნო დღეებში 7/X-60-მდე ავადმყოფი ლებულობდა ინსულინის 76 ერთეულს და 0,075 მგ ტოფრანილს. შოკური მდგომარეობა ვითარდება წინასწარი აგზნების გარეშე (წყნარი, სველი შოკები).

მეურნალობის პროცესში აღინიშნებოდა გარკვეული გაუმჯობესება (შერბილდა, გახდა უფრო მისაწვდომი, დამშვიდდა, ავლენდა ემოციებს ახლობლების მიმართ, კორექტულია ირგვლივმყოფების მიმართ, სურდა კლინიკიდან გაწერა. აწყობდა მომავლის გეგმებს). ჩვენს განკარგულებაში არსებული ექსპერიმენტული და კლინიკური მასალა გარკვეულ წარმოდგენას გვიქმნის ფსიქოზის აქტივაციის ნეიროდინამიკის შესახებ, ისევე როგორც შიზოფრენიით დაავადებულთა ინსულინის მიმართ სენსიბილიზაციის ნეიროდინამიკისას ტოფრანილის შედეგად.

\* ა. აღშობაიას დაკვირვება.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ტოფრანილი დადებითად მოქმედებს სტერეოტიპის გამომუშავების სისწრაფეზე, მისი სხვადასხვა დოზები აძლიერებენ არსებულ სტერეოტიპს; ამასთან ტოფრანილთერაპია ქმნის პირობებს, როდესაც არსებული სტერეოტიპი შესაძლებელია მაშინაც მოქმედებდეს როდესაც გამლიზიანებელი უარყოფითი ანუ შემაკავებელი იქნება. ეს მომენტები შესაძლებელია განვიხილოთ, როგორც გარკვეული ნეიროდინამიკური საფუძვლები, რომლის ნიადაგზეც ხდება კლინიკური სურათის აქტივაცია ტოფრანილთერაპიის დროს.

ექსპერიმენტულ-ფიზიოლოგიური დაკვირვებანი, რომელსაც ა. სხვათაგან აწარმოებდა, სტერეოტიპის გამომუშავების დინამიკურ თავისებურებათა საკვლევად ტოფრანილის სხვადასხვა დოზების მოქმედებისას გვიჩვენებენ, რომ აქტივაცია შემაკავებელი გამლიზიანებლებისა შესაძლებელია შეფასებულ იქნეს როგორც გაუქუღმართებული, პარადოქსული საპასუხო რეაქცია. უკანასკნელი გარემოება, ანუ პარადოქსული რეაქციის არსებობა, თავის მხრივ დაცვითი შეკავების გაძლიერებაზე ან ახლად წარმოქმნაზე მიუთითებს. ამით ტოფრანილთერაპიის შედეგად იქმნება დინამიკური პირობები ქერქული დაცვითი შეკავების ფონის გასაძლიერებლად.

ნათქვამის შედეგად ანტიდეპრესიული საშუალება — ტოფრანილი ხელს უწყობს ავადმყოფთა ინსულინის მიმართ სენსიბილიზაციას.

ჩვენს განკარგულებაში არსებულ ფაქტთა კლინიკური ანალიზი საშუალებას გვაძლევს წამოვაცენოთ ორი პრინციპულად მნიშვნელოვანი დებულება.

პირველი დებულება: მტკიცედ ვეყრდნობით რა სხვადასხვა დეპრესიულ სინდრომთა ნოზოლოგიური ახსნის პრინციპს, კლინიკურად შესაძლებელია დავუშვათ მელანქოლიურ მდგომარეობათა საერთო დინამიკური საფუძვლის არსებობა, რომელიც ანტიდეპრესიულ საშუალებათა გარკვეულ გავლენას ემორჩილება.

მეორე დებულება: დეპრესიულ სინდრომის კლინიკის თერაპიული დინამიკა (მოხსნა, შერბილება, გამწვავება) ხორციელდება არა მანიაკალური კომპონენტის ხარჯზე (არა აგზნების სინდრომის მეშვეობით). დეპრესიული და მანიაკალური სინდრომების კლინიკური საფუძვლები არ შეიძლება წარმოადგენდნენ ორი მდგომარეობას ალგებრული საწინააღმდეგო ნიშნებით.

კლინიკურ-ექსპერიმენტული დაკვირვებანი ვეგეტატიურ-ცვლი-  
თი ძვრების გამოსაკვლევად. ტოფრანილი შესამჩნევად მოქმედებს  
ინვოლუციური ბუნების აქტირებულ მელანქოლიაზე, ამ მიმართულე-  
ბით საინტერესოა ქ. ცომიას მონაცემები. მკურნალობის დასაწყისი-  
დანავე აღდილი აქვს სუნთქვის გამოსწორებას; ამასთან, სუნთქვის  
ნორმალიზაციის ტენდენცია მკაფიოდ ვლინდება მკურნალობის ოთხი  
დღის შემდეგ, როდესაც კუნთებში შეყვანილი იყო 450 მგ ტოფრანი-  
ლი.

შემდეგ დღეებში კლინიკური გამოკვლევების პარალელურად  
სუნთქვის რიცხობრივი მონაცემები ნორმის ფარგლებში მტკიცედ  
დგება.

ტოფრანილთერაპიის პერიოდში ამ შემთხვევებში პულსის ციფ-  
რობრივი მონაცემები ნორმალიზდება და უახლოვდება ნორმალურ  
მონაცემთა ზედა საზღვარს უმნიშვნელო ტაქიკარდიით.

რაც შეეხება ორთოსტატიკური და კლინიკოსტატიკური რეფ-  
ლექსების საპულსო რეაქციას, აქაც აღინიშნება მკვეთრი ძვრები საწ-  
ყის ფონურ მდგომარეობასთან შედარებით.

ორთოსტატიკური რეფლექსის გამოკვლევისას შეინიშნება სა-  
პულსო რეაქციის ნორმალიზება.

ორთოსტატიკური რეფლექსის დროს ფონური სიმპტომატური  
რეაქციის ნორმალიზება ნორმალურ პასუხთა დაბალ საზღვარს  
აღწევს და არ შეინიშნება საწინააღმდეგო პარასიმპათიკური პასუ-  
ხები.

სხვა სურათთან გვაქვს საქმე კლინოსტატიკური რეფლექსის გა-  
მოკვლევისას. ტოფრანილთერაპიის პროცესში აქ მკვეთრად გამოხა-  
ტული ფონური, საწყისი პარასიმპათიკური რეაქცია პრეპარატის  
მიცემის შემდეგ არა მარტო იძენს ტენდენციას ნორმალიზაციისაკენ,  
ანდა ტენდენციას ნორმის ქვედა საზღვრებამდე მიღწევისას, არამედ  
პირიქით, კლინოსტატიკური პასუხი გაუკუღმართებული ხდება და  
ეწეება რა შორს, ქვევით, ქვედა მაჩვენებლისაკენ, ავლენს გამოხა-  
ტულ სიმპათიკური ხასიათის საპასუხო რეაქციას.

განსაკუთრებით საინტერესო მონაცემებს ვღებულობთ სისხლის  
არტერიული წნევის გაზომვისას ტოფრანილთერაპიის დროს. მკუ-  
რნალობის პროცესში წნევა ძირითადად ნორმალური მაჩვენებლების  
ფარგლებში რჩება, მხოლოდ ჩანდახან იძლევა ცალკეულ პიკებს,

რომლებიც 160 მმ აღწევს. განსაკუთრებით უნდა გავუსვათ ხაზი, რომ მთელი მექანალობის პროცესში სისხლის წნევის მონაცემები პრეპარატის მიღებადღე და მის შემდეგ ტეხილ მრუდს ქმნის. თუმცა ცალკეულ სადღეღამისო მონაცემების ანალიზის შედეგად, შეიმჩნევა გამოსატული ინერტულობა არტერიული წნევის რეაქტიულობისა; კერძოდ, დღე-ღამის განმავლობაში ცალკეული ერთხელობრივი გამოკვლევანი სისხლის წნევისა პრეპარატის ინექციამდე და მის შემდეგ ვეჩივენებენ პანუსის ერთტიპიურობას პრეპარატის მიმართ: ერთტიპიურობა ან გაძლიერების მხრივ ან დაქვეითების მხრივ, ანდა ერთტიპიურობა საწყისი ფონისა. უკანასკნელი გარემოება მიუთითებს ტოფრანილის მიმართ არტერიული წნევის რეაქტიულობის ფენომენის გარკვეული ინერტულობის შესახებ. საწყისი ფონის ერთტიპიურობა უსწირესად ვლინდება მინიმალური არტერიული წნევის გამოკვლევებისას ტოფრანილთერაპიის დროს. ინერტულობის მოვლენის არსებობაზე მიუთითებს აგრეთვე ოსცილოგრაფიულ ტალღათა სისწირე და სიმაღლე.

გარკვეულ ინტერესს იწვევს ი. ჭუმბურიძის ელექტროკარდიოგრაფიული დაკვირვებანი. ავტორის თანახმად, უმეტეს შემთხვევაში ტოფრანილის ინექციიდან 20 წუთის შემდეგ ადგილი აქვს გულის რიტმის გამოხატულ შენელებას. აღნიშნული მოვლენა გრძელდება 24 საათის განმავლობაში. საყურადღებოა, რომ რიტმის შენელება უფრო მკვეთრად იქ არის გამოხატული, სადაც ელექტროკარდიოგრაფიაზე ტაქიკარდია წარმოდგენილია როგორც საწყისი, ფონური მდგომარეობა. პირიქით, ნორმოკარდიის დროს, ისევე როგორც ბრადიკარდიისას გულის რიტმის გაიშვიათება ნაკლებად შესამჩნევია.

გულის რიტმის ცვლილებების გარდა, ცალკეულ შემთხვევებში ელექტროკარდიოგრაფიაზე ადგილი აქვს აგრეთვე ვოლტაჟის გათანაბრებისა და ამპლიტუდის გაზრდის მოვლენებს. ეს ფაქტი, როგორც ცნობილია, მიუთითებს გულის მუსკულატურაში ბიოქიმიურ პროცესთა ერთგვარ გაუმჯობესებაზე.

გარკვეულ ინტერესს იმსახურებს ნ. მაჭავარიანის დაკვირვებანი სხვადასხვა ნოზოლოგიის ავადმყოფთა კაპილაროსკოპიულ მონაცემებზე ტოფრანილთერაპიისა და მისი სხვადასხვა დოზების ერთხელობრივი მიცემის დროს. ავტორის მონაცემთა მიხედვით, ტოფრანილი გარკვეულად ხელს უწყობს კაპილაროსკოპიული ფონის რელიე-

ფურ გამოვლენას (ფონი ხდება უფრო მკაფიო, რამდენადმე იზრდება კაპილართა რიცხვი, იხსნება სპაზმური მოვლენები).

ასევე საინტერესოა რ. ჭუმბურიძის მონაცემები, რომელიც ცილოვან და ნახშირწყლოვან ცვლას იკვლევდა. ა. მაკარიძე აკვირდებოდა ღვიძლის ანტიტოქსიკურ და ბარიერულ ფუნქციას, ხოლო ნ. ჩხეიძე სხვადასხვა ნოზოლოგიის დეპრესიულ ავადმყოფებში სტეროიდულ ჰორმონებს სწავლობდა. მის მიერვეა შესწავლილი აღნიშნული ჰორმონები შიზოფრენიის დროს ტოფრანილის მცირე, საშუალო და დიდი დოზების მიცემის შედეგად.

აღნიშნულ ავტორთა გამოკვლევები გვიჩვენებენ, რომ ტოფრანილთერაპია, ისევე როგორც ამ პრეპარატის ერთხელობრივი დოზები, არ იწვევს შესაჩჩნევ ცვლილებებს ცვლით და ბიოქიმიურ პროცესებში; აქვე თავსდება სტეროიდული ჰორმონები და ღვიძლის ანტიტოქსიკური შესაძლებლობები.

მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თუმცა ტოფრანილის სხვადასხვა დოზას შორის არ არის არსებითი ფარმაკოდინამიკური განსხვავება, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ვიტალური და ინვოლუციური დეპრესიის ცელკულ შემთხვევებში საშუალო დოზა (50 მგ) უფრო ოპტიმალურ ეფექტს იძლევა.

ჩვენი ინსტიტუტის ჰემატოლოგიურ ლაბორატორიაში (ქ. ბაზაძისა და ი. მენთეთაშვილის დაკვირვებანი) ტოფრანილის ფარმაკოდინამიკასთან დაკავშირებით მიღებულია გარკვეული შედეგები. ირკვევა, რომ ტოფრანილთერაპიის დროს მეორე დღის შემდეგ (როდესაც ავადმყოფმა კუნთებში სუმარულად მიიღო 175 მგ ტოფრანილი) აღდილი აქვს ჰემოგლობინის გამოხატულ როგორც აბსოლუტურ, ისე გრამპროცენტული რაოდენობის მომატებას; განსაკუთრებით ინვოლუციური, აეიტაური მელანქოლიის დროს.

აქვე, ინვოლუციური მელანქოლიის დროს აღინიშნება, ერთგვარი ტენდენცია ლეიკოპენიისაკენ, სხვა მაჩვენებელთა მხრივ (სისხლის ფორმულა, შედედება და ედრი) ცვლილებები შენიშნული არ ყოფილა.

შემდგომი ტოფრანილთერაპიის პროცესში ჰემოგლობინის რიცხობრივი მაჩვენებლები გარკვეულად განიცდის რხევას.

კლინიკურ-ექსპერიმენტული დაკვირვებანი ნეიროფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ გამოკვლევებზე. ნ. სავეანელის მასალები, რომე-



ლიც უმაღლეს ნერვულ მოქმედებას სწავლობდა გვიჩვენებს, რომ: მცირე (25 მგ), საშუალოდ (50 მგ) და დიდი (75 მგ) დოზა ტოფრანილისა ენდოგენური დეპრესიის, ენდოგენური მანიისა, სკლეროზული დეპრესიის, ისევე როგორც შიზოფრენიის ახალი და შედარებით მოგვიანებულ ფორმების დროს, არ აღინიშნება შესამჩნევი განსხვავებული ლატენტური დროის ციფრობრივი მონაცემის ანდა მამოძრავებელი რეაქციის ძალის მხრივ.

ავტორის მიხედვით ტოფრანილი ხელს უწყობს აგზნების პროცესის ერთგვარ გათანაბრებასა და გაძლიერებას (ლატენტური პერიოდის შემოკლება მისი მაქსიმალურ და მინიმალურ მონაცემებს შორის განსხვავების შემცირებით) კლინიკურ ნოზოლოგიის ფორმებისაგან დამოუკიდებლად.

ამასთან ერთად ტოფრანილის საშუალო და დიდი დოზები აძლიერებენ დაცვით შეკავებას (ფაზური მდგომარეობა, თანდათან შეკავების განვითარება) განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ის კარგად არის გამოხატული ფონური მდგომარეობის სახით.

თუმცა აქ განსაკუთრებით უნდა აღვნიშნოთ მონაცემები, რომლებიც ციკლოფრენიული ბუნების მანიაკალურ სინდრომებს ეხება. აღმოჩნდა, რომ ამ შემთხვევაში ტოფრანილის სხვადასხვა დოზები არ ავლენენ უმაღლეს ნერვულ მოქმედებაზე შესამჩნევ გავლენას (ლატენტური დრო თითქმის არ იცვლება, მოძრაობით რეაქციის ძალა უმნიშვნელოდ მცირდება, არსებული სტერეოტიპი არ ირღვევა. ლატენტური დროის მაქსიმალურ და მინიმალურ მაჩვენებლებს შორის დიდი განსხვავება არ არის, პრეპარატის მოქმედება არ აისახება ძირითად ქერქულ პროცესთა მოძრაობაზე). როგორც ვხედავთ, ტოფრანილი ვერ ახდენს ფარმაკოდინამიკურ გავლენას ძირითად ნერვულ პროცესებზე ციკლოფრენიის დროს. ეს გარემოება იმაზე მიუთითებს, რომ ენდოგენური დეპრესიის სკლეროზული დეპრესიისა და შიზოფრენიის დროს არსებული უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფუნქციის გარკვეული გაუმჯობესება უპირველესად ყოვლისა შეკავების ქერქულ პროცესს უნდა დავუკავშიროთ.

ზემოაღნიშნული სრულ შესატყვისაობაშია ი. ყუბანეიშვილის ელექტროფიზიოლოგიური დაკვირვებების მიმართ. ამ უკანასკნელის მიხედვით ქერქული აპარატის ელექტროენცეფალოგრაფიული სურათი სხვადასხვა ნოზოლოგიის დროს გარკვეულად იცვლება მხოლოდ.

ტოფრანილის დიდი დოზების ზემოქმედებისას (75 — 100 მგ), მაშინ, როდესაც მცირე და საშუალო დოზები (25 — 50 მგ) ან სრულიად არ მოქმედებს ანდა უმნიშვნელო ზეგავლენას ახდენს ქერქულ ბიოდენტა დინამიკაზე. ი. ყუბანეიშვილის მიხედვით შიზოფრენიის დროს ტოფრანილის დიდი დოზები, ერთგვაროდ მოქმედებს რა მთელ ქერქულ აპარატზე, ელექტრულ პოტენციალების მხრივ თვისობრივ ცვრებს იწვევს, კერძოდ, აძლიერებს ელექტროპოტენციალთა რხევის ამპლიტუდას, იწვევს ბიოპოტენციალთა სინქრონიზაციას და არეგულირებს ალფა-რიტმს. ასევე ნორმალიზდება ელექტროენცეფალოგრაფია, ციკლოფრენიულ და სკლეროზული დეპრესიების დროს (იზრდება ელექტროპოტენციალთა ამპლიტუდა, ალფა-რიტმი ხდება რეგულირებული და მკაფიო).

ი. ყუბანეიშვილი ხაზს უსვამს, რომ არა მარტო მცირე და საშუალო დოზები, არმედ დიდი დოზებიც კი ვერ ახდენენ შესამჩნევ გავლენას ელექტროენცეფალოგრაფიის ხასიათსა და თავისებურებაზე ციკლოფრენიული წარმოშობის მანიაკალური სინდრომის დროს.

თუ მოყვანილ ელექტროენცეფალოგრაფიულ დაკვირვებებს თეორიულად განვაზოგადებთ, იმ მტკიცე დასკვნამდე მივალთ, რომ ტოფრანილის, როგორც ანტიდეპრესიული საშუალების დადებითი ეფექტი უპირველესად ყოვლისა ძირითადი ნერვული პროცესის, შეკავების პროცესის გამოსწორებისა და რეგულირების გზით მიიღება. სხვაგვარად ამ პრეპარატის მცირე და საშუალო დოზები არ უნდა ყოფილიყვნენ ელექტროენცეფალოგრაფიისათვის ინდიფერენტულნი, ხოლო მანიაკალური სინდრომის დროს ტოფრანილის დოზები არ იქნებოდნენ ეფექტურნი.

ანტიდეპრესიული პრეპარატის ტოფრანილის ფარმაკონეიროდინამიკის თავისებურებანი, როგორც საშუალებისა, რომელიც ძირითად ნერვულ პროცესზე, შეკავებაზე მოქმედებს, გარკვეულობას იძენს ვ. იაშვილის ექსპერიმენტებშიც, რომელიც კანის გაღვანურ რეფლექსს იკვლევდა. მისი მასალები გვიჩვენებენ, რომ ენდოგენური დეპრესიის, სკლეროზული დეპრესიისა და შიზოფრენიის მარტივი და კატატონური ფორმის დროს ტოფრანილთერაპია იწვევს ქერქული შეკავების გაძლიერებას (შინაგანი შეკავება), კერძოდ, ამ დროს იზრდება კანის გაღვანური რეფლექსის ლატენტური დროის მონაცემები. ამასთან, ძლიერდება დაცვითი შეკავების ზოგადი ფონი. ეს უკანასკნელი

მდგომარეობა ფაქტიურ დადასტურებას იმაში პოულობს, რომ ტოფრანილი ხელს უწყობს, აჩქარებს შეკავებითი პროცესის საწყის მდგომარეობამდე დაბრუნებას, როგორც უშუალო, ისე სიტყვიერი გამლიზიანებლების საშუალებით.

ვ. იაშვილის მონაცემების მიხედვით, ყურადღება უნდა მივაქციოთ შეკავებითი პროცესის უპირატეს გავრცელებას მეორე სასიგნალო სისტემის ყველაზე მაღალ რეგისტრებში — ვერტიკალურად ზევიდან ქვევით.

შეკავების გაღრმავების ზემოაღნიშნული მოვლენა, რომელიც ტოფრანილის შედეგად ხდება უფრო მკაფიოდ არის გამოხატული შიზოფრენიის კატატონიური ფორმის დროს. აქ არა თუ გაზრდა გვაქვს კანის გაღვანური რეაქციის ლატენტური პერიოდისა, არამედ პირიქით პარადოქსულ მოვლენასთან გვაქვს საქმე, — ლატენტური დრო მკვეთრად მცირდება და ხანდახან პასუხის, გამოძახილის ხასიათს ატარებს.

გ. შარაშიძის ექსპერიმენტულ-კლინიკური დაკვირვებანი ტოფრანილთერაპიის დროს ყურადღების ფუნქციის ცალკეულ გამოვლინებაზე დეპრესიებისა და შიზოფრენიის დროს, კიდევ ერთხელ მითითებენ, რომ პრეპარატის ცალკეული დოზების ფარმაკოდინამიკათა შორის არ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება.

ამასთან, ტოფრანილის ერთგვარი გავლენა შეინიშნება არსებულ დაცვითი შეკავების გაძლიერების მიმართულებით.

ნ. კუტალიას მონაცემების მიხედვით ერთხელობრივი სხვადასხვა დოზები (მცირე, საშუალო და დიდი) ტოფრანილისა არც თუ ისე შესამჩნევად მოქმედებენ სიტყვიერი (ასოციაციური) ექსპერიმენტის ცალკეული ვარიანტების გამოყენებით მიღებულ შედეგებზე, სხვადასხვა ნოზოლოგიის დეპრესიული ავადმყოფების შემთხვევაში. თუმცა ინტერესმოკლებული არ არის ის ფაქტი, რომ არტერიოსკლეროზულ დეპრესიის დროს ხანდახან ვხვდებით ლატენტური პერიოდის საგრძნობლად გაზრდას, რომელიც თავის მხრივ არსებული დაცვითი შეკავების გაძლიერებაზე მიუთითებს.

თ. აბრამიშვილი სპეციალურად ატარებდა სხვადასხვა ნოზოლოგიური ბუნების დეპრესიული სინდრომების შიზოფრენიის ცალკეულ შემთხვევების ექსპერიმენტულ-ფსიქოპათოლოგიურ გამოკვლევას. ტოფრანილის მცირე, საშუალო და დიდი დოზების გამოყენების შემ-

დეგ. მან გამოიკვლია დ. უზნაძის მეთოდით განწყობის ფენომენი. ავტორის განკარგულებაში არსებული ფაქტები შესაძლებლობას იძლევა მივიღეთ იმ დასკვნამდე, რომ ანტიდეპრესიული საშუალება — ტოფრანილი შესამჩნევად არ ცვლის განწყობის ფენომენის ცალკეულ თვისებებს.

ანტიდეპრესიული საშუალება — ტოფრანილი უპირატესად ქერქული პრეპარატია, რომელიც პირველ ყოვლისა აძლიერებს რა აქტიურ შინაგან შეკავებას, ატონიზირებს პირობითრეფლექსურ მოქმედებას.

ტოფრანილი არ იწვევს შესამჩნევ ვეგეტატიურ-ცვლით ძვრებს.

ტოფრანილის ფარმაკოდინამიკა არ იმეორებს ნეიროლეფსიურ საშუალებათა ფარმაკოდინამიკას და ამით არ შეესატყვისება თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიის ძირითად დებულებას ე. წ. ფსიქონეიროტროპულ სამკურნალო ნივთიერებათა მცირე, საშუალო და დიდი დოზების ფუნქციური ეფექტურობის განსხვავებულობის შესახებ.

ტოფრანილი არ ახდენს უშუალო გავლენას მანიაკალურ სინდრომზე და ამიტომ დეპრესიული სინდრომის მოხსნა ხდება აგზნების ნეიროდინამიური მექანიზმების გარეშე. ტოფრანილთერაპიის დროს დეპრესიული სინდრომის შერბილებას ან სრულ მოხსნას თან ახლავს ძვრები გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში, უმთავრესად გულის მოქმედების გაძლიერების ხაზით.

ზემომოყვანილი ექსპერიმენტული და კლინიკურ-ექსპერიმენტული დაკვირვებანი საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ დეპრესიული სინდრომი უპირველესად ყოვლისა ისეთი ავადმყოფური მდგომარეობაა, რომელიც ქერქული პათონეიროდინამიკის მხრივ აქტიურ, შინაგან შეკავებას უკავშირდება.

ანტიდეპრესიული საშუალების მოქმედების შედეგად შინაგანი აქტიური შეკავების გაძლიერება მკაფიოდ ჩანს მეორე სასიგნალო სისტემის ყველაზე მაღალ დინამიკურ საფეხურზე, ზევიდან ქვევით, ვერტიკალურად (მივაქციოთ ყურადღება: სიტყვიერ გამლიზიანებელზე რეაქცია უფრო ადრე მუხრუქდება, ვიდრე უპირობო გამლიზიანებელზე; რთული, განზოგადებულ-განყენებული გამლიზიანებლები შეკავდება უფრო ადრე, ვიდრე რეაქცია კონკრეტულ, სიტყვიერ გამლიზიანებელზე).

ტოფრანილი, როგორც ანტიდეპრესიული პრეპარატი საუკეთესო

საშუალებათა აქტიური შეკავების ნეიროდინამიკურ თავისებურებათა შესასწავლად, როგორც კლინიკურ, ისე ექსპერიმენტულ მასალაზე. ამასთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგია კვლევა-ძიების ფართო საშუალებას იძლევა არა მხოლოდ კლინიკური ფსიქონევროლოგიის, არამედ ფიზიოლოგიისა და პათოფიზიოლოგიის თეორიისა და პრაქტიკის წინაშე.

სწორედ თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიის თეორიული წარმატებანი და პრაქტიკული მიღწევები ნეიროფიზიოლოგიის უძნელესი საკითხის შესწავლის საქმეში საკვლევა-ძიებო აზრს იმ მიმართულებათ ხრის, რომ შინაგანი, პირობითი შეკავება განხილული უნდა იქნეს, როგორც ძირითადი, დამოუკიდებელი აქტიური ქერქული ნეიროდინამიკური პროცესი.

სპეციალურ ყურადღებას იმსახურებს ის გარემოება, რომ ტოფრანილთერაპიის დროს შინაგანი შეკავების შემდგომი გაძლიერება იწვევს დაცვითი შეკავების ფენომენის გაძლიერებას. ამასთან, აღნიშნული პროცესის დინამიკური ქმნადობის დროს იქმნება პირობები, რიადესაც მყარდება კავშირი შეკავების ამ ორ სახეს შორის.

ნეიროლეფსიური და ანტიდეპრესიული საშუალებებით კომბინირებული მკურნალობა წარმოადგენს ახალ, პერსპექტიულ-გამამხნეველ სიტყვას ფსიქონერვულ აშლილობათა მკურნალობის საქმეში. ამასთან, ტოფრანილი საინტერესოა არა მხოლოდ მისი უშუალო თერაპიული ეფექტურობით, არამედ როგორც სამკურნალო საშუალება, რომელიც ხელს უწყობს ინსულინის მიმართ სენსიბილიზაციის გაძლიერებას.

## შ ი ნ ა ა რ ს ი

წინასიტყვაობა . . . . .	3
<b>თავი პირველი</b>	
თავის ტვინის სტრუქტურა და ფსიქონევროლოგიის საკითხები . . . . .	4
ზოგიერთი ცნობა ტვინის განვითარების შესახებ . . . . .	4
თავის ტვინი, როგორც ფუნქციონირება ანატომიური სუბსტრატი . . . . .	11
ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ფუნქციონირება ლოკალიზაციის ზოგიერთი საკითხი . . . . .	21
ფსიქიკურ ფუნქციონირება ცვლილებების შესახებ ტვინის ქერქის სხვადასხვა წილების დაზიანებისას და ქერქქვეშა კვანძების მნიშვნელობა . . . . .	31
<b>თავი მეორე</b>	
აღდგენადობის პრობლემა . . . . .	37
ნერვულ უჭრედთა აღდგენადობა და ფუნქციურ-დინამიკური საკითხები ფსიქიატრიაში . . . . .	37
აღდგენადობის კლინიკური მნიშვნელობა . . . . .	55
ქერქული აპარატის რეაქტიულობა . . . . .	63
<b>თავი მესამე</b>	
ფსიქოლოგიის და ფსიქოპათოლოგიის პრობლემები . . . . .	74
ფსიქიატრიისა და ფსიქოლოგიის ურთიერთკავშირი . . . . .	74
პერსონოლოგიის აქტუალური პრობლემები . . . . .	78
რუსთაველის შემოქმედება და პათოპერსონოლოგიის პრობლემები . . . . .	91
პერსონოლოგიური პრობლემები ნიკოლოზ ბარათაშვილის შემოქმედებაში . . . . .	105
პერსონოლოგიური პრობლემები ვაჟა-ფშაველას შემოქმედებაში . . . . .	111
<b>თავი მეოთხე</b>	
პათონეიროდინამიკის საკითხები ფსიქიატრიაში . . . . .	118
მიხეილ ასათიანის ცნება ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკურობის შესახებ . . . . .	118
სიტყვიერი ექსპერიმენტის კლინიკური მნიშვნელობა . . . . .	129
ძილი და სიზმრისებური ცნობიერება . . . . .	148
ფსიქოპროფილაქტიკის საკითხები . . . . .	161
<b>თავი მეხუთე</b>	
რეტეკულური ფორმაცია (სტრუქტურა, ფუნქცია, კლინიკური მნიშვნელობა) . . . . .	167

რეტიკულური ფორმაციის სტრუქტურა . . . . .	167
რეტიკულური ფორმაციის ფუნქცია . . . . .	172
<b>თავი მეექვსე</b>	
ფსიქოპათიის ცნება, თეორია და პრაქტიკა . . . . .	182
ფსიქოპათიების კლინიკური ფორმები . . . . .	184
კურტ შნაიდერის კონცეფცია ფსიქოპათიების შესახებ . . . . .	192
<b>თავი მეშვიდე</b>	
ფსიქორეაქტოლოგიის თეორია და პრაქტიკა . . . . .	195
რეაქტიულ მდგომარეობათა კლინიკა . . . . .	195
რეაქტიული დეპრესია . . . . .	197
მწვავე რეაქცია ელდა-შეშინებაზე, ფსევდოდემენცია და ფსიქიკური პუერილიზმი . . . . .	197
პარანოიდური რეაქციები და ე. წ. ინლექციური ფსიქოზი . . . . .	199
პარანოიის კლინიკა . . . . .	200
ისტერიის კლინიკა . . . . .	207
ნევროზების კლინიკა . . . . .	210
<b>თავი მერვე</b>	
ფსიქოთერაპია დღეს . . . . .	213
ფსიქოთერაპიის მეთოდები . . . . .	220
<b>თავი მეცხრე</b>	
მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი . . . . .	226
დეპრესიული ფაზის კლინიკური სურათი . . . . .	230
ციკლოფრენიის ატიპობრივი ფორმები . . . . .	231
ციკლოფრენიით ავადმყოფთა მკურნალობა . . . . .	232
<b>თავი მათე</b>	
შიზოფრენიის პრობლემა . . . . .	234
შიზოფრენიის კლინიკა . . . . .	234
შიზოფრენიის პათოარქიტექტონიკის შესახებ ცენტრალური ნერვული სისტემის ნატიფი პათომორფოლოგიის უახლესი მონაცემების შუქზე . . . . .	266
შიზოფრენიის ცალკეული კლინიკური ფორმები . . . . .	282
<b>თავი მეთერთმეტე</b>	
ფსიქოფარმაკოლოგიის თეორია და პრაქტიკა . . . . .	310
ამინაზინური ნეიროლეფსიის კლინიკური და თეორიული საკითხების შესახებ . . . . .	310
სტეროიდული კორმონების კლინიკურ-ნეიროდინამიკური მნიშვნელობის შესახებ . . . . .	325
ტოფრანილის, როგორც ანტიდეპრესიული საშუალების ნეიროდინამიკის შესახებ . . . . .	341

Зурабашვილი Авლიპიი Давидович

Проблемы персепологии и клинической психиатрии

(на грузинском языке)

Издательство «Сабчота Сакартвело»

Тбилиси, Марджანიшвили, 5  
1974

რედაქტორი ნ. დოღძე  
მხატვარი ვ. გიორგობიანი  
მხატვრული რედაქტორი ნ. ლაფაჩი  
ტექნიკური რედაქტორი ა. მაისურაძე  
კორექტორი ლ. ჭულელი  
გამომშვები გ. ბენიძე

გადაეცა წარმოებას 25/XII-73 წ. ხელმოწერილია დასაბეჭდად 4/VI-74 წ.  
საბეჭდი ქალაქი № 2. ზომა 60 X 84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. პირობითი ნაბეჭდი თაბახი 21,39.  
საალრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 19,38. ტირაჟი 1000. შეკვ. № 2087.  
ფასი 2 მან. 18 კაპ.

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“, თბილისი, მარჯანიშვილის, 5.

საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს გამომცემლობათა, პოლიგრაფიისა და  
წიგნის ვაჭრობის საქმეთა სახელმწიფო კომიტეტის სტამბა № 10,  
ცხინვალი, მოსკოვის ქ., № 5.

Типография № 10 Государственного комитета Совета Министров Грузинско  
ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, Цхинвали,  
Московская, 5.